

Cumplimiento percibido de las funciones de atención primaria según usuarios de un centro de salud mental comunitaria

Perceived compliance with primary health care functions according to users of a community mental health center

Danti Michael Novoa Jacobo ^a ✉; Hella Ana Marrufo Valdivieso ^b; Bielca Nereyda Diaz Zapata ^c; Carmen Jannett Valverde Meza ^d

^a Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú
dnovoa@unitru.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0003-1525-5850>

^b Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú
hmarrufo@unitru.edu.pe
<https://orcid.org/0009-0000-5642-9752>

^c Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú
bdiaz@unitru.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0003-0130-1203>

^d Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú
cvalverdem@unitru.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0002-0145-2127>



Cómo citar:

Novoa Jacobo DM, Marrufo Valdivieso HA, Diaz Zapata BN, Valverde Meza CJ. Cumplimiento percibido de las funciones de atención primaria según usuarios de un centro de salud mental comunitaria. Vive Revista de Investigación en Salud. 2026;9(27).
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i27.520>

Research Article
Peer-reviewed
Open Access



Resumen

Introducción: La atención primaria de salud (APS) ayuda a lograr servicios de salud accesibles, continuos e integrales, incluyendo servicios de salud mental. Evaluar la APS desde la perspectiva del usuario final ayudará a identificar tanto las fortalezas como las debilidades del modelo comunitario. **Objetivo:** Medir el nivel de cumplimiento percibido de las funciones de APS según los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitaria Trujillo "Frida Alayza Cossio", Perú, en 2024. **Materiales y métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva, transversal y no experimental. Se realizó un censo de la población accesible, incluyendo a los 280 usuarios adultos que cumplieron los criterios de elegibilidad durante el periodo definido para la investigación. Se utilizó una versión adaptada de 14 ítems del cuestionario de Tafur et al., basada en el marco de Starfield, con una escala Likert de tres categorías; la versión adaptada presentó un V de Aiken de 0,95 y un alfa de Cronbach de 0,836. Los datos se analizaron calculando frecuencias y porcentajes. **Resultados:** el 91,4 % de los usuarios reportó un nivel bueno de cumplimiento percibido de las funciones de APS y el 8,6 % un nivel regular. En las funciones primarias, el 86,8 % reportó un nivel bueno de cumplimiento percibido; en las funciones secundarias, el 88,6 % reportó un nivel bueno. **Conclusiones:** Los usuarios del CSMC "Frida Alayza Cossio" reportaron predominantemente un nivel bueno de cumplimiento percibido de las funciones de APS. Estos hallazgos describen exclusivamente la percepción de los usuarios y no constituyen una evaluación objetiva de la calidad clínica, la satisfacción, la eficacia terapéutica ni del funcionamiento global del servicio.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Servicios Comunitarios de Salud Mental; Salud Mental; Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud; Calidad de la Atención de Salud

Abstract

Introduction: Primary health care (PHC) helps ensure accessible, continuous, and comprehensive health services, including mental health services. Evaluating PHC from the end-user's perspective can help identify both strengths and weaknesses of the community-based model. **Objective:** To measure the level of perceived compliance with PHC functions according to users of the "Frida Alayza Cossio" Trujillo Community Mental Health Center in Peru in 2024. **Materials and Methods:**

A quantitative, descriptive, cross-sectional, non-experimental study. A census of the accessible population was conducted, including all 280 adult users who met the eligibility criteria during the defined study period. An adapted 14-item version of the Tafur et al. questionnaire, based on Starfield's framework, was used with a three-category Likert scale; the adapted version showed an Aiken's V of 0.95 and a Cronbach's alpha of 0.836. Data were analyzed using frequencies and percentages.

Results: 91.4% of users reported a good level of perceived compliance with PHC functions and 8.6% reported a fair level. For primary functions, 86.8% reported a good level of perceived compliance; for secondary functions, 88.6% reported a good level. **Conclusions:** Users of the "Frida Alayza Cossio" Community Mental Health Center predominantly reported a good level of perceived compliance with PHC functions. These findings describe users' perceptions only and do not constitute an objective assessment of clinical quality, satisfaction, therapeutic effectiveness, or overall service performance.

