UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

"INFLUENCIA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL C.A.P. PAUCARPATA DE ESSALUD AREQUIPA EN EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE Y LA COMUNIDAD 2017"

Tesis presentada por la Maestra:

LILIAN LISBETH CUSIRRAMOS RONCAGLIOLO

Para optar el Grado Académico de
Doctora en Ciencias : Salud Pública

Asesora: Dra.Alison Serruto Castillo

AREQUIPA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mi Señor Jesucristo

Quien me hizo que fuera más valiente en todas las situaciones que se me presentaron.

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN 3

ABSTRACT 4

INTRODUCCIÓN 5

CAPÍTULO I.

MARCO TEÓRICO 9

CAPÍTULO II.

MÉTODOS 42

CAPÍTULO III.

RESULTADOS 48

CAPÍTULO IV.

DISCUSIÓN 59

CAPÍTULO V.

5.1 CONCLUSIÓN 66

5.2 RECOMENDACIONES 67

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 69

ANEXOS 72

RESUMEN

Perú mantiene su compromiso suscrito en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria y dentro de ello ESSALUD contribuye a lograr que toda la población tenga acceso a un conjunto de servicios y beneficios en salud sin distingo de raza, etnia, idioma, género, edad, nivel económico, ocupación o lugar de residencia y buscar la universalización de la cobertura en salud.

Siendo el objetivo: determinar si las actividades de atención primaria desarrolladas por el equipo multidisciplinario, influyen en el empoderamiento del paciente y la comunidad. Se realizó un estudio descriptivo transversal cuantitativo en un Centro de atención primaria, se aplicaron 2 encuestas una a 333 asegurados identificados en el Padrón de Asegurados y la otra a 20 líderes de la comunidad identificados según la Municipalidad, en ambos casos en sus respectivos domicilios. Se determinó si las actividades realizadas por el Equipo de Atención Primaria han logrado el empoderamiento parcial del paciente y de la comunidad.

Se encontró que los asegurados que tienen conocimientos sobre las labores de promoción y prevención a través de su participación en las diferentes actividades representa un 59.76%, así mismo la capacitación recibida en relación a los diferentes ejes temáticos, han empoderado al usuario según su percepción en un 38.50%, otros consideran (41.42%) que más o menos y el 20.08% no percibe saber y resolver sus problemas de salud. Sobre el trabajo con la comunidad se determina que es la debilidad del equipo de atención primaria, ya que no han logrado que la población conozca la situación de la salud de su comunidad al no capacitar a los líderes de acuerdo a normatividad y cumplir con la firma de alianzas estratégicas.

Concluyendo que el equipo de Atención Primaria ha logrado contribuir parcialmente en el empoderamiento del paciente por factores de carácter técnico-normativo, en el que prima el cumplimiento de metas realizadas intra-mural.

Palabras claves: Atención Primaria, empoderamiento, promoción, prevención.

ABSTRACT

Peru maintains its compromise subscribe to the International Conference on Primary Care and within it, ESSALUD contributes to ensuring that all the population has access to a set of health services and benefits without distinction of race, ethnicity, language, gender, age, economic level , occupation or place of residence and seek the universalization of health coverage.

The objective is to determine if the primary care activities developed by the multidisciplinary team influence the empowerment of the patient and the community. A cross-sectional descriptive study was carried out in a primary care center, two surveys were applied, one to 333 insured and the other to 20 community indentified by the Municipality in their respective addresses. Was determined if the activities performed buy the primary care tean had suies the empowerment of the patient and community

It was found that the insured who have know ledge about promotion and prevention work through their participation in different activities represents 59.76%.Also on the received training in relation to the different thematic axes, they have empowered the user according to their perception in 38.50%, others consider (41.42%) that more or less and 20.08% do not perceive knowing and solvin their health problems.

Regarding work with community, it is determined that it is the weakness of the primary care team, since they have not managed to make the population aware of the health situation of their community by not training leaders according to regulations and complying with the signature of strategic alliances.

Concluding that the Primary Care team has partially contributed to the patient's empowerment by technical-normative factors, in which the fulfillment of the goals realized inside the intra walls prevails.

Key words: Primary Care, empowerment, promotion, prevention.

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud, considera apremiante acelerar el avance de los países en el progreso del sector salud, incluyendo más servicios y cuyo impacto en la población sea a través de la estrategia clave de la Atención Primaria

En el campo de la salud pública, el concepto de modelo de salud pública ha llevado a los ministerios de salud pública a impulsar distintos modelos de intervención a través de un conjunto de metas globales con el diseño de estrategas verticales que a través de resoluciones ministeriales, despliegan el control en el proceso de planeación involucrando la revisión de los objetivos y del conjunto de estrategias que se han asumido a partir del Plan Local de Salud (1).

Siendo EsSalud parte de la política de Salud, cuyo órgano rector es el Ministerio de Salud MINSA, está comprometido dentro de la Política de Gobierno desde que se aprobara la Declaración de Alma Ata, hace más de 30 años a considerar dentro de su Plan Estratégico y como Objetivos Estratégicos, el brindar Servicios Preventivos . En el año 2016 se aprobó el Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo, que plantea la necesidad de iniciar una reforma institucional caracterizando un nuevo paradigma en las prestaciones de salud, que pone énfasis en la atención primaria y sus componentes preventivo promocional, basado en el cuidado continuo, el cuidado progresivo, el cuidado estandarizado , eficiente y sostenible, participativo ,centrado en la persona ,con enfoque de Interculturalidad sin embargo hasta la fecha no habido suficiente compromiso político; las Normas Institucionales sobre la atención primaria de salud y los principios de promoción de la salud no han logrado reorientar el Modelo de Atención centrada en la atención recuperativa (2).

Existe un índice de Demanda Insatisfecha, tanto en los Servicios de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalizaciones las cuales pueden ser evitables, el cual se traduce en diferimiento de varios días de ser atendidos después de sacar una cita, así como el embalse quirúrgico; a pesar de haberse

realizado muchos esfuerzos como son los Planes de Emergencia dirigidos a acabar con el embalse y el diferimiento respectivamente.

Por lo tanto el proyecto nace de la necesidad de vigilar y no solo monitorear y/o evaluar las actividades de las carteras de atención primaria que es el elemento fundamental para lograr el rápido desarrollo de la estrategia de Atención Primaria**,** herramienta de gestión que incluye un conjunto de intervenciones y prestaciones de salud básicas, de tipo individual y colectiva que responden a necesidades y demandas priorizadas de la población y que son brindadas a los asegurados y derecho-habientes en el contexto familiar y de su comunidad. Por lo tanto, implicará la observación de procesos de atención, en el logro del objetivo principal de orden social, en que el paciente logre el empoderamiento de su salud, ganando años de vida saludables. Por lo que considero importante realizar un estudio de investigación de las actividades desarrolladas por el equipo de atención primaria que conlleven a proponer un cambio que determine un ajuste dentro de los procesos que originan nudos críticos para el desarrollo de la atención primaria.

Lo anteriormente expuesto motiva el interés de conocer si en el primer nivel de atención con el equipo de atención primaria se está cumpliendo con el objetivo para el que fue creado el Centro de Atención Primaria Paucarpata.

En consideración a lo antes mencionado la investigadora ha revisado Bibliografía sobre los instrumentos para medir el Empoderamiento del paciente encontrando instrumentos aplicados al tema de Atención Primaria, los cuales son reconocidos y validados por los investigadores con el cual evalúan el cumplimiento de los Atributos de la atención primaria los que son medibles en cuanto a la satisfacción del usuario para un Centro de Atención Primaria.

Siendo el tema de investigación, el conocer si el Equipo de Atención Primaria ha influenciado en el Empoderamiento del paciente y la comunidad por ende cabe aclarar que el objetivo no es evaluar la calidad de atención otorgada en el Centro Asistencial, sino de comprobar si el Equipo de Atención Primaria ha

logrado influir mediante sus actividades en el Empoderamiento del paciente y la comunidad.

En relación a los Instrumentos para medir el Empoderamiento, de acuerdo a estudios realizados, dichos Instrumentos existentes no son aplicables para el presente estudio de investigación por ser “específicos” y como bien se menciona en la investigación publicada en la Revista Da Escola de Enfermage M. Yournal of school of nursing university of Sau Paulo titulada “Del Concepto de Empoderamiento del paciente a los instrumentos de medida una revisión integratoria” (3), al analizar las definiciones y dimensiones de empoderamiento, llegaron a la conclusión que para los investigadores es complejo disponer de instrumentos genéricos, en diferentes idiomas que permita la comparación de estrategias a nivel internacional. Los instrumentos validados para medir el Empoderamiento son por ejemplo para Cáncer, Diabetes, Hipertensión, Salud Mental , Genética y el único genérico se basa en la capacitación recibida donde incorpora las dimensiones en los tres niveles en los que se desarrolla como es a nivel basal, durante el proceso y a nivel de resultados.

Por lo que para la presente investigación no es aplicable los instrumentos antes mencionados; sino determinar si las actividades desarrolladas por el Equipo de Atención Primaria a la fecha del corte a través de encuestas.

No existen trabajos de investigación similares, y en base a los resultados se puede diseñar estrategias que permita que el equipo de atención primaria, alcance sus metas y objetivos; considerando aquellos aspectos en los que los asegurados y/o líderes consideraron no haber sido capacitados.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influyen las actividades que desarrolla el equipo multidisciplinario de atención primaria, en el empoderamiento del paciente y de la comunidad que acude al Centro de Atención Primaria Paucarpata?

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Las actividades que ha desarrollado el equipo de atención primaria han contribuido parcialmente en el empoderamiento del paciente y de la comunidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Determinar si las actividades de atención primaria desarrolladas por el equipo multidisciplinario de atención primaria del Centro de Atención Primaria de Paucarpata, influyen en el empoderamiento del paciente y la comunidad.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Ya es reconocido que la salud, y por tanto su promoción, se contextualiza en situaciones sociales y condiciones de vida. Las situaciones de desigualdad social, económica y cultural se traducen también en desigualdades en salud. Por lo que los factores que la determinan van más allá de los aspectos sanitarios y la mejora en sus determinantes es una responsabilidad compartida (5).

La promoción de la salud se define como el proceso de capacitar a las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorar su salud. La propia definición de promoción de la salud implica el concepto de empoderamiento, ya que se busca el control de las personas de los factores que determinan la salud en las dimensiones personales y comunitarias. Si bien este concepto se hace explícito recientemente en promoción de la salud, sin embargo desde la OMS se empieza a enfocar en esa dirección desde hace años(5).

La Primera conferencia internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá, en 1986, clarifica el concepto de Promoción de la Salud, identificando acciones claves para lograr la estrategia de la OMS de Salud para Todos. En la carta de Ottawa se incluía acciones claves para el establecimiento de políticas públicas saludables, como la creación de ambientes favorables, el fortalecimiento de acciones comunitarias, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud, se resalta el rol de las organizaciones, de los sistemas y de las comunidades (5).

La construcción de una política pública saludable fue el tema de la Segunda conferencia internacional de Adelaida en 1988. Las políticas en todos los sectores influencian los determinantes de salud, son prerrequisitos para la mejora de la salud, la justicia social, la equidad y el respeto de los derechos humanos(5).

La creación de ambientes favorables es el tema central de la Tercera conferencia internacional en Sundsvall, Suecia, en 1991. La declaración enfatizó acerca de la importancia del desarrollo sostenible y reclamó la acción social en el ámbito comunitario y con la gente como motor de desarrollo (5).

La Cuarta conferencia internacional sobre promoción de la salud en Yakarta, Indonesia, en 1997, identificó cinco prioridades recogidas en la declaración de Yakarta para encaminar la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI, confirmadas en 1998 en la resolución sobre Promoción de la Salud adoptada para la Asamblea Mundial de la OMS (5) :

- Promover la responsabilidad social por la salud.
- Aumentar la capacidad de la comunidad y empoderar a los individuos.
- Expandir y consolidar alianzas por la salud.
- Aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Asegurar una infraestructura para la Promoción de la Salud.

Es pues a partir de este momento que la Organización Mundial de la Salud explicita ya la necesidad de los procesos de empoderamiento para la práctica de la Promoción de la Salud. Se considera que la existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no (5).

Estos temas fueron retomados como ejes centrales para la Quinta conferencia mundial celebrada en México en el 2000. El programa se articuló alrededor de cada uno de ellos. Así, se abordaron los temas que nos están ocupando, la responsabilidad social de la salud y la necesidad de incrementar la capacidad de las comunidades y de empoderar a individuos y comunidades (5).

Helena Restrepo, en su informe técnico para el grupo de trabajo que abordó el tema de empoderamiento personal y comunitario, planteó que la construcción de capacidad comunitaria es el núcleo de la promoción de la salud. Basa el proceso de construcción de dicha capacidad en el planteamiento de Freire. Asimismo, aporta que este abordaje plantea una serie de desafíos sobre todo en contextos de inseguridad económica, corrupción, falta de solidaridad y violación de los derechos humanos (4).

La 7ma Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, tuvo lugar en Nairobi (Kenia) en el 2009 Uno de sus resultados fundamentales fue el Llamamiento de Nairobi, que define las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse urgentemente para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, haciendo uso de la promoción de la salud para lograrlo (5).

La 8va en el año 2013 Conferencia Mundial de Promoción de la Salud que se ha celebrado en HELSINKI, se ha centrado en el enfoque Salud en todas las políticas, teniendo en cuenta que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario, una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medio ambiente, con la educación y la investigación. Esta conferencia tuvo por título "La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible". El eslogan es "Salud para todos y todos para la salud". El objetivo de esta conferencia de alto nivel, en la que participaron expertos y encargados de la formulación de políticas, es situar la promoción de la salud en el centro del desarrollo sostenible (5).

La 9na conferencia año 2016, organizada conjuntamente por el Gobierno de China Shanghai y la Organización Mundial de la Salud.(5).

La OMS y la Comisión de Salud y Planificación Familiar de China organizaron conjuntamente la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (5).

La conferencia sería una oportunidad sin precedentes que permitiría reafirmar la importancia de la promoción de la salud para mejorar la salud y la equidad sanitaria en un momento histórico en que se cumplía el trigésimo aniversario de la aprobación de la Carta de Ottawa y el primer año aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (5).

Además, se proporcionaría los Estados Miembros instrucciones y orientación para la aplicación práctica de los conceptos, los enfoques y los mecanismos de promoción de la salud basados en datos científicos a fin de alcanzar los ODS (5).

Objetivos

Los objetivos de la conferencia fueron (5) :

- ✓ Concienciar sobre la importancia la promoción de la salud y sobre las posibilidades que ofrece como instrumento de transformación estratégica para la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el logro de sus ODS;
- ✓ Insistir en la necesidad de que las medidas aplicadas en los países para el logro de los ODS incorporen la promoción de la salud;
- ✓ Explicar de qué forma la promoción de la salud puede agilizar el logro de algunos ODS. Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud.

1.2 CONTEXTO NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Desde el surgimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud se han desarrollado diversos conceptos, enfoques y estrategias que han tratado de impulsar a las comunidades y a sus integrantes, organizaciones sociales e instituciones locales, a participar en el conocimiento de sus problemas de salud guiándolas e impulsándolas para desarrollar conciencia, compromiso y adquirir niveles de responsabilidades para proteger su salud y prevenir enfermedades (6).

Esto ha demandado desarrollar estudios sobre la dinámica social del desarrollo local, sobre el comportamiento de las personas, hábitos y costumbres, así como el manejo de metodologías y tecnologías de educación, comunicación y de participación comunitaria entre otras. El objetivo presente en estos esfuerzos ha sido tratar que la población adquiera responsabilidad sobre su propia salud y participe en las actividades comunitarias dirigidas a ese fin (6).

No ajeno a este proceso, el Ministerio de Salud a través de sus diferentes programas de salud ha desarrollado un conjunto de estrategias orientadas a

mejorar el estado de salud y calidad de vida de diversos grupos poblacionales promoviendo cambios de comportamientos y actitudes, mejorando el acceso a los servicios de salud, facilitando información para la toma de decisiones, entre otros (6).

En este esfuerzo ha coexistido estrategias de educación, comunicación participación comunitaria, todas ellas con enfoques similares y que han tratado de contribuir al mismo fin (6).

