

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIDAD DE POST GRADO

La Situación de Salud en Algunos Distritos del Sur de Lima

TESIS para optar el Título o Grado Académico de: Magíster

AUTOR

DORIS IRENE DIONISIO ASTUHUAMAN

ASESORES: Dr. CÉSAR GERMANA CAVERO

LIMA – PERÚ 2004

..	1
AGRADECIMIENTOS: ..	3
INTRODUCCION .	5
CAPITULO I: PERSPECTIVA TEORICA .	9
1.1.- ANALISIS DE SITUACION DE SALUD ..	9
1.2.- PROPUESTA DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD INCORPORANDO ANALISIS DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA Y BIENESTAR PSICOSOCIAL ..	15
CAPÍTULO II: PERSPECTIVA METODOLOGICA .	19
2.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..	19
2.2.-IMPORTANCIA DEL ESTUDIO .	21
2.3.- OBJETIVOS .	22
2.4.- DISEÑO DE ESTUDIO. .	22
2.5.- MARCO MUESTRAL .	24
2.6.- DISEÑO DE LA MUESTRA .	25
2.7.- ETAPA DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA ..	26
2.8.- TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE DATOS .	26
2.9.- ANALISIS ESTADISTICO .	27
CAPÍTULO III : SITUACIÓN DE SALUD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA .	29
3.1.- ASPECTOS DEMOGRAFICOS .	29
3.2.- ASPECTOS SOCIO - ECONÓMICOS .	31
3.3.- PROCESO SALUD - ENFERMEDAD .	33
3.4.- ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ..	37
CAPITULO IV : SITUACIÓN DE SALUD CONSIDERANDO DISCAPACIDAD PERCIBIDA Y BIENESTAR PSICOSOCIAL ..	39
4.1.-INCORPORACIÓN DEL ANÁLISIS DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA EN EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD ..	39
4.2. RESULTADOS DEL ANALISIS DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA Y BIENESTAR PSICOSOCIAL .	40
4.3.-DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF- 36 SEGÚN SEXO Y SEGÚN	41

ALFABETIZACION . .	
4.4.- DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF- 36 SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ESTADO CIVIL . .	43
CONCLUSIONES . .	49
RECOMENDACIONES .	51
BIBLIOGRAFÍA .	53
ANEXOS .	57
ANEXO N°1: Cuadros Complementarios .	57
ANEXO N°2: Encuesta Aplicada . .	65

DEDICATORIA: A los más pobres y postergados en el acceso a los servicios de salud.

AGRADECIMIENTOS:

A todas las personas quienes hicieron posible la realización del presente trabajo.

INTRODUCCION

El Perú actualmente enfrenta grandes desafíos: la estabilidad social y económica, el desarrollo sostenible y la lucha contra la pobreza. En lo que se refiere a la salud el reto está dado por alcanzar la equidad y la eficiencia. Sin embargo, por las desigualdades que afronta nuestro país es necesario, priorizar los problemas de salud, implementar estrategias costo-efectivas, apropiadas a diferentes escenarios epidemiológicos y que estén dirigidas principalmente hacia los grupos más vulnerables.

Ante esta realidad, es necesaria una adecuada conducción de la gestión y gobierno en salud por parte de los proveedores de salud, que permita efectuar cambios en la mejora de las condiciones de salud de la población; para ello es necesario el conocimiento de la realidad sanitaria, de los factores condicionantes, de la capacidad resolutoria del sistema de salud y la participación de la sociedad organizada. En ese sentido es que los Análisis de Situación de Salud representan una herramienta indispensable para la adecuada toma de decisiones en la gestión y gobierno en salud.

Se denominan Análisis de Situación de Salud (ASIS) a los procesos analíticos que abordan diversos tipos de análisis que permiten caracterizar y explicar el perfil de salud - enfermedad de una población, así como sus determinantes, de esta manera facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud. Este convencional Análisis de Situación de Salud aborda el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político, análisis de morbilidad y mortalidad de los grupos humanos permitiendo caracterizar y explicar el perfil de salud - enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud de esta manera permiten la identificación de

necesidades y prioridades en salud.

Es en este contexto que la presente investigación denominada “Situación de Salud en algunos Distritos del Sur de Lima” incorpora el Análisis de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial al convencional Análisis de Situación de Salud que aborda aspectos geográficos, socio demográficos, situación de salud y capacidad de respuesta del sector y participación de social de esta manera lograr una mayor aproximación de la realidad sanitaria del ámbito de estudio. En esta investigación se considera la valoración del estado de salud del usuario, así como las dimensiones de vitalidad, función física, rol físico, dolor corporal, función social y salud mental; permitiendo la valoración del usuario en las esferas física, social y mental, así como la valoración de su salud general; aspectos esenciales para una aproximación de la salud en forma integral; Así como la implicancia de los problemas en la vida de las personas o más concretamente en su calidadde vida.

La motivación para realizar la presente investigación surge debido a que en nuestro medio el Análisis de Situación de Salud que se viene realizando sólo se ha limitado a caracterizar la situación de salud de la población que demanda los servicios de salud y no de aquella población que no hace uso de los servicios de salud, siendo esta última la población que mayores limitaciones económicas, geográficas y culturales presenta; por lo tanto es la más vulnerable de enfermar y morir.

Asimismo las Encuestas de Salud como: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y las Encuestas Nacionales de Hogares (ENAH) realizan sólo un abordaje de los factores determinantes para enfermar y morir en el Hogar y en la Comunidad y no incluye la percepción del usuario de la valoración del estado de salud en general.

Por ello en la presente investigación busco responder la siguiente pregunta ¿Cuál es la situación de salud cuando se incorpora el análisis dediscapacidad percibida y bienestar psicosocial de la población residente en la jurisdicción de la Dirección de Salud de Lima Sur?.

Por otro lado, la presente investigación se realizó considerando que el Ministerio de Salud pretende implementar el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) la cual se define como “la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad.” Este Modelo de Atención de Salud será aplicado en diferentes regiones del país. Por lo tanto se hace necesario un diagnóstico integral de la población, el cual involucre aspectos geográficos, demográficos, sociales, económicos, perfiles epidemiológicos, servicios de salud; Así como la percepción del usuario de su salud general y aspectos de su salud física, mental y emocional.

El estudio se realizó en el ámbito de jurisdicción de la Dirección de Salud de Lima Sur, la cual abarca 13 distritos de la parte sur de la provincia de Lima (Barranco, Chorrillos, Surco, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Villa El Salvador, Lurín, Pachacámac, San Bartolo, Santa María del Mar, Punta Hermosa, Punta Negra,

Pucusana), los 16 distritos de la provincia de Cañete y los 33 distritos de la Provincia de Yauyos, estas localidades se encuentran localizados en las regiones de la Costa y la Sierra; dichos lugares se caracterizan por presencia valles interandinos, bellas playas del litoral y las características metropolitanas de la ciudad.

La presente investigación se realizó a través de una encuesta poblacional utilizando un instrumento que incorporaba el Instrumento SF-36 el cual pretendía valorar aspectos de la salud del individuo desde su propio punto de vista. La valoración es multidimensional e incluye ocho dimensiones: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Por otro lado, hoy en día existe un creciente interés por conocer la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana, para ello se utilizan instrumentos que miden y caracterizan el estado multidimensional en salud, ello promete el acercamiento en la relación servicios de salud - usuario, de tal forma que los usuarios tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida.

Por lo tanto considero que estos aspectos podrían posteriormente derivar elementos que faciliten intervenciones en la salud individual y colectiva en el ámbito de jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Sur.

Por otro lado, debido a que la presente investigación es la primera investigación de Análisis de Situación de Salud que incorpora el análisis de discapacidad percibida y bienestar psicosocial en nuestro país, permitirá determinar los parámetros y validación de posteriores estudios relacionados al tema.

Por ello se pone a consideración el presente trabajo de investigación que consta de 5 capítulos: El primero esta referido a la Perspectiva Teórica: los antecedentes, el planteamiento del problema, la justificación del estudio y objetivos de la investigación. Así como el marco teórico del Análisis de Situación de Salud y las bondades del instrumento SF-36 para valorar la percepción del estado de salud física, mental y social del usuario.

El segundo capítulo aborda la Perspectiva Metodológica utilizada para el desarrollo de la investigación. Los resultados de la situación de salud en la población estudiada de la población estudiada se encuentran en el tercer capítulo.

En el cuarto capítulo, se incorpora el análisis de la discapacidad percibida y el análisis del bienestar psicosocial y posteriormente se establece las Conclusiones y las Recomendaciones.

CAPITULO I: PERSPECTIVA TEORICA

1.1.- ANALISIS DE SITUACION DE SALUD

La salud es concebida como un estado de bienestar físico, psíquico y social, que implica un "normal" funcionamiento orgánico y una adaptación biológica de la persona a su ambiente, todo lo cual permite realizar las actividades habituales.¹ Sin embargo, es necesario ampliar el concepto de la salud como un proceso, esencialmente dinámico, en el cual la condición de "sano" y "enfermo" son dos momentos de un mismo proceso.

El conjunto de condiciones que determina la situación de salud - enfermedad tiene componentes biológicos, que comprenden factores internos (genéticos) y otros que provienen del ambiente físico y biológico en el que vivimos. Los componentes biológicos pueden influir en el proceso de salud - enfermedad de un modo favorable o desfavorable en las personas.²

El proceso salud - enfermedad de la población también depende de determinantes

¹ FERRER, M. **Los módulos de salud en las Encuestas de Hogares de América Latina y el Caribe**. Programa de Políticas Públicas y Salud. Washington DC: OPS. Marzo 2000.p.30

² Ibid p.31

que se encuentran en la propia sociedad, y que están relacionados con el acceso que tiene la población a los servicios de salud, educación, vivienda, programas sociales.³ Asimismo, influye los intensos procesos de urbanización, el crecimiento de las ciudades de manera desorganizada; el deterioro de bosques, ríos y suelos; la contaminación ambiental; los cambios en la estructura ocupacional, el aumento de la pobreza y presencia de los servicios de salud⁴. Al mismo tiempo la salud constituye, un elemento esencial para el desarrollo económico y un aspecto fundamental del bienestar de la población⁵.

Por otro lado, hace mas de 2,000 años A.de C. se realizaron las primeras descripciones de padecimientos que afectaban a las poblaciones y se referían a enfermedades de naturaleza infecciosa. “El papiro de Eberts hace referencia a unas fiebres pestilentes –probablemente malaria- que asolaron la población de los márgenes del Nilo”⁶. “Posteriormente entre 1,741 y 1,775 el sacerdote alemán Sussmich escribió varios tratados que seguían los métodos de enumeración propuestos por Graunt y Petty. Para Sussmich la regularidad encontrada en el volumen de nacimientos por sexo era todo “una ley estadística” y debían existir leyes similares capaces de explicar el desarrollo de la sociedad. Luego nació la idea de la Ley de la Mortalidad y más tarde la convicción de leyes para todas las desviaciones como: el suicidio, la locura, y la enfermedad⁷. En el año 1,895 en París se conoce la primera versión del Código Internacional de Enfermedades (CIE), estuvo enfocada para el análisis de la mortalidad, esto permitía la formulación y la cuantificación de los problemas de salud, así como la condición final de la situación de salud de la población⁸. Estos hallazgos demostraban el interés por la recolección de algunos datos estadísticos, pero sin llegar a confeccionar ningún análisis de situación de salud.

En el año 1,909 Cuba edita el Boletín Oficial de la Secretaria de Sanidad y Beneficencia, en ella se incluían datos de mortalidad, morbilidad, nacimientos, matrimonios, enfermedades infectocontagiosas y tópicos relacionados a salud.

Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lidera la construcción del Análisis de Situación de Salud de los países de las Américas, estos análisis de la situación sanitaria de los países han permitido caracterizar el progreso logrado en la postergación de la muerte, el descenso de las tasas de mortalidad y la

³ Opcit p.32

⁴ FERRER, M. **Los módulos de salud en las Encuestas de Hogares de América Latina y el Caribe**. Programa de Políticas Públicas y Salud. Washington DC: OPS. Marzo 2000.p. 32

⁵ Ibid.p.35

⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. **Desarrollo histórico de la Epidemiología: su formación como disciplina científica** En: Revista Instituto de Salud Pública Mx.42 (2).136, mar-abr, 2000.

⁷ Ibid p.137

⁸ Opcit.p 137

mayor duración de la vida saludable para ciertos grupos de población; pero al mismo tiempo los ASIS han subrayado las grandes disparidades que todavía existen entre el promedio nacional de la duración prevista de la vida y el valor observado en los grupos desfavorecidos.

En nuestro medio, el Ministerio de Salud (MINSA) a través del Proyecto Fortalecimiento, realizó el Análisis de Situación de Salud en el cual incorpora el análisis de inequidades a través de la estratificación y de las brechas, así como también cuantifica los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Posteriormente el MINSA a través de la Oficina General de Epidemiología (OGE) en el año 1,998 confecciona el Análisis de Situación de Salud del ámbito nacional y lidera la elaboración del ASIS en las 34 Direcciones de Salud del país. Estos Análisis de Situación de Salud (ASIS) han permitido caracterizar que la situación de salud de nuestra población es heterogénea. Y entre sus principales características se describe que la situación de salud de los estratos sociales bajos es muy precaria y esto se manifiesta a través de altas tasas de mortalidad infantil y materna, y la prevalencia de ciertas enfermedades transmisibles largamente erradicadas en otros países ⁹. Asimismo, se establece que “la morbilidad y mortalidad como consecuencia de enfermedades diarreicas y respiratorias, reflejan el pobre nivel sanitario de la población de estos grupos, así como el de las estructuras de salud”. ¹⁰

La revisión de la bibliografía señala que la “salud es el resultado de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales biológicos, psicológicos y ambientales” ¹¹, la forma en que interactúan determina el estado de salud, que es susceptible de medirse.