Keywords: Primary Health Care; Community Mental Health Services; Mental Health; Evaluation of Processes and Outcomes in Health Care; Quality of Health Care

Introducción

Los sistemas de atención primaria de salud (APS) sientan las bases de los sistemas nacionales de salud. Los sistemas de APS están centrados en las personas, la familia y la comunidad e incluyen la atención en el primer punto de contacto, la continuidad de la atención, la integralidad, la integración de la atención y una gama de servicios. La asignación equitativa de los servicios fortalece la APS. ⁽¹⁻⁴⁾

Estos principios son particularmente relevantes para la salud mental debido a la necesidad de superar modelos desarticulados y excesivamente especializados. La reforma moderna de los sistemas de salud mental pone énfasis en la atención territorial, la participación de las personas con experiencia vivida, la continuidad terapéutica y la integración de servicios generales, especializados y comunitarios. ⁽⁵⁾ En el contexto peruano, la respuesta del primer nivel de atención durante la pandemia incluyó la reorganización de servicios, la atención domiciliaria y el uso de consultas telefónicas y otras tecnologías de información y comunicación. ⁽⁶⁾ Asimismo, las políticas sectoriales peruanas han impulsado el Modelo de Atención Comunitaria de Salud Mental y la expansión de los Centros de Salud Mental Comunitarios como unidades ambulatorias especializadas articuladas en redes de atención. ⁽⁷⁻⁹⁾

En los CSMC de Lima y Callao, usuarios y familiares reportaron durante la pandemia cambios en la modalidad, frecuencia, tiempo, recursos y calidad de la atención, así como limitaciones y beneficios vinculados con el uso de tecnología. ⁽¹⁰⁾ Un estudio con usuarios, familiares, trabajadores, directivos y decisores reportó beneficios de la telesalud para la comunicación y el seguimiento, junto con dificultades por falta de dispositivos, conexión deficiente a internet y problemas para obtener citas. ⁽¹¹⁾

En relación con la integración entre salud mental y atención primaria, una revisión de alcance identificó como componentes frecuentes la presencia de profesionales de salud mental, la gestión de casos, el monitoreo clínico y las rutas de atención; entre los factores de implementación señaló los registros integrados, la capacitación, la supervisión y los flujos de trabajo estandarizados. ⁽¹²⁾ El programa SCOPE-MH describió un modelo de gestión de casos y apoyo psiquiátrico a la atención primaria, con énfasis en coordinación, acceso y comunicación interprofesional, y reportó barreras relacionadas con intercambio de información, personal, capacitación y financiamiento. ⁽¹³⁾ Desde la perspectiva del acceso, Hargraves et al. documentaron dificultades de algunos pacientes de atención primaria para obtener citas de salud mental, mientras que Leung et al. encontraron una asociación entre una mayor penetración de un programa de integración salud mental-atención primaria y un seguimiento más temprano de pacientes con depresión, sin asociación con la finalización del tratamiento mínimo anual. ^(14,15)

En relación con la calidad de la APS, una revisión de alcance sintetizó indicadores de estructura, proceso y resultado y destacó, entre otros, los recursos humanos, la infraestructura y la participación de usuarios; también identificó la escasez de personal y las disparidades de calidad como desafíos observados en distintos contextos. ⁽¹⁶⁾ Otra revisión identificó estrategias y barreras vinculadas con fuerza laboral, infraestructura, financiamiento, sistemas de referencia y tecnología, subrayando la heterogeneidad entre países y sistemas. ⁽¹⁷⁾ Por su parte, Farrokhi et al. desarrollaron un instrumento de evaluación de calidad de APS con nueve dimensiones: interacción, eficiencia, oportunidad, precisión, consulta, tangibilidad, seguridad, accesibilidad y entorno. ⁽¹⁸⁾

Conceptualmente, el CSMC no se asume en este estudio como un establecimiento del primer nivel de atención ni como equivalente a la APS. Se considera un escenario válido para examinar funciones de APS porque, al ser una unidad ambulatoria especializada integrada en una red territorial, participa en procesos de accesibilidad, continuidad, coordinación, integralidad y orientación familiar y comunitaria que trascienden la clasificación administrativa por niveles de atención. En Perú, una experiencia de integración de salud mental en atención primaria rural describió la capacitación y supervisión de profesionales y las alianzas regionales como componentes relevantes de la expansión del servicio. ⁽¹⁹⁾ Asimismo, una revisión latinoamericana de programas integrados en atención primaria y comunidad mostró heterogeneidad en sus componentes y estrategias de implementación, con predominio de atención basada en equipos y apoyo a clínicos, y con evidencia todavía limitada sobre los mecanismos que explican sus resultados. ⁽²⁰⁾ En este marco, evaluar atributos funcionales de APS en un CSMC permite estudiar cómo son percibidos en la interfaz entre la atención especializada comunitaria y la red de servicios, sin reclasificar al CSMC como establecimiento de APS.