Como resultado de la aplicación y la coexistencia de estas múltiples formas de hacer comunicación y educación en salud, podríamos decir que a pesar de haberse llevado a cabo grandes esfuerzos en materia de comunicación educativa en salud o en mercadeo social de los servicios de salud, en términos reales poco se ha avanzado en Promoción de la Salud. Como es evidente esta estrategia brinda un marco mayor de acciones, pues está orientada a que la población asuma la salud como un bien público que le pertenece entendiendo que la “salud no es una tarea médica sino un proyecto social ligado a las responsabilidades políticas” Tomando en cuenta esta consideración, la modificación de comportamientos se constituye sólo en un aspecto de la Promoción de la Salud, y es en ese sentido probablemente, en el que se ha venido trabajando con mayor énfasis. Promover la salud requiere de otras condicionantes que trascienden los servicios de salud y sus profesionales, siendo más bien tarea de toda la población, de sus organizadores y de la participación y colaboración intersectorial (6).

Un aspecto a resaltar en este proceso, es la publicación en el año 1994, de la “Política Nacional de Comunicación para la Salud del Perú“ reconocida con Resolución Ministerial N° 350-94-SA/dm, que brinda los grandes lineamientos orientadores y comienza a marcar un referente importante para la comprensión y desarrollo de acciones y sistemáticas de comunicación para la salud con orientación estratégica y sobre todo acciones orientadas al logro de resultados en población. (6)

Del mismo modo , a partir del año 1992 el desarrollo de proyectos de inversión (proyecto 2000), Proyecto Salud y Nutrición Básica, Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, entre otros) crean también un espacio importante para el desarrollo y fortalecimiento de acciones de comunicación en salud, pues incluyen componentes de (educación , comunicación e información) en cuyo marco se comienzan a desarrollar estrategias de información , motivación e inducción a la acción en diferentes temas de salud prioritarios de ser intervenidos (6).

El desarrollo de estos esfuerzos, y la ausencia de un referente estructural en el Ministerio que dirija, organice y por tanto planifique, gestione, evalúe estos procesos de comunicación educativa en salud que generaban desde diferentes fuentes, creo la necesidad de contar en los niveles regionales con una instancia que actúe como contraparte para el desarrollo de estos procesos. Para ello se conformaron Comisiones en la mayor parte de las regiones del país, instancias funcionales multidisciplinarias que se contribuyeron y constituyen en un referente para el diseño y gestión de intervenciones educativo comunicacionales orientadas al cambio de comportamientos (6).

Las experiencias desarrolladas, hasta el momento, por estas instancias han sido diversas, algunas de ellas exitosas y otras no tanto, éxito que dependió además no solo del soporte técnico, sino del apoyo político que tuvieron por parte de las autoridades regionales de salud para el desarrollo de sus actividades, además claro está, de los recursos con los cuales contaron para ello (6).

Es necesario considerar también que estas acciones se daban y se continúan dando en el marco de un modelo de atención centrado en el daño, en individuos y en los servicios de salud, por tanto, sin una perspectiva de abordaje que incorpore otros factores sociales, otros sectores y otros escenarios donde las personas viven cotidianamente, aspecto también que se ve reflejado en el escaso presupuesto asignado a estas funciones (6).

En el Perú, es a partir de la década de los 70-80 que el Ministerio de Salud incorpora en sus diferentes programas de salud contenidos de orden social con la finalidad de impulsar el desarrollo comunitario. Se reconoce así la importancia de la participación de la comunidad en los programas de salud. Sin embargo, estos esfuerzos no llegaron a plasmarse en resultados exitosos, evidentes (6).

Como resultado de la Conferencia de Alma Ata (1978) recobra importancia la participación de la comunidad en los programas de salud, aunque aún bajo la asistencia técnica del sector (salud) en las decisiones de la comunidad, lo cual no contribuía a impulsar procesos de empoderamiento comunitario (6).

La experiencia posterior, sin embargo, mostró la necesidad de incorporar a la comunidad en los procesos de toma de decisiones para toda acción social y de salud. Así en la década del 90 se impulsa la estrategia del Desarrollo de los Sistemas de Salud, SILOS, dándole particular importancia a las acciones orientadas a facilitar la participación de la población en los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la salud. Frente al brote del cólera (1991) quedo demostrado la efectividad de ésta intervención, donde el Estado y la sociedad civil establecieron puntos de encuentro muy coherentes, que favorecieron grandemente la organización del ámbito local en la gestión y la acción intersectorial, creándose diversos comités distritales de lucha contra el cólera. Esta experiencia contribuyó a romper barreras entre las organizaciones populares, las ONGs, y las entidades del Estado como los Ministerios de Salud y Educación (6).

Posteriormente la estrategia, SILOS, se convirtió en estrategia ZONADIS, (zonas de desarrollo integral de salud) intentando crearse una por cada región de salud. Se continuó trabajando con los distritos sanitarios, los que alcanzaron mayor desarrollo en Lima Metropolitana, aunque también tuvieron éxito en algunas provincias (6).

En el año 1994 se crea el programa gubernamental denominado Comités Locales de Administración compartida CLAS, el cual continúa hasta la fecha

con diversos niveles de éxito en el ámbito nacional. Sin embargo, el modelo de co-gestión propuesto desde los CLAS, como su nombre lo indica, se ha centrado en los aspectos administrativos del manejo del establecimiento de salud. Se ha descuidado en ese sentido, la apuesta por la creación de un modelo/sistema de participación comunitaria encaminado a empoderar a la población en la toma de decisiones responsables en materia de salud, la incorporación de prácticas de autocuidado y de responsabilidad compartida con los prestadores de salud y otros actores sociales relevantes (6).

Paralelo a estas intervenciones, también se comenzó a investigar la salud en pueblos indígenas de la selva y sierra del país, en el contexto de las emergencias y la pobreza crítica. (6)

A la fecha han transcurrido más de 10 años de la aprobación del documento denominado “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud” aprobado mediante Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA. Durante ese lapso de tiempo han ocurrido una serie de sucesos trascendentes para la salud pública en el país, se implementó el Seguro Integral de Salud y la gestión por resultados, así como también ocurrieron cambios en el perfil epidemiológico el cual se refleja en el incremento de las enfermedades crónico degenerativas entre otros (7).

En el ámbito internacional, dos corrientes de política en salud, refrendadas en la Declaración de Río 2011 y Helsinki, 2013, sobre Determinantes Sociales de la Salud y salud en todas las políticas respectivamente, han puesto en la agenda pública de la región, la importancia estratégica de impulsar acciones intersectoriales y políticas públicas saludables, como elementos centrales de la promoción de la salud (7).

En este contexto de cambios, el Ministerio de Salud vislumbra que resulta indispensable proponer acciones estratégicas que vayan más allá del ámbito de la prestación de servicios de salud y propone un nuevo enfoque de gestión territorial, desde el cual, se fortalece la coordinación intersectorial e

intergubernamental, haciendo posible el abordaje de determinantes sociales que afectan la salud de la población. (7)

1.3 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es necesario considerar que EsSalud se constituye en una entidad administradora de fondos intangibles en salud y por lo tanto asume la función de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud, (IAFAS) definida en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud; pero a la vez desarrolla la función de provisión de servicios de salud a nivel nacional en un rol de Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS). En ese sentido, el proceso de planeamiento estratégico debe considerar ambos aspectos relacionados a los distintos roles que desarrolla (2).

De igual manera, en mérito a sus competencias, los fondos que administra no sólo están orientados a las prestaciones de salud, debiendo brindar prestaciones económicas y sociales. Adicionalmente, la Ley de creación del Seguro Social de Salud, también establece la posibilidad de realizar programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos, así como otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca EsSalud dentro del régimen de libre contratación (2).

El sector salud está conformado por el Ministerio de Salud como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en el Decreto Legislativo 1161, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva (7).

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y un paquete de Decretos Legislativos orientados a fortalecer la reforma de salud -

promulgados por el Ministerio de Salud - MINSA en diciembre del 2013- establecen el marco normativo para la separación de roles y funciones entre la regulación, el financiamiento, la operación y la supervisión de la prestación de servicios de salud de los diferentes actores a nivel nacional (2).

El Ministerio de Salud , en los Lineamientos de Política según Resolución 366 ha propuesto una nueva modalidad como estrategia en relación al trabajo en las comunidades , y la han denominado “Del trabajo por escenarios al trabajo por territorio “ si bien el Ministerio de Salud reconoce que ha habido un avance en la eficacia del sector cuando se ha adoptado una forma de trabajar adecuada a los diversos escenarios básicos que hay en una localidad: familiar, educativo, laboral, comunal, municipal. Las estrategias sanitarias han desarrollado formas específicas de trabajo en los diversos escenarios. Sin embargo, es necesario dar un paso adicional y combinar el trabajo en escenarios con el trabajo en el territorio (7).

Al igual que los Determinantes Sociales de la Salud determinan la situación de salud de la población fuera del campo de los comportamientos de los individuos y fuera de la capacidad de los servicios de ayudar a los individuos a recuperar la salud perdida, de la misma manera hay condiciones de la población con la que se trabaja en los escenarios, que escapan a la capacidad de intervención de cada escenario y que requiere la intervención de otras instituciones locales y supra-locales (7).

La dinámica de desarrollo de una localidad afecta las familias, la comunidad, la escuela, la actividad productiva y comercial y los servicios. Así, la infraestructura básica de saneamiento o la infraestructura vial o de comunicaciones, son modificaciones que afectan a los distintos escenarios, pero que no pueden implementarse desde ellos, sino desde una intervención que englobe a las distintas instituciones (escenarios) presentes en el territorio. Algunas dependen del gobierno local, pero otras, como el desarrollo del mercado, pueden ser influidas por él pero no dependen exclusivamente de él. De ahí la necesidad de un trabajo intersectorial que vaya más allá de los escenarios (7).

La Gestión Territorial en Salud Implica un manejo ordenado, planificado, sostenible y eficiente de los recursos del territorio para mejorar la salud de la población (7).

Tiene como propósito la coordinación de acciones intersectoriales y abordaje de la equidad y los determinantes de la salud. Se coordina y trabaja con diferentes sectores y actores para que se alineen a las políticas públicas nacionales, con el fin de maximizar su potencial contribución al mejoramiento de la salud y la calidad de vida (7).

Es necesario entender el territorio no como un espacio físico completamente objetivo y ajeno a los actores que en él se desenvuelven, sino como un producto social resultado de las relaciones que se han dado y se dan entre los actores que lo habitan y entre estos y aquellos que externos a ese territorio toman decisiones que lo afectan. Por eso es necesario que el sector público adopte una perspectiva de Gestión Territorial que le permita comprender y actuar sobre ese sistema de relaciones (7):

- Pasar de una gestión fragmentada a una gestión integrada
- Empezar desde un territorio
- Del trabajo por escenarios al trabajo por territorio
- De la prestación de servicios a la articulación de actores

La Gestión Territorial que surge como perspectiva de desarrollo desde los esfuerzos por pensar el desarrollo local, es para la Promoción de la Salud la manera de superar el "enfoque sectorial" que tenía como resultado acciones fragmentadas y que no desencadenaba procesos de desarrollo rural. En vez de que cada sector busque sus propios objetivos institucionales por su cuenta y sin tomar en consideración qué efectos está causando en otros sectores, es necesario generar una cultura de colaboración, de concertación, de "intersectorialidad", que no se centre en sus objetivos institucionales de manera aislada, sino en el efecto de la intervención concertada dentro de ese territorio (7).

La necesidad de responder en forma concreta a ciertos problemas ha ido generando una práctica de trabajo intersectorial cuya frecuencia e intensidad ha ido aumentando, pero es necesario adoptar la Gestión Territorial no solo para enfrentar determinados problemas sino para todo el trabajo promocional y todo el trabajo en salud en general, para generar los instrumentos y condiciones específicas que este tipo de trabajo requiere (7).

El enfoque territorial, sobre todo si se adopta en territorios, permite la participación ciudadana porque se trata de relaciones cara a cara y de enfrentar problemas mayormente de la vida cotidiana. Por eso es que en la Conferencia Global de Sundsvall, en 1991, se proponía centrar la acción pública en el nivel local. Sin embargo, cada gobierno debe generar condiciones para la intersectorialidad con participación ciudadana en un territorio (7).

Según el Ministerio por razones prácticas, para el desarrollo del trabajo de Promoción de la Salud será necesario tomar como unidad territorial básica el distrito. Desde un punto de vista teórico hay unidades territoriales mucho más funcionales y coherentes que un distrito, como lo sería una cuenca conectada por el agua y las vías de comunicación, sin embargo, el territorio nacional está organizado en distritos y sería inútil trabajar queriendo forzar, aunque fuera para mejor, esa organización política (7).

1.4 ATENCIÓN PRIMARIA EN ESSALUD

La Sub Gerencia de Atención Preventivo Promocional y de Complejidad Creciente es un órgano de línea de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud de EsSalud. Su principal objeto es definir las políticas institucionales

en el ámbito de la atención primaria, y elaborar los planes corporativos en la misma materia (8).

En nuestro país y en EsSalud la Atención Primaria ha sido objeto de amplio debate en las últimas tres décadas; sin embargo pocos resultados concretos se han mostrado a la fecha, quizás la diversidad de opiniones e interpretaciones del tema no han permitido un avance significativo y ordenado al respecto. Por ello la prioridad en EsSalud, fue en definir y precisar algunos conceptos como definir el Modelo de Atención Integral de Salud como un conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos institucionales que, operando coherentemente, garantizan una atención continua y de calidad, orientada a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para los asegurados, sus familias y sus comunidades (9).

Por medio de esta estrategia se tiene la Cartera de Servicios de Atención Primaria que es una herramienta de gestión que instrumenta las prestaciones de salud del primer nivel de atención, en el modelo de atención integral y acorde a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (9).

Tienen una marcada orientación hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades calificadas como de atención prioritaria. La Cartera de Servicios de Atención Primaria de EsSalud es de aplicación obligatoria en la oferta de servicios de salud del Primer Nivel de Atención (9) .

En centros asistenciales de EsSalud que no son del primer nivel de atención y que cuenten con población adscrita asegurada deberán implementar mecanismos de gestión necesarios para garantizar el otorgamiento de las prestaciones de salud de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (9).

Centro de atención primaria

El Centro de Atención Primaria (CAP), denominada antes Unidad Básica de Atención Primaria (UBAP) es un modelo de gestión y organización del Primer Nivel de Atención diseñado por EsSalud cuyo proceso de implementación

implica el funcionamiento de una oferta de servicios de salud de tipo ambulatorio que brinda atención integral de salud en forma oportuna y accesible a una población asegurada residente en un determinado territorio geográfico delimitado.

El CAP brinda atención integral a través del desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, actividades recuperativas y de rehabilitación básicas correspondientes al Primer Nivel de Atención de acuerdo a la Cartera de Servicios de Salud de Atención Primaria de EsSalud vigente.

El CAP es una unidad operativa que forma parte de la oferta de Servicios de Salud de Atención Primaria de EsSalud.

Las actividades de salud que realice el CAP deben orientarse hacia una adecuada gestión clínica y aplicación de intervenciones sanitarias costo-efectivas, las cuales están definidas en la Cartera de Servicios de Salud de Atención Primaria de ESSALUD.

El Plan de Actividades de Atención Primaria del CAP, es el conjunto de actividades que son desarrolladas por el CAP, que incluye (8) :

Salud Individual:

- Actividades preventivo – promocionales : Paquete Esencial de Salud.
- Actividades recuperativas y de rehabilitación correspondientes al Primer Nivel de Atención.

Salud Colectiva:

- Talleres en salud, Charlas en salud, Actividades de comunicación masiva.

Promoción de la Salud

Es un proceso que consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. (CARTA DE OTTAWA (1986) (10).

Sus objetivos son:

- Modificar los determinantes de la salud.
- Disminuir las barreras para facilitar la elección más saludable.
- Empoderamiento de la Salud – Autocuidado

En este proceso se interaccionan estrategias como la educación para la salud, la puesta en marcha de las políticas saludables y la movilización social para conducir cambios positivos en los determinantes de la salud (10).

Se desarrollan acciones que apoyen a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que apoyan la salud, constituyen elementos claves de la Promoción de la Salud (10).

Actividades y Estrategias que se desarrollan en Promoción de la Salud

Para construir Procesos eficaces para el desarrollo de comportamientos saludables. En nuestros centros asistenciales de salud se realizan las actividades colectivas de acuerdo a los Ejes Temáticos (10).

Actividades Colectivas:

- Charlas

Actividad colectiva de promoción de la Salud aplicada para fines de información, sensibilización y motivación de las personas respecto al auto cuidado de la salud en su contexto familiar, comunitario y ambiental. Que se realiza en forma grupal, intra o extra muro (10).

