



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
PÚBLICA

Trabajo intersectorial y atención primaria en la Red de Salud -
Bellavista, 2021

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión Pública

AUTOR:

Rengifo Maldonado, Alexis ([orcid.org//0000-0001-8592-6846](https://orcid.org/0000-0001-8592-6846))

ASESOR:

Dr. Sánchez Dávila, Keller ([orcid.org//0000-0003-3911-3806](https://orcid.org/0000-0003-3911-3806))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Reformas y Modernización del Estado

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TARAPOTO – PERÚ

2022

Dedicatoria

A mis padres Pedro Antonio y María Ester, quienes con su esfuerzo, amor y consejos me han permitido poder llegar a cumplir una de las metas más importantes en mi vida, gracias por inculcar en mí el ejemplo de constancia y valentía, de no temer adversidades porque Dios está siempre conmigo. A mi hermana Daniela por su apoyo incondicional, durante todo este camino, por estar a mi lado en todo momento, por sus consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona y de una y otra forma me acompaña en todos mis sueños y metas que voy cumpliendo, gracias infinitas a todos los llevo siempre en mi corazón.

Alexis

Agradecimiento

A mis padres que han sabido darme su ejemplo de trabajo y honradez, a mi hermana por estar conmigo apoyándonos mutuamente en todos estos momentos de la carrera, también a mi asesor el Dr. Keller Sánchez Dávila por haberme orientado en cada circunstancia que necesité de su apoyo y consejo en todo este proceso académico, también a nuestra Universidad César Vallejo por ser la sede de todo los conocimientos adquiridos en este proceso académico. Por último y no menos importante, quiero agradecerme a mí, quiero agradecerme por creer en mí, por hacer todo este trabajo duro, por aprovechar cada día dedicado a esta especialización y sobre todo por nunca renunciar.

El autor

Índice de contenido

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenido.....	iv
Índice de tablas	v
Índice de figura	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	6
III. METODOLOGÍA	19
3.1. Tipo y diseño investigación	19
3.2. Variables, Operacionalización	19
3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	21
3.5. Procedimiento	24
3.6. Método de análisis de datos	24
3.7. Aspectos éticos	25
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIONES	35
VII. RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS	37
ANEXOS.....	44

Índice de tablas

Tabla 1. Nivel de trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, 2021.....	26
Tabla 2. Nivel de atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021.	26
Tabla 3. Normalidad del estudio	27
Tabla 4. Relación entre el trabajo intersectorial con el acceso a la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.	27
Tabla 5. Relación entre el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.	28
Tabla 6. Relación entre el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.	29
Tabla 7. Varianza del trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021.....	30

Índice de figura

Figura 1. Dispersión del trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021	29
--	----

Resumen

La investigación tuvo como objetivo, determinar la relación del trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021; corresponde a una investigación del tipo básica, con un diseño no experimental, correlacional, de corte transversal. La población y muestra estuvo conformada por 23 funcionarios de instituciones de la provincia de Bellavista. La técnica fue la encuesta y como instrumentos dos cuestionarios, uno para cada variable. Como resultado se encontró que el trabajo intersectorial posee un nivel "Regular" de 52%, y la atención primaria en la Red de Salud muestra un nivel "Regular" de 61%. Se concluyó que, existe una correlación positiva muy baja de acuerdo al coeficiente de Pearson de 0.1040, entre el trabajo intersectorial con la atención primaria. Además, coeficiente de determinación (0,0108) permite mencionar que solo el 1,08% de la atención primaria se debe al trabajo intersectorial en la provincia de Bellavista, existiendo otros factores que inciden en la atención primaria.

Palabras clave: Intersectorial, atención primaria, salud

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship of intersectoral work with primary care in the Health Network - Bellavista, 2021; It corresponds to research of the basic type, with a non-experimental, correlational, cross-sectional design. The population and sample consisted of 23 officials from institutions in the province of Bellavista. The technique was the survey and two questionnaires as instruments, one for each variable. As a result, it was found that intersectoral work has a "Regular" level of 52%, and primary care in the Health Network shows a "Regular" level of 61%. It was concluded that there is a very low positive correlation according to the Pearson coefficient of 0.1040, between intersectoral work and primary care. In addition, the coefficient of determination (0.0108) allows us to mention that only 1.08% of primary care is due to intersectoral work in the province of Bellavista, with other factors affecting primary care.

Keywords: Intersectoral, primary care, health

I. INTRODUCCIÓN

Cabe mencionar que la historia del progreso del sistema de salud peruano es necesaria recordarla, desde los falsos y radicales cambios ocurridos durante la época colonial hasta el manejo superficial que ha llevado a condiciones de salud precarias en los últimos diez años (Rivasplata, 2014). Dichos acontecimientos se combinaron y finalmente dieron como resultado un régimen sanitario separado, con diferencias marcadas entre el estatus socio económico y el origen étnico (Kole de Peralta, 2015). Así, cuando la Declaración de Alma-Ata sentó las bases para la reforma mundial de la salud, Perú enfrentó un desafío formidable para incluir no solo al gobierno peruano o a los profesionales sanitarios, sino también al involucramiento e intervención activa de las comunidades en la gestión de su propia salubridad.

El nuevo concepto de brindar salud que adoptó la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Declaración de Alma-Ata durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978. Dicha reunión internacional sienta los pilares para la atención primaria de salud (APS), y se ha articulado en varias dimensiones. Un par de estas son consideraciones importantes. La primera se trata de mejorar la sanidad comunitaria e individual transformándola en el empuje de un cuidado médico próspero. Dicha peculiaridad les otorga la entereza y la obligación de proyectar y efectuar el sistema sanitario. La segunda son los esfuerzos eclécticos de las agencias estatales y mundiales para restituir las irregularidades en los países en desarrollo en materia sanitaria (Llanos et al, 2020).

A pesar de ello, los estudiosos han acusado a estas disposiciones de ser excesivamente extensas y concluyes, carente de metodologías pragmáticas para implementarlas en cada estado, en especial en las naciones en progreso (Cueto, 2004). Un par de perspectivas polarizan a la academia en dirección a las naciones con progresos bajos; la primera demuestra que el menoscabo en salubridad es una complicación socioeconómica que se puede revertir a través del interés político, entre tanto la segunda argumenta

que dichas naciones necesitan tecnologías adecuadas con el fin de neutralizar las dificultades. Para entonces, lograr hacer realidad la aspiración de Perú de "Salubridad universal", el país inicialmente debe disminuir la brecha social y económica de los ciudadanos, generar la cooperación efectiva entre los departamentos de gobierno, unir el fragmentado sistema sanitario y volverlo verosímil (Bryant & Richmond, 2017).

El primer contacto entre una persona y un trabajador de la salud ocurre en la atención primaria. A pesar de ello, las tipologías, alcances, metas e impedimentos de acceso a estos servicios son diferentes de acuerdo al país donde se encuentra, dependiendo de los sistemas de atención sanitario determinados por los contextos sociales, económicos, culturales y políticos vigentes (Gofin & Gofin, 2007).

La presencia práctica de regímenes generales transversales y la responsabilidad absoluta con la vida y el decoro humano consiguen ser vistas como métodos con la capacidad de restablecerse los indicadores sanitarios actuales, favoreciendo de esta manera a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, sin embargo, persiste un debilitamiento del control de enfermedades por las autoridades locales. Fragmento de estos temas se encuentran en el perímetro de la micropolítica sanitaria, que involucra el flujo de compromiso de las unidades y la relación entre los profesionales y los pacientes y sus comunidades. El otro fragmento es el vínculo entre los equipos y los otros dependientes del proceso de enfermería, es decir, gestores de la sociedad en su conjunto y la política pública de salubridad (Duarte de Sá et al, 2011).

Con la finalidad de atender los requerimientos sanitarios de los ciudadanos es necesario disponer de expertos competentes, útiles y equitativamente adjudicados. El número de expertos sanitarios a nivel mundial ha aumentado en los últimos años, a pesar de ello, el 40% de las naciones aún tienen menor o igual de 10 médicos por cada 10.000 habitantes, escenario que se da en el 90% de naciones en desarrollo. En 2017, el Estado contaba con 12,8 doctores por cada 10.000 personas, y se estima que solo 7.641 doctores (un tercio del total) laboran en atención primaria (PNA),

considerando que se supone que la PNA atiende las dificultades sanitarias del 80% de la urbe (MINSA, 2020).

Según Mayta (2011), el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), es una programación comunitaria de un año en atención primaria (PNA) por profesionales de la salud. Aunque el número de profesionales de la salud en la PNA se ha incrementado a nivel nacional en los últimos años, se ha reportado un desinterés de los médicos por la enfermería de este nivel en la red de salud de Bellavista, incluidos los serumistas, este desinterés podría influir de manera negativa en las percepciones e intenciones del trabajo futuro en la PNA.

En lo que respecta a la Red de Salud Bellavista, destaca algunas iniciativas desarrolladas como la relación con la municipalidad, que busca mejorar y revertir el tema de la desnutrición infantil y la anemia, mediante las campañas y visitas domiciliarias, de igual forma con el apoyo al programa de Tuberculosis, mediante reparto de insumos de primera necesidad. Por el lado de la UGEL, se vienen desarrollando campañas salud escolar, para constatar que los alumnos cuenten con las dosis de vacunas completas, tanto para la inmunización regular como para la Covid-19, también se realizan el descarte de anemia mediante tamizaje de hemoglobina y se aplica tratamiento antiparasitario.

A ello se agrega otra institución como la RENIEC que busca agilizar los trámites, en los recién nacido para la asignación de los Documento de Identidad Nacional, también lo que es verificación y validación de datos que sirve de apoyo dentro de la plataforma HIS MINSAs, para las actividades o campañas que se realizan hacia los usuarios.

Pero la atención se centra en los establecimientos de salud, aunque sean establecimientos de atención primaria, caracterizados por la provisión de atención preventiva promocional, en donde no se oferten servicios netamente asistencialistas, impidiendo cubrir los requerimientos poblacionales, con ello los indicadores de salubridad amplían sus brechas, especialmente en los grupos vulnerables. En ese sentido, la

intersectorialidad tiene un rol importante, donde la Red de Salud viene realizando trabajos vinculantes con otras instituciones, siendo limitada su implementación mediante sus estrategias desarrolladas, siendo su fin la mejorar de las condiciones sanitarias de los ciudadanos.

En virtud de lo mencionado surge como **problema** de investigación ¿Cuál es la relación del trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud-Bellavista, 2021? De la misma manera, ¿Cuál es el nivel de trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, 2021? ¿Cuál es el nivel de atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021? ¿Cómo se relaciona el trabajo intersectorial con el acceso a la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021?, ¿Cómo se relaciona el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021?

En cuanto a la **justificación del estudio**; Conveniencia, permitió conocer en primera instancia como se desarrolla la atención primaria en la Red de Salud y a la vez como desarrolla su trabajo intersectorial para poder responder a la demanda sanitaria. **Relevancia social**, permitió generar acciones de interacciones con otras instituciones, y a la vez enfatizar en la atención primaria que beneficiaría a la ciudadanía, en especial a los grupos vulnerables y a los de difícil acceso a la prestación sanitaria. **Valor teórico**, permitió aportar a la salud pública, con estudio basado en la intersectorialidad como elemento clave de sinergias interinstitucionales. **Implicancia práctica**, permitió responder a las demandas sanitarias, con acciones adecuadas que emergen desde la atención primaria ofertadas por los establecimientos de salud de la Red de Salud Bellavista. **Utilidad metodológica**, permitió responder a las preguntas de investigación planteadas en el estudio, desde la aplicación metodológica y poder cooperar con la salud de la población.