Por otro lado, en las últimas décadas del siglo XX y basados en replanteamientos de Ortega y Gasset, en relación con la vida de los seres humanos, surge en Estados Unidos y Canadá una nueva forma de entender la relación salud – enfermedad como un proceso inmerso en la dinámica social, en la que influyen cuatro grandes dimensiones: la sociológica, la ecológica, la biológica y la de servicios de salud.

Esta conceptualización ubica la salud-enfermedad como producto del desarrollo de la sociedad en su conjunto, la magnitud y tipo, de los problemas de salud depende en buena medida de las condiciones de vida de cada grupo, en un tiempo y espacio dado; de las relaciones de producción, consumo y convivencia mediante las cuales cada grupo se ubica en la sociedad a la cual pertenece, y están en estrecha relación con el ambiente.

Esta producción social de la salud, esta íntimamente vinculada al desarrollo global de la sociedad, convirtiéndose en un medio para el logro del bienestar común y en un fin para el desarrollo humano.

⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Análisis de situación de salud en las Américas 1999-2000** En: Boletín Epidemiológico US.21 (4):2 mar-abr, 2000.

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD. **Bases para el análisis de situación de salud**. Lima: Oficina General de Epidemiología, 1999. p.3

¹¹ MINISTERIO DE SALUD. **Análisis de situación de salud: Guía para el análisis de los factores condicionantes de salud** Lima: Oficina General de Epidemiología, 2001. p.4

En este contexto es que los “Análisis de Situación de Salud (ASIS) se consideran procesos analíticos que abarcan diversos tipos de análisis permitiendo caracterizar, medir y explicar el perfil de salud - enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes sean estos de competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y la evaluación del impacto en salud”¹².

Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política determinada. El Análisis de Situación de Salud aborda el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de los grupos humanos, donde existen complejas relaciones de determinación y de condicionamiento.

“Los Análisis de Situación de Salud (ASIS) tienen diversos propósitos, y su importancia radica en contribuir con la información que el componente técnico requiere para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud, los propósitos permiten apoyar:

La definición de necesidades, prioridades y políticas en salud de acuerdo a las necesidades de la población, y la evaluación de su pertinencia.

La formulación de estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento. Así como la construcción de escenarios prospectivos en salud”¹³.

Es decir, los ASIS sirven para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la diseminación de información en salud. De esta manera el Análisis de Situación de Salud incorporando discapacidad percibida y bienestar psicosocial trataría de “cumplir la meta principal de los ASIS, que es contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social”¹⁴. Los componentes del convencional Análisis de Situación de Salud (ASIS), son el Análisis de los factores condicionantes (análisis demográfico y socioeconómico), proceso de salud-enfermedad (análisis de morbilidad y mortalidad) y la respuesta social organizada (análisis del sistema de salud)”¹⁵.

Los ASIS pueden ser clasificados en Análisis de Tendencia y Análisis de coyuntura. Los Análisis de Tendencia analizan la situación de salud con la finalidad de identificar y determinar las condiciones de cambio de la salud – enfermedad de una población a

¹² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Análisis de situación de salud**. En: Boletín Epidemiológico .US.22 (5):

¹³ Ibid p.2.

¹⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Análisis de situación de salud**. En: Boletín Epidemiológico.US.22 (5):

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD. **Análisis de Situación de Salud: Guía para el análisis de los factores condicionantes de salud**. Lima:Oficina General de Epidemiología, 2001 p.4.

mediano y largo plazo. Está vinculado a procesos de orden estructural determinantes de la situación de salud. Aportan en el análisis de impacto de las intervenciones poblacionales en salud, en el largo plazo.

Es importante indicar que el Análisis de Tendencia debe considerar además de los aspectos demográficos, ecológicos y socioeconómicos; los referidos al proceso de reforma y modernización sectoriales, los de seguridad social, gasto en salud y recursos humanos. De igual forma se efectúa la descripción el cambio epidemiológico en la población y del estado de salud y condiciones de vida.

Mientras que los Análisis de Coyuntura se refieren a estudios que responden al contexto y situaciones definidas a corto plazo pasado y futuro, con la finalidad de orientar las acciones, implica efectuar un análisis de viabilidad y factibilidad política operacional, en función de la coyuntura política del momento, es decir es el análisis estratégico. Esta vinculado a situaciones de carácter temporal y de importancia estratégica que condicionan la situación de salud. Su componente predictivo puede ser utilizado para identificar supuestos y externalidades en el proceso de formulación de proyectos y planes de acción.

Los aspectos analizados por el ASIS de Coyuntura están referidos a

- Evolución de la economía y su impacto en la salud de la población y del ambiente
- Legislación y Salud (poblacional, ambiental y seguridad social)
- Prioridades, financiamiento, organización y gestión de servicios de salud
- Desarrollo científico – tecnológico del país
- Situación de los medicamentos e insumos médico – quirúrgicos
- Situación de los equipos médicos para la provisión de servicios
- Situaciones de contingencia sanitaria (desastres, brotes, epidemias, crisis de servicios)
- Relaciones de integración y acuerdos en salud (subregionales, interpaíses, interregionales e interinstitucionales, entre otros)
- Desarrollo de planes de inversión y proyectos.

A continuación se presenta la descripción esquemática del ASIS convencional:



Grafico N° 1.1 : DESCRIPCIÓN ESQUEMÁTICA DEL PROCESO DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS)

Fuente: Oficina General de epidemiología, 1998

Como se puede apreciar en el Gráfico N° 1.1 Descripción Esquemática del Proceso del Análisis de Situación de Salud (ASIS), el ASIS puede ser considerada como un conjunto organizado de información que permite la adecuada toma de decisiones. El insumo primario para generar el ASIS son los datos. Los datos representan el punto de partida de este proceso. Por ello deben ser procesados, organizados, clasificados y analizados para constituirse en información. La información luego de ser analizada e interpretada se traduce en conocimiento. Posteriormente el conocimiento de la situación sanitaria de un ámbito geográfico determinado permite comparar y contrastar con patrones convencionales definidos; así como también permite comparar con otras realidades semejantes. El conocimiento permite a su vez a quienes formulen políticas para los grupos vulnerables como, los pobres, mujeres, adultos mayores o los indígenas; planificar y ejecutar intervenciones orientadas a disminuir la inequidad en salud.

DIMENSIONES DEL ESTADO DE SALUD

En la actualidad cada vez se da más auge a la enfoque de la enfermedad dentro de un contexto mas personal en la cual se considera factores psicológicos, sociales y la implicancia de los mismos en la vida de las personas o mas concretamente en su calidad de vida causada por algún problema de salud.

Por ello se vienen desarrollando diferentes cuestionarios en los que el objetivo es la medida de la salud percibida por los usuarios. Así tenemos el

Cuestionario SF - 36 Health Survey; esta encuesta de salud fue diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, consta de 36

preguntas y pretende explorar ocho dimensiones o conceptos genéricos del estado de salud”, estos conceptos detectan estados positivos y negativos de la salud física y estado emocional, los cuales no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad,”

16

La sabiduría popular siempre ha considerado que la percepción de salud de las personas va íntimamente ligada a las ganas de vivir y de las condiciones en las cuales se desarrolla la persona, de ahí la importancia de considerar aspectos relacionados al usuario para tomar decisiones en salud

Este cuestionario permite medir de manera eficiente y exhaustivamente la salud desde el punto de vista del usuario. Este instrumento contiene ocho dimensiones o conceptos de salud a saber

Función Física: El cual permite determinar el Grado en que la falta de salud limita las actividades físicas tales como el cuidado personal, es decir el autocuidado; así como las siguientes actividades: caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.

Rol Físico: Esta dimensión mide el grado en que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

Dolor Corporal: Este ítem mide la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y el hogar.

Salud General: Es la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Vitalidad: Esta dimensión evalúa el sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función Social: Esta dimensión evalúa el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

Rol Emocional: Esta dimensión permite medir el Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, la disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

Salud Mental: Esta dimensión considera la Salud Mental General, incluyendo depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

1.2.- PROPUESTA DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD INCORPORANDO ANALISIS DE

¹⁶ MEDICAL OUTCOM ESTRUST. **Puntuación del Cuestionario de Salud SF-36: Versión española.** Boston: Medical Outcom Estrust, 1996 p.5

DISCAPACIDAD PERCIBIDA Y BIENESTAR PSICOSOCIAL

La formulación de políticas y el proceso de planificación en salud exige el conocimiento de la realidad sanitaria, las necesidades de la población; que permitan la identificación y priorización de necesidades, y el reconocimiento y participación de los actores sociales que determinan la producción social de la salud.

Por ello el Análisis de Situación de Salud (ASIS) se caracteriza por ser dinámico, continuo, sistemático, dependiente de múltiples factores que coexisten en un ámbito geopoblacional en particular.

Este conocimiento se genera de manera sistemática con la implementación de metodologías que se apoya en un conjunto de instrumentos con bases epidemiológicas para articularlo con las distintas etapas de la planificación de salud que interpreta y cuestiona los factores condicionantes de la situación, más allá del simple análisis descriptivo.

El Análisis de Situación de Salud es un proceso de análisis de carácter multidisciplinario y operativo. Se realiza con la finalidad de orientar la gestión sanitaria y la organización de la estructura y funcionamiento de los servicios, como una respuesta a los problemas de salud de la población, con especial énfasis en los grupos poblacionales de mayor riesgo.

Para realizar el Análisis de Situación de Salud es necesario contar con información suficiente en calidad y cantidad, consistente, confiable, actualizada; además de diseños y metodologías de análisis.

La presente propuesta de incorporar la Discapacidad Percibida y Bienestar psicosocial al convencional ASIS permite fortalecer la identificación de los grupos vulnerables y las zonas de mayor riesgo en la población recogiendo información relacionada a la morbilidad y mortalidad; así como también incluye aspectos de identificación de problemas de salud física, mental y social, desde el punto de vista del usuario y potencial usuario de los servicios de salud.

Esta propuesta del Análisis de Situación de Salud va a permitir un mayor perfeccionamiento de las funciones de salud pública y de orientación en la atención a las personas, a la familia y a la comunidad, por ello se sugiere la aplicación de esta metodología en el ámbito de localidades, para obtener una mejor aproximación y ubicación de las poblaciones en mayor riesgo de enfermar y morir. Entonces se trata de promover una institucionalización del proceso, como un instrumento de la planificación estratégica en salud y del proceso de toma de decisiones.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) debe tratar de dar respuesta a:

- ¿Cuán saludable es la población?
- ¿Esta mejorando o empeorando la situación de salud?
- ¿Existen espacios geográficos más saludables que otros?

- ¿Existen grupos humanos más saludables que otros?
- ¿Cuál es la magnitud de las desigualdades?
- ¿Qué riesgos a la salud se relacionan con estas desigualdades?
- ¿Cuáles son las necesidades de salud no satisfechas?
- ¿Cuáles son las evidencias científicas existentes para cada una de las intervenciones priorizadas?

Es por ello que el ASIS debe reflejar la capacidad diagnóstica como el poder predictivo del estado de salud, por lo cual debe proveer evidencia para caracterizar la situación actual y anticipar escenarios de impacto potencial de las intervenciones priorizadas. A continuación se presenta la **“Propuesta del Análisis de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el Análisis de Situación de Salud “**



Grafico 1.2 : PROPUESTA ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD INCORPORANDO EL ANÁLISIS DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA Y BIENESTAR PSICOSOCIAL.

Los Análisis de Situación de Salud permiten conocer la realidad sanitaria, sus condicionantes y la respuesta del sector y la sociedad, para efectuar los cambios que mejoren las condiciones de vida y salud en la población de un determinado ambiente geográfico, estos análisis permiten priorizar los problemas, identificar los grupos más vulnerables y las zonas de mayor riesgo en la población, asimismo permiten determinar las prioridades.

Además de incluir en el Análisis de Situación de Salud la propuesta del “Análisis de discapacidad percibida y bienestar psicosocial”, en la cual se conoce la percepción de salud física, psicológica y social de los usuarios y potenciales usuarios de los servicios de salud; otro de los aportes de la presente investigación es que se ha realizado a través de una encuesta poblacional; por lo tanto estos análisis se realizan con información de fuente primaria, de esta manera los Análisis de Situación de Salud podrían realizarse con esta metodología por ser oportunos y de menor costo.

Por otro lado, decir el ASIS propuesto fomenta la coparticipación del usuario en aspectos de salud y de los derechos ciudadanos, aspectos fundamentales para un abordaje integrador, multidimensional que permita caracterizar y explicar la situación de salud de un ámbito geográfico determinado.

En consecuencia; someter a juicio que por su costo, oportunidad, participación comunitaria y acercamiento de los proveedores a los potenciales usuarios, se propone

como una alternativa el presente ASIS lo cual permitirá conocer la realidad sanitaria del país en un corto período de tiempo; de esta manera el ASIS propuesto se constituiría en un instrumento básico en el quehacer sanitario actual que responde a las necesidades técnicas para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud, para la definición de prioridades y políticas en salud de acuerdo a la necesidades de la población, así como también para la formulación de estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud, así como la construcción de escenarios prospectivos de salud.

De esta manera ASIS contribuiría a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

CAPÍTULO II: PERSPECTIVA METODOLOGICA

2.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro medio el Análisis de Situación de Salud que se viene realizando sólo se ha limitado a caracterizar la situación de salud de la población que demanda los servicios de salud y no de aquella población que no hace uso de los servicios de salud, siendo esta última la población que mayores limitaciones económicas, geográficas y culturales presenta ¹⁷ Por lo tanto es la más vulnerable de enfermar y morir. En el estudio “Inequidades y disparidades en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe. Resultados e Implicancias Políticas”; el autor señala “que el 35% de la población de menos ingresos no percibe su mal estado de salud o de enfermedad como tal; por lo tanto no demanda servicios de salud para solucionar sus problemas de salud. La percepción de la enfermedad genera la demanda por servicios de salud en los Puestos y Centros de Salud. Asimismo señala “que no hay demanda porque no hay percepción, no porque no haya enfermedad entre los sectores más pobres “ ¹⁸ .