- Talleres

Actividad colectiva de Promoción de la Salud, que aborda temas de salud específicos y adiestra al usuario a través del entrenamiento, educación, información y capacitación donde interactúan el facilitador y los participantes para construir aprendizajes que fortalezcan sus habilidades y competencias para el auto cuidado de su salud y prevención de enfermedades. Puede ser intra o extra muro (10).

- Visita Domiciliaria

Actividad colectiva que se desarrolla en el domicilio del asegurado y está dirigida a identificar, valorar riesgos/problemas de salud relacionados con su entorno familiar y comunidad que actúan como condicionantes de la pérdida de la salud o como riesgos para contraer una enfermedad invalidante o potencialmente mortal (10).

- Visita a Empresa e Instituciones

Es una Actividad colectiva coordinada que se realiza a las empresas o instituciones orientadas al desarrollo de actividades de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades con sus trabajadores (10).

- Actividades de Comunicación Masiva

Es una estrategia de comunicación dirigida a grandes grupos de población, tales como campañas, caminatas, caravanas, ferias, teatros populares, etc. Para la ejecución de esta actividad es importante contar con la participación comunitaria o ciudadana, así como realizar alianzas estratégicas y coordinaciones con diferentes instituciones y organizaciones tiene como objetivo motivar a la población para el desarrollo de comportamientos preventivos que aseguren la salud individual, el bienestar de la familia y la comunidad (11).

Ejes Temáticos priorizados en Promoción de la Salud

- **Alimentación y Nutrición**

La promoción de Alimentación y Nutrición saludable, busca el fomento de comportamientos y hábitos en alimentación y nutrición sana, para que las personas adopten prácticas alimentarias adecuadas en todas las etapas de vida, interviniendo precozmente desde la etapa preconcepcional, a la población infantil, mujeres gestantes y madres lactantes, por ser la población con mayor fragilidad en su salud (12).

- **Actividad Física**

Es aquella, que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o a una parte del mismo, de manera armónica y ordenada, en beneficio del desarrollo y conservación de sus funciones (13).

Se estima que los estilos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo (13).

Se recomienda practicar al menos 30 min. de actividad física de intensidad moderada en casi todos, o mejor, todos los días de la semana" (13),

Beneficios generales de la actividad física (13):

- Reduce el riesgo de padecer ECNT
- Ayuda a controlar el sobrepeso, obesidad y porcentaje de grasa corporal
- Favorece la autonomía y la vida independiente de las personas adultas mayores
- Aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico
- Fomenta la sociabilidad
- Promueve un envejecimiento saludable

Beneficios fisiológicos de la actividad física (13) :

- Mejora la movilidad articular
- Mejora el perfil lipídico
- Mejora la resistencia física
- Aumenta la densidad ósea
- Mejora la resistencia a la insulina
- Controla la presión arterial
- Mejora el sistema inmunológico

Beneficios psicosociales de la actividad física (13):

- Aumenta la autoestima
- Disminuye la depresión
- Mantiene la autonomía
- Reduce el aislamiento social
- Aumenta el bienestar
- Mejora la autoimagen
- Alivia el estrés

Beneficios en empresas de la actividad física (13) :

- Aumenta la productividad
- Disminuye el índice de ausencias
- Disminuye la delincuencia
- Mejora la relación con los padres
- Disminuye costos médicos

Tipo de actividad física

Ejercicios de Resistencia: fortalecen el sistema cardiovascular y respiratorio .Por ejemplo: trote, baile aeróbico, natación, montar bicicleta, etc.

Ejercicios de Fuerza: aumentan la capacidad de trabajo, desarrollan la musculatura y mantienen la postura. Ejemplo: alzar pesas, abdominales (13).

Ejercicios de Flexibilidad: aumentan la amplitud de movimientos, disminuyen el Riesgo de lesiones articulares (13).

Ejercicios de velocidad: mejoran la capacidad de movimientos rápidos y ágiles. Preparan al cuerpo para reaccionar en velocidad.(13)

- **Salud sexual y Reproductiva**

La salud sexual y reproductiva es un derecho inclusivo y amplio que no sólo abarca la atención de los principales factores de riesgo, sino también acciones de intervención sobre determinantes tales como género, educación, cultura, estilos de vida y acceso a servicios de salud.

La Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva enfoca su atención en el fortalecimiento de capacidades, el desarrollo de habilidades y destrezas que conduzcan a las/ los niña/os y adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres a expresar un desarrollo sexual y reproductivo saludable teniendo en cuenta las particularidades de cada etapa de vida incluido los procesos fisiológicos del embarazo y la lactancia.

Se considera que ellas y ellos gozan de una buena Salud sexual y Reproductiva cuando:

- Encuentran en su sexualidad una fuente de bienestar y placer a través de la expresión auténtica de sentimientos y afectos.
- Valoran y cuidan su cuerpo, así como, la salud y el bienestar de las personas que los rodean.
- Manifiestan en su comportamiento las características propias de la sexualidad que corresponden a la etapa del ciclo vital que les toca vivir.

- Son agentes de su propio cuidado y desarrollo sexual, habiendo fortalecido factores de protección que les permitan anticiparse y evitar comportamientos y situaciones de riesgo.
- Tienen comportamientos responsables, libres de prejuicios y toman decisiones de manera autónoma.
- Son conscientes de sus actos y deseos, asumiendo una actitud crítica y reflexiva frente a las prácticas y representaciones sociales que sus contextos socioculturales establecen con respecto a la sexualidad.
- Buscan y reciben información actualizada y veraz con respecto a temas de educación sexual, métodos anticonceptivos, infecciones de trasmisión sexual, derechos sexuales y reproductivos, etc.
- Pueden ejercitar la maternidad y paternidad de manera saludable, segura y voluntaria.
- Practican estilos de vida saludables para proteger su salud sexual y reproductiva.

- **Salud Mental Buen Trato y Cultura de Paz**

La Promoción de la Salud Mental, Buen trato y Cultura de Paz, ayuda a los individuos en todos los ciclos de vida a motivar sus recursos propios por medio de estímulos en la auto-estima, resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad, el trabajo o las relaciones interpersonales a nivel familiar y de comunidad, así como pretende fomentar redes sociales de ayuda que promuevan la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en el vecindario; esto fortalecerá la creación y aprovechamiento de oportunidades que mejoren la salud mental y su interacción armónica con el medio social.

Es necesario promover la Promoción de la Salud Mental Buen trato y Cultura de Paz en todos los niveles e involucrando a todos los actores sociales: autoridades,

organizaciones civiles y ciudadanos en general entiendo a la Salud mental como un derecho inherente al ser humano; ayudando a disminuir los principales problemas de la salud mental del país como son la depresión y violencia en todas sus formas y otras enfermedades relacionadas a la Salud Mental (14).

- **Higiene y Ambiente**

Es importante educar a la población asegurada para que sea capaz de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Contar con un ambiente saludable que propicie el bienestar de las personas para ello se debe impulsar actividades para mejorar la higiene y el ambiente de nuestros asegurados (8).

El abordaje del eje temático de higiene y ambiente se presenta con acciones para el desarrollo de las mismas en diferentes etapas de vida y escenarios con la finalidad de unificar criterios con los diferentes actores sociales (8).

Los factores determinantes más preocupantes referentes a la salud, higiene y ambiente de la población en el país están relacionados con la carencia de agua potable, saneamiento básico, optando así por comportamientos inadecuados de higiene, agravándose por situaciones de pobreza, muchas exposiciones suceden en situaciones donde la población vive, trabaja, estudia, entre otros (8).

Higiene

Es un conjunto de medidas más idóneas para promover y mantener la salud individual y colectiva, favoreciendo los factores protectores del estado de salud y reduciendo la morbi-mortalidad de la población. Su alcance y beneficios no conoce límites , abarca diferentes edades, sexo, etnias, culturas, estilos de vida; así como el entorno que rodea a la persona: vivienda, comunidad, institución educativa, centros laborales, centros de esparcimientos, entre otros (8).

Ambiente

Se compone de todas las criaturas vivientes, los recursos, y las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo de un grupo de personas o a una sociedad.

Alcohol

El consumo de alcohol es un grave problema de salud pública, asociándose a varios factores psicosociales. En el Perú, los varones tienen la tasa más alta de dependencia al alcohol en relación a las mujeres : 16% frente al 4,9%. El 30% o más de los bebedores desarrollan problemas asociados al consumo : la intoxicación alcohólica puede producir irritabilidad, conducta violenta y depresión (10).

Los estudios señalan que, si bien el consumo crónico de alcohol afecta mas intensamente a la salud, los consumos agudos e intensos también provocan alteraciones graves (10).

Los efectos del consumo excesivo de alcohol produce intoxicación etílica aguda, alteraciones del tubo digestivo, lesiones en la boca y faringe, trastornos esofágicos, incluido el cáncer, gastritis , ulceras y cáncer estómago, alteraciones de la absorción intestinal y episodios diarreicos, el alcoholismo es la causa mas frecuente de pancreatitis aguda y crónica, cirrosis, hepatitis alcohólica o cáncer de hígado, aumento de la tensión arterial, accidente cerebrovascular agudo o el hemorrágico cerebral, fibrilación, auricular y ventricular, estos últimos relacionados con algunos casos de muerte súbita (10).

Tabaco

La dependencia a la nicotina es la segunda en prevalencia, y de las más costosas pero a la vez, una de las mas tratables de todas las dependencias a sustancias psicoactivas. Cabe agregar que el 50% de los fumadores desarrollan algún tipo de cáncer en los países desarrollados y se presume que el Perú siga ese mismo patrón mundial (10).

El daño provocado por el consumo de los productos del tabaco, principalmente la inhalación del humo de los cigarrillos, son múltiples , tales como : enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica y efisema, diversos tipos de cáncer etc.(10).

La nicotina y el monóxido de carbono son dos de las sustancias tóxicas que provocan daño cardiovascular (10).

El tabaco contribuye a 40% de las muertes cardiovasculares y a 18% de las muertes por accidente cerebros vasculares (10)

Dejar de fumar reduce significativamente el riesgo de padecer este proceso y mejora considerablemente su pronóstico (10).

- **Seguridad vial y cultura de tránsito**

Su objetivo es de aumentar el grado de conciencia y compromiso y fomentar la adopción de decisiones fundamentales en todos los ámbitos (gobierno, sectores profesionales y organismos internacionales) a favor de la seguridad vial y cultura de tránsito. La finalidad es promover la seguridad vial y cultura de tránsito a fin de reducir la gravedad de las lesiones causadas por accidentes de tránsito, interviniendo en el enfoque sistémico de las causas que lo ocasionan (15).

1.5 PREVENCIÓN DE LA SALUD

Son las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, y considera (8):

1. Actividades dirigidas a detección precoz de enfermedades y riesgos.
2. Actividades de Protección específica (inmunizaciones), de acuerdo a grupos etáreos a

través de la administración del Paquete esencial de salud.

Reducir los problemas de salud y factores de riesgo

Proteger a los individuos y los grupos en riesgo. (Reforma de vida).

Modelo

Salud pública: Acción dirigida hacia los factores de riesgo y/o grupos con problemas Clínico: acción dirigida a evitar los problemas y/o hacia la erradicación de los problemas y la restauración de la normalidad (8).

Estrategias:

1. Diagnostico precoz
2. Tratamiento
3. Rehabilitación
4. Prevención de recaídas

ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN

La salud esta directamente ligada con los comportamientos y estilos de vida de las personas , pero a su vez, los determinantes sociales influencian la salud, la vida y el desarrollo que ellas pueden alcanzar (16).

Se reconoce que la única forma posible de abordar los distintos determinantes que deterioran la calidad de vida de la población es mediante la acción conjunta entre diferentes actores sociales , la intervención en escenarios específicos busca facilitar la participación real de los diferentes actores promoviendo la salud al generar condiciones de vida adecuadas, buenas condiciones de trabajo, educación, vivienda, ambiente limpio, posibilidades de descanso y recreación alimentación adecuada, salud sexual y reproductiva sana y responsable, ejercicio físico , salud mental positiva y todas las facilidades que hacen la vida mas llevadera y sostenible (16).

Las líneas de acción , en los escenarios son : Promoción de estilos de vida saludables y habilidades sociales, generación de entornos saludables, desarrollo de políticas internas saludables, participación ciudadana y comunitaria y reorientación de los servicios sociales para darles mayor contenido de promoción y prevención , siendo el propósito de esta intervención el lograr un escenario saludable, si bien este concepto es un ideal, en el marco de las acciones de promoción de la salud se emplearán algunos criterios para definir si este escenario está en proceso de ser saludable (16) .

ACTIVIDADES DEL CAP. PAUCARPATA – AÑO 2016

- **Consulta Médica Integral** Es la atención ambulatoria realizada por el médico a la persona con un abordaje integral, valorando la esfera física, mental, social, espiritual, en su contexto familiar, laboral y comunitario, desarrollando en el proceso y la continuidad de la atención al asegurado intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud: acciones de seguimiento o control y educación en salud de acuerdo al problema de salud y la identificación de factores de riesgos del asegurado (17).

- **Atención de enfermería** Conjunto de atenciones ambulatorias, realizadas por el profesional enfermera orientadas hacia la identificación de riesgos , control, intervenciones en la población y otras de acuerdo a sus competencias.(Prevención y control de tuberculosis, Prevención y control de ITS-VIH/SIDA, Suplementación con Multimicronutrientes (17).

- **Atención de Obstetriz,** *Actividades de salud que realiza el profesional Obstetra según sus competencias (17).*

  Atención Prenatal Es la atención donde se brinda información, educación, evaluación y seguimiento de la gestante de bajo y alto riesgo derivada de la consulta médica integral, con la finalidad de prevenir complicaciones del embarazo y puerperio a través de la identificación de signos de alarma.

Examina, diagnóstica, prescribe y administra tratamiento que su profesión lo faculta (17).

Atención en Planificación Familiar Es la atención donde se brinda información y educación de métodos anticonceptivos. Evalúa, prescribe, administra y aplica métodos de planificación familiar a la mujer en edad fértil y/o pareja que voluntariamente solicita el uso de un método anticonceptivo para prevenir el embarazo no deseado (17).

Atención de actividades complementarias de Obstetriz/ Obstetra Actividades de salud sexual y reproductiva que realiza el profesional Obstetriz, incluye consejerías, orientación en ITS/VIH/SIDA, climaterio, manejo sindrómico de ITS, aplicación de pruebas rápidas de VIH (Tamizaje), Tamizaje de cáncer de mama y puerperio, atención, educación y consejería al grupo poblacional adolescente en salud sexual y reproductiva y otras actividades asistenciales, de acuerdo a competencia (17).

- **Atención Nutricional** Conjunto de actividades realizadas por el profesional nutricionista, al usuario externo e interno de acuerdo a condición de salud, con fines de formulación e implementación de acciones preventivo promocionales, de diagnóstico, tratamiento y monitoreo nutricional para mantener y/o recuperar la salud nutricional (17).

  Atención Nutricional Ambulatoria Conjunto de actividades realizadas por el profesional nutricionista a solicitud del médico en el paciente ambulatorio, con fines de evaluación, diagnóstico nutricional de manera individualizada para conocer los hábitos alimentarios, formular la terapia nutricional y la consejería según sus requerimientos nutricionales, asegurando el cumplimiento del régimen nutricional indicado. Interviene con atenciones a los pacientes de los Programas Institucionales (TBC, VIH, Diabetes, Hipertensión Arterial, enfermedades crónicas entre otros (17).

- **Atención Psicológica** Conjunto de actividades realizadas a solicitud del médico que tienen por finalidad determinar el riesgo o daño psicológico de la persona en el contexto individual, familiar y comunidad: formulando un plan de intervención para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Estas actividades se realizan en la atención ambulatoria, hospitalización o en el domicilio, interviene con atenciones a los pacientes de los Programas Institucionales (TBC, VIH, enfermedades crónicas entre otros) (17).

  Procedimientos Diagnósticos Psicológicos Acciones realizadas por el psicólogo que se utilizan para determinar daño, riesgo o perfil psicológico, aplicando para ello pruebas psicológicas y/o neuropsicológicas (17).
  Unidad de Medida: Prueba
  Duración de la actividad : 45 minutos
  Rendimiento/hora : 1.3 pac /hr

  Procedimiento Terapéutico Psicológicos Son actividades de recuperación, rehabilitación y/o curación realizadas por el psicólogo, incluye terapia de pareja, terapia de familia, terapia grupal, terapia grupal en hospital de día y procedimientos terapéuticos y grupales (17).
  Terapia individual, Terapia de Pareja, Terapia de Familia
  Unidad de Medida : Sesión
  Duración de la Actividad 45 minutos
  Rendimiento /hora 1.3 pac /hr
  Terapia Grupal
  Unidad de Medida : Sesión
  Duración de la actividad 120 minutos
  Rendimiento /hora 0.5 pac/hr.