Al considerar los servicios de APS a través del modelo de Starfield, se incluyen atributos como primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad, además de orientación familiar,

orientación comunitaria y competencia cultural. ^(21,22) La percepción del usuario aporta información sobre la experiencia de estos atributos, pero debe diferenciarse de la evaluación objetiva de la calidad clínica o de los resultados asistenciales.

Existe un antecedente peruano de aplicación del instrumento para evaluar funciones de APS en Centros de Salud Mental Comunitarios, lo que aporta pertinencia contextual al presente estudio. ⁽²³⁾ Persiste, no obstante, la necesidad de generar evidencia local sobre cómo los usuarios de un CSMC concreto perciben el cumplimiento de las funciones primarias y secundarias de APS, manteniendo esta percepción claramente diferenciada de otros constructos como satisfacción, calidad clínica o resultado terapéutico.

Por ello, el estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de cumplimiento percibido de las funciones de atención primaria de salud según los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitaria Trujillo “Frida Alayza Cossio” durante 2024. Como objetivos específicos, se propuso identificar el nivel de cumplimiento percibido de las funciones primarias y de las funciones secundarias de la APS según los usuarios. Su relevancia radica en aportar evidencia aplicable a la organización del cuidado, la continuidad asistencial, la coordinación interinstitucional y la orientación comunitaria del modelo de salud mental.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, corte transversal y diseño no experimental. Las variables no fueron manipuladas y la información se recolectó en un único momento del año 2024 en el CSMC “Frida Alayza Cossio”, en Trujillo, Perú.

La población accesible estuvo constituida por 280 usuarios adultos que cumplieron los criterios de elegibilidad durante el periodo definido para la investigación. Dado que se incluyó a la totalidad de esta población elegible, no se realizó muestreo ni cálculo de tamaño muestral; se efectuó un censo de la población accesible. Se incluyeron personas mayores de edad, de ambos sexos, con más de un mes como usuarios del CSMC, que manifestaron su voluntad de participar y otorgaron consentimiento informado.

La unidad de análisis fue cada usuario adulto que recibió atención ambulatoria en el CSMC durante 2024. El resultado primario fue el nivel global de cumplimiento percibido de las funciones de APS según el usuario. Los resultados secundarios fueron los niveles de cumplimiento percibido de dos dimensiones: funciones primarias y funciones secundarias. Las funciones primarias abarcaron primer contacto, accesibilidad, continuidad, coordinación e integralidad de los servicios; las funciones secundarias incluyeron orientación familiar, orientación comunitaria y competencia cultural, siguiendo el marco conceptual de Starfield. ⁽²²⁾

La recolección se efectuó mediante una versión adaptada del cuestionario para usuarios adultos desarrollado y validado por Tafur et al. en contexto peruano ⁽²¹⁾ y posteriormente aplicado en Centros de Salud Mental Comunitarios del país ⁽²³⁾. La versión original para usuarios adultos estuvo conformada por 11 ítems sobre funciones de APS: ocho correspondientes a funciones

primarias y tres a funciones secundarias, con una escala de respuesta de 1 a 10. Para el presente estudio, la dimensión de funciones primarias se mantuvo en ocho ítems, mientras que el bloque de funciones secundarias se amplió de tres a seis ítems; además, el formato de respuesta se adecuó a una escala Likert de tres categorías. En consecuencia, la versión aplicada quedó conformada por 14 ítems. Asimismo, al tratarse de un estudio realizado en un único CSMC, se omitió la identificación del establecimiento incluida en el instrumento antecedente y la caracterización se concentró en sexo, grupo etario y tipo de usuario. Estas modificaciones fueron de carácter estructural y contextual y mantuvieron las dos dimensiones teóricas — funciones primarias y funciones secundarias— derivadas del marco de Starfield. Las variables de caracterización se analizaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes y se presentan en la Tabla 2.