¹⁷ SUAREZ, Rubén. **Inequidades y disparidades en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe Resultados e implicaciones políticas**. Washington DC: OPS, 2001

Por otro lado, la magnitud de la discapacidad se desconoce; debido a la inconsistencia y al subregistro de datos e información, al desconocimiento de la problemática por parte de la población, así como de los servicios de salud, de las dimensiones e implicancias de la discapacidad en la población. Así tenemos que la tasa bruta de mortalidad por homicidios en Lima para el año 1,999 fue de 761 por 100,000 habitantes y es significativamente mayor en relación con el promedio nacional¹⁹. Por otro lado existe un aumento significativo de los accidentes de tránsito los cuales son generadores de discapacidad en nuestra población, afectando en su mayoría a la población adolescente y económicamente activa.

En países de América Latina, incluido el nuestro, el análisis de discapacidad sólo se remite al análisis de la restricción o impedimento para la realización de unas actividades ocasionadas por una deficiencia dentro del ámbito de ser considerado normal para el ser humano. Esta problemática se acentúa mas porque según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más del 90% de las personas minusválidas de los países en vías de desarrollo no reciben la atención necesaria.²⁰

Asimismo en nuestro medio no se realiza la medición del nivel de salud referida a la autovaloración del estado de salud, mientras que en otros países según datos disponibles de la Organización Mundial de la Salud para el año 1,995 establece que el Reino Unido es el país que registra un % mas alto de población que refiere que su salud es muy buena (85%). España presenta un 65% de población que declara tener un nivel de salud muy bueno, mientras que Portugal presenta un menor % de población con autovaloración positiva de su salud (30%).

En nuestro país las Encuestas de Salud como: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y las Encuestas Nacionales de Hogares (ENAHOG) realizan sólo un abordaje de los factores determinantes para enfermar y morir en el Hogar y en la Comunidad y no incluye la percepción del usuario en la valoración del estado de salud, así como las dimensiones de vitalidad, función física, rol físico, dolor corporal, función social y salud mental. Aspectos fundamentales para una aproximación de la salud en forma integral; así como la implicancia de los problemas en la vida de las personas o más concretamente en su calidad de vida.

En la presente investigación busco responder a la siguiente pregunta ¿Cuál es la situación de salud cuando se incorpora el análisis de discapacidad percibida y bienestar psicosocial de la población residente en la jurisdicción de la Dirección de Salud de Lima Sur?

¹⁸ Ibid p.137

¹⁹ MINISTERIO DE SALUD. **Indicadores básicos 2001**. Lima: Oficina General de Epidemiología, 2001

²⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Hoja resumen en desigualdades en salud en Perú**. Washington DC:

2.2.-IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

En nuestro medio existe ausencia del Análisis de Situación de Salud incorporando el análisis de discapacidad percibida y bienestar psicosocial en el ámbito regional y nacional. Por ello considero necesario la necesidad de elaborar el presente estudio, a través de una encuesta poblacional; sobre todo porque el Ministerio de Salud pretende implementar el Modelo de Atención Integral de Salud.(MAIS) en diferentes regiones del país. Por lo tanto se hace necesario el diagnóstico integral de la población, a través de un instrumento de análisis de situación de salud que involucre aspectos geográficos, sociales, demográficos, económicos, perfiles de morbilidad y mortalidad, capacidad de respuesta del sector salud y sociedad civil y adicionalmente para determinar la percepción del usuario de su estado de salud, aspectos de su salud mental y emocional se adicionará el “Instrumento SF-36, el cual permitió valorar aspectos de la salud del individuo desde su propio punto de vista” ²¹. Esta valoración es multidimensional e incluye ocho dimensiones: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, y Salud Mental; aspectos de los que posteriormente se podrían derivar elementos que faciliten intervenciones en la salud individual y colectiva en el ámbito de jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Sur.

La presente investigación se realizó a través de una encuesta poblacional, y ha permitido un mejor conocimiento del proceso salud – enfermedad. Dado que es la primera investigación de Análisis de Situación de Salud que incorpora el análisis de discapacidad percibida y bienestar psicosocial en nuestro país, permitirá determinar los parámetros y validación de posteriores estudios relacionados al tema

La magnitud e incremento de las causas generadoras de la discapacidad en nuestro medio y a la relevancia del tema para algunos países de la región, implica que el análisis de discapacidad permitirá una mejor aproximación de la situación de salud de la población en estudio, así como se constituirá en insumo para el análisis de Años de Vida Ajustados a Discapacidad (AVAD).

Por otro lado, las Encuestas Demográficas de Salud Familiar (ENDES) y las Encuestas Nacionales de Hogares (ENAH) realizan un abordaje de los factores determinantes para enfermar y morir los cuales no incluyen factores de riesgo para enfermedades crónicas, discapacidad percibida y bienestar psicosocial, elementos fundamentales para definición del concepto de SALUD en una concepción más amplia.

Asimismo el Ministerio de Salud actualmente esta planteando el rediseño del Modelo de Atención de Salud (MAIS) sin embargo aún no se cuenta con un instrumento confiable y de representatividad nacional que permita conocer la percepción de los usuarios acerca de su salud física, mental y emocional.

²¹ MEDICAL OUTCOM ESTRUST. **Puntuación del Cuestionario de Salud SF-36: Versión española.** Boston: Medical Outcom Estrust, 1996 p.5

2.3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la situación de salud de la población residente en el ámbito de jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Sur, incorporando el análisis de discapacidad percibida y bienestar psicosocial

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la prevalencia del bienestar psicosocial y la discapacidad percibida de la población residente del ámbito de jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Sur, mediante la aplicación del instrumento validado SF- 36.

Determinar la magnitud de la situación de salud de la población residente del ámbito de jurisdicción de la Dirección de Lima Sur a través de las estadísticas vitales.

Determinar los factores demográficos, socioeconómicos del hogar y del individuo asociados a la situación de salud de la población residente del ámbito de jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Sur.

2.4.- DISEÑO DE ESTUDIO.

2.4.1.- DESCRIPCION DEL DISEÑO DE ESTUDIO.-

El presente estudio es observacional – transversal. El diseño es transversal porque permite determinar la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento, de la situación de salud de la población en estudio así como los factores determinantes y condicionantes en un período de tiempo determinado. Asimismo se escoge este diseño porque permitirá una sola medición en el tiempo en cada sujeto de estudio.²²

“Los Estudios transversales son estudios útiles para la planeación de los servicios de salud y para caracterizar el estado de salud de la población en un punto en el tiempo”²³

2.4.2.-DESCRIPCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

Descripción de los sujetos de investigación

2.4.2.1.-LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el ámbito de jurisdicción de la Dirección de Salud de Lima Sur, la cual abarca 13 distritos de la parte sur de la provincia de Lima (Barranco,

²² INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. **Diseño de estudios epidemiológicos**. En: Boletín Instituto Salud Pública. Mx. 42, (2):150, mar-abr, 2000.

²³ Ibid p.151

Chorrillos, Surco, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Villa El Salvador, Lurín, Pachacámac, San Bartolo, Santa María del Mar, Punta Hermosa, Punta Negra, Pucusana) los 16 distritos de la provincia de Cañete, los 33 distritos de la Provincia de Yauyos, estas localidades se encuentran localizados en las regiones de la Costa y la Sierra; dichos lugares se caracterizan por presencia valles interandinos, bellas playas del litoral y las características metropolitanas de la ciudad.



GRAFICO N° 2.1 : AMBITO DE JURISDICCIÓN DE LA DIRECCION DE SALUD II LIMA SUR MARZO – ABRIL 2002

Fuente: Dirección de Salud II Lima Sur

El ámbito de jurisdicción de la DISA II Lima Sur: limita al Norte con Distritos de Miraflores, Surquillo, San Borja, San Luis y La Molina y con el Departamento de Junín, por el Sur con los Departamentos de Huancavelica y de Ica, por el Oeste con el Océano Pacífico. Tiene una extensión territorial de 12,532.00 Km² y una población estimada de 1,908,053 habitantes para el 2,001; la densidad poblacional es variada así tenemos que es de 154 Hab/Km² en zonas despobladas de Chilca - Mala y Yauyos; y de 15,747 Hab/Km² en San Juan de Miraflores.

La altitud es variada siendo de 20 m.s.n.m. en los distritos de Lima y a 4,275 m.s.n.m. en la zona de Tanta (Yauyos), esta diversidad geográfica hace propicia la presencia de zonas climáticas y múltiples nichos ecológicos.

2.4.2.2.-CRITERIO DE INCLUSIÓN

Para efectos de la presente investigación fueron incluídas todas las personas que comen y duermen en el hogar, por lo menos en los 3 de los últimos meses precedentes a la encuesta del ámbito de jurisdicción de la Dirección de Salud de Lima Sur en el período comprendido de Marzo y Abril del año 2,002.

2.4.2.3.-CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Se excluirán a todas aquellas personas que no comen y duermen en el hogar, por lo menos 3 de los últimos meses precedentes a la encuesta en el ámbito de jurisdicción de la Dirección de Salud de Lima Sur, en el período comprendido de Marzo Abril del 2,002, así como también a todas aquella personas que residen en hoteles, conventos, cárceles y centros de rehabilitación.

2.4.2.4.- DEFINICIONES OPERACIONALES:

Para la presente investigación se consideró las siguientes definiciones operacionales:

BIENESTAR PSICOSOCIAL: Es el estado de comodidad y tranquilidad que abarca la salud mental, el bienestar del cuerpo, la psique y lo social.

DEFICIENCIA: Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

DISCAPACIDAD: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), discapacidad es toda restricción o impedimento para la realización de algunas actividades ocasionadas por una deficiencia, dentro del ámbito de ser considerado normal para el ser humano.

SALUD PERCIBIDA: Son los estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional, desde el punto de vista del propio usuario de los servicios de salud.

2.5.- MARCO MUESTRAL

2.5.1.-MARCO MUESTRAL

El INEI actualizó para el año 2,000 los planos de los centros poblados del departamento de Lima, los cuales se denominan Zona de Empadronamiento Rural (AERs) y Zona urbana o Zonas Censales (AEU), los cuales nos permitieron la ubicación de las viviendas y hogares para la formación del Marco Muestral.

Se decidió usar este marco muestral ya que es factible una subdivisión en estratos urbano y rural; así como de conglomerados (manzanas) adecuados para los objetivos del estudio. La segunda razón es que existen listados actualizados de viviendas de cada conglomerado seleccionado.

El marco muestral fue conformado por la relación de manzanas, viviendas y hogares ubicadas en los centros poblados que conforman los distritos de estudio Barranco, Chorrillos, Surco, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Villa el Salvador, Lurín, Pachacámac, San Bartolo, Santa María del Mar, Punta Hermosa, Punta Negra, Pucusana y las Provincias de Cañete y Yauyos, jurisdicción de la Dirección de Salud de Lima Sur, durante el período de Marzo Abril del 2,002

Para ubicar las viviendas se utilizó los planos actualizados al 2,000 de la cartografía del INEI.

2.5.2.-UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis esta dada por los miembros del hogar. Para el presente estudio se utilizó la definición dado por INEI. El hogar se define como las personas o conjunto de personas sean o no parientes que residen habitualmente en una vivienda particular, ocupándola total o parcialmente y que atienden en común sus necesidades vitales.

2.5.3.-UNIDAD REPORTANTE

El encuestado fue el jefe del Hogar o su representante mayor de 15 años, el cual brindó la información sobre su persona y el grupo familiar, además se realizaron preguntas del cuestionario a todos los miembros del hogar mayores de 15 años según

corresponda. Cuando se ejecutó la investigación y no se encontraba al jefe del hogar, se reconoció a la persona de mayor responsabilidad económica o en último caso la persona de mayor edad. En la Sección 6 del Cuestionario: aborda aspectos de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial, en ella se realizaron las preguntas a cada miembro del grupo familiar mayor de 15 años de edad.

2.5.4.-UNIDADES DEL MUESTREO

Unidad Primaria de Muestreo (UPM) para la presente investigación fueron las Áreas de Empadronamiento Rural (AERS) y los Áreas de Empadronamiento Urbanas (AEU) proporcionados por el INEI.

La Unidad Secundaria de Muestro (USM) fueron los conglomerados o manzanas.

La Unidad Última de Muestreo (UUM) fueron las viviendas particulares.

2.6.- DISEÑO DE LA MUESTRA

2.6.1.-TIPO DE MUESTREO

Para el presente estudio “Análisis de Situación de salud en algunos distritos de Lima”; se diseñó una Muestra Probabilística Multietápica y Estratificada que fue seleccionada en tres etapas:

1. Estratificada: En el estratos Rural y Urbana. En el estrato rural Área de Empadronamiento Rural (AERs) y en el estrato Urbano: Área de Empadronamiento Urbano (AEU), se seleccionó los AERs y los AEU.

2. Se seleccionó los conglomerados de cada estrato rural (AERs) y Estrato Urbano (AEU), Seleccionados en la primera etapa. En el Área de Empadronamiento Urbano (AEU) los conglomerados fueron las manzanas y en el Área de Empadronamiento Rural (AERs) fue una localidad representativa de la localidad.

3. Se seleccionaron las viviendas de las manzanas, mediante un procedimiento sistemático.

2.6.2.-CALCULO DE LA MUESTRA

La fórmula para muestras de proporciones^{24 4} es:

$$n = \frac{Z^2 pq}{EE^2} * ed$$

Z = 1.96

p = 0.35, Prevalencia de Percepción de la enfermedad

q = 0.65,

^{24 4} WAYNE W. Daniel Bioestadística: Bases para el análisis de las ciencias de la salud. Mx: Edit Limusa, 1996 p.48

EE del 7%

Ed = efecto de diseño = 2

n = 357

n = 357 + 10.% = 396 hogares.