  Procedimientos Preventivo Promocionales Acciones realizadas por el psicólogo para determinar riesgo en la población, comprende consejería (individual o familiar), psicoprofilaxis, visita domiciliaria (17).
  Consejería:

Unidad de medida : Sesión
Duración de la Actividad : 15 minutos
Rendimiento /Hora 04 pac./hr.
Psicoprofilaxis:
Unidad de medida : Sesión
Duración de la actividad : 45 minutos

- **Procedimientos de Trabajo Social, la intervención Social** comprende la Socioterapia grupal familiar y la intervención socio laboral (17).

Consejería

Rendimiento 4 por hora

Visita Domiciliaria /Laboral Técnica utilizada en Trabajo Social que se aplica en el ambiente familiar o laboral con fines de diagnóstico y manejo, vinculando el problema del paciente al contexto socio familiar y/o socio laboral, desde una perspectiva holística de la vida. Asímismo educar en medidas preventivas y sensibilizar al usuario y familiares para un mejor entorno social (17).

- **Consulta Odontoestomatológica Integral** Conjunto de actividades y procedimientos que realiza el Cirujano Dentista con fines de promoción, prevención , recuperación y/o rehabilitación de la salud estomatológica incluye cirugías en el ámbito de su responsabilidad, competencia y normas vigentes. Se realiza en la consulta ambulatoria, hospitalización o sala de operaciones (17).

- **Inmunizaciones** La profesional enfermera es responsable del recojo, verificación , registro del ingreso y almacenamiento de la remesa de vacunas y jeringas entregadas por el MINSA en forma mensual , el registro del movimiento de biológicos en el formato SISMED y el reporte a la DIGEMID en la página WEB los días 15 y 30 de cada mes ; así como del adecuado manejo de la cadena de frío , correcta administración y aplicación de las vacunas (17).
- **Control de Crecimiento y Desarrollo (CRES)** O Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera capacitado

y entrenado en el control de crecimiento y desarrollo del niño , con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo del niño y la niña y detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o transtornos así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

Todas las semanas se programará 01 taller de 02 horas , en lactancia materna y cuidado del recién nacido, del niño y niña o estimulación temprana etc.asi mismo todas las semanas se programará 1 visita de 2 horas para cuidados integrales en el hogar del recién nacido del niño o niña (17).

- **Actividades Colectivas** Son intervenciones educativos comunicacionales que comprende el brindar información , educación y comunicación (IEC), a los usuarios de manera grupal, se realizan dentro y fuera del EE.SS, están dirigidas a la persona por etapa de vida, la familia y comunidad en el marco de la cartera de servicios de salud. Es realizada por el personal de salud del equipo multidisciplinario del Establecimiento de Salud como el médico, odontólogo, enfermero, trabajador social, obstetra, tecnólogo, nutricionista, psicólogo u personal de salud capacitado, así como a través de Alianzas Estratégicas (Minsa, Gobiernos Regionales etc.) (17).

Entre las principales actividades están las siguientes :

- ✓ Charla de salud según ejes temáticos
- ✓ Taller de salud: incluyen talleres según ejes temáticos y talleres específicos (Psicoprofilaxis, psicoprofilaxis obstétrica, estimulación Prenatal, Estimulación Temprana, taller preventivo de discapacidad, taller de formación de promotores, taller de salud bucal, taller de tuberculosis, ITS, VIH/SIDA, Taller de agentes comunitarios de RBC, Taller de terapia física, taller de RBC, Taller de reforma de vida dirigida a los asegurados con diagnóstico de síndrome metabólico pre mórbido y Taller de enfermedades crónicas no transmisibles.
- ✓ Visita Domiciliaria integral dirigida a familias en riesgo
- ✓ Visita a Empresas

- ✓ Actividades de comunicación masiva : campañas, ferias, caminatas(17).

EXISTEN MUCHOS TERMINOS Y CONCEPTOS QUE HAN SIDO UTILIZADOS EN RELACIÓN AL TEMA QUE SE INVESTIGA , LOS MISMOS QUE PUEDEN SER RESUMIDOS EN LOS SIGUIENTES:

- **Atención Primaria de la Salud**

  La atención primaria de salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

  Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (MINSA Resolución N° 366 GG 2017).

- **Empoderamiento** La OMS pues, define el empoderamiento como un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud. El empoderamiento individual se refiere principalmente a la habilidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal. El empoderamiento comunitario involucra a los individuos que actúan colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de salud y la calidad de vida en su comunidad y es una meta importante en la acción de la comunidad para la salud (Restrepo Cerezo PG, Juvé-Udina ME, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. Rev Esc Enferm Nutbe- am,1998).

- **Salud:** la OMS define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad” Bajo este concepto la mayoría de las personas se considerarían no saludables. De ahí que esta definición ha sido criticada por ser irrealista. La salud también se ha definido como un estado dinámico, una forma (o desviación de la misma) de homeostasis y como un continuo con polos positivos y negativos. A nivel poblacional, la salud puede concebirse como un asunto social, económico y

político, así como un derecho humano. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud definió como prerrequisitos de ella, la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad**.**

- **Equipo de Atención Primaria (EAP)** Es un equipo interdisciplinario conformado por : Medico General / Médico de Familia /Médico Integral (Médico de Atención Primaria) Médico Pediatra, Médico Gineco –Obstetra, Odontólogo, Obstetriz, Psicólogo , Nutricionista, Enfermero, Técnico de Enfermería, que desarrollan sus actividades de atención integral en un determinado territorio geográfico.

  El EAP tiene a su cargo una población asegurada . Para efectos de realizar las intervenciones y actividades sanitarias realiza coordinaciones con la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial en el contexto de la familia y comunidad.

  - **Prevención: la prevención se concibe tradicionalmente en tres** niveles: la *prevención primaria* combate la enfermedad antes de que ésta se presente; la *prevención secundaria* una vez la enfermedad ya apareció; y la *prevención terciaria*, cuando la enfermedad ya siguió su curso. A esta tipología se ha adicionado la noción de "*prevención primordial"* relacionada con la modificación de las condiciones subyacentes que conducen en primer lugar a la exposición. La prevención primordial incorpora abordajes creadores de salud y modificadores de las condiciones "que generan y estructuran la distribución desigual de las exposiciones a los daños de salud, las susceptibilidades y los recursos de protección entre la población".
  - **Promoción de la salud:** proceso de facultar a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y de esta forma mejorar su salud. Involucra a la población como un todo, en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas.

- **Alianza Estratégica**: Una alianza para la promoción de la salud es una colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos de promoción de la salud decididos conjuntamente.

  La creación de alianzas supondrá a menudo la mediación entre los distintos socios en la definición de los objetivos y normas deontológicas básicas, las áreas de acción conjunta, y los acuerdos sobre la forma de cooperación dentro de la alianza.

- .**Líderes en Salud de la Comunidad** Son aquellos pobladores que voluntariamente trabajan por su comunidad, tienen conocimiento directo de las necesidades reales de las comunidades y que interactúan de manera activa con los afectados, conocen a las personas, sus problemas necesidades y prioridades de la comunidad y de los proyectos existentes.

  Establece formas de negociación con la población y demás líderes comunales.

- **Análisis Situacional de Salud:** es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, identificación de intervenciones y la evaluación de su impacto. (18)
- **Organización del Equipo de Atención Primaria**
  Pritchard* define la existencia de varios equipos funcionales dentro del EAP en función de las necesidades y tareas a llevar a cabo dentro de la Atención Sanitaria. Así, define el Equipo Intrínseco como la unidad básica de trabajo, formada por el profesional médico, la enfermera de la consulta y el paciente. Se caracteriza por ser la unidad básica de atención, constituida en respuesta a la demanda del paciente, orientada a la atención sanitaria individual y finalizada cuando termina la tarea por la que se formó (prevención, curación, fallecimiento…). Es flexible, al permitir la entrada de otros profesionales en función de problemas puntuales del equipo

(Trabajador social ante problemas sociales, Pediatra ante problemas en niños, Psicólogos o Psiquiatras ante problemas de salud mental, etc.) constituyéndose los denominados Equipos funcionales.

El conjunto de todos los profesionales que trabajan en el EAP o Equipo Completo en la terminología de Pritchard se constituiría para tratar temas que competen a todos los profesionales (objetivos anuales, presupuestos, memoria, relaciones con otros niveles sanitarios o interinstitucionales etc.

El Equipo de Atención Primaria se organiza bajo la responsabilidad del Coordinador Médico. Tiene como función la disposición ordenada de los medios y recursos al alcance de manera que sean compatibles, en tiempo y/o espacio, para la obtención de unos objetivos o resultados previamente definidos (19).

El coordinador debe ser un verdadero director del equipo, con capacidad decisoria en aspectos de administración sanitaria. Esto es, aspectos de Planificación, Organización, Dirección y Control de los profesionales, funciones y actividades desarrolladas por el Equipo de Atención Primaria. Su perfil profesional debe caracterizarse por conocimientos en dirección y gestión y por las habilidades necesarias en recursos humanos que le permitan liderar un equipo de profesionales hacia la consecución de los objetivos de la Organización (19).

CAPÍTULO II

MÉTODOS

2.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Distrito de Paucarpata, pueblo joven Miguel Grau localidad donde queda ubicado el Centro de Atención Primaria- CAP Paucarpata , creado con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 062 PE ESSALUD-2009

Las especialidades que atiende el CAP son: Medicina General, Pediatría, Odontología, Ginecología, Obstetricia, Nutrición y Psicología, programas de atención primaria, como Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Salud de la Gestante, Atención del Adulto Mayor, Programas Especiales de Tuberculosis y VIH-SIDA, Salud Renal, Salud Bucal y Recuperativo.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Constituida por la población asegurada del Centro de Atención Primaria Paucarpata, adscrita con edades comprendidas entre los 18 a 39 años sumando un total de 2,501 entre hombres y mujeres; siendo el número de asegurados de sexo masculino 1,174 (47%) y de sexo femenino 1,327 (53%).

Según Boletín institucional

AÑOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
18-19	189	105	84
20-24	245	127	118
25-29	332	136	196
30-34	721	293	428
35-39	1014	513	501
TOTAL	2501	1174	1327

Método de Selección .- Mediante el padrón institucional se identificó a los Asegurados Titulares y sus Derecho Habientes adscritos al Centro Atención Primaria de Paucarpata con su domicilio real, para establecer la ubicación geográfica de los asegurados adscritos que pertenecerían a la muestra.

En sus domicilios se les explico sobre la importancia de sus respuestas y de su colaboración.

Cabe indicar que no se optó por encuestar a los que solo asisten al establecimiento de salud, porque en mi opinión es mas aplicable a una encuesta donde se mide la calidad de atención como es los atributos de la Atención Primaria .

Se realizó una visita in situ donde se encuentran potencialmente los líderes representantes del ámbito de Investigación donde se procedió posteriormente aplicarles la encuesta.

Tamaño de muestra de dos grupos

Teniendo en cuenta que la presente investigación considera tanto a la Población Asegurada como a los líderes de las diferentes instituciones que existen en el ámbito del estudio se realizó de dos formas:

a) Para la Población asegurada: según estadísticas a diciembre del 2016 las poblaciones comprendidas entre 18-39 años, la sumatoria de dichas edades suman 2,501 asegurados.

$$N = \frac{z^2 Np.q}{e^2(N-1) + z^2 p.q}$$

Donde:

- $\Rightarrow$ z = Coeficiente de confiabilidad = 1.96
- $\Rightarrow$ N = población = 2,501 (Asegurados Adscritos)
- $\Rightarrow$ P = Probabilidad de ocurrencia del evento = 0.50 ó 50 %
- $\Rightarrow$ q = Probabilidad de fracaso = 0.50 ó 50%

$\Rightarrow$ e = Error de estimación = 0.05

$\Rightarrow$ n = Tamaño de la muestra

$$N = \frac{(1.96)^2(2{,}501)(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(2{,}501-1)+(1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

$$n = 332.99$$

$$n = 333$$

La muestra fue de 333 asegurados

b). La Población total de Líderes que no son necesariamente asegurados fueron identificados en el ámbito de estudio y asciende a 21 personas, están distribuidos de la siguiente manera :

- Organizaciones educativas culturales de promoción social: 41
- Comedores populares 45
- Comité vaso de Leche Zona I, II, III, y IV = 125

Teniendo un universo de 211 líderes, cuyo requisito no es el de ser asegurado la muestra por conveniencia fue de 20 veinte (20).

Dicha información se ha extraído de la Municipalidad Distrital de Paucarpata , el CAP Paucarpata , está ubicado en dicho distrito y tiene bajo su jurisdicción los siguientes lugares :

- P.J Miguel Grau
- Israel
- Ciudad Blanca
- Alto Jesús

Criterios de Inclusión

- Usuario (asegurados) del Centro de Atención Primaria Paucarpata
- Líderes de la comunidad no necesariamente asegurados
- Ambos sexos

Criterios de Exclusión

- Trabajadores del sector salud .

2.3 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

a) TIPO DE ESTUDIO

Según Dankhe es un estudio descriptivo transversal cuantitativo. (21)

b) PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

Se solicitó la autorización y aceptación de parte del Director del CAP Paucarpata.

Se coordinó con la Municipalidad distrital de Paucarpata a fin de que se me otorgue información sobre líderes comunales.

Los líderes fueron identificados mediante organizaciones como:

- Comedores populares ubicados en el ámbito de trabajo de la investigación
- Los comités de Vaso de leche inscritos en la Municipalidad.
- Club juveniles deportivos como la ligas de Voley etc.
- Organizaciones Educativas, culturales de promoción social y religiosas.
- Juntas Vecinales.

Se realizó una visita in situ donde se encuentran potencialmente los líderes en su institución y/o domicilio.

Se identificó a las familias adscritas al CAP Paucarpata con su domicilio real y se entrevistó casa por casa.

Se analizaron metas institucionales de ESSALUD en forma tangencial, ya que el estudio tuvo como base el resultado de las encuestas aplicadas a los pacientes comprendidos entre 18 y 39 años y la encuesta aplicada a los líderes de la comunidad

Instrumento: Las encuestas que determinaron el Empoderamiento de los usuarios del CAP Paucarpata , así como la que se aplicó a los líderes y/o agentes comunitarios han sido elaboradas por la investigadora, considerando los Documentos Técnicos de ESSALUD.

Validación de los instrumentos Los cuestionarios para la recolección de la información, han sido validadas por el Econ. Oscar Lanchipa Quintanilla encargado de la encuestadora FEUNSA de Arequipa.(ANEXO N°1).

Ponderación . Considerando que las actividades desarrolladas por el Equipo de Atención Primaria, se desprenden de los objetivos estratégicos del Plan Estratégico de EsSalud, se ha visto por conveniente respetar los criterios de evaluación, los que serán aplicados para el presente estudio

Excelente	**> = 90%**	total
Bueno	**< 90% y >=75%**	parcial
Regular	**< 75% y >= 60%**	parcial
Malo	**< 60 %**	parcial
Sin Avance	**0 = 0%**	nulo

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez recolectados los datos estos fueron ordenados en tablas; así mismo se aplicó estadística descriptiva para determinar la frecuencia y proporción de los datos, se trabajó con un nivel de significancia del 95%

La tabulación y el análisis de los datos obtenidos se realizó con la ayuda del programa SPSS.Los datos empíricos obtenidos por la investigación a través del trabajo de campo usando como fuente primaria una muestra a través de cuestionarios se ha procurado brindar una percepción del funcionamiento del Centro de Atención Primaria a través del equipo de atención primaria de dicho Establecimiento de Salud.

CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA 1

DATOS PERSONALES DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CAP PAUCARPATA

	Nº=333	%=100.00
SEXO		
Masculino	157	47.15
Femenino	176	52.85
ESTADO CONYUGAL		
Conviviente	69	20.72
Casado (a)	92	27.62
Separado(a)	34	10.21
Viudo (a)	19	5.71
Divorciado (a)	24	7.21
Soltero	95	28.53
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Sin Nivel	22	6.60
Primaria	30	9.01
Secundaria	122	36.64
Superior	159	47.75
OCUPACIÓN		
Obrero	22	6.60
Empleado	95	28.53
Trabajador Independiente	129	38.74
Trabajadora del Hogar	53	15.92
Trabajador Familiar no remunerado	34	10.21

TABLA 2

FRECUENCIA DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA PAUCARPATA Y SI TIENEN CONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

	Nº=333	%=100.00
ASISTENCIA		
Si		
No	195	58.56
	138	41.44
Conocen sobre actividades de Promoción y Prevención brindadas por el CAP. Paucarpata.		
Si	199	59.76
No	134	40.24

TABLA 3

CONOCEN LOS ASEGURADOS LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN OTORGADAS POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

CONOCE	Nº	%
Si	199	59.76
Intervención a la comunidad	30	15.08
Talleres de salud	16	8.04
Charlas de salud	112	56.28
Intervención a la familia	30	15.08
Campañas de Salud	11	5.53
No	134	40.24
TOTAL	333	100.00

TABLA 4

CONOCEN LOS ASEGURADOS LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN OTORGADAS POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

CONOCE	Nº	%
Si	199	59.76
Detección precoz de enfermedades (Exámenes de PAP y Mamografías.)	83	41.71
Inmunizaciones	53	26.63
Reforma de vida(*)	26	13.07
Consejería	37	18.59
No conoce	134	40.24
TOTAL		100.00

(*) Programa para disminuir los factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles y complicaciones prevenibles.

TABLA 5

CAPACITACIÓN OTORGADA POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LOS ASEGURADOS QUE ACUDEN AL CAP. DE PAUCARPATA

Método de Capacitación	Nº=333	%
Si HA RECIBIDO	**239**	**71.77**
CHARLAS	34	14.23
TALLERES	4	1.67
CAMINATAS	10	4.18
CAMPAÑAS	84	35.15
BOLETINES	76	31.80
VIDEOS	16	6.69
VISITAS A DOMICILIO	15	6.28
NO HA RECIBIDO	**94**	**28.23**
EJES TEMÁTICOS		
SI HA RECIBIDO	261	78.38
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	99	37.93
HABILIDADES PARA LA VIDA	31	11.88
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	54	20.69
SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRÁNSITO	5	1.92
HIEGIENE Y AMBIENTE	36	113.79
SALUD MENTAL BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ	17	6.51
ACTIVIDAD FÍSICA	19	7.28
NO HA RECIBIDO	72	21.62
TOTAL	333	100.00

TABLA 6

APLICACIÓN DE LAS ENSEÑANZAS OTORGADAS POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE ACUDEN AL CAP PAUCARPATA

APLICAN LAS ENSEÑANZAS	Nº 239	%
Si	92	38.50
MAS O MENOS	99	41.42
No	48	20.08
No responde	94	28.23
Total	333	100.00

Conciencia sobre la alimentación	20	8.37
Cambio de alimentación	20	8.37
Dejo de beber alcohol	20	8.37
Despistaje de enfermedades	19	7.95
Preveer enfermedades	22	9.20
Alimentación mas saludable	22	9.20
Supero problemas de enfermedades y/o psicológicos	20	8.37
Educación sexual-preservativos Planificación familiar	21	8.79
Mas jóvenes(es su sentir) Mejoría en su salud.	19	7.95
Mas unión familiar/orden en su vida.	18	7.53
No le da importancia	38	15.90
	239	100.00

TABLA 7

PERCEPCIÓN DE LOS ASEGURADOS SOBRE EL TIPO DE PROFESIONAL QUE OTORGO LA CAPACITACIÓN

PROFESIONAL	Nº.	%
MÉDICO	110	33.03
OBSTETRA	20	6.01
ENFERMERA	34	10.21
ODONTÓLOGO	15	4.50
TRABAJADORA SOCIAL	13	3.90
NUTRICIONISTA	26	7.81
PSICÓLOGO	21	6.31
NO RESPONDE	94	28.23
TOTAL	333	100.00

TABLA 8

CAPACITACIÓN PARA SER LÍDERES COMUNITARIOS EN LOS ASEGURADOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CAP PAUCARPATA

	Nº=333	%=100.00
PROMOTOR DE LA SALUD (*)		
Si	37	11.11
No	296	88.89
AGENTE COMUNITARIO (*)		
Si	13	3.90
No	320	96.10

(*) El equipo de atención primaria, identifica nuevos líderes dentro de los asegurados y los prepara como promotores de la salud y/o agentes comunitarios.

RESULTADOS ENCUESTA 2

TABLA 9

CARACTERÍSTICAS DE LOS LÍDERES DE LA COMUNIDAD JURISDICCIÓN DEL CAP III PAUCARPATA

SEXO	Nº=20	%=100.00
Masculino		
Femenino	3	15.00
	17	85.00
GRUPO ETAREO (años)		
18-29	2	10.00
30-39	6	30.00
40-59	12	60.00
ESTADO CONYUGAL		
Conviviente	8	40.00
Casado (a)	9	45.00
Separado(a)	1	5.00
Viudo (a)	1	5.00
Divorciado (a)	0	0.00
Soltero	1	5.00
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Sin Nivel	0	0.00
Primaria	2	10.00
Secundaria	12	60.00
Superior	6	30.00
OCUPACIÓN		
Obrero	0	0.00
Empleado	1	5.00
Trabajador Independiente	9	45.00
Trabajadora del Hogar	10	50.00
Trabajador Familiar	0	0.00

TABLA 10

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CAP PAUCARPATA CON LOS LÍDERES DE COMUNIDAD DE LA JURISDICCIÓN DEL CAP PAUCARPATA.

ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LOS LÍDERES IDENTIFICADOS

LIDERES	N= 20	%	ALIANZAS FIRMADAS	%	CONOCIMIENTO DE OBJETIVOS SANITARIOS DEL CAP.	%	PLAN DE SALUD LOCAL ELABORADO EN FORMA CONCERTADA	%
Identificados	7	35.00	3	42.86	7	100.00	4	57.14
(*)No identificados	13	65.00						

(*) Líderes no identificados , considerados para la sumatoria del número de líderes.

TABLA 11

EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA HA CAPACITADO A LOS LÍDERES IDENTIFICADOS EN RELACIÓN A LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LOS LÍDERES IDENTIFICADOS

			PLANES INSTITUCIONALES					
LIDERES	N°=20	%	**CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD**	%	**PLAN DE PROMOCION DE SALUD.**	%	**PLAN DDE PREVENCION DE ENFERMEDAD**	%
Identificados	7	35.00	2	28.57	0	0%	7	100.00
(*) No identificados	13	65.00						

(*) Líderes no identificados , considerados para la sumatoria del número de líderes.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Según la tabla 1, se muestra los resultados sobre las características de la población de estudio. En primer lugar se consideró el sexo existiendo predominio del sexo femenino con un 52.85%, en cuanto al grado de instrucción se observa que más del 47.75% tienen un nivel de instrucción superior, también se puede observar que la gran mayoría son solteros con un 28.53%

Según los resultados de la tabla 2 predominan los usuarios que hacen uso de los servicios 58.56%, de estos asegurados incluso los que no asisten asiduamente tienen conocimiento de las actividades de promoción y prevención en un 59.76%

Hace nueve años de la creación e implementación del CAP Paucarpata , hipotéticamente y en base a resultados estadísticos , las actividades del Equipo de atención primaria han logrado parcialmente el empoderamiento del paciente , a través de las actividades de promoción de la salud que realizan mediante la intervención a la comunidad, talleres , charlas, intervención a la familia y campañas de salud, el 59.78% de los asegurados del Centro de Atención Primaria Paucarpata tienen conocimiento de dichas actividades , y el 40.24 refiere no conocer de las actividades desarrolladas por el equipo de atención primaria (tabla 3).

En tabla la 3 se observa el conocimiento de los asegurados de acuerdo a las actividades realizadas por el equipo de atención primaria dentro o fuera del establecimiento. Es así que la población asegurada que responde conocer sobre las actividades de promoción que realiza el equipo de atención primaria fuera del Establecimiento como el caso de intervención a la comunidad, en los diferentes escenarios como instituciones educativas, centros laborales, municipios y comunidades el 15.08% tiene conocimiento, cifra similar a cuando interviene a la familia que lo realiza en el domicilio del asegurado 15.08% (tabla 3).

En relación a las Campañas de Salud estas también se realizan fuera del Establecimiento de salud y solo el 5.53% refiere tener conocimiento de la realización de dichas actividades.

En cuanto a las actividades de promoción de la salud desarrolladas en el interior del establecimiento como son talleres y charlas , los asegurados parecen captar o capacitarse mejor a través de charlas , según el estudio el 56.28% es decir la mayoría conoce a través de dicha actividad y a través de talleres el 8.04% (tabla 3).

Cuando observamos la tabla 4, sobre el conocimiento de actividades de prevención realizadas por el equipo de atención primaria, se debe considerar una característica de las actividades de prevención realizadas por el equipo de atención primaria , según lo observado el equipo de atención primaria al realizar exámenes propios de actividades de prevención como son un papanicolau PAP , una mamografía o una inmunización, se encuentra en más contacto con el paciente en el sentido que interviene un factor directo como es una examen a través de un PAP o una mamografía en la que interviene un “factor” de ayuda al diagnóstico con el cual el paciente reconoce como el medio para conocer o detectar determinada enfermedad inmediatamente le den los resultados de dichos exámenes, por lo que cuando se le ha preguntado sobre el conocimiento sobre la detección precoz de enfermedades el 41.71 % ha referido saber sobre dichas actividades que le son brindadas dentro del Establecimiento de salud.

De igual forma en relación a las inmunizaciones realizadas mayormente a los derecho-habientes el 15.92% ha manifestado tener conocimiento que el equipo de atención primaria realiza dichas actividades (tabla 4).

En relación a Reforma de Vida un programa de prevención intra y extramural (empresas o instituciones), cuya finalidad es intervenir oportunamente los casos de síndrome metabólico pre mórbido en los trabajadores , el 13.07 de los asegurados refieren tener conocimiento mediante el tamizaje como la medida de abdomen y luego deben recibir las recomendaciones a través de talleres y la consejerías que refieren también conocerlas el 18.59 %.El desconocimiento de los asegurados es del 40.24% (Tabla 4).

De la población asegurada que responde sobre el haber sido capacitados por el equipo de atención primaria en relación a los Ejes Temáticos de las actividades de promoción (tabla 5) sobre alimentación y nutrición saludable el 37.93% responde haber sido capacitados; siendo este eje de suma importancia al ser una de las formas de prevenir enfermedades como la desnutrición, obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes, anemia enfermedad renal, osteoporosis y algunos tipos de cáncer.

En cuanto a las habilidades para la vida el 11.88% (tabla 5) ha sido capacitado sobre el tema de la resiliencia, como educar a sus hijos, asertividad y toma de decisiones, promoción de valores, uso adecuado de su tiempo libre, sus proyectos de vida, primeros auxilios, relaciones interpersonales, deberes y derechos del asegurado, autocuidado en salud y solución a sus problemas.

Sobre salud sexual y reproductiva el 20.69% conoce sobre la importancia de este tema que enfoca su atención en el desarrollo y fortalecimiento de capacidades y habilidades y destrezas que conduzcan asumir estilos de vida saludables que permitan el ejercicio de una vida sexual y reproductiva de manera saludable y responsable en las diferentes etapas de vida incluidos los procesos fisiológicos de embarazo y lactancia. El abordaje del eje temático incluye los componentes las ITS, VIH, sida cáncer de cuello uterino y mamario, la anticoncepción, los derechos sexuales y reproductivos, el climaterio (tabla 5).

En relación al eje temático sobre seguridad vial y cultura de tránsito solo 1.92% refiere conocer sobre como reducir los accidentes en vías de comunicación terrestre, acuático y aéreo, así como las medidas de seguridad para evitar accidentes de tránsito en conductores, pasajeros y peatones, saber sobre las reglas de tránsito peatonal y a su vez promover la educación en las reglas de tránsito (tabla 5).

Sobre Higiene y Ambiente el 13.79 % identifica los factores determinantes que son prioritarios para mejorar las condiciones de salud de la población y va más allá de cambios de comportamientos, ya que se orienta a mejorar la calidad de vida de las otras personas, es decir que favorece o daña el estado de salud de la población y en su entorno cotidiano, siendo tres las cuestiones prioritarias primero en la higiene

personal el lavado de manos , corporal, y bucal , segundo la higiene de la vivienda como el abastecimiento de agua , crianza de mascotas, eliminación de excretas, la eliminación de residuos sólidos y vectores, y tercero sobre el medio ambiente, descontaminación del aire y suelo (tabla 5).

En relación al eje temático sobre salud mental buen trato y cultura de paz el 6.51% refiere tener conocimiento sobre las herramientas y mecanismos para conservar la salud mental y tener la capacidad de afrontar la adversidad, evitando la violencia, aumentar la autoestima, sobrellevar el stress evitando la depresión y el suicidio , están capacitados para evitar el consumo de tabaco alcohol y otras drogas, mediante los talleres han recibido formación para evitar el maltrato infantil, resolver sus problemas de pareja y habilidades sociales para en relación a la agresión y delincuencia (tabla 5).

En lo referente al eje temático sobre actividad física el 7.28% han participado en caminatas en las que están conscientes de que la inactividad física trae consigo diversas enfermedades crónicas y muerte prematura. Saben que realizar actividad física tiene un efecto protector sobre la cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, desordenes del cerebro vascular, obesidad, osteoporosis , ansiedad, depresión y algunos tipos de cáncer , como el colón, se les ha explicado que según estudios muestran los beneficios sobre la hipertensión arterial, perfil lipídico , tolerancia a la glucosa , densidad ósea (tabla 5).

El equipo de atención primaria utiliza ciertos instrumentos para otorgar la capacitación como es a través de charlas, talleres, caminatas, campañas , boletines, videos y visitas a domicilio a los asegurados que acuden al Centro de Atención Primaria de Paucarpata , según la encuesta refiere la mayoría haber recibido capacitación mediante campañas en un 35.15%, seguido de boletines 31.80%, por medio de las charlas es otra forma de capacitación con el 14.23%, y videos el 6.28%, las visitas a domicilio actividad en la cual se traslada el equipo de atención primaria refieren el 6.28% , asimismo manifiestan haber participado en caminatas el 4.18% y en talleres el 1.67% (tabla 5).

Los asegurados que manifiestan no haber sido capacitados según la encuesta es el 28.23%, y no saber sobre los temas en los que el equipo de atención primaria instruye responde a un 21.62%, es sobre ese intervalo de porcentaje en el cual debe de trabajarse para poder cumplir con las metas propuestas (tabla 5).

La capacitación recibida en relación a los diferentes ejes temáticos es percibida por los usuarios con cierto grado de empoderamiento , respondiendo en un 41.42% de los asegurados que acuden al Centro de Atención Primaria que perciben como más o menos un cambio en su estilo de vida, luego le sigue el que si considera que ha experimentado un cambio en su estilo de vida con el 38.50%, mientras que un 20.08% declara que la capacitación otorgada por el equipo de atención primaria no ha cambiado su estilo de vida. Cabe resaltar que considerando sus respuestas abiertas de los encuestados y por el sentido de las mismas se puede consolidar los que manifestaron tener conciencia sobre la alimentación (8.37%), que han cambiado su alimentación (8.37%) y el tener una alimentación más saludable (9.20%) totalizando un 25.94% constituyéndose el eje temático con más adeptos . Sin embargo, una gran parte no le da importancia al estilo de vida así lo manifiesta el 15.90 % (tabla 6).

En cuanto al Rol del equipo interdisciplinario de atención primaria, conformada por profesionales en diferentes ramas asistenciales, los asegurados entrevistados a la pregunta que profesional le ha otorgado la capacitación , (tabla 7) los resultados reflejan un nivel de participación mayor del médico con el 33.03%, seguido del profesional de enfermería con el 10.21%, la nutricionista con el 7.81% , ,el psicólogo con el 6.31% , la obstetra con el 6.01% el odontólogo con el 4.50% y finalmente la Trabajadora Social con 3.90% que cabe aclarar dicho personal no trabaja en el CAP Paucarpata, lo que se deduce que ha sido confundida con una trabajadora del MINSA .

La tabla 8 muestra que el Equipo de atención primaria ha capacitado en relación a la promotoría de la salud solo al 11.11 % mientras que el 88.89% no ha sido capacitado. Otra de sus funciones del Equipo es capacitar como agentes comunitarios a lo cual responden no haber sido capacitados en un 96.10% .