Metodológicamente, la elección del cuestionario se sustentó en dos elementos: su validación para evaluar el cumplimiento de las funciones de APS en el contexto peruano ⁽²¹⁾ y su aplicación previa en Centros de Salud Mental Comunitarios del país ⁽²³⁾. En consecuencia, el instrumento se utilizó para operacionalizar, desde la perspectiva del usuario, atributos funcionales de APS presentes en la atención y en la articulación del CSMC con la red, y no para clasificar al CSMC como establecimiento del primer nivel de atención ni para medir de manera objetiva la calidad clínica o el desempeño global del servicio.

Para obtener las categorías de cumplimiento percibido, cada uno de los 14 ítems de la versión adaptada se codificó ordinalmente en una escala de tres categorías (1, 2 y 3) y posteriormente se sumaron las puntuaciones. De este modo, el puntaje global posible osciló entre 14 y 42 puntos; para las funciones primarias, integradas por ocho ítems, entre 8 y 24 puntos; y para las funciones secundarias, integradas por seis ítems, entre 6 y 18 puntos. La clasificación se realizó con los puntos de corte definidos a priori en la operacionalización de variables del protocolo de investigación: cumplimiento global, malo (1–14 puntos), regular (15–28 puntos) y bueno (29–42 puntos); funciones primarias, malo (1–8 puntos), regular (9–16 puntos) y bueno (17–24 puntos); y funciones secundarias, malo (1–6 puntos), regular (7–12 puntos) y bueno (13–18 puntos). Los puntos de corte se aplicaron antes de examinar la distribución de los resultados y de manera uniforme a todos los participantes. Las puntuaciones sumatorias se utilizaron exclusivamente para asignar estas categorías ordinales y no se analizaron como variables continuas.

Tabla 1. Criterios de categorización del nivel de cumplimiento percibido de las funciones de atención primaria de salud según puntos de corte establecidos

Variable / dimensión	Malo	Regular	Bueno
Cumplimiento global percibido de las funciones de APS	1–14 puntos	15–28 puntos	29–42 puntos
Funciones primarias de APS	1–8 puntos	9–16 puntos	17–24 puntos
Funciones secundarias de APS	1–6 puntos	7–12 puntos	13–18 puntos

Nota: Los puntos de corte fueron establecidos previamente en la operacionalización de variables de investigación y aplicados de manera uniforme para la clasificación del nivel de cumplimiento percibido de los participantes.

La evidencia psicométrica de la versión original publicada por Tafur et al. ⁽²¹⁾ se obtuvo mediante una prueba piloto con 110 usuarios adultos de dos CSMC y reportó un V de Aiken global de 0,96 y un alfa de Cronbach de 0,85. Estos valores se consideraron como antecedente y no corresponden a los coeficientes reportados para el instrumento utilizado en la presente investigación. Los análisis de validez y confiabilidad que se presentan a continuación corresponden específicamente a la versión adaptada de 14 ítems empleada en este estudio. Su validez de contenido fue examinada mediante juicio de cinco expertos, quienes calificaron pertinencia, relevancia y claridad. Se calculó el coeficiente V de Aiken y se reportó únicamente su estimación puntual; el valor global fue 0,95, con valores de 0,96 para relevancia, 0,93 para claridad y 0,96 para pertinencia. La consistencia interna de esta misma versión fue de 0,836 para la escala global, 0,821 para las funciones primarias y 0,833 para las funciones secundarias. El análisis de confiabilidad se realizó con SPSS versión 25. De este modo, los indicadores psicométricos reportados en el presente manuscrito corresponden a la versión adaptada utilizada en esta investigación y no a una reproducción de los coeficientes del instrumento original.

El procedimiento se realizó durante 2024. Los usuarios elegibles recibieron información sobre los objetivos y las condiciones de participación y se les solicitó luego que proporcionaran el consentimiento informado. Una vez proporcionado el consentimiento informado, se administró el cuestionario digital. El registro metodológico proporcionado no incluía el mes de aplicación, el tiempo promedio de finalización de un cuestionario ni ninguna otra secuencia operativa. Por lo tanto, no se reportan estos datos. Los datos se organizaron para un análisis descriptivo y se mantuvo el anonimato de los participantes.