El objetivo general de la investigación es determinar la relación intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021. Objetivo específico, conocer es el nivel de trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, 2021. Identificar el nivel de atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021., Establecer la relación entre el trabajo

intersectorial con el acceso a la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021., Establecer la relación entre el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.

Respecto a la **hipótesis del estudio** Hi: Existe relación significativa entre el trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021. Ho: No existe relación significativa entre el trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021. De la misma manera H1: El nivel de trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, es regular. H2: El nivel de atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, es regular.

H3: Existe relación entre el trabajo intersectorial con el acceso a la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.

H4: Existe relación entre el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

A continuación, se presentan las referencias, enfatizando el ámbito internacional; Reyna (2021). Investigación cualitativa, basada en métodos etnográficos, investigación narrativa y metodologías fundamentadas. Muestra consta de 10 instituciones. Tecnología de formulario de adquisición de datos, guía de adquisición de datos. La conclusión es que el elemento comunicación genera espacios de diálogo, orienta la toma de decisiones y enriquece los programas educativos, con enfoque en la APS, además, es un aspecto estratégico para la sensibilización social y se ha demostrado su relevancia en las actividades promocionales sanitarias.

Asimismo, De Oliveira (2021). Estudio descriptivo cualitativo de la atención primaria sanitaria en una localidad sureña de Brazil. Muestra poblacional de 76 enfermeros. Técnicas de entrevistas semiestructuradas y herramientas las guías de entrevistas. Concluyo que, la fuerza de la acción innovadora radica en la asistencia brindada a los usuarios y mejores condiciones para los procesos de trabajo en equipo, además de resaltar el papel de los enfermeros en las nuevas formas de trabajar en los sistemas sanitarios.

Por su parte, Schopf (2021). Investigación aplicada en todas las etapas del "ciclo 4-D", en inglés: descubrimiento, sueño, diseño y destino. La presente investigación examina los resultados de la fase de descubrimiento. Muestra poblacional de dos sesiones correspondientemente con 9 profesionales de atención primaria. Siguió los pasos de estudios previos, indagación de materiales y procesamiento de datos para el análisis de contenido. Concluyo que, en la localización, el análisis y el tratamiento de la enfermedad, se debe prestar atención a la ética de la atención. La prevención cuaternaria es potencialmente capaz de restituir los patrones hegemónicos asociados a la atención personal y familiar al impulsar la integralidad. La enfermería como provisoras de atenciones, de la mano de equipos multidisciplinarios, debe incorporar en su práctica acciones preventivas cuaternarias.

En el nivel nacional, destaca el estudio de Bendezu (2020). Tipo básico, diseño descriptivo, población y muestra conformada por médicos que realizan SERUMS. Aplicación de encuestas de referencia (pre-SERUMS) y

encuestas de seguimiento (8-12 meses después de comenzar con SERUMS) y la evaluación de las diferencias en las puntuaciones. 217 que representa el 27,6% de los 780 encuestados completaron las encuestas de referencia y de seguimiento. La puntuación media aumentó significativamente (de 3,4 a 6,7; $p < 0,001$), lo que indica una peor percepción del trabajo de la ANP tras el inicio de SERUMS. Las percepciones de los médicos que trabajan en la PNA y las percepciones de los trabajos de enfermería en la PNA mejoraron los puntajes de percepción de los trabajos de la PNA en las tres áreas de la encuesta. No se encontró ninguna variable sociodemográfica asociada con el cambio en las puntuaciones. Se concluye que, las percepciones de los galenos con referencia a la labor de la PNA empeoraron después de comenzar con SERUMS. Deben promoverse mecanismos con el fin de generar en los galenos un interés para desarrollarse en este ámbito de atención.

Asimismo, Matzumura (2020). Estudio básico, prospectiva y diseño transversal. Muestra formada por mujeres participantes que reciben tratamiento en un centro de atención primaria de salud. El estudio se efectuó en 3 etapas, estudio preliminar (investigación en las literaturas, traducciones), prueba (validación de los contenidos, pruebas o error) y propiedades psicométricas (exámenes de consistencias internas, exámenes factoriales exploratorios). La edad media de los 136 pacientes fue de $48,6 \pm 5,3$ años y la tasa de masa corpórea media es $27,8 \pm 4,4$ y estas corresponde a la Población estudiada. En la fase número uno se determinaron las sintomatologías más notables, anomalías menstruosas, sofocaciones, inconvenientes vaginales, incontinencias urinarias, eficacia del sueño y los estados de ánimo. La traducción se realizó con la colaboración de un cuarteto profesional. La fase número dos, da el valor del comprendido, por juicio de expertos, se obtuvo una consistencia de 0,77 y una seguridad primera de 0,79. La fase número tres, nos entrega las consistencias internas del análisis factorial exploratorio que fue de 0,69 y 0,70, respectivamente. Concluyo que, la herramienta es corta, tiene suficiente valor contenido y consistencia interna capaz de manejar la menopausia en atención primaria.

De la misma manera, Lizana (2020). Estudio observacional, descriptivo, transversal. Muestra formada por 30 funcionarios. Se utilizaron técnicas de entrevista y como instrumentos de estimación del cuidado primario se utilizó la Guía de Entrevista Estructurada Primary Care Assessment Tool (Brazilian Simplified Spanish). Concluyo que, siguiendo los atributos del Sistema de Servicios Coordinados, el uso del primer contacto y los servicios globales recibidos se consideraron más efectivos; los atributos del enfoque familiar, la orientación comunitaria y la utilización del primer contacto se consideraron deficientes.

En el ámbito de la Región y local, el estudio de, Arteaga (2017). Estudio utilizó un enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo correlacionado. De 62 madres hospitalizadas consto la muestra. Encuestas de terceros fueron las técnicas empleadas en este estudio y con una herramienta de calidad de atención mejorada y una herramienta de satisfacción del usuario externa aplicada. Concluye que la Calidad de atención, incide en la satisfacción de las usuarias de los servicios de internación ginecológica y obstétrica del Hospital II-2 Tarapoto.

En tanto, Rodríguez (2020). Diseño básico, no experimentales, transversales y descriptivos correlacionales, población 1349, muestra 238. Las encuestas se utilizan como técnica, mientras que los cuestionarios se utilizan como herramienta. Concluyendo que hay una correlación enmarcada con la atención primaria y el agrado de los pacientes del Centro de Atención Primaria Metropolitano, Tarapoto, 2019, ya que los coeficientes de correlación de Pearson alcanzaron la valoración de 0,874, lo cual demuestra que es una relación positivamente superior, con un nivel de significación bilateralmente igualitario a 0,000 y esta valoración inferior a 0,05.

Por su parte, González (2020). Estudio no experimental, utilizando un diseño correlacional, realizado mediante análisis instrumental, y se encuestó a 74 funcionarios del Centro de Salud Morales. Los resultados obtenidos mostraron una relación positiva media (0,544) entre la administración del Centro de Salud Morales y la atención primaria en el año 2019, con un nivel de significación inferior a 0,000 ($p < 0,05$). Concluyendo que, la atención

primaria aumentó en un 30% a través de una mejor administración. Dicho de otra manera, mejorar todos los aspectos de la atención primaria de salud mediante el fortalecimiento de la gestión administrativa en la gestión presupuestaria, financiera y logística, proporcionando paquetes de servicios médicos integrales, organizando equipos básicos de salud, organizando sistemas comunitarios de vigilancia, atención de seguimiento y planes locales de salud.

Sobre teorías relacionadas con el tema, la salubridad poblacional posee correlaciones claras con los concluyentes generales sanitarios. Muchas de las circunstancias y factores que afectan la vida de las personas y la influencia que ejercen en su momento salubre escapan del alcance de la atención sanitaria, por lo que se requieren acciones conjuntas entre diferentes sectores para abordar los concluyentes generales sanitarios. (BID, 2020)

El concepto intersectorial se precisa como "la participación sistematizada de organismos representativos de múltiples sectores de la sociedad en acciones consignadas a abordar, en su totalidad o en parte, cuestiones relacionadas con la salubridad, la ventura y una vida de calidad (FLACSO, 2015). Asimismo, la OPS (2010), la intersectorialidad se refiere a la presencia de vínculos de la red de servicios de salud con otros sectores sociales y más allá de los sectores sociales. Actualmente se considera que este compromiso ligado entre el sector salud y otros sectores gubernativos es necesario para incidir en los concluyentes generales de sanidad y reducir las desigualdades del sector sanitario. Igualmente, para Asociación Medicusmundi Navarra y Salud Sin Límites Perú (2012), la intersectorialidad es entendida como una colisión sistematizada de que determinan la sociedad, la cultura, el trabajo, la economía entre otros de la salubridad en la población. De modo que, al sector sanitario le corresponde forjar mancomunidades estratégicas y de planificación con las diversas esferas gubernamentales (por ejemplo, educación, salud básica, producción, vivienda, justicia, etc.) para estimular decisiones vinculadas para abordar los

problemas identificados, buscar optimar la utilización de los recursos y sortear la fragmentación y duplicidad de esfuerzo en el proceso.

La materialización de la coordinación intersectorial se manifiesta en acciones encaminadas a involucrar progresivamente a los diferentes actores en el procedimiento de la toma de decisiones para la resolución segura de las complicaciones, en tal sentido se requiere crear zonas suficientes con la finalidad de tomar parte del liderazgo, el recurso, la línea estratégica, oportunidades y albergar un plan conjunto (Ministerio de Salud Chile, 2014).

La intersectorialidad tiene correlación con la sistematización del sector sanitario. La salubridad es socialmente producto de determinado actores, acciones y multitud de compendios, relaciones, atributos, jerarquías y fronteras. De tal forma, es necesario la contestación de la sociedad reorganizada capaz de garantizar un abordaje integral y una gran altura de concordancia, para que la acción sobre los concluyentes generales sanitarios sea efectiva. (Castell, 2007)

Según, FLACSO (2015), en el quehacer intersectorial, es notable diferenciar el grado o nivel de correlación entre el sector salud y otras dependencias estatales, teniendo en cuenta los niveles siguientes: **Información:** es considerado como el paso o nivel inicial entre sectores como parte del procedimiento de la cimentación de un expresión habitual que permita el parlamento y la comprensión de las lógicas de trabajo sectorial y primordialmente para que el sector salud sea más consecuente de estas lógicas y las prioridades de otros asuntos sectoriales para distinguir aspectos frecuentes y/o adicionales o significativos del flujo de compromiso vinculado. La red de atención de enfermedades crónicas de Fortaleza se encuentra en este primer paso hacia la intersectorialidad. En esta red, gerentes de la Secretaría Municipal Sanitaria han iniciado un diálogo con directivos y trabajadores operativos de los diversos ámbitos de atención para detectar retos y oportunidades de trabajo coordinado con el municipio para la atención de los pacientes con diabetes, y para difundir la importancia del trabajo en red (Solar et al, 2009). **Cooperación:** es buscar incrementar la eficiencia operativa de cada departamento a partir de una alianza que pueda

escalar desde la cooperación imprevista, fortuita o pasiva a acciones estratégicamente orientadas a partir de temas y prioridades compartidas, en las que las actividades del sector sean logros decisivos para la salud; por lo tanto, en muchos casos, es la salud pública la que los orienta. Esta acción transversal existe básicamente en el ámbito de la ejecución o implementación de un plan o política, mas no durante su elaboración (Meijers & Stead, 2004). **Coordinación:** se basa en una relación basada en la “coordinación”, donde trabajar en conjunto significa ajustar los regímenes y programaciones de cada departamento en busca de una mayor calidad. En general, precisa a un enlace de trabajo horizontal entre departamentos, con ejemplos de trabajo formalizados y una fuente de financiación compartida. Esto es importante porque con el fin de establecer sinergia (o evitar las anti sinergias) adentro de la gestión pública, se requiere contar una extensa conciencia de los argumentos o contrariedades comunes, especialmente cuando se desarrollan nuevos fundamentos y acciones intersectoriales. Se hace insuficiente planificar y definir compromisos compartidos entre los departamentos relevantes. Asimismo, es importante reiterar este alcance en el plan y presupuesto de cada proyecto (OPS, 2015). **Integración:** un nivel más alto significa trabajar con otros departamentos para definir una nueva política o programa que represente sus necesidades y trabajar en esa política o área de programa. De esta manera, la acción intersectorial es definida no solo por la implementación o el empleo del conjunto de políticas, sino también por la formulación y cofinanciación de objetivos sociales comunes. (OPS, 2017).