RESULTADOS SOBRE LÍDERES

Observando la tabla 09 veremos las características sociales de los Lideres sujetos del estudio, donde se aprecia que predomina el sexo femenino con el 85% , en relación a la edad esta oscila mayormente entre los 40-59 años , se observa que la mayoría es casada representando el 45.00%, su nivel de instrucción es hasta secundaria en un 6.00%, respecto a su ocupación la mayoría de trabajadores son Trabajadoras del Hogar en un 50.00% .

Según el estudio de las 20 personas líderes de la comunidad refieren según (tabla 10) que el 65% no han sido identificados ni convocados por el equipo de atención primaria como corresponde según sus funciones el de realizar la coordinación estrecha con los líderes y las organizaciones; siendo clave para realizar actividades preventivas promocionales para la salud.

Considerando el 35% de Líderes identificados que en número son siete (7) las actividades desarrolladas por el equipo de atención primaria con dichos líderes para el presente estudio según su respuesta se ha firmado tres 3 alianzas con su intervención el que representaría un cumplimiento del 42.86% en relación al total de los líderes identificados, considerando de igual forma que el equipo multidisciplinario ha trabajado con el grupo de siete líderes otorgándoles capacitación sobre los objetivos sanitarios del Centro de atención primaria de Paucarpata, los siete 7 es decir un 100 % han tomado el debido conocimiento , sin embargo al momento de elaborar el Plan de Salud Local y/o ASIS en forma concertada ya que ellos conocen la realidad de su comunidad, explicarían sus problemas y posibles soluciones, de los siente líderes solo cuatro (4) el 57.14% han sido convocados (tabla 10).

El equipo de atención primaria con la finalidad de identificar la problemática de la comunidad se dirige a los diferentes actores sociales como son cada uno de los trabajadores, profesores, y padres de familia. Sin embargo como estrategia deben con antelación firmar Alianzas Estratégicas con las diferentes instituciones, el referir el haber firmado alianzas estratégicas se desdice con la información de dicho Centro Asistencial ya que en el año 2016 no se habría firmado ninguna Alianza Estratégica.

Según los lineamientos para la participación comunitaria , una vez identificados los líderes se les debe exponer de manera clara y concreta el porque de la necesidad de trabajar conjuntamente y de la importancia de que la población participe de los talleres, charlas, caminatas, conformación de espacios saludables, campañas de inmunización , despistaje de diabetes etc y como estas actividades repercuten en mejorar su salud cambiando hábitos para mejorar sus estilos de vida, lo cual según el estudio el 65.00% no ha sido capacitado . Son tres temas en los que deben ser capacitados a través de talleres los líderes identificados cartera de servicios de salud, plan de promoción de salud y plan de prevención de enfermedad.

De los siete líderes dos (2) el 28.57% han sido capacitados en lo referente a las Carteras de Servicios de Salud, ninguno sobre el Plan de Promoción de Salud y el 100% refiere haber sido capacitado sobre el Plan de Prevención de la enfermedad (tabla 11).

CAPITULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIÓN

El equipo de atención primaria del Centro de atención primaria Paucarpata ha logrado parcialmente el empoderamiento del paciente , a través del desarrollo de sus actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad , las cuales se realizan mediante la intervención al asegurado, familia y comunidad, y con el uso de herramientas de capacitación como son los talleres , charlas, campañas de salud etc, y en relación a prevención específicamente mediante las inmunizaciones (vacunas) así como los exámenes de ayuda al diagnóstico. El conocimiento sobre las actividades realizadas por el equipo interdisciplinario es del 59.76% para los asegurados del Centro de Atención Primaria Paucarpata y el 40.24% refiere no conocer de las actividades desarrolladas por el equipo multidisciplinario. Asimismo mediante la primera encuesta dirigida a los usuarios se ha determinado que de acuerdo a la capacitación recibida en relación a los ejes temáticos los han empoderado según la percepción del propio usuario en un 38.50%, considerando haber cambiado sus hábitos y mejorado su estilo de vida, otros consideran en un (41.42%) que más o menos y el 20.08% no percibe saber y resolver sus problemas de salud.

Con la segunda encuesta dirigida a los Líderes, se ha podido determinar que la debilidad del equipo de atención primaria esta en las actividades que deben ser dirigidas a la comunidad ya que no han logrado que la población conozca la situación de la salud y elaborar conjuntamente el Plan Local de Salud y/o el Análisis Situacional de Salud (ASIS) de su comunidad y al no capacitar a los líderes de acuerdo a normatividad y cumplir con la firma de alianzas estratégicas.

5.2 RECOMENDACIONES

1. En la estructura de la cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente se divide en ESCENARIOS, ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Se tiene que dar mayor énfasis a los Escenarios que están constituidos por la Instituciones educativas, Centros Laborales, Municipios y Viviendas

En relación a las Estrategias igual forma Firmar Alianzas Estratégicas, Intersectoriales, mayor Participación Comunitaria, educación Información y comunicación en salud

En relación a las Actividades, cumplir con las metas en el número fijado como son charlas, talleres, visita a Empresas, a Instituciones educativas y actividades masivas de comunicación.

2. Para dar cumplimiento con la vigilancia de Salud Pública el Equipo de atención primaria, primeramente debe de determinar las necesidades y problemas de salud de los asegurados en el ámbito del CAP Paucarpata a través del Análisis Situacional de Salud ASIS conjuntamente con los Líderes comunales.

Segundo determinar la prevalencia de FACTORES DE RIESGO (hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus obesidad etc. en la población adscrita al CAP Paucarpata a través de estudios epidemiológicos, los cuales cuantificaran el grado de control de la población, este es el primer paso para cuantificar los recursos que son precisos a fin de lograr disminución de la mortalidad y de la morbilidad.

3. Que la Oficina de Planificación Operativa conjuntamente con la Oficina de Coordinación de Prestaciones y atención primaria de la Gerencia de Red Asistencial Arequipa, PLANIFIQUEN UN SISTEMA DE VIGILANCIA EN EL CAP. PAUCARPATA.

4. Retomar la iniciativa de hace años atrás unos 15 años y realizar Censos por manzanas a las diferentes familias, confeccionando mapas jurisdiccionales donde se identifican a las familias aseguradas y los diferentes casos de pacientes con riesgo o enfermedad, en ese entonces se denominaban monitoreo a radar , hoy en día con la tecnología podemos denominarlos Mapas on line .

5. Incorporar dentro del Equipo de Atención Primaria al Profesional Trabajadora Social, para complementar y consolidar la gestión de la firma de las ALIANZAS ESTRATEGICAS.

6. Con la finalidad de que el Equipo de atención primaria cumplan con sus metas y objetivos se les debe brindar apoyo en la conformación de todos los profesionales, que conforman el equipo y que deben integrar para facilitar el trabajo extra-mural, existe una brecha de médicos de familia como lo reconoce la institución a través del Plan Estratégico 2017.

7. Se debe dar cumplimiento a los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú, que son decretados por el órgano rector que es el MINSA ; el cual da el marco orientador a EsSalud, y que en la última Resolución N° 366-2017/MINSA, estipula trabajar en el marco de la " territorialidad ".

8. Finalmente considerando que el presente estudio ha iniciado con el recojo de información sobre "estilos de vida" de la comunidad asegurada y acreditada al Centro de Atención Primaria de Paucarpata, mediante encuestas, (Anexos Números del 7 al 11) puede permitir el continuar con el monitoreo y/o vigilancia del comportamiento de dichos asegurados frente a las enseñanzas impartidas por el equipo multidisciplinario del Centro de Atención Primaria de Paucarpata, se sugiere abrir nuevas investigaciones, en ese sentido. Por otra parte considero conveniente que se investigue sobre el diseño de un instrumento para validar el empoderamiento en forma general en el ámbito de atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EsSalud Guía Operativa para la programación sanitaria local 2017 Carta Circular N° 405 GCO´ESSALUD 2016

2. EsSalud Plan Estratégico 2017

3. La Revista Da Escola de Enfermage M. Yournal of school of nursing university of Sau Paulo titulada “Del Concepto de Empoderamiento del paciente a los instrumentos de medida una revisión integratoria”. Rev. esc. enferm. USP vol.50 no.4 São Paulo July/Aug. 2016

4. Cerezo PG, Juvé-Udina ME, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):664-671. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018 Fecha de revisión o copyright Febrero 2018)

5. Sitio web: http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/ Fecha de consulta mayo 2017)

6. MINSA. Resolución Ministerial N° 111-2005. Lineamientos De Política De Promoción De La Salud ed. Minsa , editor. Lima: Minsa; 2005.

7. MINSA Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú Resolución N° 366 GG -2017 Mayo

8. http://www.essalud.gob.pe/mapa-del-sitio/ Fecha de consulta enero2017)

9. EsSalud. Modelo de Atención Integral de Salud Gerencia Central de Atención Primaria EsSalud , editor. Lima: Central de Atención Primari; 2005. Resolución N° 700-GG-2005

10. EsSalud. Plan Nacional de Promoción de la Salud Gerencia Central de Prestaciones de Salud EsSalud , editor. Lima: EsSalud; 2015.

11. EsSalud. Guía para el desarrollo de Alianzas Estratégicas Gerencia Central de Prestaciones de Salud EsSalud , editor. Lima: EsSalud ; 2009.

12. EsSalud. Guía de Talleres de Alimentación y Nutrición Saludable Gerencia Central de Prestaciones de Salud EsSalud EsSalud , editor. Lima: EsSalud ; 2009.

13. EsSalud Plan de Promoción de la actividad física y la alimentación saludable Resolucion N° 784 GG -2007

14. EsSalud. Guia de Soporte Educativo en Promoción de la Salud Mental , Buen trato y Cultura de Paz en EsSalud Gerencia de Prestaciones de Salud EsSalud , editor. Lima: EsSalud ; 2011.

15. EsSalud. Lineamientos para el abordaje del eje temático Seguridad Vial y Cultura de tránsito por etapas de vida y por escenarios de intervención Sub Gerencia de Promoción de la Salud. EsSalud , editor. Lima: Sub Gerencia de Promoción de la Salud; 2011.

16. EsSalud. Guía para la Participación Comunitaria en Actividades Preventivo Promocionales Gerencia Central de Prestaciones Primarias de Salud EsSalud , editor. Lima: EsSalud ; 2009.

17. EsSalud. Documento Técnico Directiva de Programación De Actividades Asistenciales 2016. Resolución de Gerencia Central de Operaciones N° 6 GCOP ESSALUD 2016

18.EsSalud. Documento técnico EsSalud Guía para la elaboración del Análisis Situacional de Salud ASIS de los Hospitales Nacionales y Redes desconcentradas GCPS ESSALUD: Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 114 2016.

19.Https://Www.Researchgate.Net/Publication/269632624_Conceptos_Funciones_Y_Actividades_En_Atencion_Primaria_Organizacion_Asistencial Fecha de revisión o copyright Mayo 2017)

20.- https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-por-conveniencia Fecha de revisión o copyright Mayo 2017)

21.-http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/816/CLASIFICACION%20DE%20DANKHE%201986.htm*7 Metodologia de la Investigación Definición del Tipo de Investigación a realizar, Basicamente Exploratoria, Descriptiva, Correlacional o Explicativa DANKHE* Fecha de revisión o copyright Marzo 2017)

ANEXOS

ANEXO N° 01: CERTIFICADO DE LA ENCUESTADORA

OSCAR LANCHIPA QUINTANILLA, CATEDRATICO DE LA FACULTAD DE ECONOMIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN.

CERTIFICA:

QUE BAJO MI DIRECCION SE HAN RELAIZADO LAS ENCUESTAS, PARA LA TESIS DOCTORAL TITULADA "INFLUENCIA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CAP PAUCARPATA EN EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE Y LA COMUNIDAD" ELABORADA POR LA MAGISTER LILIAN LISBETH CUSIRRAMOS RONCAGLIOLO.

REVISADA LA MISMA, ESTIMO QUE PUEDE SER PRESENTADA AL JURADO, QUE HA DE JUZGAR Y PARA QUE CONSTE A EFECTO DE LO ESTABLECIDO, AUTORIZO LA PRESENTACION DE LAS ENCUESTAS EN DICHA TESIS EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN.

ECON. OSCAR LANCHIPA QUINTANILLA

ANEXO N° 02: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS-USUARIOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN FACULTAD DE MEDICINA UNIDAD DE POST GRADO DOCTORADO EN SALUD PUBLICA	EMPODERAMIENTO 2017 SERVICIOS DEL CAP PAUCARPATA	ENTREVISTADOR	FICHA N°
		USUARIO SERVICIOS DEL CAP PAUCARPATA	

Con el propósito de conocer el nivel de empoderamiento en su salud que experimentan los usuarios del CENTRO DE ATENCION PRIMARIA (CAP) DE PAUCARPATA y que esta entidad mejore la calidad de los servicios que presta, estamos realizando esta entrevista que es de carácter anónimo y los resultados que de ellas se obtengan no permitirán identificar a las personas que participen en la investigación. En este sentido, solicitamos su valiosa colaboración respondiendo a todas las preguntas. Por todo ello le expresamos nuestro profundo reconocimiento y agradecimiento.

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER LAS INTERROGANTES DEL CUESTIONARIO: leer detenidamente cada pregunta y de acuerdo al criterio y respuesta del entrevistado(a) anotar con una aspa (X) el numero que corresponda. Todas las preguntas deben de tener una sola respuesta que será elegida entre las existentes en el cuestionario; de existir alguna respuesta que no haya sido considerada anotarla literalmente en el espacio que corresponda. Las respuestas que se den alguna preguntas determinaran si se continua o no con la siguiente o se saltara a otras que están mas adelante. Por favor contestar todas las preguntas.

DATOS PERSONALES DEL USUARIO(A)

A. SEXO:	MASCULINO	1		FEMENINO	2	B. EDAD:	JOVEN 18 -29	1		ADULTA JOVEN 30 - 39	2		ADULTA 40 - 59	3					
C. ESTADO CONYUGAL	CONVIVIENTE	1		CASADO(A)	2		SEPARADO(A)	3		VIUDO(A)	4		DIVORCIADO(A)	5		SOLTERO(A)	6		
D. NIVEL DE EDUCACION:	SIN NIVEL	1		INICIAL	2		PRIMARIA	3		SECUNDARIA	4		SUPERIOR	5					
G. OCUPACION:	OBRERO	1		EMPLEADO	2		TRAB. INDEPENDIENTE	3		TRAB. DEL HOGAR	4		TRAB. FAMILIAR	5					

P1. ¿Acude Ud. al Centro de Atención Primaria Paucarpata?	SI	1		NO	2	P2. Ud. Conoce si el CAP Paucarpata brinda las actividades de promoción y prevención de salud?	SI	1		NO	2

P3. ¿Qué actividades de PROMOCION de la salud conoce Ud.?

CHARLAS DE SALUD	1	TALLERES DE SALUD	2	CAMPAÑAS DE SALUD	3	INTERVENCION A LA FAMILIA	4	INTERVENCION A LA COMUNIDAD	5	NO CONOCE	6

P4. ¿Qué actividades de PREVENCION de enfermedades conoce Ud.?

DETENCION PRECOZ DE ENFERMEDADES EVALUACION DE RIESGOS CON EXAMENES DE PAPANICOLAU Y MAMOGRAFIAS	1	INMUNIZACIONES	2	REFORMA DE VIDA	3	CONSEJERIA	4	NO CONOCE	5

P5. Ud. ¿A través de que actividades ha recibido capacitación sobre el cuidado de su salud?

CHARLAS	1	TALLERES	2	CAMINATAS	3	CAMPAÑAS	4	BOLETINES	5	VIDEOS	6	VISITA A DOMICILIO	7	NO HA RECIBIDO	8

P6. Ud. ha recibido formación para ser Promotor de la Salud	SI	1	NO	2	P7. Ud. ha recibido capacitación para ser Agente Comunitario	SI	1	NO	2

P8. Señale Ud. el principal tema tratado por el equipo de atención primaria del CAP. Paucarpata.	ALIMENTACION Y NUTRICION	1	ACTIVIDAD FISICA	2	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	3
SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRANSITO	4	HIGIENE Y AMBIENTE	5	SALUD MENTAL BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ	6	HABILIDADES PARA LA VIDA	7

P9. Su respuesta de P5 ¿Le ha servido para decidir cambiar su estilo de vida?	SI	1	MAS O MENOS	2	NO	3	P10. Indique el por que de su rpta:	

P11. ¿ Que personal de Salud del CAP Paucarpata le ha otorgado la capacitación?