2.7.- ETAPA DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

En la primera etapa se realizó la selección de los centros poblados divididos en dos estratos, zona rural y zona urbana (AERs y AEU), que fueron identificados utilizando la base de datos del INEI actualizada para el año 2000. De ellos se obtendrán aleatoriamente 12 AERs y 12 AEU, por cada uno de ellos se elaboró una ficha que contenía el número correspondiente, su ubicación geográfica, sus límites, la forma de llegar y se acompañó con su respectivo plano.

En la segunda etapa se realizó la selección de los conglomerados o manzanas. Cada Área de empadronamiento Urbano (AEU) tiene 60 manzanas, de las cuales se eligieron en forma aleatoria 12 manzanas, para cada uno de ellos se elaboró una ficha que contenga el número correspondiente, su ubicación geográfica, sus límites, la forma de llegar y se acompañó con su respectivo plano.

Y en la etapa final se realizó la selección de tres viviendas de cada manzana en forma aleatoria.

Del total de la muestra se seleccionaron 12 Áreas de Empadronamiento Urbano (AEU) y 12 Áreas de empadronamiento Rural (AERS) y de cada AEU se seleccionaron 11 manzanas y de cada manzana 3 viviendas.

La muestra seleccionada representa la totalidad de la población del ámbito de jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Sur.

2.8.- TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de la información se utilizó la encuesta poblacional denominada análisis de discapacidad percibida y bienestar psicosocial en el análisis de situación de salud la población de la Dirección de Salud de Lima Sur, (Anexo 2) diseñada para esta investigación. Una vez realizada la recolección de datos, se realizó el control de calidad de los datos por parte del supervisor y posteriormente por el investigador antes del procesamiento de datos.

Se realizó varias capacitaciones teóricas y prácticas en las ciudades de Cañete, Lima y Mala a los encuestadores (profesionales de la salud) para un adecuado llenado de la encuesta. Para la ejecución de la encuesta cada encuestador llevó el mapa catastral con la ubicación de las manzanas y localidades seleccionadas, así como el listado de las

viviendas de las manzanas y específicamente cada vivienda seleccionada, cada vivienda estaba registrada consignando el nombre del jefe del hogar y la ubicación de la vivienda.

2.9.- ANALISIS ESTADISTICO

Los datos de las encuestas fueron procesados a través de paquetes estadísticos específicos. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el SPSS versión 10.0, lo cual nos permitió comparar y relacionar los resultados con otros estudios, y permitirá la formulación de políticas internas dirigidas a la población general y poblaciones específicas del ámbito de jurisdicción en estudio.

CAPÍTULO III : SITUACIÓN DE SALUD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

En este capítulo vamos a presentar los resultados demográficos, sociales, morbilidad y respuesta de los servicios de salud de la población en estudio.

3.1.- ASPECTOS DEMOGRAFICOS

3.1.1.-CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

En el ámbito de jurisdicción de Lima Sur la población es de 1,998,075 habitantes, que representa el 7.6% nivel nacional. En el ámbito de estudio el área urbana esta representado por 61.9% y el área rural por 38.1%

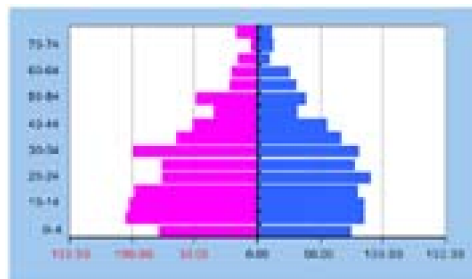


Gráfico N°3.1: Distribución de la Población General por Grupo de Edad y Sexo, Jurisdicción DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

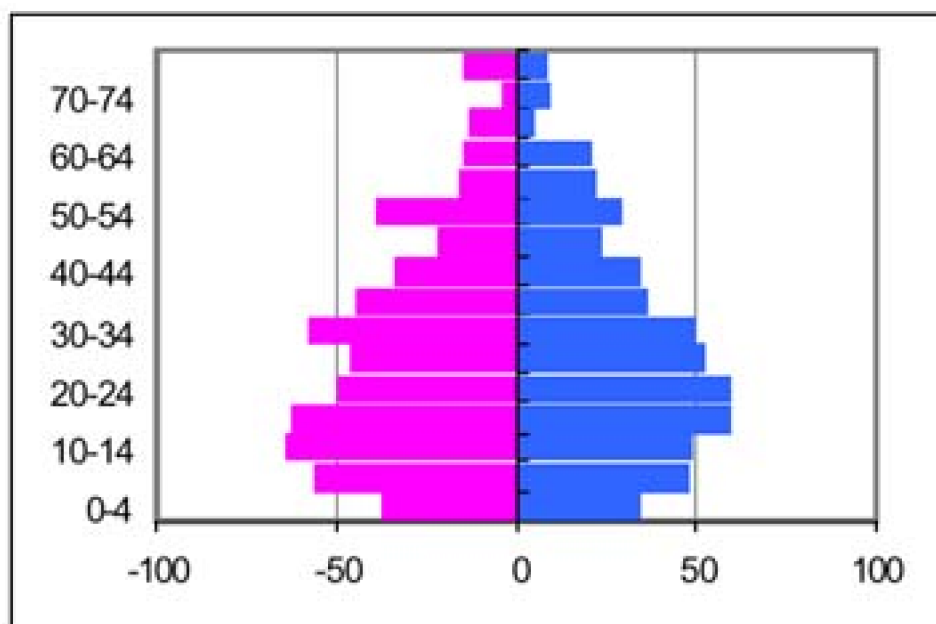


Gráfico N° 3.2: Distribución de la Población Urbana por Grupo de Edad y Sexo, Jurisdicción DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

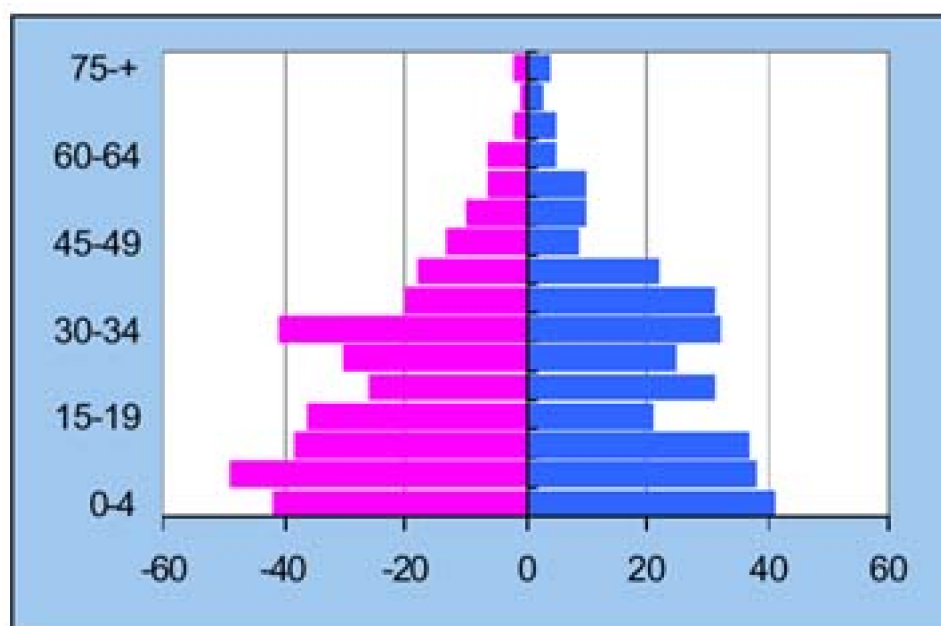


Gráfico N° 3.3: Distribución de la Población Rural por Grupo de Edad y Sexo, Jurisdicción DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

La estructura de la población en general se caracteriza por ser de tipo constrictivo cuya base es angosta en el grupo de menores de 5 años, por otro lado el grupo de adolescentes a jóvenes adultos concentra el mayor porcentaje de la población.

La composición por edad de la población es muy diferente según el área de

residencia siendo más joven en el área rural que en el área urbana, la proporción de menores de 15 años es mayor en el área rural que en el área urbana, en cambio se observa que la población en edad de trabajar es mayor en el área urbana que en la rural.

3.1.2.-CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

Entre los habitantes habituales en el ámbito de estudio; el promedio de personas por hogar es de 4.6. El 86 % de los hogares tiene como jefe al padre, en el área urbana se encontró que el 17.6% las madres son jefas de hogar, mientras que en el área rural tienen como jefe de hogar a la mujer en un 8.8%.

El tamaño del Hogar según los censos de 1,981 y 1,993 y de la Encuesta Nacional de Hogares de 1,999, mostraron que el tamaño promedio de los hogares peruanos esta disminuyendo, así tenemos que en 1,981 la cantidad promedio de miembros del hogar fue de 5.1, mientras que en el año 1,993 fue de 4.9. En 1,999 el tamaño promedio de hogares es de 4.7 personas. Esta disminución del tamaño del hogar esta vinculado a la disminución de la fecundidad.

3.2.- ASPECTOS SOCIO - ECONÓMICOS

CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS

En el ámbito de jurisdicción de Lima Sur los servicios básicos de la vivienda todavía no están disponibles para toda la población. Los menos beneficiados son los hogares rurales. En el presente estudio, se considera como servicios básicos el acceso a los hogares al agua potable por red pública, el acceso al sistema de eliminación de excretas por alcantarillado y la disponibilidad de alumbrado eléctrico.

Características de las viviendas	Urbano		Rural			
	Personas	%	Urbano	%	Rural	%
Acceso a agua	2000	100.0	2000	100.0	2000	100.0
Red pública dentro de la vivienda	1378	68.9	1378	68.9	274	13.7
Red pública fuera de la vivienda	491	24.5	491	24.5	100	5.0
Red pública fuera de la vivienda	131	6.6	131	6.6	126	6.3
Alcantarillado	2000	100.0	2000	100.0	2000	100.0
Alcantarillado	1378	68.9	1378	68.9	274	13.7
Alcantarillado	491	24.5	491	24.5	100	5.0
Alcantarillado	131	6.6	131	6.6	126	6.3
Alumbrado eléctrico	2000	100.0	2000	100.0	2000	100.0
Alumbrado eléctrico	1378	68.9	1378	68.9	274	13.7
Alumbrado eléctrico	491	24.5	491	24.5	100	5.0
Alumbrado eléctrico	131	6.6	131	6.6	126	6.3

Cuadro N° 3.1: ACCESO A SERVICIOS BASICOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DISA LIMA SUR, MARZO ABRIL 2002.

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

En el acceso a los servicios de AGUA, El 70.2% por ciento se provee de agua por red pública dentro de la vivienda, seguida de red pública fuera de la vivienda con 8.6% y agua de pilón con 1.8%. En el área urbana el 89.1% tiene agua dentro de la vivienda y 7.4% agua fuera de la vivienda. Mientras que en área rural la población tiene acceso a red pública dentro de la vivienda en solo el 44%, seguida de agua fuera de la vivienda

con 10.2%

Con respecto al acceso a Servicios Higiénicos, la población en estudio tiene acceso al servicio conectado a la vivienda en 67.8%, seguida del uso de letrina, pozo ciego o negro con 11.3%. El 8.8% usa el servicio higiénico fuera de la vivienda y el 8.3% no lo tiene. Las instalaciones sanitarias de las viviendas comprenden los servicios sanitarios (lugares con construcciones destinadas a la higiene personal y a la deposición de excretas) y los sistemas o construcciones diseñadas para la evacuación y procesamiento de excretas.

Por otro lado en cuanto al acceso a Alumbrado Público, en el ámbito de estudio, el 87.9% de la población utiliza electricidad, el 7.3% utiliza vela y el 3.5% utiliza kerosene.

Tipo de alumbrado	Zona				Total
	Urbanos	%	Rural	%	
Electricidad	2115	88.9	1027	88.1	3142
Vela	8	0.3	11	0.9	19
Keroseno/parafina	5	0.2	15	1.3	20
Ninguno	0	0.0	11	0.9	11
Total	2338		1164		3502

Cuadro N° 3.2: ACCESO A ALUMBRADO PÚBLICO SEGUN ZONA DE RESIDENCIA.
DISA II LIMA SUR MARZO ABRIL 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

3.2.3.-ACCESO A EDUCACIÓN

En el ámbito de jurisdicción de Lima Sur el 49% alcanzó estudios secundarios, seguido de 30.5% con nivel primario, 9.7% superior y ningún nivel 2.9%. En el área urbana se observó un comportamiento similar siendo el 52.4% con nivel secundario, 29.2% alcanzó el nivel primario, 9.5% nivel superior y 1.6% no alcanzo ningún nivel. En el área rural el 43.5% alcanzó el nivel secundario, luego el nivel primario con 32.6%, 9.9% alcanza el nivel superior y no alcanzó ningún nivel el 5%.

Actualmente el país se caracteriza por una sostenida expansión del sistema educativo que se refleja en la marcada reducción de población carente de algún año de instrucción. Sin embargo los progresos destacan en el nivel primario cubriendo al 96.6% de la población del grupo de edad de 6-11 años.

3.2.4.-EMPLEO

En el presente estudio una semana antes de la ejecución de la encuesta el 4.5% de la población estaba desempleada. En el área urbana el 5.6% de la población ausencia de empleo mientras que en el área rural el 2.8% de la población estaba desempleada.

3.2.5.-INGRESOS

Del total de la población en estudio el 49.5% tiene un ingreso familiar promedio menor a 350 nuevos soles. El 34.9% de la población tiene un ingreso entre 350 y 600 nuevos soles, mientras que el 11.6% de la población tiene un ingreso entre 600 y 1000 nuevos soles y solo el 4% de la población supera 1000 nuevos soles.

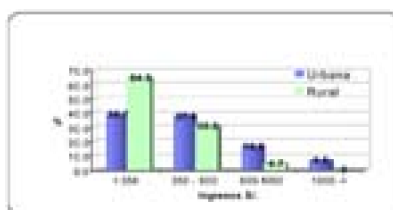


Gráfico N° 3.4: INGRESO PROMEDIO MENSUAL SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DISA II LIMA SUR MARZO - ABRIL 2002

3.3.- PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

3.3.1.- MORBILIDAD GENERAL

La morbilidad general, para el año 2002 es de 56% en las enfermedades respiratorias, en las enfermedades del sistema digestivo 10.8%, Piel y anexos 8.9%, seguido de enfermedades del Sistema Cardiovascular con 7.5%, luego sistema esquelético con 5.5% .