Los factores que participan en el perfeccionamiento intersectorial se han identificado y agrupado en tres grandes categorías: **Factores que demandan la acción intersectorial:** Son contrariedades de salud que por su propia naturaleza requieren soluciones fuera de las contingencias del ámbito sanitario y están relacionados con las circunstancias naturales y epidémicas de la labor, tal cual las condiciones sociales generales, y constituyen un fragmento del contexto objetivo diferente; tipo, riesgo e influencia en la sociedad de las contrariedades en diversas circunstancias

que esta manifiesta. **Factores que condicionan la respuesta intersectorial:** Reúne factores que existen en la réplica social y del sistema sanitario en su conjunto, especialmente frente a un problema. Contiene un método, un plan, un programa y un proyecto sanitario con metas de salud, componentes de enlace y comunicaciones con los diversos departamentos, sistema para informar y gestionar y la colaboración mutua en el accionar de salubridad, y pende de la voluntariedad y potencial de respuesta social a las contrariedades, correlaciones tradicionales en la mediación de las respuestas actuales entre los departamentos. **Factores que caracterizan y desencadenan la respuesta intersectorial:** La voluntad política pertenece a este grupo. Se mencionan los lugares de ejecución de las acciones transversales, y expresan la relación entre el contenido del plan y la capacidad de respuesta estructural. Es el desfase entre la pregunta y la respuesta, porque mientras conceptualmente se logra la forma de pensar requerida, no se puede lograr el resultado requerido si el sistema no confronta sus mecanismos estructurales. (Álvarez et al, 2007)

Según, Giovanella (2015), en los últimos 10 años, la mayoría de naciones de Latinoamérica con regímenes de democracia de centro izquierda, han actualizado sus modelos de APS en ámbitos territoriales, comunitarios, familiares, intersectoriales, participativos y con visión de sistema universal sanitario. Asimismo, Cueto, M. (2004), afirma que, estas prácticas de APS tienen como objetivo estar más cerca de la orientación integral de APS previsto en Alma-Ata y apartarse de los enfoques selectivos.

La OMS establece que los gobiernos están obligados a destinar recursos a los planes nacionales de salud, y en su Declaración de Alma-Ata de 1978 establece que la atención primaria es clave para que las personas alcancen el mayor nivel de salud posible. La Organización Mundial de la Salud afirma que la APS es una parte integral del régimen nacional sanitario, que compone el ministerio medular y el eje primordial del sistema nacional de salud y una parte integral del progreso socioeconómico mundial. Simboliza la etapa número uno de responsabilidad individual, familiar y comunitario con el sistema de sanitario gubernamental, aproximando lo más posible el servicio

sanitario a los lugares donde viven y laboran los individuos, que componen la primera unidad de un procedimiento permanentemente de atención de la salud. (Segredo, 2009)

Turabian (1995), en un artículo publicado en el Cuaderno de Medicina Familiar y Comunitaria, da a conocer su enunciación de atención primaria de salud como un vinculado organizado de actividades y programaciones destinados a conservar y optimar la salubridad de una población por intermedio de la promoción de acciones, condiciones, prevención, tratamiento y rehabilitación, y evitar efectos adversos en el entorno circundante. La APS fue precisada por la Organización Mundial de la Salud en 1978 como: atención básica de salud basada en métodos y técnicas prácticos, basados en la ciencia y aceptados por la sociedad, a través de su integral En cada etapa de desarrollo, en un espíritu de la responsabilidad propia y la autodeterminación, comprometiéndose y pagando un precio que las comunidades y las naciones pueden soportar (OMS, 1978). En 2008, se revisó la definición de atención primaria de la salud para incluir la equidad en salud, la salud promocional comunitaria, sistematización sanitaria enfocados en los individuos y el liderazgo de los mandos en salubridad. (Brommet et al, 2011)

Elementos de la APS según el Alma-Ata (1978); APS: Refleja el estado de una nación y sus estados (económico, sociocultural y político). Le corresponde abordar las primordiales preocupaciones y requerimientos sanitarios de la población. Es un servicio integrado que incluye un abordaje sanitario y la enfermedad en términos de promoción, educación, prevención, diagnóstico, cura, recuperación y mitigación. Es necesario al menos: Educar y prevenir de los inconvenientes sanitarios más comunes o Fomentar la nutrición equilibrada o Provisión de servicios básicos de agua y desagüe o Asistencia en salubridad materno-infantil o Tratamiento apropiado de afecciones comunes. Tiene que combinarse con variados sectores. Impulsa la colaboración de la comunidad y trabaja para el progreso de las personas y sus comunas. Demanda expertos en salubridad multidisciplinarios bien

capacitados con el fin de atender el requerimiento de la población, incluyendo el conocimiento científico y tradicional.

Naciones que orientan sus sistemas de salud hacia la atención primaria de salud han mejorado los indicadores de salud, han reducido el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil, la mortalidad cardiovascular y general, y han mejorado la asignación de recursos, los procesos de aseguramiento y la provisión de servicios de salud por parte del gobierno, y han aumentado las percepciones positivas de los hogares y la población sobre servicios de salud y ayudar a mejorar los programas de cáncer de colon, mama, cuello uterino. (Somocurcio, 2013)

La Atención Primaria en Salud (APS), se plantea en el año 2005 el requerimiento de renovar de la APS en América Latina, con el fin de lograr cada planteamiento sobre las APS en el Alma-Ata y en año 2000 la universalización de la salud (Macinko, Montenegro, Nebot, Etienne, & Grupo de Trabajo de Atención Primaria, 2007). Dicha actualización tiene como objetivo la revitalización de las capacidades de las naciones para adoptar la APS como una táctica sistematizada, eficaz y perdurable para promover la equidad en salud abordando los determinantes sociales de la salud (DSS) y preparándose para abordar los inconvenientes presentes y predecir los problemas de salud venideros. A la par, la actualización consentirá conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), abordar los cambios demográficos, epidemiológicos y nutricionales, y progresar en el vencimiento de los mayores costos del sistema sanitario, las ineficiencias del sistema, la mala calidad de los servicios, la insuficiencia de los recursos estatales. y el requerimiento de nueva tecnología (OPS, 2007). De esta manera, Latino América y el Caribe instituye responsabilidades con el fin de dar cumplimiento a los componentes de la APS actualizadas. Respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que fueron sustituidos por ONU en 2015 en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los actuales objetivos son: Finalización de la Pobreza, Ausencia de Hambre, Salubridad y Bienandanza, Enseñanza de Calidad, Equidad de Género, Limpieza Agua y Saneamiento, Energía Asequible y Limpia, Trabajo Digno y Desarrollo Financiero,

Producción, Innovación e Infraestructura, Disminución de la Diferencia, Ciudades y Comunidades Sostenibles, Fabricación y Consumo Comprometido, Acción Climática, Vida Submarina, La vida de los ecosistemas terrestres, paz, justicia e instituciones sólidas, y coaliciones para lograr metas. (Naciones Unidas, 2018)

Según, Hernández (2017), las responsabilidades de la APS actualizadas son las siguientes: Impulsar la inclusión en la sociedad y la igualdad sanitaria. Decisiones individuales y comunitarias para construir un sistema basado en la APS. Alineación del impulso sanitario y cuidado integrativo conjunto. Facilitar el trabajo inter sectorial. Calidad de atención y seguridad del paciente. Fortalecer los recursos humanos para la salud. Mejoramiento de infraestructura del sistema sanitario beneficia a la APS. Garantizar el sostén financiero. Investigar, desarrollar y tecnificarse. Fortalecer las conexiones y la colaboración internacional con el fin de ayudar la atención primaria de salud.

Se cree que esta actualización es necesaria para superar el impacto de la pobreza y la desigualdad en la región sobre la salud de las personas, exacerbado por el impacto de la carga de la enfermedad (Chan, 2008). Para esta actualización se requiere fortalecer los recursos humanos, mejorar las condiciones laborales mediante la definición de perfiles y competencias específicas, y alinear las competencias APS en las entidades encargadas de la formación de estos recursos, apoyados en políticas y un enfoque multisectorial (Somocurcio, 2013). En 2008, el mundo también reconoció los desafíos de adoptar la APS en sus sistemas, lo que se sumó al impulso del movimiento de renovación de la APS liderado hace mucho tiempo en la región de las Américas. Como tal, priorizar la atención primaria de la salud es más necesario que nunca, señaló la Organización Mundial de la Salud en su Informe sobre la salud en el mundo. Este informe reconoce las principales fallas en la prestación de atención médica en el mundo, que se beneficiarían de una actualización de la APS. (OMS, 2009)

En una estimación de los APS actualizados en los países de América del Sur, se encontraron que siete gobiernos progresaron hacia un punto de vista

integral de atención establecido en un sistema público que se enfoca en la atención integrada para individuos, familias y comunidades y toma en cuenta de los elementos de un APS actualizado (entre estos gobiernos están el boliviano, brasilero, chileno, ecuatoriano, paraguayo, peruano y venezolano), mientras que en las demás naciones sigue predominando el sistema segmentado, que tienen desacuerdos entre atención particular y grupal o entre el sistema público y privado. Llegando a la conclusión en que la ejecución de la actualización de la APS está en manos de la organización y el financiamiento del sistema, así como de la capacidad para afrontar los desafíos de la relación inter sectorial y la colaboración de la sociedad que es insuficiente. (Acosta et al, 2016)

A partir de esta actualización, varios autores han considerado la expresión APS integral, que hace referencia al servicio sanitario considerando enfoques de igualdad sanitaria y concluyentes generales con tal de mejorar los resultados de salud poblacional a través de la colaboración de la comunidad y la acción inter sectorial. El servicio médico no tiene por qué tener límites a solo el sector hospitalario, es más debería incluir reciamente a la comuna, esto es lo que algunos llaman atención primaria orientada a la comunidad. (Labonté et al, 2009)

En definitiva, la atención primaria de salud es una táctica integradora y bien definida que contiene labores promocionales de la salubridad y preventivas de afecciones (educar, proteger, diagnosticar precozmente, tratar oportunamente y rehabilitar) orientadas a ampliar los servicios a través de la acción inter sectorial y la colaboración comunitaria en la cobertura de salud (Davidson et al, 2002). La APS es un mecanismo a través del cual los estados brindan una mejor atención sanitaria a sus comunidades o pobladores, con igualdad en su servicio sanitario y costos más bajos para poblaciones diversas. Las APS tiene como objetivo principal establecer el sistema sanitario en torno a los individuos y sus comunas. (Lillyman & Farquharson, 2013)

Según, Giraldo (2013), entre los retos más significativos para implementar la APS en las Américas, pese al procedimiento de actualización, es necesario

considerar varios elementos como: Afrontar la desigualdad sanitaria. Fortalecer los RRHH adecuados y preparados con el fin de atender los requerimientos sanitarios de cada nación. Dejar atrás la segmentación del sistema sanitario. Responder por la sostenibilidad económica del sistema. Mejorar la gobernanza y la gestión de los sistemas sanitarios. Optimizar la efectividad y la eficacia de la atención y el sistema de información. Ampliar el acceso y la cobertura. Afrontar el proceso de transformación estadística y endémica. Ampliación de la capacidad de solución del sistema sanitario.