MEDICO	1	OBSTETRA	2	ENFERMERA	3	ODONTOLOGO	4	TRABAJADORA SOCIAL	5	NUTRICIONISTA	6	PSICOLOGO	7

P11. Ud. ¿Hace uso del buzón de quejas y sugerencias?	SI	1	NO	2	P12. Su queja, sugerencia o propuesta ¿Fue atendida o resuelta?	SI	1	NO	2

ESTILO DE VIDA DEL (DE LA) USUARIO(A)

P13. Por favor, ¿Cómo calificaría Ud. su alimentación?	
BALANCEADA entre harinas, cereales, carnes, lácteos, frutas y verduras.	1
RICA en harinas, productos de pastelería, cereales y derivados	2
RICA en carnes rojas, blancas y derivados	3
RICA en grasas, frituras y alimentos grasos	4

P14. ¿Cuál es la frecuencia del consumo de alimentos grasos y sus derivados?	
Diaria	1
Interdiaria	2
Semanal	3
Quincenal	4
Mensual	5
No consumo	6

P15. De los siguientes productos ¿Cuáles son los que consume frecuentemente?			
Chicharrones	1	Ninguno	10
Chocolate	2		
Embutidos	3		
Leche Fresca	4		
Mantequilla	5		
Mayonesa	6		
Queso	7		
Tocino	8		
Vísceras	9		

P16. ¿Cuál es la frecuencia de su consumo de productos con alto contenido de azúcar? (gaseosas, néctares, pasteles, chocolates, etc.)?	
Diaria	1
Interdiaria	2
Semanal	3
Quincenal	4
Mensual	5
No consumo	6

P17. Antes de probar las comidas cuando ya están en la mesa ¿Les añade sal?	
SI	1
A veces	2
NO	3

P18. ¿Cuál es la frecuencia de su consumo de alimentos con buena cantidad de sal? (almuerzo, cena, papitas saladas, snack, etc.)	
Diaria	1
Interdiaria	2
Semanal	3
Quincenal	4
Mensual	5
No consumo	6

P19. Por favor, ¿Cómo calificaría Ud. su actividad física?	
SEDENTARIA: trabajar sentado(a), movilizarse en taxi o bus	1
MODERADAMENTE ACTIVA: subir gradas, ir ha paradero de taxis, repartir documentos.	2
MUY ACTIVA: realizar diariamente actividad física mínimo 30 mtos	3

P20. ¿Realiza Ud. alguna actividad física fuera del ámbito laboral, practica deporte, camina diariamente, acude al gimnasio?				
SI	1	NO	2	

P21. ¿Cómo es la actividad física que realiza?	
Diaria	1
Intermedia	2
Semanal	3
Mensual	4

P22. Si es así, ¿Cuánto tiempo (horas y/o minutos) de actividad física realiza Ud.?	
Menos de 30 minutos	1
De 30 minutos a 1 hora	2
De 1 hora a 2 horas	3
De 2 horas a 3 horas	4
Mas de 3 horas	5

P23. ¿Considera Ud. importante la recreación en su vida diaria?	
SI (TV, cine, leer, regar el jardín, manualidades)	1
NO	2

P24. ¿Con que frecuencia realiza dichas actividades?	
Diaria	1
Intermedia	2
Semanal	3
Mensual	4

P25. Si es así, ¿Cuánto tiempo (horas y/o minutos) al día dedica Ud. a esas actividades?	
Menos de 1 hora	1
De 1 a 2 horas	2
De 2 a 3 horas	3
Mas de 3 horas	4

P26. ¿Consume Ud. Bebidas alcohólicas	
SI	1
NO	2

P27. ¿Que tipo de bebedor se considera Ud.?	
Abstemio	1
Ex bebedor	2
Bebedor Ocasional	3

P28. ¿Cuál es la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas?	
Diaria	1
Intermedia	2
Semanal	3
Mensual	4
Anual	5

P29. ¿Cuál es la cantidad que suele consumir?	
Menos de 250 ml/vez	1
250 ml/vez	2
500 ml/vez	3
500-700 ml/vez	4
1,000 ml/vez	5
Mas de 1000 ml/vez	6

P30. ¿Tiene Usted el habito de fumar?	
SI	1
NO	2

P31. ¿Que tipo de fumador se considera Ud.?	
No fumador	1
Ex fumador	2
Fumador	3
No contesta	4

P32. ¿Cuál es la frecuencia con la que Usted fuma?	
Diaria	1
Intermedia	2
Semanal	3
Mensual	4
Anual	5

P33. ¿Cuál es el la cantidad de cigarrillos que Usted consume al día?	
MODERADO de 1 a 10	1
EXCESIVO de 11 a 20	2
GRAN FUMADOR mas de 20	3

¡MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACION!

ANEXO N° 03: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS-LIDERES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN FACULTAD DE MEDICINA UNIDAD DE POST GRADO DOCTORADO SALUD PUBLICA	EMPODERAMIENTO 2017 SERVICIOS DEL CAP PAUCARPATA	ENTREVISTADOR		FICHA Nº	
		AGENTE/DIRIGENTE(A)			
		LIDER(ESA)			

Con el propósito de conocer el nivel de empoderamiento que experimentan los agentes, dirigentes o lideres del CENTRO DE ATENCION PRIMARIA (CAP) DE PAUCARPATA y que esta entidad mejore la calidad de las actividades colectivas que presta, estamos realizando esta entrevista que es de carácter anónimo y los resultados que de ellas se obtengan no permitirán identificar a las personas que participen en la investigación. En este sentido, solicitamos su valiosa colaboración respondiendo a todas las preguntas. Por todo ello le expresamos nuestro profundo reconocimiento y agradecimiento.

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER LAS INTERROGANTES DEL CUESTIONARIO: leer detenidamente cada pregunta y de acuerdo al criterio y respuesta del entrevistado(a) anotar con una aspa (X) el numero que corresponda. Todas las preguntas deben de tener una sola respuesta que será elegida entre las existentes en el cuestionario; de existir alguna respuesta que no haya sido considerada anotarla literalmente en el espacio que corresponda. Las respuestas que se den alguna preguntas determinaran si se continua o no con la siguiente o se saltara a otras que están mas adelante. Por favor contestar todas las preguntas.

DATOS PERSONALES DEL (DE LA) AGENTE/DIRIGENTE/LIDER COMUNITARIO(A)

A. SEXO:	MASCULINO	1	FEMENINO	2

B. EDAD:	JOVEN 18 -29	1	ADULTA JOVEN 30 - 39	2	ADULTA 40 - 59	3

C. ESTADO CONYUGAL	CONVIVIENTE	1	CASADO(A)	2	SEPARADO(A)	3	VIUDO(A)	4	DIVORSIADO(A)	5	SOLTERO(A)	6

D. NIVEL DE EDUCACION:	SIN NIVEL	1	INICIAL	2	PRIMARIA	3	SECUNDARIA	4	SUPERIOR	5

G. OCUPACION:	OBRERO	1	EMPLEADO	2	TRAB. INDEPENDIENTE	3	TRAB. DEL HOGAR	4	TRAB. FAMILIAR	5

P1. ¿Es usted parte de una organización social?	SI	1	NO	2	P2. ¿Cuál es su razón social?	

P3. ¿Es usted DIRIGENTE comunitario(a)?	SI	1	NO	2	P4. ¿Cuál es su razón social?	

P5. ¿Es usted LIDER comunitario(a)?	SI	1	NO	2	P6. ¿De que tipo de actividad/entidad?	

P7. Como LIDER de la comunidad identificado y convocado por EsSalud ¿Lo han SENSIBILIZADO respecto a la problemática y necesidades sanitarias de su comunidad?	SI	1
	NO	2

P8. Como LIDER REPRESENTANTE en salud de su comunidad ¿Ha firmado una ALIANZA ESTRATEGICA con EsSalud?	SI	1
	NO	2

P9. ¿Qué tipo de ALIANZA ESTRATEGICA ha firmado usted?	

P10. ¿Conoce Usted los objetivos sanitarios de la UBAP Paucarpata?					P11. Por favor, ¿Indique usted el objetivo que considera mas importante?
	SI	1	NO	2	

P12. Como LIDER de la comunidad en salud y el Equipo Multidisciplinario de la UBAP Paucarpata ¿En forma concertada se ha formulado el PLAN LOCAL DE ACCION?	SI	1	P13. Por favor, en dicho PLAN DE ACCION ¿Cuál es el TEMA de salud considerado de mayor PRIORIDAD par su comunidad?
	NO	2	

P14. Como LIDER de la comunidad en salud ¿Ha recibido usted capacitación de EsSalud en?		P15. Por favor indique el nombre de tres Instituciones representativas de su localidad que podrían/deberían suscribir una ALIANZA ESTRATEGICA DE SALUD con EsSalud
Cartera de Servicios de EsSalud	1	
Plan de Promoción de EsSalud	2	
Plan de Prevención de EsSalud	3	
No he recibido capacitación	4	

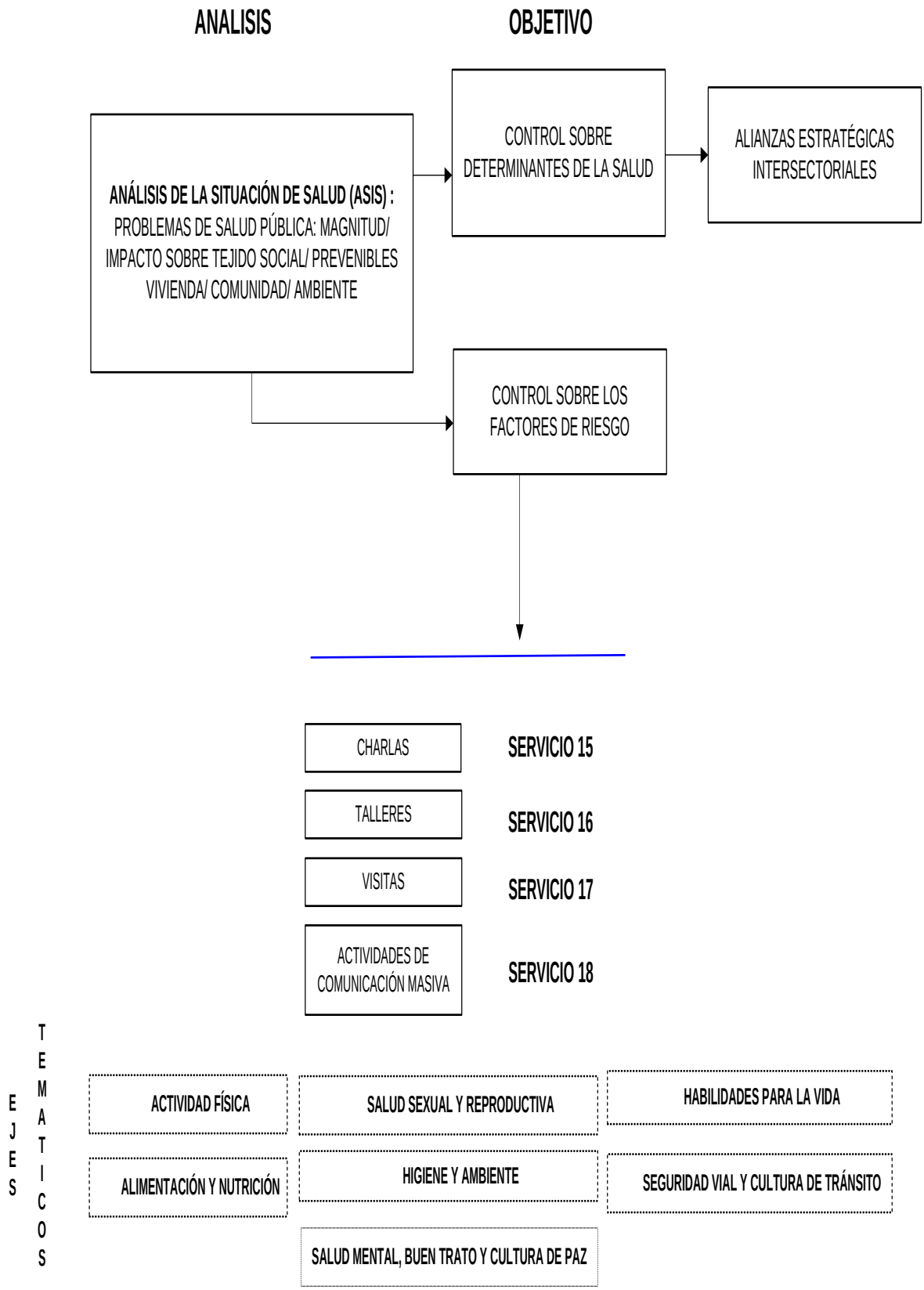
P16. Las propuestas de salud de su comunidad ¿Han sido tomadas en cuenta por EsSalud?	SI	1	P17. Por favor, ¿Señale usted el porque de su anterior respuesta?
	NO	2	

¡GRACIAS POR SU COLABORACION E INFORMACION!

ANEXO N° 04: NÚMERO DE ALIANZAS ESTRATEGICAS

EESS	Alianzas Estratégicas Efectivas (PS)
YANAHUARA	3
M. DE TORRES M.	9
EDMUNDO ESCOMEL	0
SAMUEL PASTOR	0
METROPOLITANO	1
MELITÓN SALAS T.	2
ALTO SELVA ALEGRE	3
PAUCARPATA	0
HUNTER	1
APLAO	4
CHIVAY	0
EL PEDREGAL	2
CHUCARAPI	1
MATARANI	5
ACARI	1
ATICO	0
CARAVELI	4
CHALA	0
CORIRE	4
COTAHUASI	4
CHUQUIBAMBA	0
LA JOYA	2
VITOR	4
CONO NORTE	0
SANTA RITA	0
YURA	1
Total	**51**

ANEXO N° 05: ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD



ANEXO N° 06: ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE LA SALUD

ANEXO 07

CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE ALIMENTACIÓN REFERIDO POR LOS ASEGURADOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CAP PAUCARPATA

	Nº=333	%=100.00
A) ALIMENTACIÓN: Balanceada (entre harinas,cereales lácteos,frutas y verduras)	203	60.96
Rica en carbohidratos (harinas, productos de pastelería,cerelaes y derivados)	61	18.32
Rica en proteínas (carnes rojas,blancas y derivados)	57	17.12
Rica en lípidos (grasas frituras)	12	3.60
B) FRECUENCIA DE ALIMENTOS GRASOS		
Diaria	18	5.41
Interdiario	61	18.32
Semanal	76	22.82
Quincenal	89	26.73
Mensual	52	15.62
No consumo	37	11.11

ANEXO 08

CLASIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA REFERIDO POR LOS ASEGURADOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CAP PAUCARPATA

	Nº.	%
Sedentaria	50	15.02
Moderadamente activa	247	74.17
Muy activa	36	10.81
Realiza Actividad Física fuera del ámbito laboral		
Si	**240**	72.07
No	93	27.93
Diaria	85	35.42
Interdiaria	75	31.25
Semanal	52	21.67
Mensual	28	11.67
TIEMPO ACTIVIDAD FÍSICA		
< 30 min	52	21.67
30 min - 1hr	76	31.67
1 hr - 2hr	76	31.67
De 2 hr a 3 hr.	26	10.83
más de 3 horas	10	4.17

Nota : Las dos últimas clasificaciones corresponden solo a aquellas personas que realizan actividad física.

ANEXO 09

RECREACIÓN EN LA VIDA DIARIA DE LOS ASEGURADOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CAP PAUCARPATA

	Nº.=333	%=100.00
IMPORTANCIA DE LA RECREACIÓN		
Si	**304**	91.29
No	29	8.71
FRECUENCIA DE LA RECREACIÓN		
Diario	76	25.00
Interdiario	78	25.66
Semanal	93	30.59
Mensual	57	18.75
HORAS DE RECREACIÓN		
< 1hr	76	25.00
1 - 2hr	149	49.01
2 - 3hr	73	24.01
Mas de 3 horas	6	1.90

Nota : Las dos últimas clasificaciones corresponden solo a aquellas personas que le han dado importancia a la recreación.

ANEXO 10

REFERENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LOS ASEGURADOS QUE ACUDEN

AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CAP PAUCARPATA

	Nº.	%
Si	148	44.44
No	185	55.56
TOTAL	333	100.00
TIPO DE BEBEDOR		
Bebedor	64	43.24
Bebedor ocasional	84	56.76
TOTAL	148	100.00
FRECUENCIA CONSUMO DE ALCOHOL		
Diario	4	2.70
Interdiario	22	14.86
Semanal	38	25.68
Mensual	62	41.90
Anual	22	14.86
TOTAL	148	100.00

Nota: Las dos últimas clasificaciones corresponden solo a los consumidores de alcohol

(Bebedor ocasional considerada la frecuencia mensual y anual y al Bebedor se ha considerado la frecuencia diaria, interdiaria y semanal.)