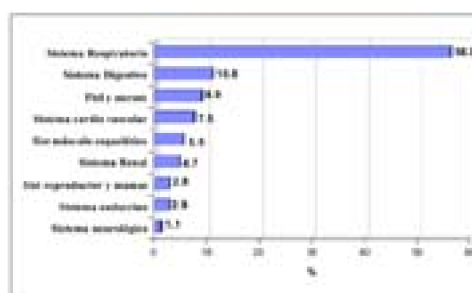


Gráfico N° 3.5: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN SISTEMAS DISA II LIMA SUR MARZO - ABRIL 2002

Al analizar por género, se observó que la mayor presentación de la enfermedad incidió en las mujeres y se presenta generalmente con afecciones al sistema respiratorio (52%), en cuanto a las afecciones del sistema digestivo el 61.5% lo presentan las mujeres con respecto a los hombres con 38.5%; sin embargo el género masculino presenta mayores afecciones en el sistema cardiovascular (55.6%) y el sistema esquelético (55%); llama la atención que el 75% de las enfermedades en el sistema neurológico lo presente el género femenino.

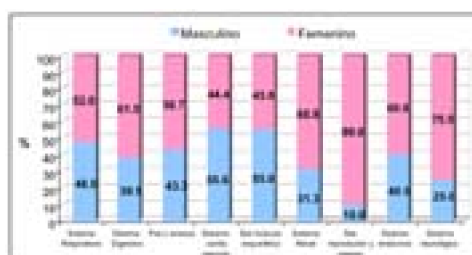


Gráfico N° 3.6: MORBILIDAD GENERAL POR SISTEMAS SEGÚN SEXO DISA II LIMA

SUR MARZO - ABRIL 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

En el gráfico se observa que en el área urbana la mayor presentación de la enfermedad incidió en mayor medida en las mujeres y se presenta generalmente en las afecciones al sistema respiratorio con 54.4%, piel y anexos 61.8 %, afecciones al sistema digestivo 54.5%, sistema músculo esquelético 50%; sin embargo el género masculino presenta mayores afecciones al sistema cardiovascular con 56.5%.

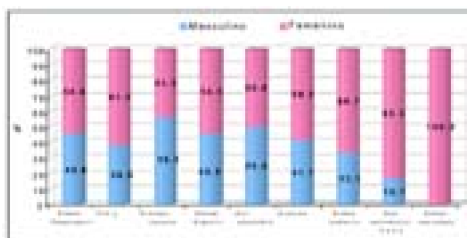


Gráfico N° 3.7: MORBILIDAD GENERAL. ZONA URBANA POR SEXO DISA II LIMA SUR MARZO - ABRIL 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

En el gráfico se observa que en el área rural la mayor presentación de la enfermedad se presenta en el género masculino; así tenemos que en las afecciones al sistema respiratorio se presenta con un 50.5%, asimismo del total de las enfermedades neurológicas y músculo esqueléticas el 100% lo presentan los varones, mientras que las mujeres presentan mayor afecciones al sistema digestivo 74.6%, sin embargo las afecciones cardiovasculares se presentan en un 50% en el género masculino y 50% en el género femenino.

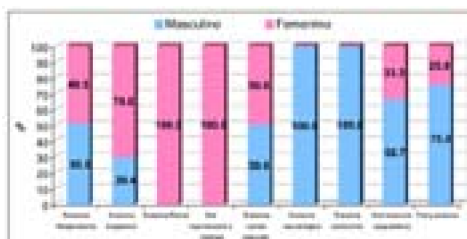


Gráfico N° 3.8: MORBILIDAD GENERAL POR SISTEMAS. ZONA RURAL POR SEXO DISA II LIMA SUR MARZO - ABRIL 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

3.3.2.- ENFERMEDADES CRÓNICAS

El 12.6% de la población en estudio señaló que padecía de alguna enfermedad crónica (Hipertensión, Diabetes, Asma y Alergias). En el área urbana el 14.2% señaló que padecía de alguna enfermedad crónica, mientras que en el área rural el 10.1% de la población padecía de alguna enfermedad crónica.

La enfermedad crónica que mayor frecuencia presentaba la población en estudio fue la Diabetes con 29.3%, seguido de las Alergias con 16.4%, luego Hipertensión Arterial con 11.1% y el Asma con 11.1%,

Asimismo a la pregunta ¿Si en el último mes estuvo enfermo? El 79.4 respondió que no estaba enfermo y que el 20.3% presentó alguna enfermedad. En el área rural solo el 8.4 de la población respondió que estaba enferma, mientras que en el área urbana el 11.9 señaló que estaba enfermo.

A la pregunta ¿En el último mes estuvo accidentado? El 98.1 respondió que no había sufrido un accidente y que el 1.9% había sufrido un accidente. En el área rural solo el 1.3 de la población respondió que sufrió un accidente, mientras que en el área urbana el 2.3% señaló que estuvo accidentado.

3.3.3.- SALUD DE LA MUJER

Conocimientos de Métodos de Planificación Familiar

En el presente estudio de investigación se incluyó una sección sobre el conocimiento y el uso de los métodos de planificación familiar. La medición del conocimiento se hizo preguntando a la entrevistada sobre los métodos que conocía o había oído hablar para demorar o evitar el embarazo, así tenemos que casi todas las mujeres en edad fértil, conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar (92.8%) y dentro de ellos los métodos modernos.

Los métodos modernos más conocidos son la píldora (59.1%), la inyección, con 15.6%, condón 6.3%; solamente el 7.2% de la población no conoce de los métodos anticonceptivos.

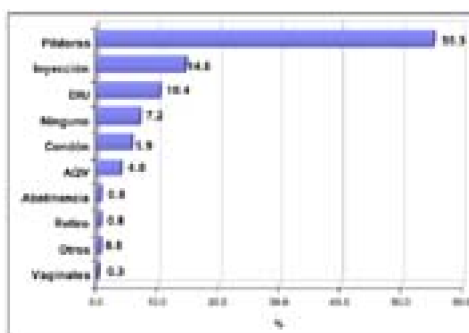


Gráfico N° 3.9: CONOCIMIENTO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES ENTRE 15 Y 49 AÑOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DISA LIMA SUR, MARZO-ABRIL 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psico Social en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

USO DE MÉTODOS

Para conocer la práctica pasada y actual de los métodos anticonceptivos, a todas las mujeres que declararon conocer algún método se les preguntó si lo habían usado alguna vez.

El 45.7% por ciento de las mujeres en edad fértil ha usado alguna vez métodos

anticonceptivos, mientras que el 45.3 conociendo los métodos anticonceptivos no lo utilizan. Por otro lado la píldora y la inyección son los métodos modernos que las mujeres unidas han usado más alguna vez. Las mujeres no unidas pero activas sexualmente han usado alguna vez métodos anticonceptivos, usando algún método moderno.

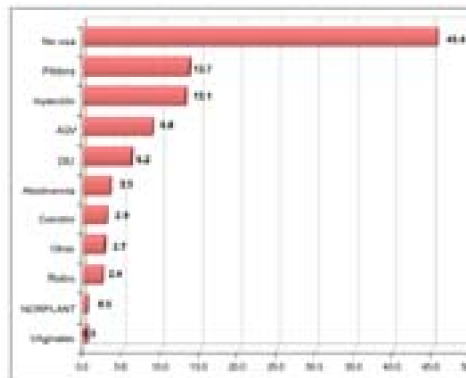


Gráfico N° 3.10: USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES ENTRE 15 Y 49 AÑOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DISA LIMA SUR, MARZO ABRIL 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Control Pre	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Si	100	100.0	100	100.0	200	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100.0	100	100.0	200	100.0

Cuadro N°3.3: CONTROL PRENATAL EN MUJERES SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DISA LIMA SUR, MARZO ABRIL 2002

Por otro lado al preguntar por la institución donde se realizó el Control Prenatal, tanto en zona urbana y rural el 66.9% fue en el Ministerio de Salud, el 26% en EsSalud, el 2.1% se realizó en consultorios particulares, el 0.7% se atendieron en la Sanidad de la Policía Nacional y 0.7% de la población entrevistada fue a una ONG.

Institución	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Total	100	100.0	100	100.0	200	100.0
Ministerio de Salud	100	100.0	100	100.0	200	100.0
EsSalud	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Sanidad - P.O. N.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Particulares	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ONG	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Cuadro N° 3.4: LUGAR DONDE REALIZO EL CONTROL PRE NATAL SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DISA LIMA SUR, MARZO ABRIL 2002

Lugar de ocurrencia del parto

El 60.7% por ciento de los últimos nacimientos en los 3 años antes del presente estudio tuvieron lugar en un establecimiento de salud del Ministerio de salud. Como era de esperar la prevalencia de partos institucionales fue de 83.6% y el 16.4% fue parto domiciliario.

Lugar nacimiento	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Total	100	100.0	100	100.0	200	100.0
Institucional	100	100.0	100	100.0	200	100.0
Domiciliario	0	0.0	0	0.0	0	0.0
OT	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Parto	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Parto gestante	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100.0	100	100.0	200	100.0

*Cuadro N° 3.5: LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA
DISA LIMA SUR, MARZO ABRIL 2002*

3.3.5.- SALUD DEL NIÑO.-

Enfermedades Respiratorias Agudas

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen una de las primeras causas de mortalidad en la infancia y en la niñez en los países subdesarrollados. Por esta razón se preguntó a la madre acerca de las medidas que las madres toman en presencia de esta enfermedad y porque no acuden en ciertos casos a establecimientos de salud cuando el niño tiene IRA.

Para conocer si la madre identifica señales de gravedad cuando se presentaba una infección respiratoria aguda, se le pregunto signos de gravedad que conoce el 46.3% identifica la respiración rápida, llama la atención que el 30.1% refirió no conocer ni identificar signos y síntomas, el 8.6% señala a la fiebre alta y el 7.4% identifica a la ronquera como un signo de alarma

3.4.- ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

En las 4 últimas semanas previas a la realización del presente estudio en la población residente del ámbito de jurisdicción de Lima Sur, dentro de la población que estuvo enferma o accidentada el 67% estuvo enferma mas de 15 días, el 7% menos de 5 días y de 5 a 15 días estuvieron enfermos el 26%.

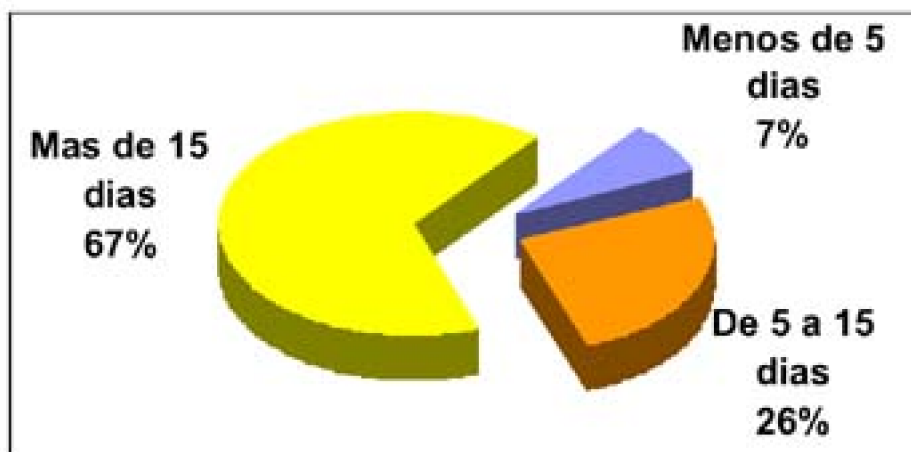


*Gráfico N° 3.11: ENFERMOS O ACCIDENTADOS POR DURACION DE DIAS DISA II
LIMA SUR MARZO - ABRIL 2002*

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Por otro lado del total de la población entrevistada que reporto estar enferma y/o accidentada el 54.7% consultó en un establecimiento de salud, sea público, privado o un establecimiento del sector no especializado, mientras que el 45.3% de la población

afectada no realizó la consulta. Y entre la causa fundamental por la que no acudió a un establecimiento de salud fue por que no tenía dinero 33%9, de ellos el 58 % población del área urbana, seguida de un 42% del área rural

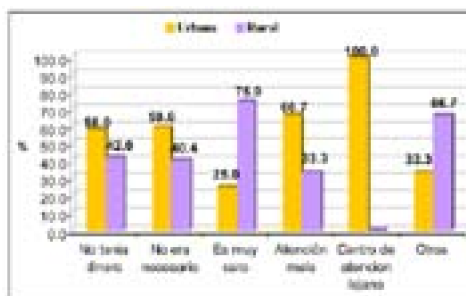


Gráfico N° 3.12: MOTIVO POR EL CUAL NO CONSULTO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DISA LIMA SUR, MARZO - ABRIL 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

3.4.1. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR SECTORES

Del total de personas que consultaron el 59.3% lo realizó en establecimientos del Ministerio de Salud (Hospital, Puesto y Centro de Salud) seguido de la atención de EsSALUD (20.1%).

En el gráfico se observa que en el área urbana el 59.3% de la población urbana consultó en un establecimiento del Ministerio de Salud, mientras que el 40.7% del área rural acudió a un establecimiento de salud del MINSA, mientras que a EsSalud acude mas la gente del área urbana 81.4% con respecto a 18.6%

Dentro de los establecimientos de salud del MINSA adquiere importancia la atención que se brinda en los Centros y Puestos de Salud, en estos establecimientos de salud consultaron la población afectada de menores recursos económicos.