APS y Acceso y Cobertura Universal: El acceso es definido como: capacidad de utilización del servicio sanitario integral, adecuado, oportuno efectivo y eficaz a nivel particular o comunitario, partiendo de las representaciones culturales, étnicas y lingüísticas, que puedan atender las dificultades y requerimientos sanitarios de la comunidad, comenzando con la salubridad promocional, educacional, diagnóstica, medicación, mitigación y prevención de enfermedades. Especificado en la definición de acceso universal como: no existen muros geográficos, económicos, social, cultural, institucionales o de género. La universalidad es conseguida a través de la abolición gradual de las murallas al acceso igualitario de todos a los cuidados integrales sanitarios identificados en el territorio de la nación. La cobertura sanitaria es definida como la capacidad de una sistematización sanitaria capaz de atender los requerimientos de la comunidad, incluida tener una infraestructura en condiciones, RRHH, tecnologías sanitarias (incluidos las medicinas) y financiación. (OPS, 2014)

La cobertura universal de salud significa que la organización y los componentes del financiamiento son suficientes para atender toda la comunidad. Esta metodología precisa 4 direcciones estratégicas: (i) las personas y las comunidades en el centro, el acceso equitativo a los servicios integrales de salud, (ii) la gestión y la gobernanza, (iii) Financiar reducciones en pagos directos y barreras de acceso, y (iv) el fortalecimiento del enlace inter sectorial para tener en cuenta los concluyentes mutuos. En este sentido, el primero considera los temas de APS y redes integradas, y el cuarto considera los determinantes que son necesarios para promover

efectivamente el derecho a la salud en la región y promover un compromiso de promoción de la salud con las comunidades y poblaciones y la protección de los más grupos vulnerables (Gispert et al, 2016). Específicamente, los RRHH para la salud son considerados uno de los pilares esenciales para lograr paulatinamente el acceso y la cobertura, a pesar de ello, permanecen brechas en su disponibilidad, adaptabilidad y capacitación para enfrentar estos retos. Ante la falta de profesionales en la región, América Latina advierte que es necesario capacitar y asignar profesionales de la salud en dichos temas. (De Bortoli, 2014)

III. METODOLOGÍA

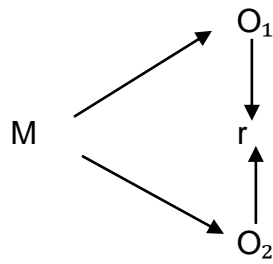
3.1. Tipo y diseño investigación

Tipo investigación

Para, Concytec (2018), la presente investigación es básica esto se debe a que, al transcurso de su progreso, las variables implicadas no han cambiado manteniéndose íntegramente. Seguidamente en base a las observaciones es determinativo la conducta en su contexto natural.

Diseño investigación

Investigación empleo el diseño correlacional no experimental, explorando la vinculación de las variables investigadas centrado en una sola unidad investigativa (Hernández Sampieri, 2016).



M = Muestra

O₁ = Trabajo intersectorial

O₂ = Atención primaria

r = Relación de variables estudiadas

3.2. Variables, Operacionalización

Variables

Variable 1: Trabajo intersectorial

Variable 2: Atención primaria

Nota: La operacionalización se describe en los anexos.

3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis

Población

Son todos los elementos considerados para el desarrollo de una determinada investigación (Bernardo, Encinas, & Menacho, 2015). En tal sentido, los encuestados consistieron 23 funcionarios de diferentes

agencias dentro de la provincia en la que destacan 12 coordinadores sanitarios (Red de salud), 2 administrador de filial (Reniec), 3 gestores locales (UGEL), 3 gerencia de desarrollo social (Municipalidad Provincial), 1 administrador (Banco de la Nación) y 2 gerencia de desarrollo social (Municipalidad distrital); asignados durante el 2021.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- ✓ Funcionarios nombrados en la institución.
- ✓ Funcionarios con experiencia de un trimestre en el cargo.
- ✓ Funcionarios con labores en trabajo intersectorial.

Criterios de exclusión

- ✓ Funcionarios con licencias otorgadas.
- ✓ Funcionarios con asignación temporal.
- ✓ Funcionarios removidos en el cargo.

Muestra

Representación concreta de la población, permitiendo realizar generalidades (Cortes & Iglesias, 2004). La muestra consta de 23 funcionarios, los únicos que realizan trabajo coordinado con el sector salud, destacando 12 coordinadores de salud (Red de salud), 2 administrador de filial (Reniec), 3 gestor local (UGEL), 3 gerencia de desarrollo social (Municipalidad Provincial), 1 administrador (Banco de la Nación) y 2 gerencia de desarrollo social (Municipalidades distritales) designados durante el 2021.

Muestreo

El estudio desarrollo el tipo de muestreo aleatorio simple, que se caracteriza por cada elemento es parte de la población que cuenta con la misma probabilidad de ser seleccionados para el desarrollo del estudio (Martinez, 2010).

Unidad de análisis

Funcionario que labora en una institución pública y/o privada.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas

Tiene como finalidad el recojo de datos, siendo la encuesta la que certifica la formalidad de recopilar datos de fuentes primarias. La técnica es el medio estructural y ordenado que encamina a responder los objetivos trazados (Ñaupas, 2009).

Instrumentos

Son los medios sistemáticos y relacionados con la búsqueda a una respuesta de un objetivo (Ñaupas, 2009). De tal manera que, son formulados dos instrumentos para las variables estudiadas.

Para el trabajo intersectorial, presenta cuatro dimensiones (Información, cooperación, coordinación e integración), el instrumento cuenta con 05 preguntas, en total 20 ítems, y está diseñado en base al estudio de Reyna (2021). A lo que se refiere a su calificación, su rango es de 5. Al presentarse se hará uso de tres niveles (Bajo, regular, Alto) con ello determinar el nivel de atención primaria

Para la atención primaria, formado por dos dimensiones (acceso y cobertura), hay 9 ítems en cada una de estas dimensiones, que componen 18 ítems a nivel global, el instrumento se sustenta en el estudio de Lizana (2020). En cuanto a la evaluación, se califica entre 1 y 5. Al presentarse se hará uso de tres niveles (Bajo, regular, Alto) con ello determinar el nivel de atención primaria.

Validez

La validación fue elaborada por expertos habituados con el tema estudiado, según lo dispuesto en la siguiente tabla.

Tabla 1*Validez*

Variable	N.º	Especialidad	Promedio	Opinión
Trabajo intersectorial	1	Metodólogo	4.6	Instrumentos consistentemente e aplicables, coherentes y pertinentes
	2	Metodólogo	4.4	
	3	Metodólogo	4.4	
Atención primaria	1	Metodólogo	4.6	Instrumentos consistentemente e aplicables, coherentes y pertinentes
	2	Metodólogo	4.3	
	3	Metodólogo	4.3	

Fuente: Validez de expertos.

Los instrumentos de recojo de datos son aprobados por personal de campo con una vasta experiencia, quienes otorgan su conformidad mediante estimaciones numéricas. La primera variable la media es 4,5 que equivale al 90%, la segunda variable 4,4 que equivale al 88% está de acuerdo con los expertos, indicando su aplicabilidad.

Confiabilidad del instrumento

La reevaluación del coeficiente alfa de Cronbach, a manera de componente de confiabilidad del instrumento, halló una valía superior a 0,7 (George & Mallery, 2003).

Fórmula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

K: Nº de criterios

Si : Sumatoria de Varianzas

St : Varianza de la suma

 α : Alfa de Cronbach

Dicho de otra manera, en primer lugar, estos instrumentos estuvieron diseñados y determinados por estudiosos expertos encargados de examinar y evaluar sus estructuras de acuerdo a la forma que se les suministró. Como segundo lugar, después de reiteradas acotaciones de

los jueces, igualmente se consideraron las indicaciones de los expertos mejorando el equipo adecuado para el grupo al que corresponde. En tercer lugar, se aplicó la técnica piloto a dos herramientas, incluyendo a 20 personas con tipologías equivalentes a la población.

Tabla 2

Confiabilidad de Trabajo intersectorial

		Procesamiento	
		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Eliminación de lista basada en todas las variables en el procedimiento.

Tabla 3

Confiabilidad de preguntas

Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,813	20

Fuente: Base de datos de personal de salud.

Tabla 4

Confiabilidad de Atención primaria

		Procesamiento	
		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 5

Confiabilidad de preguntas

Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
,854	18

Fuente: Base de datos de personal de salud.

El trabajo intersectorial los resultados mostraron una confiabilidad de 0,813 y de la atención primaria de 0,854, lo que refleja una confiabilidad fuerte.

3.5. Procedimiento

La investigación tiene dos momentos. En primer lugar, se identificaron los posibles colaboradores del estudio y sus instituciones, después se remitió una solicitud con el fin de hacer el estudio y quedo a la espera de la contestación institucional mediante un documento de acceso. Garantiza la instalación y recopilación de datos relacionados con el estudio.

En el segundo momento se identifica al participante y se obtiene el consentimiento para participar, en el que además se menciona que la información proporcionados son únicamente para fines académicos, también se enfatizó la confidencialidad de los investigados. Nuevamente, fueron recordados que sus respuestas debían ser veraces, evitando así sesgos en la investigación.

3.6. Método de análisis de datos

Se empleo SPSS Ver 25, con ello el estadístico Pearson R para poder determinar asociaciones entre los elementos en estudio. Según Valderrama (2016), para determinar el coeficiente, considere una estimación de -1 a 1, cuando es positivo significa dependencia directa, cuando es negativo significa dependencia indirecta, cuando es 0 significa independencia.

3.7. Aspectos éticos

Esta sección corresponde a los principios éticos mundiales, basándose en beneficencia, centrada únicamente en el beneficio que trate el estudio para los beneficiarios directos e indirectos. No maleficencia, constituye en evitar la generación de algún daño a los participantes del estudio. Justicia, donde los participantes tiene la misma oportunidad de ser incluidos en el estudio. Autonomía, donde evitar la intervención de terceros, garantizando la total independencia.

IV. RESULTADOS

4.1. Nivel de trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, 2021.

Tabla 1.

Nivel de trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, 2021.