ANEXO 11

HÁBITO DE FUMAR DE LOS ASEGURADOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CAP PAUCARPATA

	Nº.	%
CONSUMO DE TABACO		
Si	100	30.03
No	233	69.97
TOTAL	333	100.00
FRECUENCIA CON LA QUE FUMA		
Diaria	9	9.00
Interdiario	20	20.00
Semanal	35	35.00
Mensual	23	23.00
Anual	13	13.00
TOTAL	100	100.00

ANEXO N° 12: RECURSOS HUMANOS

GERENCIA DE RED ASISTENCIAL AREQUIPA

OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

UNIDAD DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

AÑO 2017

GRUPOS OCUPACIONALES	TOTAL
MÉDICOS	4
ENFERMERAS	4
ODONTÓLOGOS	2
OBSTETRICES	1
ASISTENTES SOCIALES	0
PSICÓLOGOS	1
TÉCNICOS ASISTENCIALES	10
AUXILIARES ASISTENCIALES	0
TOTAL	**22**

ANEXO N° 13: LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS CAP PAUCARPATA

MISIÓN:

- El Centro de Atención Primaria III Paucarpata, tiene como misión mejorar el nivel de salud de la población, a través de un desarrollo equilibrado de las funciones de atención primaria de salud: promoción de salud, prevención de enfermedades, asistencia, rehabilitación, docencia e investigación, desde un enfoque integral y abordaje multifactorial; con la participación activa de la población y con actuaciones a nivel individual, familiar y comunitaria.

VISIÓN:

- Ser un modelo en el desarrollo integral de atención primaria, permanentemente preocupado por la innovación y el desarrollo, con un claro compromiso social de docencia e investigación, como instrumentos claves para el progreso, cuantitativo y cualitativo, del proyecto del trabajo integral y, en consecuencia, del bienestar de la población.

PLAN ESTRATEGICO ESSALUD

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

- Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo promocionales

Objetivo específico 2.2.

- Implementar un sistema de atención integral basada en la atención primaria de salud y las prioridades sanitarias gestión de procesos gestión de las enfermedades.

- En el marco de este objetivo se desarrollara las siguientes actividades

- ELABORACIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

2016

- Fortalecimiento del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis
- Implementación de las estrategias y atención de pacientes del Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH-SIDA
- Realización de acciones para mejorar la cobertura de niños inmunizados
- Implementación de la estrategia de suplementación con micronutrientes a niños y niñas de 6 a 35 meses a través del Programa de CRED y atenciones de enfermería.
- Fortalecimiento de la atención integral de la salud promoviendo el modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad.
- ACTIVIDADES OPERATIVAS PARA LOS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS
- El modelo propuesto, el componente prestacional se enfoca en la cultura de la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud a través de la intervención sobre los determinantes sociales de la misma, mediante un conjunto de iniciativas de salud pública, organizadas en el ámbito de competencias de ESSALUD para preservar proteger y promover la salud de la población asegurada.

ANEXO N° 14: ACTIVIDADES DEL CAP PAUCARPATA

					- %	%	+ %
					95%	100%	105%
CAP III PAUCARPATA					Mes : 12		
2016			UNIDAD DE MEDIDA	META Aprobadas	TOTAL	% Avance	
PRESTACIONES AMBULATORIAS				28			
1,10	Consulta médica integral		Consulta	24.233	18.153	74,91%	
1,20	Atención ambulatoria descentralizada		Consulta	-	-	0,00%	
1,30	Consulta de apoyo descentralizado		Consulta	-	-	0,00%	
1,40	Consulta Ambultoria inmediata (CAI)		Consulta	-	-	0,00%	
1,50	Atención de Enfermería		Atención	22.589	20.577	91,09%	
1,60	Atención de Obstetriz						
	1.6.1	Atención Ambulatoria de Obstetriz		-	-	0,00%	
	1.6.1.1	Atención Prenatal	Atención	642	378	58,88%	
	1.6.1.2	Atención en Planificación Familiar	Atención	1.162	754	64,89%	
	1.6.1.3	Atención de Actividades Complementarias de Obstetriz	Atención	1.162	2.503	215,40%	
	1.6.2	Atención de Obstetriz en Hospitalización	Atención	-	-	*0,00%*	
	1.6.3	Atención de Obstetriz en Centro Obstetrico	Parto	-	-	*0,00%*	
	1.6.4	Atención de Obstetriz en Emergencia	Atención	-	-	*0,00%*	
	1.6.5	Monitoreo Clínico Intraparto	Procedimiento	-	-	0,00%	
	1.6.6	Monitoreo Electrónico Fetal (Cardiotocografia Materno-Fetal)	Procedimiento	-	-	*0,00%*	
	1.6.7	Psicoprofilaxis Obstetricia	Sesión	56	48	85,71%	
	1.6.8	Estimulación Prenatal	Sesión	-	-	0,00%	
1,70	Atención Nutricional						
	1.7.1	Atención Nutricional Ambulatoria	Atención	2.110	1.353	64,12%	
	1.7.2	Atenciòn Nutricional en Hospitalizaciòn	Atenciòn	-	-	*0,00%*	
	1.7.3	Producción y Control de Calidad	Supervisiòn	-	-	0,00%	
	1.7.4	Supervisión de los preparados nutricionales Especiales Formula Enteral	Control	-	-	*0,00%*	
1,80	Atención Psicológica		Atención	1.500	1.263	84,20%	
1,90	Procedimientos de Psicológica						
	1.9.1	Procedimientos diagnósticos de Psicología	Prueba	1.227	487	39,69%	
	1.9.2	Procedimientos terapéuticos psicológicos	Sesiòn	751	775	103,20%	
	1.9.3	Procedimientos preventivo promocionales	Sesión y VisitaDomiciliaria	500	866	173,20%	
1,10	Atención de Trabajo Social		Atenciòn	-	-	0,00%	
1,11	Procedimientos de Trabajo Social						
	1.11.1	Intervención social	Procedimiento	-	-	0,00%	
	1.11.2	Consejería	Procedimiento	-	-	0,00%	
	1.11.3	Información, Educación y Comunicación	Procedimiento	-	-	0,00%	
	1.11.4	Visita Domiciliaria / laboral	Visita	-	-	*0,00%*	
1,12	Consulta Odontoestomatologica integral		Sesión	5.000	7.399	147,98%	
1,14	Inmunizaciones						
	1.14.1	Vacunación Recien Nacidos	Vacunación	-	-	0,00%	
	1.14.2	Vacunaciòn en el menor de 1 año	Vacunación	666	764	114,71%	
	1.14.3	Vacunación de 1 a menos de 5 años	Vacunación	700	320	45,71%	
	1.14.4	Vacunación en otros grupos	Vacunación	500	1.057	211,40%	
1,15	Control de Crecimiento y Desarrollo						
	1.15.1	CRED en niño	Atención	1.300	1.040	80,00%	
	1.15.2	CRED en adolescente	Atención	66	43	65,15%	
	1.15.3	Nº niños (as) de 6 a 35 meses que inician Suplementación de Multimicro	Atención	-	-	0,00%	
1,16	Actividades Colectivas						
	1.16.1	Charla en Salud	Charla	212	103	48,58%	
	1.16.2	Taller de Salud	Sesión	362	392	108,29%	
	1.16.3	Psicoprofilaxis	Sesión	56	-	0,00%	
	1.16.4	Campaña de Salud	Campaña	3	2	66,67%	
	1.16.5	Actividad Masiva de Comunicación	Evento	9	13	144,44%	
	1.16.6	Visita Domiciliaria Integral	Visita	196	104	53,06%	
	1.16.7	Reforma de Vida	Sesión	-	-	0,00%	
PROCEDIMIENTOS			UNIDAD DE MEDIDA				
8,10	Cateterismo Cardiaco		Proced.	-	-	0,00%	
8,20	Electrocardiogra Cardiaco Pediatrico		Proced.	-	-	0,00%	
8,20	Electrocardiograma		Proced.	700	520	74,29%	
8,87	Valoración Geriatrica Integral		Proced.	-	-	***0,00%***	
8,88	Atención de Tópico						
	8.88.1	Atención de Tópico Médico	Proced.	100	250	250,00%	
	8.88.2	Atención de Tópico Enfermera	Proced.	7.001	16.194	231,31%	
8,89	Examen de Papanicolao de Cervix Uterino con Resultado		Resultado PAP	658	609	***92,55%***	
8,90	Colposcopia		Proced.	-	-	***0,00%***	
8,91	Administración de Oxígeno por Casco Cefálico (OXIHOOD)		Proced.	-	-	***0,00%***	
8,92	Instalación y Mantenimiento de CPAP de Burbuja		Proced.	-	-	***0,00%***	
8,93	Instalación y Mantenimiento del Cateter Veneso Central de Inserción Periférica (PICC)		Proced.	-		0,00%	
APOYO AL DIAGNOSTICO			UNIDAD DE MEDIDA				
12,50	**Diagnòstico por Imàgenes**						
	12.5.7	Gammagrafía	Examen	-	-	0,00%	
	12.5.8	Ecografia	Examen	800	1.099	137,38%	
	12.5.9	Densitometría Osea	Examen	-	-	0,00%	
	12.5.10	Radiología Intervencionista	Examen	-	-	0,00%	
INVESTIGACION EN SALUD			UNIDAD DE MEDIDA				
16,00	Investigación en Salud		Investigacion Conclui	1	-	0%	
	Nº Horas Programadas		Horas	100	-	0%	
				74.362			

ANEXO N° 15: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DEMANDA

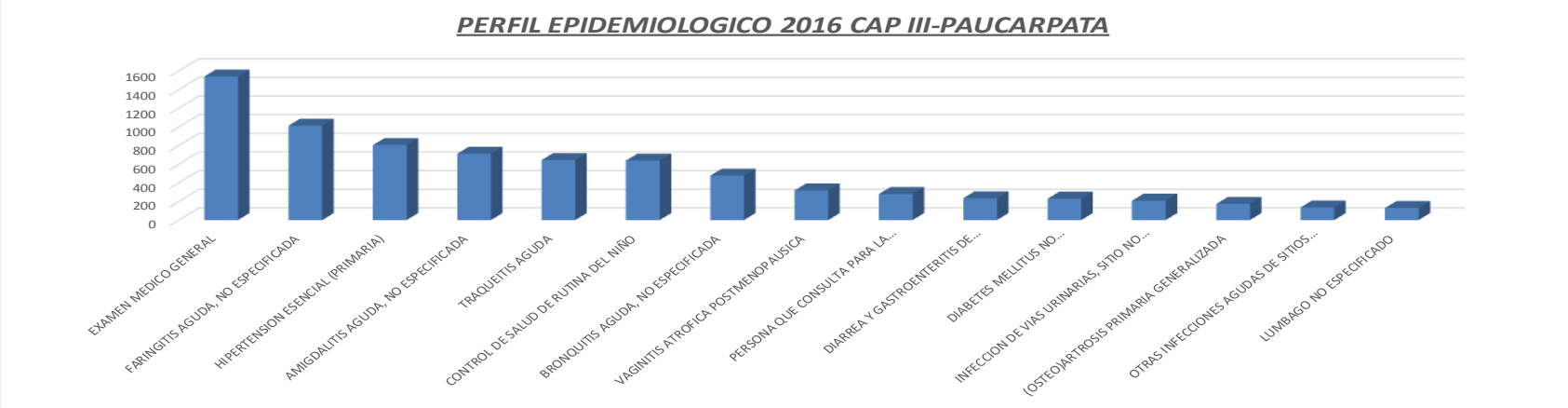
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE DEMANDA

(15 PRIMEROS DAÑOS)

CENTRO ASISTENCIAL : CAP III PAUCARPATA **2016**

CONSULTA EXTERNA

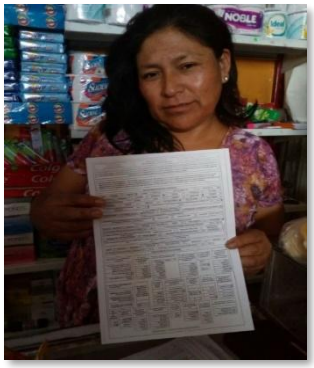
Nº	DAÑO	CIE 10	SEXO		GRUPO ETAREO										TOTAL
			M	F	<1 Año	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>75 Año	
	TOTAL		**4774**	**7648**	**168**	**789**	**1889**	**606**	**942**	**1918**	**1720**	**1485**	**1755**	**1150**	**12422**
1	EXAMEN MEDICO GENERAL	Z00.0	565	975	3	3	31	26	116	352	328	237	282	162	**1540**
2	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J02.9	431	582	22	112	194	60	92	146	137	96	101	53	**1013**
9	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10.X	349	455	0	0	0	0	1	15	63	139	301	285	**804**
4	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J03.9	346	366	3	96	294	56	49	91	57	24	29	13	**712**
5	TRAQUEITIS AGUDA	J04.1	277	366	15	200	271	25	14	42	25	16	20	15	**643**
6	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	Z00.1	300	338	25	118	397	93	0	2	2	0	1	0	**638**
7	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J20.9	181	295	13	58	102	36	35	65	55	34	54	24	**476**
8	VAGINITIS ATROFICA POSTMENOPAUSICA	N95.2	0	318	0	0	0	0	0	6	73	110	96	33	**318**
9	PERSONA QUE CONSULTA PARA LA EXPLICACION DE HALLAZGOS DE INVESTIGACION	Z71.2	121	158	7	9	41	10	20	45	25	42	51	29	**279**
10	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09.X	101	133	3	42	43	11	12	28	29	26	21	19	**234**
11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	E11.9	97	132	0	0	0	0	0	14	26	68	87	34	**229**
12	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N39.0	26	181	0	5	20	11	16	46	27	32	27	23	**207**
13	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M15.0	56	117	0	0	0	0	0	0	3	23	69	78	**173**
14	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE SITIOS MULTIPLES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	J06.8	56	79	5	6	16	8	16	20	24	18	12	10	**135**
15	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	M54.5	51	78	0	0	3	3	15	25	34	14	26	9	**129**
	OTROS		1817	3075	72	140	477	267	556	1021	812	606	578	363	**4892**

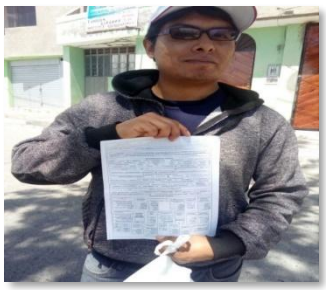


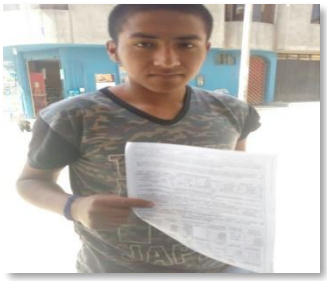
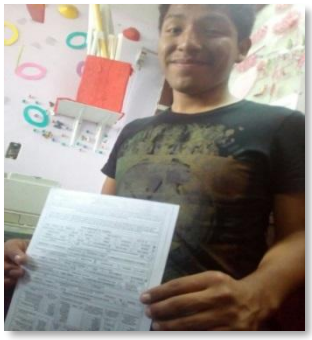
ANEXO 16 : FOTOS USUARIO

LOS FOTÓGRAFOS HAN SIDO LAS MISMAS ENCUESTADORAS

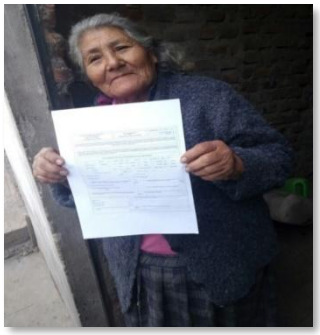
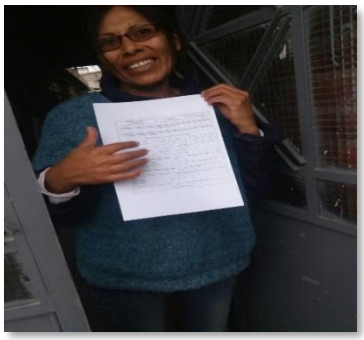
LUGAR: PAUCARPATA





FOTOS DE LÍDERES

LOS FOTOGRAFOS HAN SIDO LAS MISMAS ENCUESTADORAS

LUGAR: PAUCARPATA