El análisis estadístico fue coherente con el objetivo descriptivo del estudio. Las variables de caracterización (sexo, grupo etario y tipo de usuario) y las categorías de cumplimiento percibido global, de funciones primarias y de funciones secundarias se resumieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. El grupo etario se analizó como variable categórica de acuerdo con los intervalos definidos en el instrumento (18–29 años, 30–59 años y ≥ 60 años). Los puntajes sumatorios del cuestionario no se trataron como variables cuantitativas continuas para el análisis principal, sino que se transformaron en las categorías ordinales preespecificadas (malo, regular y bueno) mediante los puntos de corte descritos previamente. En la base analítica final no se registraron datos faltantes en las variables incluidas en los análisis presentados; por ello, no fue necesario aplicar procedimientos de imputación, sustitución de valores ni exclusión por incompletitud, y el denominador utilizado para los porcentajes fue $n=280$. Dado el carácter descriptivo del diseño y del objetivo planteado, no se realizaron pruebas de hipótesis inferenciales, modelos multivariantes, estimaciones del tamaño del efecto ni análisis de causalidad.

De acuerdo con los principios éticos, el estudio se diseñó bajo los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia, así como a la Declaración de Helsinki. El proceso de investigación se realizó con la participación voluntaria de personas no identificadas y sin costos financieros. Se aseguró que la información de los participantes fuera confidencial y que durante el proceso de investigación se respetaran sus derechos. Antes de la recolección de datos, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante. La Universidad Nacional de Trujillo aprobó el proyecto de investigación a nivel institucional con código de proyecto N° 45652402107 el 15 de febrero de 2024. Asimismo, el informe final fue evaluado favorablemente por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, según Constancia N° IE-007-2024/C.FAC.ENF., con fecha de evaluación 25 de junio de 2025.

Resultados

El análisis incluyó a los 280 participantes censados de la población accesible que cumplieron los criterios de elegibilidad. Para describir las características de los participantes se consideraron las variables disponibles en el instrumento: sexo, grupo etario y tipo de usuario. Su distribución se presenta en la Tabla 2. Para las variables incluidas en el análisis, los 280 participantes aportaron información completa; por tanto, no hubo datos faltantes y el denominador se mantuvo en n=280.

Tabla 2. Características de los participantes del estudio (n=280)

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	172	61,4
	Masculino	108	38,6
Edad	18-29 años	65	23,2
	30-59 años	178	63,6
	≥60 años	37	13,2
Tipo de usuario	Usuario directo del servicio	214	76,4
	Familiar/cuidador	66	23,6

Nota: n = frecuencia absoluta; % = porcentaje. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes (n=280). No se registraron datos faltantes en las variables de caracterización presentadas.

La Tabla 2 muestra que 172 participantes (61,4 %) fueron mujeres y 108 (38,6 %) hombres. El grupo etario predominante fue el de 30 a 59 años, con 178 participantes (63,6 %), seguido de 18 a 29 años, con 65 (23,2 %), y de 60 años o más, con 37 (13,2 %). Respecto al tipo de usuario, 214 participantes (76,4 %) fueron usuarios directos del servicio y 66 (23,6 %) familiares o cuidadores. Esta caracterización describe la composición de los participantes censados antes de presentar los resultados del cumplimiento percibido de las funciones de APS.

Respecto al cumplimiento percibido de las funciones de atención primaria de salud según los usuarios, los resultados evidenciaron una valoración predominantemente favorable. En las tres

mediciones analizadas no se registraron participantes clasificados en el nivel malo de cumplimiento percibido.

Tabla 3. Nivel de cumplimiento percibido de las funciones de atención primaria de salud según los usuarios y sus dimensiones (n = 280)

Indicador	Bueno n (%)	Regular n (%)	Malo n (%)	Total n (%)
Cumplimiento global percibido	256 (91,4)	24 (8,6)	0 (0,0)	280 (100,0)
Funciones primarias	243 (86,8)	37 (13,2)	0 (0,0)	280 (100,0)
Funciones secundarias	248 (88,6)	32 (11,4)	0 (0,0)	280 (100,0)

Nota: datos obtenidos mediante el instrumento de recolección aplicado a usuarios del CSMC, 2024.