Nivel	Intervalo	N°	%
Bajo	20 – 46	1	4%
Regular	47 – 73	12	52%
Alto	74 - 100	10	44%
Total		23	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a funcionarios.

Interpretación:

El trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, posee un nivel “Regular” de 52% (12), siendo el de mayor porcentaje, seguido del nivel “Alto” que alcanza un 44% (10). Mientras que el nivel “Malo” obtuvo solo un 4% (1).

4.2. Nivel de atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021.

Tabla 2.

Nivel de atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021.

Nivel	Intervalo	N°	%
Bajo	18 - 42	0	0%
Regular	43 - 66	14	61%
Alto	67 - 90	9	39%
Total		23	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a funcionarios.

Interpretación:

La atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, muestra un nivel “Regular” de 61% (14), siendo el de mayor porcentaje, seguido del nivel “Alto” alcanzando un 39% (9). Mientras que el nivel “Malo” obtuvo un 0%.

Análisis correlacional

Proporciona análisis de relación para determinar la relación de las variables de estudio; usa el coeficiente de correlación lineal de Pearson o el coeficiente de Spearman; idéntica resulta que la prueba de normalidad.

Tabla 3.

Normalidad del estudio

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.
Trabajo intersectorial	,925	23	,085
Atención Primaria	,949	23	,282

*. Este es el límite inferior real.

a. Corrección de significación de Lilliefors
del estudio

Interpretación:

Según el estudio, utilizando Shapiro-Wilk, donde la probabilidad es superior a 0,05, por lo que se puede concluir que se trata de una población normal.

4.3. Relación entre el trabajo intersectorial con el acceso a la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.

Tabla 4.

Relación entre el trabajo intersectorial con el acceso a la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.

Estadísticas de la correlación	
Coefficiente de correlación	0.1252
Coefficiente de determinación R ²	0.0156
R ² ajustado	-0.0312
Error típico	15.1858
Observaciones	23

Fuente: Base de datos de SPSS ver 25.

Interpretación:

Se observa un coeficiente de Pearson de 0.1252, indica correlación positiva muy baja del trabajo intersectorial con el acceso a la atención primaria. Un coeficiente de determinación (0,0156) indicando que solo el 1,56% del acceso a la atención primaria se debe al trabajo intersectorial en la provincia de Bellavista.

4.4. Relación entre el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.

Tabla 5.

Relación entre el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.

Estadísticas de la correlación	
Coeficiente de correlación	0.0666
Coeficiente de determinación R ²	0.0044
R ² ajustado	-0.0429
Error típico	15.2722
Observaciones	23

Fuente: Base de datos de SPSS ver 25.

Interpretación:

Se obtiene un coeficiente de Pearson de 0.0666, siendo una correlación positiva muy baja del trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria. Un coeficiente de determinación (0,0044) donde solo el 0,4% de la cobertura de la atención primaria se debe al trabajo intersectorial en la provincia de Bellavista.

4.5. Relación del trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021.

Planteamiento de hipótesis:

Ho: El trabajo intersectorial no se relaciona significativamente con la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.

H₁: El trabajo intersectorial se relaciona significativamente con la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.

Nivel de significación, corresponde al 0,05; con una fiabilidad del 95 %.

Tabla 6.

Relación entre el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.

Estadísticas de la correlación	
Coefficiente de correlación	0.1040
Coefficiente de determinación R ²	0.0108
R ² ajustado	-0.0362
Error típico	15.2232
Observaciones	23

Fuente: Base de datos de SPSS ver 25.

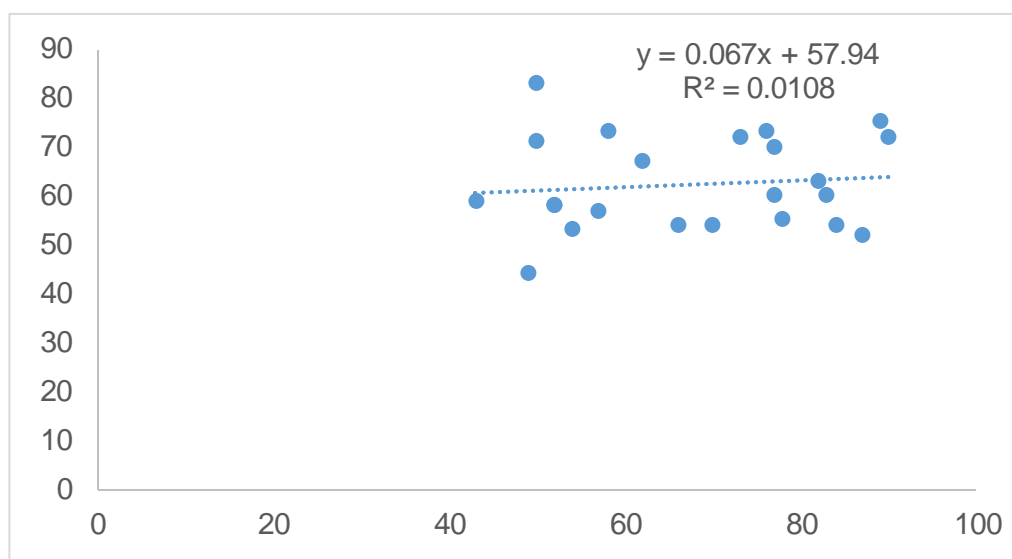


Figura 1. *Dispersión del trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021*

Fuente: Base de datos en SPSS ver 25.

Interpretación:

Un coeficiente de Pearson de 0.1040, representa correlación positiva muy baja entre el trabajo intersectorial con la atención primaria. Coeficiente de determinación (0,0108), indicando que solo el 1,08% de la atención primaria se debe al trabajo intersectorial en la provincia de Bellavista, existiendo otros factores que inciden en la atención primaria.

Tabla 7.

Varianza del trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021.

	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Promedio de los cuadrados	F	Valor crítico de F
Regresión	1	53.2446	53.2446	0.22975407	0.000
Residuos	21	4866.6684	231.7461		
Total	22	4919.9130			

Fuente: Base de datos de SPSS ver 25.

Interpretación:

Se aprecia el valor de Fisher de (0.000), siendo menor al 5% (0.05), permitiendo de este modo aceptar la relación de las variables estudiadas.

V. DISCUSIÓN

El acápite se enfoca en contrastar hallazgos con otros resultados de estudios similares; es así, que el trabajo intersectorial desarrollado por la Red de Salud Bellavista durante el periodo de estudio logro alcanzar un nivel “Regular” del 52%, que corresponde al mayor valor porcentual, dicho valor es necesario fortalecer el trabajo intersectorial, pudiendo contextualizar para un mayor alcance en la comuna. La investigación, muestra también un nivel “Alto” con 44% de trabajo intersectorial lo que indica que es necesario fortalecer lo avanzado y minimizar el nivel “Malo” que alcanzo un 4%.

En ese sentido, Bendezu (2020), menciona que requiere incorporar a los expertos sanitarios para impulsar estrategias que estimulen el interés especialmente a los galenos en este nivel de atención, ya que el trabajo extramural debe de ser fortalecido con todos los recursos institucionales para ampliar la cobertura de atención, ya con ello se evitara el gasto de bolsillo por las familias. Por lo expuesto por Bendezu es importante consolidar el trabajo intersectorial que debe de iniciarse del sector salud.

De la misma manera el estudio, destaca la AP en la Red de Salud Bellavista, en donde alcanzó un nivel “Regular” de un 61%, un nivel “Alto” con un 39%. De lo encontrado en el estudio, la institución debe proponer ajustes en los procedimientos administrativos y gerenciales para mejorar el nivel de atención primaria, aunque lo alcanzado es un gran avance para la salud comunitaria y familiar.

Al contrastar con el estudio de Reyna (2021), donde mejorar atención prestacional es necesario insertar elementos comunicacionales que generan espacios de diálogo, de la misma manera que se direccionen a la toma de decisiones y que engrandezcan a la programación educativa con enfoque a la atención primaria; lo mencionado, al complementarse las estrategias de atención primara con una buena comunicación se estará fortalecimiento el trabajo social y que repercutirá en actividad de promoción de salud.

El estudio encontró un coeficiente de Pearson de 0.1252, indicando relación positiva muy baja del trabajo intersectorial con el acceso a la atención

primaria. En este caso, el trabajo que desarrolla la Red de Salud en aras de articular es insuficiente para garantizar un adecuado acceso a la población para hacer uso de los servicios sanitarios, con ello aminorar los índices de morbilidad en los diferentes grupos etarios. En esa misma línea, el estudio encontró un coeficiente de determinación (0,0156) que permite mencionar que solo el 1,56% del acceso a la atención primaria se debe al trabajo intersectorial en la provincia de Bellavista; en tal sentido, la contribución del trabajo intersectorial es un poco, que su impacto en los resultados sanitarios es débil, por lo que es una necesidad de hacer un mejor trabajo, con mayor acción y compromiso que ara que los ciudadanos se sientan satisfechos.

En el estudio de, Schopf (2021), debe ejercer la ética en la prestación de atención para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. También hace hincapié en el personal de salud que debe de centrarse en el cuidado, para ello es importante contar con equipo multidisciplinario, para incorporar las acciones de prevención en las distintas patologías de mayor afectación a los pobladores. Con este fin, se pone en un primer plano al recurso humano, que sin su participación, involucramiento y compromiso será imposible lograr por lo menos acercarse a lo planificado por la institución.

De la misma manera, Arteaga (2017), hace mención de la eficacia en la atención incide en la satisfacción de los beneficiarios de los servicios de internación obstétrica y ginecológica, dicho de otra manera, para lograr la satisfacción de los usuarios del sistema sanitario, es necesario considerar la atención en todos los aspectos para convertirlo en calidad la atención prestada para responder de manera directa las expectativas de los usuarios, los mismos que repercutirán en la recuperación de su salud, y ello a disminuir las complicaciones y/o efectos económicos de su entorno familiar, evitando su perjuicio contra su canasta básica familiar.

El estudio también encuentra un coeficiente de Pearson de 0.0666, lo que indica una correlación positiva muy baja entre el trabajo intersectorial y la cobertura de la atención primaria. Este hallazgo, muestra que la cobertura en la atención primaria es aún débil, a pesar de la aplicación de diferentes

estrategias por los distintos sectores, por lo que es relevante a generar nuevas estrategias, enfocados en el entorno real, con el propósito de alcanzar de manera oportuna los indicadores sanitarios. De la misma manera, el estudio reportó un coeficiente de determinación (0,0044), donde solo el 0,4% de la cobertura de la atención primaria se debe al trabajo intersectorial en la provincia de Bellavista. Por lo tanto, se infiere que para alcanzar una adecuada cobertura de atención primaria se requiere de otras acciones sanitarias, ya que el trabajo intersectorial es incipiente y ello no contribuye a la salud de la población.

En tal sentido, De Oliveira (2021), encontró la ventaja de la acción innovadora radica en la ayuda brindada a los usuarios y mejores condiciones para los procesos de trabajo en equipo, además de resaltar el papel del personal de salud en las nuevas formas de laborar en los servicios sanitarios. En esa misma línea, se vuelve a poner en primera línea al personal de salud para alcanzar la atención en salud, pero es necesario el soporte y provisión de insumos y equipos para poder desarrollar de manera adecuada las actividades planificadas.