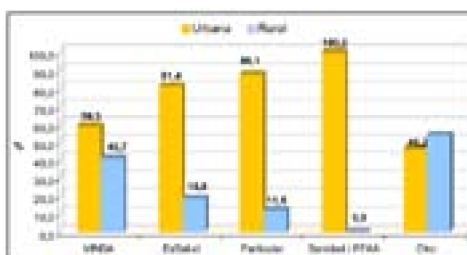


Gráfico N° 3.13: LUGAR EN DONDE SE REALIZO LA CONSULTA SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DISA LIMA SUR, MARZO ABRIL 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

CAPITULO IV : SITUACIÓN DE SALUD CONSIDERANDO DISCAPACIDAD PERCIBIDA Y BIENESTAR PSICOSOCIAL

4.1.-INCORPORACIÓN DEL ANÁLISIS DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA EN EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

En el presente capítulo vamos a dar a conocer la propuesta de incorporación del análisis de discapacidad percibida y el bienestar psicosocial en el convencional Análisis de Situación de Salud, para ello consideramos las dimensiones de: Salud General, Vitalidad, Rol Físico, Función Física, Salud Mental, Dolor Corporal, Función Social y Rol Emocional.

4.2. RESULTADOS DEL ANALISIS DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA Y BIENESTAR PSICOSOCIAL

4.2.1.-DIMENSION SALUD GENERAL

Utilizando el cuestionario SF-36 en la población mayor de 15 años en la presente investigación, se encontró que el 43.5% percibe que su estado de salud es regular, el 39.2% señala que su salud es buena, el 13.5% señala que su salud es muy buena, solo el 0.5% refiere que su salud es excelente, y un 3.2% refiere que su salud es mala.

Por otro lado cuando se le preguntó cómo es su salud comparada hace un año los resultados fueron lo siguientes: el 50.3% refirió que su salud es mas o menos igual, el 26.9% refirió que su salud es algo mejor ahora que hace un año, el 14.3 refirió que su salud es algo peor ahora que hace un año, el 6 al 8% respondió que es mucho mejor y sólo el 1.3% respondió que su salud es mucho peor ahora que hace un año.

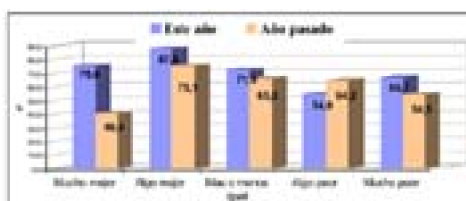


Gráfico N° 4.1: VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL COMPARADA CON HACE UN AÑO SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DISA LIMA SUR, MARZO ABRIL 2002

4.2.2- PROMEDIOS DE LAS OCHO DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF-36 SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA

Al analizar los promedios de las dimensiones del cuestionario SF-36 según lugar de residencia, en el área urbana la Función Física alcanza el 87.9 con respecto al 71.7 en el área rural; el Dolor Corporal es mayor percibido en el área urbana (79.8) que en el rural 75.2. En Salud General el promedio es de 62.2 en el área urbana con respecto al 53.5 área rural; la Función Social es de 78.7 en el área urbana y de 76.6 área rural. En cuanto al Rol Emocional el puntaje promedio es de 84.2 en la zona urbana y 66.2 en el área rural.

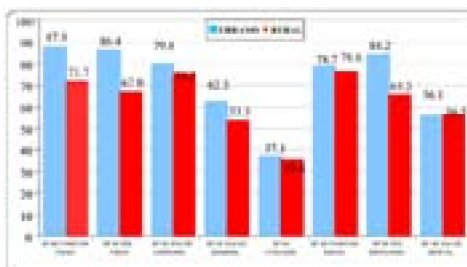


Gráfico 4.2: PROMEDIOS DE LAS OCHO DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF-36 SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA LIMA SUR, MARZO - ABRIL

4.3.-DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF- 36 SEGÚN SEXO Y SEGÚN ALFABETIZACION

Para probar las diferencias entre las categorías de las variables sexo y alfabetismo se usó la prueba de T - ESTUDENT

Cuadro N°4.1: DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF -36 SEGÚN SEXO. DISA II LIMA SUR ABRIL MAYO 2002

DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF -36			SEXO			
	VARON		MUJER		TOTAL	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD
FUNCION FISICA	86.07	26.76	80.36	28.08	82.66	27.68
ROL FISICO	83.76	33.63	76.68	37.58	79.46	36.22
DOLOR CORPORAL	84.45	22.90	74.37	24.98	78.49	24.64
SALUD GENERAL	62.46	19.86	57.02	17.38	59.25	18.62
FUNCION SOCIAL	81.40	19.12	75.92	21.73	78.14	20.87
VITALIDAD	33.00	16.05	38.68	16.58	36.36	16.58
ROL EMOCIONAL	82.33	33.30	74.65	38.31	77.54	36.57
SALUD MENTAL	56.95	8.89	55.75	8.55	56.24	8.70

En todas las Dimensiones del Cuestionario SF-36 el género masculino supera al género femenino a excepción de la Dimensión Vitalidad (38 en mujeres y 33 hombres). Se observa asimismo que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p < 0.05$). Sin embargo llama la atención los puntajes alcanzados en ambos grupos en la Dimensión Vitalidad, es el sentimiento de energía para realizar las actividades laborales y cotidianas.

Cuadro N°4.2: DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF -36 SEGÚN ALFABETIZACION DISA II LIMA SUR ABRIL MAYO 2002

DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF -36	SABE LEER Y ESCRIBIR					
	SI		NO		TOTAL	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD
FUNCION FISICA	84.00	27.02	60.44	24.90	82.85	27.43
ROL FISICO	81.25	34.73	58.33	46.11	80.11	35.70
DOLOR CORPORAL	79.63	24.16	58.97	26.81	78.64	24.70
SALUD GENERAL	59.97	18.45	45.67	18.82	59.29	18.69
FUNCION SOCIAL	78.61	20.59	70.56	25.11	78.20	20.89
VITALIDAD	35.93	16.38	46.18	20.85	36.45	16.79
ROL EMOCIONAL	78.61	35.83	57.14	44.31	77.66	36.44
SALUD MENTAL	56.30	8.71	54.29	8.15	56.18	8.7

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Con relación a la Dimensión Vitalidad según alfabetización se alcanza el puntaje de 35 en alfabetos y 46 en personas que no saben leer ni escribir. Se observa que existen diferencias estadísticamente significativas entre los alfabetos y las personas que no saben leer ni escribir ($p < 0.05$). Sin embargo los puntajes alcanzados en ambos grupos no alcanzan ni 50 puntos

Por otro lado, en cuanto a la Dimensión de Salud General, en la que implica la valoración personal del estado de salud, en la cual se incluye la situación actual y las perspectivas futuras, las mujeres alcanzan un puntaje de 57 y el género masculino alcanza un puntaje de 62 puntos. Asimismo existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p < 0.05$). En esa misma Dimensión Salud General según alfabetización los alfabetos alcanzan un puntaje de 59 y de 45 puntos las personas que no saben leer ni escribir. Asimismo existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p < 0.05$).

Con relación a la Dimensión Salud Mental, en la cual los entrevistados declaran su valoración de su salud mental, en ella se considera la depresión, la ansiedad, autocontrol y el bienestar general, el género masculino alcanza 56 puntos y el género femenino 55 puntos. No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p > 0.05$). En relación con la Dimensión Salud Mental según alfabetización, los alfabetos alcanzan 56 puntos y los que no saben leer ni escribir 54 puntos. Estas diferencias son estadísticamente significativas entre alfabetos y los que no saben leer ni escribir ($p < 0.05$).

En la dimensión Dolor Corporal el género masculino alcanza un puntaje de 84 y el género femenino alcanza un puntaje de 74. Esta dimensión permite conocer la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar. Por otro lado existen diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en dicha dimensión ($p < 0.05$). En esa misma dimensión "Dolor Corporal" los alfabetos alcanzan un puntaje de 79 y las personas que no saben leer ni escribir alcanzan un

puntaje de 58 y se observan diferencias estadísticamente significativas entre los alfabetos y las personas que no saben leer ni escribir en dicha dimensión ($p < 0.05$).

Con respecto a la Dimensión de Función Física en la cual se valora el grado en la que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o llevar objetos y realizar esfuerzos moderados e intensos; el género masculino alcanza un puntaje de 86 y el género femenino alcanza un puntaje de 80. Asimismo se observa que existen diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en dicha dimensión siendo ($p < 0.05$). Por otro lado al analizar la **Dimensión de Función Física según alfabetización** se alcanza los siguientes puntajes (84 los alfabetos y 60 en las personas que no saben leer y escribir). Se observa que estas diferencias son estadísticamente significativas siendo ($p < 0.05$).

Por otro lado en la **Dimensión del Rol Físico**, los varones alcanzan un puntaje de 83 y las mujeres alcanzan un puntaje de 76. Esta dimensión permite conocer el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. Se observa asimismo que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p < 0.05$). Y en cuanto a la Dimensión del Rol Físico según alfabetización los alfabetos alcanzan un puntaje de 81 y las personas que no saben leer ni escribir alcanza un puntaje de 58. Se observa asimismo que existen diferencias estadísticamente significativas entre los alfabetos y las personas que no saben leer ni escribir ($p < 0.05$).

En la **Dimensión Función Social** el género masculino alcanza un puntaje de 81 y el género femenino de 75. Esta dimensión mide el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la salud interfieren en la vida social habitual. Se observa asimismo que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p < 0.05$). Y en cuanto a la Dimensión Función Social según alfabetización los alfabetos alcanzan un puntaje de 78 y un puntaje de 70 los que no saben leer ni escribir. Se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre alfabetos y personas que no saben leer ni escribir ($p > 0.05$).

En la **Dimensión Rol Emocional**, el género masculino alcanza un puntaje de 82 y el género femenino alcanza el puntaje de 74. Se observa asimismo que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p < 0.05$). Y en cuanto a la Dimensión Rol Emocional según alfabetización los alfabetos alcanzan un puntaje de 78 y en los que no saben leer ni escribir alcanza un puntaje de 57. Se observa asimismo que existen diferencias estadísticamente significativas entre los alfabetos y los que no saben leer ni escribir ($p < 0.05$).

4.4.- DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF- 36 SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ESTADO CIVIL

Para la comparación de las categorías de variables por grupos de edad y estado civil se

utilizó el análisis de varianza. En las pruebas donde se rechaza la hipótesis de igualdad se usó el MÉTODO DE BONFERRONI para identificar la o las categorías que hacen la diferencia.

Cuadro N°4.3: DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF -36 SEGÚN GRUPOS DE EDAD LIMA SUR ABRIL MAYO 2002

	GRANDES GRUPOS DE EDAD							
	15-49		50-64		65 +		TOTAL	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD
FUNCION FISICA	84.00	27.02	60.44	24.90	82.85	27.43	82.32	27.92
ROL FISICO	81.25	34.73	58.33	46.11	80.11	35.70	79.23	36..37
DOLOR CORPORAL	79.63	24.16	58.97	26.81	78.64	24.70	78.16	24.92
SALUD GENERAL	59.97	18.45	45.67	18.82	59.29	18.69	59.12	18.61
FUNCION SOCIAL	78.61	20.59	70.56	25.11	78.20	20.89	77.90	21.04
VITALIDAD	35.93	16.38	46.18	20.85	36.45	16.79	36.49	16.68
ROL EMOCIONAL	78.61	35.83	57.14	44.31	77.66	36.44	77.15	36.83
SALUD MENTAL	56.30	8.71	54.29	8.15	56.18	8.7	56.22	8.68

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

En la dimensión de vitalidad el grupo comprendido de 65 años a más alcanza un puntaje de 45 puntos seguido del grupo de edad 50-64 años que alcanza un puntaje de 39 y en el grupo de 15-49 años alcanza un puntaje de 35 puntos. Llama la atención que la población económicamente activa alcance un puntaje menor que el grupo de adultos mayores. Toda vez que la Dimensión Vitalidad, es el sentimiento de energía para realizar las actividades laborales y cotidianas.

Se observa asimismo que algunos de los grupos de edad son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Al realizar múltiples comparaciones por el método de bonferroni se encontró que el grupo de edad de 15-49 años, difiere estadísticamente de los otros grupos.

Cuadro N°4.4: DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF -36 SEGÚN ESTADO CIVIL. DISA LIMA SUR. ABRIL MAYO 2002

CAPITULO IV : SITUACIÓN DE SALUD CONSIDERANDO DISCAPACIDAD PERCIBIDA Y BIENESTAR PSICOSOCIAL

	ESTADO CIVIL											
	CONVIVIENTE		CASADO		VIUDO		SEPARADO		SOLTERO		TOTAL	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD
FUNCION FISICA	81.56	28.05	77.87	29.85	55.14	35.82	80.87	34.63	94.75	12.51	82.34	27.85
ROL FISICO	76.36	38.08	74.40	38.34	57.64	46.22	80.68	37.74	94.79	19.03	79.49	36.08
DOLOR CORPORAL	72.80	26.90	75.79	23.53	67.36	30.60	82.73	23.98	89.08	20.12	78.38	24.86
SALUD GENERAL	58.53	18.93	55.52	16.88	53.77	21.50	64.44	22.26	66.09	18.54	59.20	18.75
FUNCION SOCIAL	77.51	20.33	75.68	21.57	65.28	27.24	81.25	17.57	84.11	17.89	77.99	21.01
VITALIDAD	39.92	14.79	36.92	15.54	42.50	20.78	44.57	20.05	31.08	17.46	36.60	16.73
ROL EMOCIONAL	71.73	39.32	73.88	37.54	60.95	45.36	78.79	37.86	91.29	25.69	77.32	36.77
SALUD MENTAL	56.53	9.45	55.84	8.43	51.56	9.05	57.57	9.08	56.95	8.17	56.14	8.72

En esta misma dimensión según estado civil, el grupo de separados, viudos y divorciados alcanza 43 puntos, seguido de los casados y convivientes con 38 puntos y el grupo de soltero con 31 puntos, algunos de los grupos de edad son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). y al realizar múltiples comparaciones por el método de bonferroni se encontró que la condición de soltero, difiere estadísticamente de los otros grupos.