Los resultados muestran que 256 usuarios (91,4 %) reportaron un nivel bueno de cumplimiento percibido de las funciones de APS, mientras que 24 usuarios (8,6 %) reportaron un nivel regular. En las funciones primarias, 243 usuarios (86,8 %) presentaron una valoración buena y 37 (13,2 %) una valoración regular; en las funciones secundarias, 248 usuarios (88,6 %) presentaron una valoración buena y 32 (11,4 %) una valoración regular. En términos estrictamente descriptivos, una proporción de usuarios presentó una valoración regular en el resultado global y en ambas dimensiones evaluadas.

Discusión

El resultado principal fue el predominio de una valoración buena del cumplimiento percibido de las funciones de APS según los usuarios: 91,4 % en el resultado global, 86,8 % en las funciones primarias y 88,6 % en las funciones secundarias. Una proporción menor presentó una valoración regular (8,6 %, 13,2 % y 11,4 %, respectivamente) y no se registraron participantes en la categoría mala. Estos hallazgos deben interpretarse exclusivamente como la percepción de los usuarios respecto de los atributos evaluados y no como una medición objetiva del funcionamiento del servicio, de la calidad clínica, de la satisfacción ni de la eficacia terapéutica.

En cuanto a la comparación con estudios previos, Tafur Contreras evaluó el cumplimiento de las funciones de APS en Centros de Salud Mental Comunitarios del Perú, constituyendo el antecedente más directo para el presente estudio. ⁽²³⁾ Cusihuaman-Lope et al. documentaron, desde la experiencia de usuarios y familiares, cambios en la modalidad, frecuencia, tiempo y calidad de la atención de CSMC durante la pandemia. ⁽¹⁰⁾ Hargraves et al. desarrollaron una medida de acceso a salud mental basada en reporte de pacientes de atención primaria. ⁽¹⁴⁾ En otros contextos de APS, Mukiapini et al. utilizaron el ZA-PCAT con usuarios y proveedores y señalaron la comunicación y el liderazgo entre los principales desafíos del funcionamiento del equipo, mientras que Rolim et al. evaluaron atributos de APS mediante el PCAT. ^(24,25) Estas comparaciones son de carácter contextual y metodológico; no implican equivalencia entre poblaciones, instrumentos o resultados.

El predominio de valoraciones buenas puede ser compatible con una percepción favorable, considerada de manera conjunta, de atributos incluidos en el instrumento como continuidad, coordinación, integralidad y orientación familiar y comunitaria, en concordancia con el marco de Starfield. ⁽²²⁾ Esta interpretación es únicamente plausible y descriptiva: el diseño transversal no permite establecer que la integración de servicios, la coordinación u otro atributo haya causado las valoraciones observadas. Tampoco permite determinar qué atributo específico explica el resultado ni atribuir la valoración regular a un componente concreto del servicio.

Como implicación práctica, el cumplimiento percibido puede considerarse información complementaria para el seguimiento de la experiencia de los usuarios y para orientar decisiones de gestión de cuidados. Esta utilidad potencial no implica que el presente estudio haya demostrado que determinadas acciones de integración, coordinación o fortalecimiento produzcan mejoras en el servicio. La literatura previa ha descrito componentes de implementación y asociaciones en contextos específicos de integración de salud mental y atención primaria, incluidos gestión de casos, coordinación, acceso, seguimiento y trabajo en equipo. ^(12,13,15,19,20) Tales hallazgos pertenecen a esos estudios y no deben atribuirse causalmente a la presente investigación, cuyos resultados se limitan a describir la percepción de los usuarios.

Entre las principales limitaciones se encuentran la inclusión de participantes de un único CSMC, el diseño transversal y el carácter autoinformado de los datos, susceptible a experiencias previas y deseabilidad social. Asimismo, no se analizaron asociaciones entre las características de los participantes y las categorías de cumplimiento, ni se midió de manera objetiva el grado de integración del servicio o su evolución temporal. Por ello, no es posible establecer causalidad, dirección temporal ni atribuir las valoraciones observadas a la integración, coordinación, organización del servicio u otra exposición específica. Estudios futuros con diseños multicéntricos, longitudinales o analíticos podrían examinar asociaciones y relaciones temporales entre estas variables y contrastar la percepción de los usuarios con indicadores objetivos del servicio.