Finalmente, el estudio encontró una correlación positiva muy baja entre el trabajo intersectorial con la atención primaria de acuerdo al coeficiente de Pearson de 0.1040. Lo mencionado, dice mucho, y es un trabajo pendiente en el trabajo de atención primaria para alcanzar mejores indicadores, pero es necesario incentivar el trabajo intersectorial para hacer que las instituciones circunscritas en el entorno territorial sean parte de la salud comunitaria. De la misma manera, el estudio reportó un coeficiente de determinación (0,0108) que indica que solo el 1,08% de la atención primaria se debe al trabajo intersectorial en la provincia de Bellavista. Nuevamente, es necesario retomar con mayor ahincó el trabajo sectorial, para poder generar mayores aportes al sistema sanitario debilitado.

De lo mencionado, Lizana (2020), que un cumplimiento de los atributos de coordinación de sistema de atención, es prioritario realizar el primer contacto-utilización y globalidad-servicios recibidos, con atributos de enfoque

familiar, los mismos que están ligadas a la orientación comunitaria y primer contacto-utilización, para poder garantizar una adecuada atención.

De la misma manera, Rodríguez (2020) menciona que la Satisfacción de Pacientes de AP y Centro Metropolitano de AP de Tarapoto, logró obtener un coeficiente de correlación de Pearson, obtuvo un valor de 0,874, indicando una correlación positiva alta, muy lejos de lo encontrado en la investigación.

Por su parte, González (2020), menciona que, la atención primaria aumentó en un 30% a través de una mejor administración. Es decir, mejorar todos los aspectos de la atención primaria fortaleciendo la administración en la gestión presupuestaria, financiera y logística, brindando paquetes integrales de atención, organizando equipos básicos de salud, organizando sistemas comunitarios de vigilancia, atención de seguimiento y planes locales de atención en salud. Por lo descrito, es necesario enfocarse en este hallazgo para revertir los resultados alcanzados en el estudio.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1.** La correlación positiva entre trabajo inter sectorial con la atención primaria fue muy baja, según el coeficiente de Pearson de 0,1040. Asimismo, coeficiente de determinación (0.0108) indica que solo el 1.08% de la atención primaria se debe al trabajo intersectorial en Bellavista.
- 6.2.** El trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud Bellavista, muestra un nivel "Regular" de 52%, siendo el nivel de mayor representatividad, seguido del nivel "Alto" con 44% y "Malo" con 4%. Apreciando una coordinación adecuada, precisa y con un alto compromiso de los funcionarios que hacen posible la articulación.
- 6.3.** La Atención Primaria de la Red de Salud Bellavista logró un nivel de "Regular" de 61% y un nivel "Alto" de 39%, donde el acceso de la atención es garantizado por el sector salud y con ello brinda una atención con calidad y seguridad.
- 6.4.** El coeficiente de Pearson obtenido fue de 0,1252, indicando una correlación positiva muy baja entre el trabajo en todos los sectores y el acceso a la atención primaria. Asimismo, el coeficiente de determinación (0.0156) apreciando que solo el 1.56% de los servicios de atención primaria se deben al trabajo intersectorial en Bellavista.
- 6.5.** El coeficiente de Pearson obtenido fue de 0,0666, indicando correlación positiva muy baja del trabajo intersectorial con la cobertura de atención primaria. Asimismo, el coeficiente de determinación (0.0044) permite mencionar que 0.4% de la cobertura de atención primaria se debe al trabajo intersectorial en Bellavista.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1.** Al director de la Red de Salud de Bellavista fortalecer sus procesos y procedimientos administrativos e institucionales para convertirse en una institución sólida que sea capaz de liderar la salud en coordinación estrecha con las instituciones y sociedad civil para mejorar la atención primaria en la provincia de Bellavista.
- 7.2.** A los funcionarios de la Red de Salud Bellavista, implementar estrategias institucionales para ser convocantes y líderes de trabajos intersectoriales; donde se priorice de manera conjunta determinadas intervenciones que favorecerán a la población.
- 7.3.** A los trabajadores administrativos y asistenciales priorizar actividades sanitarias en relación a la atención primaria, con el propósito de ampliar la oferta y cobertura de los indicadores sanitarios del primer nivel de atención.
- 7.4.** A los responsables de las instituciones de la provincia de Bellavista, sensibilizar sobre la importancia del trabajo mancomunado para tener un mejor desenvolvimiento en la comunidad, convirtiéndose en un actor de gran relevancia.
- 7.5.** A los colaboradores de las instituciones desarrollar acciones que permitan un mayor involucramiento en la comunidad, con ello contribuir a lograr mejores coberturas de atención primaria.

REFERENCIAS

- Acosta, N., Giovanella, L., Vega, R., Tejerina, H., Fidelis, P., Ríos, G., . . . Oliveira, S. (2016). Mapping primary health care renewal in South America. *Family Practice*, 33(3), 261-267.
doi:https://watermark.silverchair.com/cmw013.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAscwggLDBgkqhkiG9w0BBwagggK0MIIcsAIBADCCAqkGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEA S4wEQQMdA6WH51qABWqZx93AgEQgII CerEzSwMGthYXjIqwwRjMiyZU UhmSUoUfx4eR2dsX9MldaCDJ
- Alma Ata. (1978). *Atencion Primaria de Salud*. Ginebra: Printed In Switzerland.
- Álvarez, A., García, A., Rodríguez, A., & Bonet, M. (2007). Voluntad política y acción intersectorial. Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 45(3), 1-16.
doi:<http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v45n3/hie07307.pdf>
- Arteaga, L. (2017). *Influencia De La Calidad De Atención En La Satisfacción Del Usuario En Los Servicios De Hospitalización De Gineco-Obstetricia Del Hospital li2 Tarapoto. Enero - junio 2016*. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín.
doi:<http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3030/MAEST.%20SAL.%20PUB.%20-%20Liz%20Mercedes%20Arteaga%20Torres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bendezu, G., Mari, L., Taype, A., Mejia, C., & Inga, F. (2020). Percepción de médicos que realizan el Servicio Rural y Urbano-Marginal de salud en Perú sobre el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(4), 636-644.
doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.5294>
- Bernardo, C., Encinas, C., & Menacho, M. (2015). *Metodología de la Investigación Científica* (Primera ed.). Lima: Universidad Autonoma del Perú.
- BID. (2020). *Redes de Salud en Marcha*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Brommet, A., Lee, j., & Serna, J. (2011). Atención primaria: Una estrategia renovada. *Colombia Médica*, 42(3), 379-387.
doi:<http://www.bioline.org.br/pdf/rc11060>

- Bryant, J., & Richmond, J. (2017). Alma-Ata y la atención primaria de salud: una historia en evolución. *Academic Press*, 83-102. doi:10.1016 / B978-012373960-5.00001-0
- Castell, P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(2), 1-13. doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009
- Chan, M. (2008). Return to Alma-Ata. *The Lancet*, 372(9642), 1-10. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61372-0
- Concytec. (2018). *Tipos de investigación*. Lima.
- Cortes, M., & Iglesias, M. (2004). *Generalidades sobre metodología de la investigación*. México: Universidad Autónoma del Carmen.
- Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*, 94(11), 1864-1874. doi:10.2105 / ajph.94.11.1864
- Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. . *American Journal of Public Health*, 94(11), 864-874. doi:10.2105/ajph.94.11.1864
- Davidson, P., MacIntosh, J., McCormack, D., & Morrison, E. (2002). Atención primaria de salud: un marco para el desarrollo de políticas. *Práctica holística de las enfermeras*, 16(4), 65-74. doi:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12060947/
- De Bortoli, S. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud y la contribución de las Redes Internacionales de Enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(6), 891-892. doi:https://www.scielo.br/j/rlae/a/TbpTgB8MbvN7TwhJxqZv6Yf/?lang=es&format=pdf
- De Oliveira, I., Maris, A., Martins, M., Bernardino, E., Fernandez, M., & Voth, I. (2021). Acciones innovadoras desarrolladas por enfermeras en la Atención Primaria de Salud. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), 1-9. doi:https://www.scielo.br/j/reben/a/nWWYM4BFXmwMqRcbZVv7QBF/?format=pdf&lang=pt
- Duarte de Sá, L., Castro, A., Almeida, J., Scatena, T., Mendes, K., & Fredemir, P. (2011). Acciones intersectoriales y vínculo en el control de la tuberculosis en la Salud de la Familia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(2), 1-9. doi:https://www.scielo.br/j/rlae/a/4nnKxgbyndXCGDxXvJCvkSN/?format=pdf&lang=es

- FLACSO. (2015). *Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública*. Santiago de Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Giovanella, L. (2015). *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: Contactos del Isags. doi:<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/06/atencionprimaria.pdf>
- Giraldo, A., & Vélez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45, 384-392. doi:<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656713000413?token=61CDE8499A89FEB452BB32198101DBB40F43D6A3378CBC82D1451EBA2129CE26033EF9AB697D23C0DAD2F6A19035E596&originRegion=us-east-1&originCreation=20211017235327>
- Gispert, E., Castell, P., & Lozano, A. (2016). Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 337-341. doi:<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2016.v42n2/337-341/es>
- Gofin, J., & Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(3), 177-185. doi:<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/177-185/es>
- González, A. (2020). *Gestión administrativa y atención primaria en el centro de salud Morales, 2019*. Tarapoto: Universidad Cesar vallejo. doi:<https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/46405/Gonzalez%20AAT-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández Sampieri, R. (2016). *Metodología de la Investigación*. Lima: Mc Graw Hill.
- Hernández, E. (2017). *Atención primaria y determinantes sociales en salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población*. San Juan de Alicante: Universidad Miguel Hernández d Elche. doi:https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webform/pre_publicacion/tesis_phd_teseo.pdf
- Información de Recursos Humanos en el Sector Salud. (2020). *Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú*

2013 - 2019. Lima: Ministerio de Salud.
doi:<https://drive.minsa.gob.pe/s/wGi4r8Rw3dARDGc#pdfviewer>

Kole de Peralta, K. (2015). *La naturaleza de los cuerpos coloniales: salud pública en Lima, Perú, 1535-1635*. Notre Dame: Universidad de Notre Dame.
doi:<https://curate.nd.edu/show/h415p843h8w>

Labonté, R., Sanders, D., Baum, F., Schaay, N., Packer, C., Laplante, D., . . . Pooyak, S. (2009). Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 14-29.
doi:<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a02.pdf>

Lillyman, S., & Farquharson, N. (2013). Modelos de educación para la gestión del autocuidado en atención primaria. *Revista británica de enfermería comunitaria*, 18(11), 556-560. doi:10.12968 / bjc.2013.18.11.556

Lizana, M., Flores, E., & Carhuayo, S. (2020). Evaluación de los atributos de atención primaria de salud en establecimientos del primer nivel atención de Ayacucho, Perú. *Revista Medica Herediana*, 31(3), 175-180.
doi:<http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3807>

Llanos, L., Arenas, D., Valcarcel, B., & Huapaya, O. (2020). Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. *Rev Med Hered*, 31, 266-273.
doi:<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v31n4/1729-214X-rmh-31-04-266.pdf>

Macinko, J., Montenegro, H., Nebot, C., Etienne, C., & Grupo de Trabajo de Atención Primaria. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 21(2), 73-84.
doi:<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>

Martinez, H. (2010). *Manual de metodología de investigación. la investigación como proceso en la universidad*. Valledupar - Colombia: UDES.