Con respecto a la Dimensión de Función Física en la cual se valora el grado en la que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal caminar, subir escaleras, coger o llevar objetos y realizar esfuerzos moderados e intensos se alcanzan los siguientes puntajes (86 grupo de edad de 15 - 49, 78 en el grupo de edad de 50 puntos a 64 y 50 para el grupo de 65 a mas). Asimismo se observa que algunos de los grupos de edad son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Luego se realizó múltiples comparaciones por el método de bonferroni y se encontró que el grupo de edad de 65 años es diferente. En esta misma dimensión según estado civil, el grupo soltero tiene puntaje de 94, seguido de los casados y convivientes con 79 puntos y el grupo de separados, viudos y divorciados alcanza 65 puntos, algunos de los grupos de edad son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). y al realizar múltiples comparaciones por el método de bonferroni se encontró que en cada par de grupos las características de la Dimensión Función Física son diferentes.

Por otro lado en la Dimensión del Rol Físico, el grupo de edad de 15-49 años alcanza un puntaje de 82, el grupo de edad de 50-64 alcanza un puntaje de 79 y el grupo de edad de 65 años a más alcanza un puntaje de 45 puntos. Esta dimensión permite conocer el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. Se observa asimismo

que existen que algunos de los grupos de edad son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Luego se realizó múltiples comparaciones por el método de bonferroni y se encontró que el grupo de edad de 65 años es diferente.

Y en cuanto a la Dimensión del Rol Físico según estado civil los solteros alcanzan un puntaje de 94, seguido de 76 puntos en casados y convivientes y de 66 puntos en el grupo de separados y viudos. Se observa asimismo que algunos de los grupos de estado civil son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Luego se realizó múltiples comparaciones por el método de bonferroni y se encontró que el grupo de “soltero” es diferente.

En la dimensión de Dolor Corporal el grupo de edad de 15-49 años alcanza un puntaje de 81, el grupo de edad 50-64 años alcanza un puntaje de 70 y el grupo de 65 años a más alcanza un puntaje de 55. Esta dimensión permite conocer la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar. Por otro lado se observa que algunos de los grupos de edad son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Luego se realizó múltiples comparaciones por el método de bonferroni y se encontró que en cada par de grupos las características del dolor corporal son diferentes. En esa misma dimensión según estado civil los solteros alcanzan un puntaje de 89, seguido de 74 puntos en casados y convivientes; y de 73 puntos en el grupo de separados y viudos. Se observa asimismo que algunos de los grupos de estado civil son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Luego se realizó múltiples comparaciones por el método de bonferroni y se encontró que el grupo de “soltero” es diferente.

Por otro lado, en cuanto a la Dimensión de Salud General, en la que implica la valoración personal del estado de salud, en la cual se incluye la situación actual y las perspectivas futuras, el grupo de edad de 15 a 49 años alcanza un puntaje de 61, el grupo de edad de 50-64 alcanza un puntaje de 79, el grupo de edad de 50-64 alcanza un puntaje de 76 y el grupo de 65 a más alcanza el puntaje de 60. Algunos de los grupos de edad son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Al realizar múltiples comparaciones por el método de bonferroni se identificó que en cada par de grupos las características de salud general son diferentes. En esta misma Dimensión según estado civil alcanzan un puntaje de 66 los solteros, de 57 puntos los separados, viudos y divorciados y de 56 puntos en casados y conviviente. Se observa asimismo que algunos de los grupos de estado civil son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Luego se realizó múltiples comparaciones por el método de bonferroni y se encontró que el grupo de soltero es diferente.

En la Dimensión Función Social se mide el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la salud interfieren en la vida social habitual. El grupo de edad de 15 - 49 alcanza el puntaje de 79, el grupo de edad 50-64 alcanza un puntaje de 76 y el grupo de 65 años a más alcanza un puntaje de 60. Alguno de los grupos de edad son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Al realizar múltiples comparaciones por el método de bonferroni se identificó al grupo de 65 a más es diferente que los otros grupos.

En esta misma según estado civil alcanzan un puntaje de 84 los solteros, de 76 puntos los casados y convivientes; y de 71 puntos los separados, viudos y divorciados. Se observa asimismo que algunos de los grupos de estado civil son estadísticamente

diferencias de otros ($p < 0.05$). Luego se realizó múltiples comparaciones por el método de bonferroni y se encontró que el grupo de soltero es diferente.

En la Dimensión Rol Emocional, el grupo de edad de 15-49 años alcanza un puntaje de 79, el grupo de 50-64 tiene el puntaje de 75 y el grupo de 65 a más alcanza el puntaje de 52. Alguno de los grupos de edad son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Al realizar múltiples comparaciones por el método de bonferroni se identificó al grupo de 65 a más es diferente que los otros grupos. Se observa asimismo que en esta misma según estado civil alcanzan un puntaje de 91 los solteros, de 73 puntos los casados y conviviente y de 57 puntos los separados, viudos y divorciados. Se observa asimismo que algunos de los grupos de estado civil son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Luego se realizó múltiples comparaciones por el método de bonferroni y se encontró que el grupo de soltero es diferente.

En relación a la Dimensión Salud Mental, en la cual los entrevistados declaran su valoración de su salud mental, en ella se considera la depresión, la ansiedad, autocontrol y el bienestar general, el grupo de edad de 15-49 alcanza el puntaje de 56 puntos el grupo de edad de 50-64 alcanza el puntaje de 55 y el grupo de edad de 65 años a más alcanza el puntaje de 50. Alguno de los grupos de edad son estadísticamente diferentes de otros ($p < 0.05$). Al realizar múltiples comparaciones por el método de bonferroni se identificó al grupo de 65 a más, es diferente que los otros grupos.

Se observa asimismo que en esta misma dimensión según estado civil alcanzan un puntaje de 56 los solteros, los casados y conviviente; los cuales alcanza 53 puntos los separados, viudos y divorciados. Se observa asimismo que no hay evidencia de la diferencia de la salud mental entre los solteros, el grupo de separados viudos y divorciados, y el grupo de casados y convivientes ($p > 0.05$). Luego se realizó múltiples comparaciones por el método de bonferroni y se encontró que en cada par de grupos las características de salud mental son diferentes.

CONCLUSIONES

El estudio concluye que el Análisis de Situación de Salud incorporando el análisis de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial, permite ampliar el conocimiento de las condiciones de vida, los problemas de salud - enfermedad de la población toda vez que permitió conocer la percepción del usuario en aspectos de su salud física, emocional y social; así como aspectos de la valoración de su salud general así como la de hace un año; de esta manera esta propuesta de ASIS constituiría una herramienta básica de conducción gerencia y toma de decisiones, que responda a las necesidades sanitarias de las poblaciones y el empoderamiento del concepto de salud de los individuos, siendo los principales resultados los siguientes:

El 47.3% de la población mayor de 15 años del ámbito de estudio, percibe que su estado de salud en general es regular y malo, el 39.2% señala que su salud es buena.

Con respecto a su salud actual comparada hace un año; el 50.3% refirió que su salud es mas o menos igual, el 14.3 refirió que su salud era peor.

Asimismo revela, que de las 8 dimensiones del SF-36 la Dimensión de Vitalidad alcanza un puntaje de 33 para el género masculino y 38.7 en el género femenino, teniendo en consideración que el puntaje ideal es de 100.

Al comparar las dimensiones del SF -36 por zona de residencia, se encontró que las dimensiones: Función Física, Rol Físico, Salud General, Rol emocional, en la zona urbana es estadísticamente significativo con respecto a la zona rural.

Para probar las diferencias usando la prueba de T STUDENT con relación a la

Dimensión Vitalidad se observa diferencias estadísticamente significativas entre alfabetos y las personas que no saben leer ni escribir. En la Dimensión Salud General según alfabetización existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. En la Dimensión Dolor Corporal en la que se permite conocer la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo, existen diferencias significativas entre alfabetos y personas que no saben leer y escribir. En la Dimensión Rol Físico según alfabetización existen diferencias estadísticamente significativas entre alfabetos y personas que no saben leer ni escribir.

Por otro lado utilizando el Método de Bonferroni en aquellas pruebas donde se rechaza la hipótesis de igualdad así tenemos que:

En la Dimensión Vitalidad El grupo de 15-49 años difiere estadísticamente de los otros grupos, en la Dimensión Función Física y Dimensión Rol Físico el grupo de 65 años a más es diferente, en la dimensión Dolor Corporal las características de los grupos son diferentes. En Dimensión Salud General algunos grupos de edad son diferentes. En la Dimensión Función Social y Salud Mental el grupo de edad de 65 años a más es diferente de otros.

Dado que en la presente investigación, realizado a través de una encuesta poblacional ha permitido conocer la percepción del usuario acerca de su salud física, social y mental; aspectos de vital importancia para la planificación de la oferta de los servicios de salud, así como el direccionamiento de las estrategias e intervenciones de los servicios de acuerdo a las necesidades de la población.

La metodología de la presente investigación ha permitido optimizar el recojo de la información, logrando una aproximación cercana de la realidad sanitaria local, así mismo ha permitido el acercamiento de los proveedores de los servicios de salud a los potenciales usuarios.

La presente investigación ha permitido demostrar resultados similares con los hallazgos encontrados en las ENDES en aspectos de: salud de la mujer, así tenemos que

El 91% de la población en estudio recibió asistencia prenatal, y la prevalencia de partos institucionales fue de 83.6%.

El 12.6% de la población en estudio padece de alguna enfermedad crónica, siendo la Diabetes la enfermedad que mayor frecuencia presenta.

En las 4 semanas anteriores a la encuesta el 20.3% de la población presentó algún problema de salud. En el área urbana el 11.9 señaló que estaba enfermo, mientras que el área rural solo el 8.4% respondió que estaba enfermo.

La principal causa por lo que la población no demanda los servicios de salud fue porque no tenía dinero.

Del total de personas que consultaron un establecimiento de salud, el 59.3 % lo hizo en un establecimiento de salud del Ministerio de Salud.

Finalmente el estudio reportó alrededor del 95% de la población desconoce las bondades del Seguro Integral de Salud, lo que se evidencia en un limitado acceso a los servicios de salud

RECOMENDACIONES

A LOS EQUIPOS DE GESTIÓN Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Se recomienda la propuesta de “La Situación de Salud en algunos distritos de Lima” toda vez que considera la percepción del usuario en aspectos de salud física, social y mental, lo que se traduce en una mejor aproximación del conocimiento de la realidad sanitaria de un ambiente geográfico determinado, Permite asimismo una mayor oportunidad en el análisis de los datos, bajos costos, y además porque, favorece el acercamiento del prestador de los servicios de salud con los potenciales usuarios.

El USO potencial del ASIS como una herramienta de gestión de los servicios de salud permite un mayor conocimiento de la realidad sanitaria involucrando aspectos del proceso salud enfermedad desde el punto de vista del usuario permitirá y facilitará las intervenciones o estrategias de la salud individual y colectiva

Se sugiere la Incorporación de la valoración de las dimensiones del Cuestionario SF-36 en las Encuestas Nacionales de Salud, porque permitirá la valoración de la salud física, social y mental, lo cual sería un insumo necesario para la medición de la calidad de vida relacionado con la salud, permitiendo comparar poblaciones en diferentes áreas geográficas, en distintos períodos cronológicos y en diferentes sistemas de salud.

A LOS INVESTIGADORES

Realizar Estudios de investigación que involucren aspectos de discapacidad percibida en área urbana y rural.

Realizar estudios de investigación utilizando el cuestionario SF-36, para conocer la

calidad de vida de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- ARROYO Juan. La reforma del sector salud en el Perú 1990 - 1998: En busca de nuevos modelos de políticas sociales. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2000.
- Gobernabilidad en salud en el Perú en los 90. La función de gobierno, la intersectorial y la sociedad civil en salud. Análisis y Propuesta Lima: Oficina General Epidemiología, MINSA, 1999.
- BRESSER Luiz. "La reconstrucción del Estado en América Latina" En: Revista CEPAL. s/n Octub. 1998
- DAY R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos, Washington: OPS. Publicación científica. N° 558, 1996.
- DEPETRIS A. La tercera revolución epidemiológica y la promoción de la salud. Washington: OPS, 1994
- DONABEDIAN A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un Texto introductorio. Perspectivas en Salud Pública. Mx: Instituto Nacional de Salud Publica.1990
- FERRER, M. Los módulos de salud en las Encuestas de Hogares de América Latina y el Caribe, Washington DC: OPS, 2000.
- FRENCKE, P. Focalización del gasto público en salud. Lima: Ministerio de Salud, Junio 1998.