Conclusiones

En los usuarios del único Centro de Salud Mental Comunitaria evaluado, el CSMC “Frida Alayza Cossio”, predominó un nivel bueno de cumplimiento percibido de las funciones de APS, tanto en la valoración global como en las funciones primarias y secundarias; no se registraron participantes en la categoría mala. Estos resultados se circunscriben a la percepción de los participantes atendidos en este establecimiento y, por tanto, no representan una evaluación objetiva del cumplimiento de las funciones de APS, del funcionamiento del servicio, de la calidad clínica, de la satisfacción del usuario ni de la eficacia terapéutica.

También se observó una proporción de usuarios con valoración regular. Esta categoría describe únicamente la percepción global o dimensional de los participantes y no permite identificar por sí sola qué componente específico del servicio requeriría mejora. En consecuencia, los hallazgos deben interpretarse como información descriptiva de la experiencia de los usuarios de este

CSMC y no extrapolarse a otros Centros de Salud Mental Comunitarios ni utilizarse como sustituto de indicadores objetivos de oportunidad, continuidad, resolución, calidad clínica o resultados de salud.

Futuros estudios multicéntricos, longitudinales o analíticos podrían determinar si patrones similares de cumplimiento percibido se observan en otros CSMC y examinar su relación con indicadores objetivos del servicio. La comparación entre la percepción de los usuarios y medidas objetivas permitiría una valoración más completa, manteniendo claramente diferenciada la experiencia percibida de la evaluación objetiva del desempeño y la calidad asistencial.

Acerca de

Contribución de los autores (CRediT): Danti Michael Novoa Jacobo: conceptualización, metodología, investigación, análisis formal, administración del proyecto, redacción del borrador original y revisión final del manuscrito.

Hella Ana Marrufo Valdivieso: investigación, recopilación de información, validación de resultados, revisión crítica del manuscrito y aportes en la edición final.

Bielca Nereyda Diaz Zapata: investigación, curación de datos, análisis e interpretación de la información, revisión y edición del manuscrito.

Carmen Jannett Valverde Meza: metodología, supervisión académica, revisión crítica del contenido científico y aprobación de la versión final del manuscrito.

Financiamiento: Los autores declaran que no recibió financiamiento externo para la realización de la presente investigación.

Conflicto de interés: Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

Certificación ética: El estudio se desarrolló en observancia de los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia, así como de los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki. La participación de los usuarios fue voluntaria, anónima y sin costo alguno, garantizándose la confidencialidad de la información y el respeto de sus derechos durante todo el proceso de investigación. Previamente a la recolección de los datos, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante. El proyecto de investigación contó con aprobación institucional de la Universidad Nacional de Trujillo, bajo el código de proyecto N° 45652402107, con fecha 15 de febrero de 2024. Asimismo, el informe final fue evaluado favorablemente por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, según Constancia N° IE-007-2024/C.FAC.ENF., con fecha de evaluación 25 de junio de 2025.

Declaración sobre uso de inteligencia artificial: Durante la elaboración de este manuscrito se empleó ChatGPT (OpenAI) como herramienta de apoyo para mejorar la redacción, revisar aspectos de estilo académico, organizar algunos elementos del texto y realizar una revisión

formal del documento. Su uso se limitó a aspectos de apoyo editorial y lingüístico, sin intervenir en la generación de datos, análisis de información, interpretación de resultados ni elaboración de conclusiones científicas. El autor asume la responsabilidad total sobre la originalidad del trabajo, la veracidad de la información presentada, la revisión de las referencias utilizadas y la versión final del manuscrito.

Historia del artículo: Artículo recibido 22 de mayo 2026 | Aceptado 19 de junio 2026 | Publicado 08 de septiembre 2026