Matzumura, J., Gutiérrez, H., Wong, J., & Alamo, I. (2020). Instrumento para la evaluación del climaterio y la menopausia en el primer nivel de atención. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(4), 560-567.
doi:<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.3057>

Mayta, P., Mejia, C., Riega, P., Rojas, L., Posso, M., & Mezones, E. (2011). Proyección de trabajo en el interior del país y factores asociados en médicos recién colegiados de Lima, Perú 2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 28(2), 186-193.
doi:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000200004&script=sci_abstract

- Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Limites Perú. (2012). *Aportes Para La Operativización Del Modelo De Atención Integral De Salud Basado En Familia Y Comunidad En El Primer Nivel*. Lima: Unión Europea.
- Meijers, G., & Stead, D. (2004). *Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review*. Delft: Delft University of Technology. doi:http://userpage.fu-berlin.de/ffu/akumwelt/bc2004/download/meijers_stead_f.pdf
- Ministerio de Salud Chile. (2014). *Orientaciones para Planes Comunales de promoción de la Salud 2014*. Chile: Ministerio de Salud. doi:<https://www.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>
- MINSA. (2020). *Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2013 - 2019*. Lima: Información de Recursos Humanos en el Sector Salud. doi:<https://drive.minsa.gob.pe/s/wGi4r8Rw3dARDGc#pdfviewer>
- Naciones Unidas;. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL. doi:https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Ñaupas, H. (2009). *Metodología de la Investigación científica y asesoramiento de tesis*. Lima - Perú.
- OMS. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2009). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. doi:https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf
- OPS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington, D.C: Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). doi:https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
- OPS. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

- OPS. (2014). *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS). doi:<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
- OPS. (2015). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2017). *Documento Conceptual: Intersectorialidad*. Santiago de Chile: Organización Mundial de la Salud. doi:<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>
- Reyna, L., Campos, M., de la Yncera, N., & Fajardo, R. (2021). Contribuciones de la comunicación en salud en la implementación de un proyecto universitario de atención primaria. *Revista Cubana de Educación Superior*, 40(3), 1-17. doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142021000300021&lang=es
- Rivasplata, P. (2014). Salud pública impulsada por el Cabildo de Lima durante la Colonia. *ACHSC*, 41(1), 239-273. doi:<http://www.scielo.org.co/pdf/achsc/v41n1/v41n1a09.pdf>
- Rodríguez, G. (2020). *Atención primaria y satisfacción de los pacientes del centro de atención primaria metropolitano, Tarapoto, 2019*. Tarapoto: Universidad Cesar Vallejo. doi:https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/48823/Rodr%C3%a9uez_BGD-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Schopf, K., Vendruscolo, C., Bohrer, C., Savi, D., Lemes, A., & Lasta, L. (2021). Prevención Cuaternaria: de la medicalización social a la atención integral en Atención Primaria de Salud. *Escola Anna Nery*, 26, 1-8. doi:<https://www.scielo.br/j/ean/a/TFTmRw8hv8BggGnxjFM9qff/?format=pdf&lang=pt>
- Segredo, A. (2009). Caracterización del Sistema de Dirección en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 78-109. doi:<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2009.v35n4/78-109/es>
- Solar, O., Valentine, N., Rice, M., & Albrecht, D. (2009). *Moving forward to equity in health: What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Prepared for the 7° Global Conference for Health and Development "Closing the Implementation Gap"*. Kenya: Nairobi.

Somocurcio, J. (2013). La Atención Primaria de la Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(2), 171-172.
doi:<https://www.redalyc.org/pdf/363/36328562001.pdf>

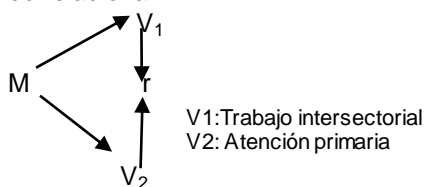
Turabian, J. (1995). *Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria*. España: Díaz de Santos.

Valderrama, S. (2016). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica* (6 ta ed.). Lima: San Marcos.

ANEXOS

Matriz de consistencia

Título: Trabajo intersectorial y atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e Instrumentos										
<p>Problema general ¿Cuál es la relación del trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud-Bellavista, 2021?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es el nivel de trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, 2021? ¿Cuál es el nivel de atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021? ¿Cómo se relaciona el trabajo intersectorial con el acceso a la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021? ¿Cómo se relaciona el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación del trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021</p> <p>Objetivos específicos Conocer el nivel de trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, 2021. Identificar el nivel de atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021. Establecer la relación entre el trabajo intersectorial con el acceso a la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021. Establecer la relación entre el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.</p>	<p>Hipótesis general Hi: Existe relación significativa entre el trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021. Ho: No existe relación significativa entre el trabajo intersectorial con la atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021.</p> <p>Hipótesis específicas H1: El nivel de trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, es regular. H2: El nivel de atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, es regular H3: Existe relación entre el trabajo intersectorial con el acceso a la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021. H4: Existe relación entre el trabajo intersectorial con la cobertura de la atención primaria en la provincia de Bellavista, 2021.</p>	<p>Técnica Encuesta</p> <p>Instrumentos Cuestionario</p>										
Diseño de investigación	Población y muestra	Variables y dimensiones											
<p>Tipo: Básico Diseño: D. Correlacional Tipo no experimental, diseño correlacional.</p>  <p>V1: Trabajo intersectorial V2: Atención primaria</p>	<p>Población Conformada por 23 funcionarios</p> <p>Muestra Conformada por 23 funcionarios</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Variables</th> <th style="width: 50%;">Dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Trabajo intersectorial</td> <td style="text-align: center;">Información</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Cooperación</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Coordinación</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Integración</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Atención primaria</td> <td style="text-align: center;">Acceso</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Cobertura</td> </tr> </tbody> </table>		Variables	Dimensiones	Trabajo intersectorial	Información	Cooperación	Coordinación	Integración	Atención primaria	Acceso	Cobertura
Variables	Dimensiones												
Trabajo intersectorial	Información												
	Cooperación												
	Coordinación												
	Integración												
Atención primaria	Acceso												
	Cobertura												

Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Trabajo intersectorial	Intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida (FLACSO, 2015)	Trabajo conjunto entre sectores para afrontar temas que afectan a la población	Información	Construcción de lenguaje común	Ordinal
				Lógica de trabajo de los sectores	
				Prioridades comunes entre sectores	
				Proceso de trabajo conjunto	
				Detectan retos y oportunidades	
			Cooperación	Eficiencia de acciones por cada sector	
				Relación de cooperación	
				Acciones sustentadas en problemas comunes	
				Acciones orientadas con base en prioridades comunes	
				Determinantes de la salud poblacional	
			Coordinación	Trabajo conjunto por cada sector	
				Eficiencia y eficacia	
				Financiamiento compartido.	
				Genera sinergias	
				Desarrollo de planes y presupuestos	
			Integración	Conjunto de acciones enmarcadas en programas	
Desarrollo de trabajo intersectorial					
Aplicación de acciones conjuntas					
Formula acciones sociales comunes					
Financiamiento asignado a objetivo social común					
Atención primaria	Estrategia integral y articulada que incluye acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la cual está orientada a extender la cobertura de los servicios de salud, desde la acción intersectorial y la participación de la comunidad (Davidson, MacIntosh, McCormack, & Morrison, 2002).	Atención y acciones orienta a la comunidad para responder a sus necesidades sanitarias	Acceso	Equidad la salud en la comunidad.	Ordinal
				Recursos humanos suficientes y capacitados	
				Superación de fragmentación de los servicios de salud.	
				Inclusión social en salud.	
				Toma de decisiones individuales y comunes	
				Acciones de promoción de la salud	
				Atención integral e integrada.	
				Fomento de trabajo intersectorial.	
			Cobertura	Calidad de atención y seguridad del paciente.	
				Calidad de la atención y sistemas de información.	
				Acceso y la cobertura.	
				Procesos de transición demográfica y epidemiológica.	
				Capacidad resolutive de los sistemas de salud.	
				Fortalece recursos humanos en salud.	
				Mejora la estructura del sistema de salud	
				Garantiza sostenibilidad financiera.	
Genera investigación, desarrollo y tecnología.					
Fortalece las redes y cooperación entre sectores					

Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario: Trabajo intersectorial

Datos generales:

N° de cuestionario: Fecha de recolección:/...../.....

Introducción:

El presente instrumento tiene como finalidad conocer el grado de trabajo intersectorial que desarrolla la Red de Salud - Bellavista, 2021.

Instrucción:

Lee atentamente cada ítem y seleccione una de las alternativas, la que sea la más apropiada para Usted, seleccionando del 1 a 5, que corresponde a su respuesta. Asimismo, debe marcar con un aspa la alternativa elegida.

Asimismo, no existen respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Solo se solicita honestidad y sinceridad de acuerdo a su contextualización.

Finalmente, la respuesta que vierta es totalmente reservada y se guardará confidencialidad y marque todos los ítems.

Escala de conversión	
Nunca	1
Pocas veces	2
Muchas veces	3
Frecuentemente	4
Siempre	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Escala de calificación				
		1	2	3	4	5
Información						
01	Las instituciones construyen un lenguaje común para logro de diálogo					
02	Existen entendimiento de la lógica de trabajo de los sectores					
03	Existe la priorización de objetivos comunes entre sectores					
04	Las instituciones generan un trabajo conjunto					
05	Detectan retos y oportunidades de trabajo coordinado					
Cooperación						

06	Promueven el logro de mayor eficiencia de las acciones por cada sector					
07	Trabajo sustentado en relación de cooperación					
08	Acciones orientadas con base en problemas comunes					
09	Acciones orientadas con base en prioridades comunes					
10	Determinantes para solucionar la salud de la población					
Coordinación						
11	Esfuerzo de trabajo conjunto por cada sector					
12	Búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia					
13	Fuente de financiamiento compartido.					
14	Genera sinergias para logro de resultados					
15	Entendimiento para desarrollo de planes y presupuestos					
Integración						
16	Define en conjunto nuevas acciones enmarcadas en programas					
17	Identifica nuevas necesidades para desarrollar trabajo intersectorial					
18	Ejecuta la aplicación de acciones conjuntas					
19	Formula acciones con objetivo social común					
20	Financiamiento para el logro del objetivo social común					

Fuente: Reyna (2021), *Contribuciones de la comunicación en salud en la implementación de un proyecto universitario de atención primaria*

Cuestionario: Atención primaria

Datos generales:

N° de cuestionario: Fecha de recolección:/...../.....

Introducción:

El presente instrumento tiene como finalidad conocer el nivel de atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021.

Instrucción:

Lee atentamente cada ítem y seleccione una de las alternativas, la que sea la más apropiada para Usted, seleccionando del 1 a 5, que corresponde a su respuesta. Asimismo, debe marcar con un aspa la alternativa elegida.

Asimismo, no existen respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Solo se solicita honestidad y sinceridad de acuerdo a su contextualización.

Finalmente, la respuesta que vierta es totalmente reservada y se guardará confidencialidad y marque todos los ítems.

Escala de conversión	
Nunca	1
Muy pocas veces	2
Algunas veces	3
Casi siempre	4
Siempre	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Escala de calificación				
		1	2	3	4	5
Acceso						
01	Aborda con equidad la salud en la comunidad.					
02	Fortalece recursos humanos suficientes y capacitados para enfrentar las necesidades en salud.					
03	Superar la fragmentación de los servicios de salud.					
04	Facilita la inclusión social en salud.					
05	Toma de decisiones del individuo y comunidad					
06	Actividades de orientación de promoción de la salud					
07	Promueve la atención integral e integrada.					
08	Fomenta el trabajo intersectorial.					