Referencias

1. World Health Organization. Primary health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
2. Carbone Campoverde FI, Palomino Flores Y. La atención primaria en salud: la experiencia peruana. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):367-374. https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322018000300009&lng=es&nrm=iso
3. Llanos Zavalaga LF, Arenas Siles D, Valcarcel B, Huapaya Huertas O. Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. Rev Med Hered. 2020;31(4):266-273. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3861>
4. Maceira D, Peñaloza Quintero RE, Suarez P, Peña Peña LV. Primary health care as a tool to promote equity and sustainability: a review of Latin American and Caribbean literature. Int J Equity Health. 2024;23(1):91. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02149-9>
5. Patel V, Saxena S, Lund C, Kohrt B, Kieling C, Sunkel C, et al. Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. Lancet. 2023;402(10402):656-666. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00918-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00918-2)
6. Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, Salazar De La Cruz M, Cuba-Fuentes MS. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. An Fac Med. 2020;81(3):337-341. <https://doi.org/10.15381/anales.v81i3.18952>
7. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos de política sectorial en salud mental: Perú 2018. Lima: Ministerio de Salud; 2018. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279661-lineamientos-de-politica-sectorial-en-salud-mental-peru-2018>
8. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2020. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/414755-030-2020-minsa>
9. Ministerio de Salud del Perú. Conocer los Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú. Lima: Ministerio de Salud; 2023. <https://www.gob.pe/10942-conocer-los-centros-de-salud-mental-comunitaria-en-el-peru>
10. Cusihuaman-Lope N, Vilela-Estrada AL, Cavero V, Villarreal-Zegarra D, Diez-Canseco F. Experiencias de usuarios y familiares sobre la atención recibida en centros de salud mental comunitaria de Lima y Callao durante la pandemia de la COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2023;40(3):278-286. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.403.12717>

11. Paredes-Angeles R, Cavero V, Vilela-Estrada AL, Cusihuaman-Lope N, Villarreal-Zegarra D, Diez-Canseco F. Telehealth in community mental health centers during the COVID-19 pandemic in Peru: a qualitative study with key stakeholders. *SSM Ment Health*. 2024;5:100287. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100287>
12. Isaacs AN, Mitchell EKL. Mental health integrated care models in primary care and factors that contribute to their effective implementation: a scoping review. *Int J Ment Health Syst*. 2024;18:5. <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00625-x>
13. Whitmore C, Emam M, Pariser P, Bolea B. Implementation and adaptation of a hub-based psychiatric and primary care program: a qualitative descriptive analysis of The Seamless Care Optimizing the Patient Experience (SCOPE) Mental Health program. *PLoS One*. 2024;19(5):e0303750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303750>
14. Hargraves JL, Cosenza C, Cleary PD. Measuring access to mental health services among primary care patients. *Med Care*. 2024;62(8):559-566. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000002029>
15. Leung LB, Chu K, Rose DE, Stockdale SE, Post EP, Funderburk JS, et al. Primary care mental health integration to improve early treatment engagement for veterans who screen positive for depression. *Health Serv Res*. 2024;59(Suppl 2):e14354. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14354>
16. Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, et al. Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:893. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09917-3>
17. Endalamaw A, Erku D, Khatri RB, Nigatu F, Wolka E, Zewdie A, et al. Successes, weaknesses, and recommendations to strengthen primary health care: a scoping review. *Arch Public Health*. 2023;81:100. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01116-0>
18. Farrokhi P, Zarei E, Bagherzadeh R, Irannejad B, Aghaei Hashjin A. Development and validation of primary health care quality assessment tool. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:1156. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10162-x>
19. Scorza P, Cutipe Y, Mendoza M, Arellano C, Galea JT, Wainberg ML. Lessons from rural Peru in integrating mental health into primary care. *Psychiatr Serv*. 2019;70(1):82-84. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800079>
20. Paniagua-Avila A, Branas C, Susser E, Fort MP, Shelton R, Trigueros L, et al. Integrated programs for common mental illnesses within primary care and community settings in Latin America: a scoping review of components and implementation strategies. *Lancet Reg Health Am*. 2025;41:100931. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100931>
21. Tafur-Contreras S, Reyes-Barros JA, Ayala-Mendivil RE. Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar el cumplimiento de las funciones de la atención primaria en contexto peruano. *Cuidado Salud Pública*. 2022;2(2):69-74. <https://doi.org/10.53684/csp.v2i2.57>
22. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Rev ed. New York: Oxford University Press; 2002.
23. Tafur Contreras S. Cumplimiento de las funciones de la atención primaria de la salud en Centros de Salud Mental Comunitarios, en el contexto del Covid-19 al 2021 [tesis de

maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023.
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/19761>

24. Mukiapini S, Bresick G, Sayed AR, Le Grange C. Baseline measures of primary health care team functioning and overall primary health care performance at Du Noon Community Health Centre. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1):e1-e11.
<https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1458>
25. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto SAS, Araújo MFM, Freitas RWJF. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2019;72:19-26. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>



Este artículo está bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).