09	Calidad de la atención y seguridad del paciente.					
Cobertura						
10	Mejora la calidad de la atención y de los sistemas de información.					
11	Extiende el acceso y la cobertura.					
12	Enfrenta procesos de transición demográfica y epidemiológica.					
13	Amplía la capacidad resolutive de los sistemas de salud.					
14	Fortalece recursos humanos en salud.					
15	Mejora la estructura del sistema de salud en la comunidad					
16	Garantiza la sostenibilidad financiera.					
17	Genera investigación, desarrollo y tecnología.					
18	Fortalece las redes y cooperación entre sectores					

***Fuente:** Lizana (2020), Evaluación de los atributos de atención primaria de salud en establecimientos del primer nivel atención de Ayacucho, Perú*

Validación de instrumentos



INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Panduro Salas, Aladino.
 Institución donde labora: Universidad César Vallejo
 Especialidad: Doctor en Ciencias de la Educación
 Instrumento de evaluación: Cuestionario: Trabajo Interseccional.
 Autor del Instrumento: Alexis Rengifo Maldonado

		MUY DEFICIENTE (1)	DEFICIENTE (2)	ACEPTABLE (3)	BUENA (4)	EXCELENTE (5)
CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Trabajo Interseccional.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organización lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permitan hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Trabajo Interseccional.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoge a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Trabajo Interseccional.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL						46

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

El instrumento es aplicable

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4,6

Tarpoto 04 de junio de 2022.


 Aladino Panduro Salas
 DNI° 230112559

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Aladino Panduro Salas.
 Institución donde labora: Universidad César Vallejo
 Especialidad: Doctor en Ciencias de la Educación
 Instrumento de evaluación: Cuestionario: Atención primaria.
 Autor del Instrumento: Alexis Rengifo Maldonado

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Atención primaria.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organización lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permitan hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				X	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Atención primaria.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoge a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Atención primaria.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL					46	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

El instrumento es aplicable

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4,6

Tarapoto 04 de junio de 2022.



Aladino Panduro Salas
 T. 051 981 231 123 456



I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Encomenderos ~~Boccalán~~, Ivo Martín
 Institución donde labora Universidad César Vallejo
 Especialidad Magister en Docencia Universitaria
 Instrumento de evaluación Cuestionario: Trabajo Intersectorial.
 Autor del instrumento Alexis Rengifo Maldonado

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Trabajo intersectorial.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organización lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				X	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Trabajo intersectorial.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoge a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Trabajo intersectorial.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL					4	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y aplicable

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4.4

Tarapoto 04 de junio de 2022.

Dr. Alexis Rengifo Maldonado
 Economista
 Reg. 9134 - CEBVAJ

Sello personal y firma



I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Encomenderos ~~Encomenderos~~, Ivo Martín
 Institución donde labora Universidad César Vallejo
 Especialidad Magister en Docencia Universitaria
 Instrumento de evaluación Cuestionario: Atención primaria
 Autor del instrumento Alexis Rengifo Maldonado

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Atención primaria.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organización lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permitan hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Atención primaria.				X	
CONSISTENCIA	La información que se recoge a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Atención primaria.				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL					43	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD.

Instrumento coherente y aplicable

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4.3

Tarapoto 04 de junio de 2022.



Dr. Ivo Encomenderos Encomenderos
 Encomenderos
 Mag. en Docencia Universitaria
 Reg. 8734 - CEVAL

Sello personal y firma



I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Montilla Pérez, Lindsay
 Institución donde labora ⇨ Universidad César Vallejo
 Especialidad ⇨ Magister en Gestión Pública
 Instrumento de evaluación ⇨ Cuestionario: Trabajo Intersectorial
 Autor del Instrumento ⇨ Alexis Rengifo Maldonado

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Trabajo Intersectorial .				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organización lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				X	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Trabajo Intersectorial .					X
CONSISTENCIA	La información que se recoge a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Trabajo Intersectorial .					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL						44

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y aplicable

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4.4

Tarapoto 04 de junio de 2022.



INC. LINDSAY MONTILLA PÉREZ
DOCENTE
MAGISTER EN GESTIÓN PÚBLICA

Sello personal y firma



I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Montilla ~~Osca~~, Lindsay
 Institución donde labora: Universidad César Vallejo
 Especialidad: Magister en Gestión Pública
 Instrumento de evaluación: Cuestionario: Atención primaria
 Autor del instrumento: Alexis Rengifo Maldonado

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICACIONES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovador y legal inherente a la variable: Atención primaria.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Atención primaria.				X	
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Atención primaria.				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL:						4.3

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD.

Instrumento coherente y aplicable

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4.3

Tarapoto 04 de junio de 2022.



INC. LINDSAY MONTILLA PÉREZ
DOCENTE
MAGISTER EN GESTIÓN PÚBLICA

Sello personal y firma

Constancia de autorización



AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

"Año del fortalecimiento de la soberanía nacional"

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE ENCUESTA

Con la presente firma, se da la autorización al Tesisista Alexis Rengifo Maldonado, para la aplicación de su instrumento de investigación (cuestionario) conforme a la tesis titulada **"Trabajo intersectorial y atención primaria en la Red de Salud - Bellavista, 2021."** en la Red de Salud Bellavista en el cual me desempeño como director; siendo conveniente la realización de este documento para la validación y publicación de datos, lo cual servirá para futuros proyectos de estudio e investigación.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
Dirección Regional de Salud
UNGETS - Red de Salud Bellavista
Mg. OBSTA. MAX SHAPIAMA DIAZ
DIRECTOR EJECUTIVO (E)

Mg. Obsta. Max Shapiama Diaz
D.N.I.: 01139617

Base de datos

Variable: Trabajo intersectorial

N°	Dimensión 1						Dimensión 2						Dimensión 3						Dimensión 4					
	P1	P2	P3	P4	P5	ST	P6	P7	P8	P9	P10	ST	P11	P12	P13	P14	P15	ST	P16	P17	P18	P19	P20	ST
1	4	5	5	5	4	23	4	4	5	5	4	22	5	5	4	4	4	22	5	5	4	4	4	22
2	4	5	5	2	2	18	4	3	4	4	5	20	5	5	3	5	5	23	5	5	5	5	3	23
3	4	3	4	3	3	17	3	3	4	4	4	18	4	3	2	3	3	15	4	3	3	4	2	16
4	3	2	3	2	3	13	3	2	3	2	2	12	2	3	2	3	2	12	2	2	3	3	2	12
5	3	1	1	2	2	9	2	3	3	2	2	12	2	2	2	2	2	10	2	3	3	3	1	12
6	5	4	5	4	4	22	4	4	5	5	4	22	5	5	3	5	5	23	4	5	5	4	5	23
7	2	2	3	2	2	11	2	3	3	3	2	13	4	2	2	2	4	14	2	3	2	3	2	12
8	3	3	3	4	4	17	4	4	4	4	4	20	4	5	4	4	4	21	4	4	4	4	4	20
9	2	2	3	2	2	11	3	2	3	3	4	15	3	2	2	2	3	12	3	3	2	2	2	12
10	4	4	4	4	4	20	4	4	4	4	5	21	4	4	3	4	3	18	4	3	4	3	4	18
11	4	2	4	4	4	18	4	4	4	4	5	21	4	4	4	4	4	20	3	4	4	4	2	17
12	4	4	3	3	3	17	3	3	3	3	3	15	3	3	3	3	3	15	3	3	3	3	3	15
13	2	3	3	2	2	12	2	3	3	3	3	14	3	2	2	2	2	11	3	3	3	3	3	15
14	2	2	3	3	3	13	4	4	4	4	4	20	4	4	4	4	4	20	4	4	4	4	4	20
15	4	5	4	3	3	19	4	4	4	4	3	19	4	4	1	3	3	15	4	4	4	3	2	17
16	3	3	2	2	3	13	3	2	3	3	3	14	2	3	2	3	2	12	2	3	3	3	2	13
17	4	4	5	4	3	20	3	3	4	4	4	18	5	4	3	4	3	19	4	4	4	4	4	20
18	3	4	4	3	4	18	4	4	4	4	5	21	4	5	4	5	5	23	5	5	5	5	5	25
19	4	4	4	4	4	20	5	4	4	4	4	21	5	4	4	4	4	21	4	4	4	4	4	20
20	3	3	3	3	3	15	3	3	3	3	3	15	2	2	2	3	3	12	3	3	3	3	3	15
21	4	3	3	3	4	17	2	4	2	3	3	14	3	2	1	3	3	12	2	3	4	3	3	15
22	3	2	1	3	3	12	3	3	2	3	2	13	3	3	2	3	3	14	3	3	2	3	4	15
23	4	5	4	4	5	22	4	5	3	4	4	20	4	5	3	3	4	19	5	4	4	5	4	22

Variable: Atención primaria

N°	Dimensión 1: Acceso										Dimensión 2: Cobertura									
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	ST	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	ST
1	4	4	4	5	4	4	5	5	5	40	4	4	4	4	4	3	3	4	5	35
2	3	3	3	4	4	4	4	3	3	31	3	4	3	3	3	2	2	1	2	23
3	3	4	3	3	4	4	4	3	3	31	3	3	3	3	2	2	2	2	3	23
4	2	3	2	3	3	2	3	2	3	23	2	3	2	3	3	2	3	1	2	21
5	3	3	3	4	3	3	5	5	4	33	2	3	4	4	3	3	2	2	3	26
6	5	3	4	5	3	3	5	5	5	38	4	4	5	4	4	3	3	4	3	34
7	4	4	3	3	3	5	5	5	4	36	4	3	4	4	5	3	3	4	5	35
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	3	3	3	3	3	3	4	3	28
9	5	5	4	5	5	4	5	5	5	43	5	5	4	4	4	4	5	4	5	40
10	4	3	2	4	3	4	4	4	4	32	4	4	4	3	3	3	4	1	2	28
11	5	3	4	5	4	5	5	5	4	40	4	4	5	4	4	3	3	2	4	33
12	3	4	4	2	4	5	5	4	5	36	4	5	5	3	3	4	2	3	2	31
13	3	4	2	4	4	3	2	3	2	27	4	4	4	2	3	3	3	4	4	31
14	4	3	4	4	3	4	5	5	4	36	4	5	4	4	5	3	4	4	3	36
15	2	3	4	2	4	1	3	3	4	26	2	3	4	3	3	4	2	4	3	28
16	4	3	4	5	3	2	3	4	3	31	3	3	4	2	3	2	3	3	4	27
17	3	4	3	5	4	5	4	4	3	35	3	4	4	3	5	4	3	5	4	35
18	4	2	3	3	3	2	3	3	3	26	4	4	3	2	2	3	2	3	3	26
19	3	4	3	4	4	4	2	4	4	32	4	3	3	2	4	4	4	3	4	31
20	3	3	4	4	2	2	3	3	2	26	3	4	4	3	2	3	4	4	4	31
21	4	4	5	3	4	4	5	3	4	36	4	4	5	3	4	5	4	4	4	37
22	3	4	4	3	2	3	2	3	3	27	4	3	2	2	3	3	2	3	4	26
23	4	3	4	4	3	2	2	4	3	29	3	3	3	4	5	3	4	3	3	31