- GÓMEZ, M. Calidad de Vida y su influencia en la investigación y la práctica. Universidad de Salamanca. España.
- GORDIS, L. Epidemiology. Pennsylvania, WB. Sannders Company, 1996.
- INSTITUTO CUANTO. Encuesta Nacional sobre Medición de Niveles de Vida Lima: Cuanto, Agosto 2000.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, Encuesta Nacional de Hogares. Lima. INEI, 1999.
- . Censo Nacional IX Población, IV de Vivienda. Lima: INEI, 1,993.
- . Encuesta Nacional de Hogares IV Trimestre. Lima: INEI, 2000.
- INSTITUTO MUNICIPAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Barcelona: IMIN, Agosto.2000.
- LLUL J. Help: Cultura e identidad en el Siglo XXI. San José: State University California.
- MINISTERIO DE SALUD. Bases para el análisis de situación de salud. Lima: Oficina General de Epidemiología, 1999.
- . Análisis de situación de salud 2000. Lima: Oficina General de Epidemiología, 2001.
- . Análisis de situación de salud: Guía para el análisis de los factores condicionantes de salud. Lima: Oficina General de Epidemiología, 2001.
- . Análisis de situación de salud: Guía para el análisis del Proceso Salud – Enfermedad. Lima: Oficina General de Epidemiología. 2001.
- . Análisis de situación de salud: Guía para la integración de componentes del ASIS Lima: Oficina General de Epidemiología, 2001.
- MORMONTOY. W. Elaboración del protocolo de investigación en ciencias de la salud, de la conducta y áreas afines. Lima: Boehringer Ingelheim, 1993.
- MURRAY C, LOPEZ, A.D. The Global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge. Harvard University Press.1996
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la región de las Américas. Washington. DC. OPS, 2001.
- . Hoja Resumen en Desigualdades en Salud en Perú.. Washington. DC: División de salud y desarrollo humano. Febrero 2002.
- . Ensayos de Campo de Intervenciones en Salud en Países en Desarrollo: Una Caja de Herramientas. 3° ed. Washington DC: OPS, 1998.
- RAMOS, J. Estadística inferencial: Texto autoformativo. Lima: 1999.
- REIDPATHD y otros. Social, cultural and environmental contexts and the measurement of the burden of disease. The University of Melbourne, Mayo 2001.
- REYES, I y otros. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. En: Revista Cubana de Salud Pública. CU (1):37-43,1996.
- ROTHMAN Kenneth. Epidemiología moderna. 2a.ed. Díaz de Santos. Madrid.1998.
- SAGASTI, Francisco. Equidad integridad social y desarrollo: Hacia un nuevo enfoque

- para la política social en América Latina. Lima: Agenda Perú y Universidad del Pacífico, 1999.
- SHEENAN. T. Publicaciones médicas: Que los factores sepan a que atenerse. Publicación Científica 550. Washington DC: OPS, 1994.
- SUAREZ, Rubén, Inequidades y Disparidades en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe Resultados e Implicaciones Políticas: Washington DC: OPS. 2001.
- UNIVERSIDAD SAN IGNACIO DE LOYOLA. Métodos y técnicas de investigación. Lima: USIL-Programa de Especialización de Epidemiología de Campo, 2001.
- , Metaanálisis Lima: USIL-Programa de Especialización de Epidemiología de Campo, 2001.
- , Vigilancia en Salud Pública Lima: USIL- Programa de Especialización de Epidemiología de Campo. 2001.
- VELASQUEZ, A. Uso e Interpretación de Pruebas Estadísticas Lima. USIL-Programa de Especialización de Epidemiología de Campo, 2000.
- VELIZ C. Estadística y aplicaciones. Lima: C Gráficos 2000
- WALKER. Cómo presentar los resultados de los estudios epidemiológicos: Aspectos Metodológicos Éticos y Prácticos en Ciencias de la Salud. Publicación Científica 550. Washington OPS, 1994.
- WAYNE W. Daniel. Bioestadística: bases para el análisis de las ciencias de la salud, 1994.
- ZÚÑIGA, M. Evaluación del Estado de Salud con la Encuesta SF – 36: Resultados Preliminares en México. En: Salud Pública, Mx 41 (12): mar- abr, 1999.

ANEXOS

ANEXO N°1: Cuadros Complementarios

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

Cuadro N° 01: Estado Civil de los Encuestados según Zona de Residencia DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Estado civil	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Total	1085	66.7	541	33.3	1626	100
Soltero	577	71.4	231	28.6	808	49.7
Casado	291	63.4	168	36.6	459	28.2
Conviviente	154	57.2	115	42.8	269	16.5
Viudo	35	70.0	15	30.0	50	3.1
Separado	28	73.7	10	26.3	38	2.3
Divorciado	0	0.0	2	100.0	2	0.1

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 02: Idioma Habitual según Zona de Residencia DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Idioma Habitual	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Total	1107	62.7	658	37.3	1765	100
Castellano	1095	63.2	637	36.8	1732	98.1
Quechua	8	44.4	10	55.6	18	1.0
Otros	0	0	3	100	3	0.2
No habla	4	33.3	8	66.7	12	0.7

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 03: Condición de Alfabetismo según Zona de Residencia DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Alfabetas	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Total	787	66.9	390	33.1	1177	100
Sí	753	66.6	377	33.4	1130	64.0
No	34	72.3	13	27.7	47	2.7

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Ocupación	Personas	
	Nra.	%
Total	331	100.0
Trabajo	199	37.5
Estudio	157	29.6
Amo de casa	119	22.4
Otros	16	3.0
No trabajo pero tiene trabajo	12	2.8
Desempleado	12	2.8
Retirado	10	1.9

Cuadro N° 04: Ocupación de los Entrevistados DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2005

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 05: Ingresos Promedio Mensual en Familias Según Zonas de Residencias DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Nuevos Soles S/.	Urbano		Rural		Total	%
	Nro.	%	Nro.	%		
Total	235	100.0	169	100.0	404	
< 350	91	38.7	109	64.5	200	49.5
350 - 600	89	37.9	52	30.8	141	34.9
600-1000	39	16.6	8	4.7	47	11.6
1000 -+	16	6.8	0	0	16	4.0

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

II. ASPECTOS DE SALUD

Enfermos Crónicos	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Total	220	60.9	141	39.1	361	100.0
%	103	51.0	99	49.0	202	56.0
%	22	56.4	17	43.6	39	10.8
%	27	84.4	5	15.6	32	8.9
%	23	85.2	4	14.8	27	7.5
%	14	70.0	6	30.0	20	5.5
%	13	76.5	4	23.5	17	4.7
%	6	60.0	4	40.0	10	2.8
%	9	90.0	1	10.0	10	2.8
%	3	75.0	1	25.0	4	1.1

Cuadro N° 06 : Enfermos Crónicos según Zona de Residencia DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 07: Morbilidad General por Sistemas Según Zonas de Residencias DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Sistema	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Total	220	60.9	141	39.1	361	100.0
Sistema Respiratorio	103	51.0	99	49.0	202	56.0
Sistema Digestivo	22	56.4	17	43.6	39	10.8
Piel y anexos	27	84.4	5	15.6	32	8.9
Sistema cardio vascular	23	85.2	4	14.8	27	7.5
Sist músculo esquelético	14	70.0	6	30.0	20	5.5
Sistema Renal	13	76.5	4	23.5	17	4.7
Sist reproductor y mamas	6	60.0	4	40.0	10	2.8
Sistema endocrino	9	90.0	1	10.0	10	2.8
Sistema neurológico	3	75.0	1	25.0	4	1.1

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

La Situación de Salud en Algunos Distritos del Sur de Lima

Cuadro N° 08: Morbilidad General por Sistemas Según Sexo DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Sistema	Genero				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Total	159	45.2	193	54.8	352	100.0
Sistema Respiratorio	94	48.0	102	52.0	196	55.7
Sistema Digestivo	15	38.5	24	61.5	39	11.1
Piel y anexos	13	43.3	17	56.7	30	8.5
Sistema cardio vascular	15	55.6	12	44.4	27	7.7
Sist músculo esquelético	11	55.0	9	45.0	20	5.7
Sistema Renal	5	31.3	11	68.8	16	4.5
Sist reproductor y mamas	1	10.0	9	90.0	10	2.8
Sistema endocrino	4	40.0	6	60.0	10	2.8
Sistema neurológico	1	25.0	3	75.0	4	1.1

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 09: Morbilidad Urbana por Sistemas Según Sexo DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Sistema	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Total	96	44.0	122	56.0	218	100.0
Sistema Respiratorio	47	45.6	56	54.4	103	47.2
Piel y anexos	10	38.5	16	61.5	26	11.9
Sistema cardio vascular	13	56.5	10	43.5	23	10.6
Sistema Digestivo	10	45.5	12	54.5	22	10.1
Sist músculo esquelético	7	50.0	7	50.0	14	6.4
Sistema Renal	5	41.7	7	58.3	12	5.5
Sistema endocrino	3	33.3	6	66.7	9	4.1
Sist reproductor y mamas	1	16.7	5	83.3	6	2.8
Sistema neurológico		0.0	3	100.0	3	1.4

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 10: Morbilidad Rural por Sistemas Según Sexo DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Sistema	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Total	63	47.0	71	53.0	134	100.0
Sistema Respiratorio	47	50.5	46	49.5	93	69.4
Sistema Digestivo	5	29.4	12	70.6	17	12.7
Sistema Renal	0	0.0	4	100.0	4	3.0
Sist reproductor y mamas	0	0.0	4	100.0	4	3.0
Sistema cardio vascular	2	50.0	2	50.0	4	3.0
Sistema neurológico	1	100.0	0	0.0	1	0.7
Sistema endocrino	1	100.0	0	0.0	1	0.7
Sist músculo esquelético	4	66.7	2	33.3	6	4.5
Piel y anexos	3	75.0	1	25.0	4	3.0

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 11: Morbilidad General por Sistemas Según Grupos de Edad DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Sistema	Total	%	Grupos de Edad			
			0-14	15-49	50-64	65-+
Total General	360	100	97	155	70	38
Sistema Respiratorio	201	55.8	78	92	26	5
Sistema Digestivo	39	10.8	12	17	5	5
Piel y anexos	32	8.9	3	15	10	4
Sistema cardio vascular	27	7.5	0	5	11	11
Sist músculo esquelético	20	5.6	1	7	6	6
Sistema Renal	17	4.7	2	9	4	2
Sist reproductor y mamas	10	2.8	1	6	0	3
Sistema endocrino	10	2.8	0	3	6	1
Sistema neurológico	4	1.1	0	1	2	1

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 12: Enfermo o Accidentados Por Días de Duración del Padecimiento Según Sexo DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

La Situación de Salud en Algunos Distritos del Sur de Lima

Nro. Días	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Total	13	48.1	14	51.9	27	100
Menos de 5 días	1	50.0	1	50.0	2	7.4
De 5 a 15 días	4	57.1	3	42.9	7	25.9
Mmas de 15 días	8	44.4	10	55.6	18	66.7

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 13: Enfermo o Accidentados Por Días Impedidos de Trabajar Según Sexo DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Nro. Días	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Total	153	46.79	174	53.21	327	100
Menos de 7 días	114	48.10	123	51.90	237	237.00
De 8 a 14 días	11	37.93	18	62.07	29	29.00
De 15 a mas	28	45.90	33	54.10	61	61.00

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 14: Personas que Enfermaron en el último Mes Según Sexo DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Enfermos en el ultimo mes	Sexo				Total
	Masculino	%	Femenino	%	
Total	762	48.5	809	51.5	1571
Sí	139	43.7	179	56.3	318
No	623	49.7	630	50.3	1253

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 15: Personas que se Accidentaron en el Último Mes Según Sexo DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Accidentados en el último mes	Sexo				Total
	Masculino	%	Femenino	%	
Total	662	48.4	706	51.6	1368
Sí	10	37.0	17	63.0	27
No	652	48.6	689	51.4	1341

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 16: ¿Consulta con Alguien durante su Enfermedad? Según Zona de Residencia DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

¿Consulta con Alguien?	Zona				Total
	Urbana	%	Rural	%	
Total	226	60.9	145	39.1	371
Sí	138	68.0	65	32.0	203
No	88	52.4	80	47.6	168

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Método	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Total	210	87.1	69	42.9	279	100
Proceso	100	47.6	40	58.6	140	50.2
Prácticas	80	38.1	21	30.4	101	36.2
Preparación	10	4.8	10	14.5	20	7.2
Medio	22	10.5	11	15.9	33	11.8
Medio	15	7.1	8	11.6	23	8.3
Medio	7	3.3	4	5.8	11	3.9
Medio	4	1.9	3	4.3	7	2.5
Medio	4	1.9	4	5.8	8	2.9
Medio	1	0.5	8	11.6	9	3.2
Medio	1	0.5	1	1.4	2	0.7
Medio	2	1.0	0	0.0	2	0.7

Cuadro N° 17: Uso de Método Anticonceptivo en mujeres entre 15 y 49 años según Zona de residencia DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psico Social en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Institución	Zona				Total
	Urbana	%	Rural	%	
Total	180	70.8	64	25.8	244
MIPSA	80	44.4	41	64.1	121
Particular	15	8.3	8	12.5	23
Particular	17	9.4	9	14.1	26
Particular	8	4.4	1	1.6	9
Particular	6	3.3	7	10.9	13

Cuadro N° 18: Lugar en donde se realizó la Consulta según Zona de Residencia DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psico Social en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

DIMENSIONES	SF-36		SF-36	
	Media	Desviación	Media	Desviación
1. Salud física	50,0	10,0	50,0	10,0
2. Salud mental	50,0	10,0	50,0	10,0
3. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0
4. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0
5. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0
6. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0
7. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0
8. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0

Cuadro N° 19: PROMEDIOS Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LAS OCHO DIMENSIÓN DE SF-36 SEGÚN SEXO DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psico Social en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

DIMENSIONES	SF-36		SF-36	
	Media	Desviación	Media	Desviación
1. Salud física	50,0	10,0	50,0	10,0
2. Salud mental	50,0	10,0	50,0	10,0
3. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0
4. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0
5. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0
6. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0
7. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0
8. Salud física y mental	50,0	10,0	50,0	10,0

Cuadro N° 20: PROMEDIOS Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LAS OCHO DIMENSIÓN DE SF-36 SEGÚN EDADES DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y bienestar Psico Social en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 21: Valoración del Estado de Salud según Zona de Residencia DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Valoración	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Total	551	100,0	283	100,0	834	100
Excelente	3	0,5	1	0,3	4	0,5
Muy buena	99	17,9	14	4,8	113	13,5
Buena	235	42,6	92	32,5	327	39,2
Regular	196	35,6	167	59,1	363	43,5
Malá	18	3,3	9	3,2	27	3,2

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

Cuadro N° 22: Valoración del Estado de Salud en Relación al Año Anterior según Zona de Residencia DISA LIMA SUR, Marzo Abril 2002

Valoración	Zona				Total	%
	Urbana	%	Rural	%		
Total	552	100,0	282	100,0	834	100
Mucho mejor	23	4,3	34	12,1	57	6,8
Algo mejor	169	30,6	56	19,9	225	27,0
Mas o menos igual	277	50,2	144	51,1	421	50,5
Algo peor	77	13,9	43	15,2	120	14,4
Mucho peor	6	1,1	5	1,8	11	1,3

Fuente: Encuesta de Incorporación de Discapacidad Percibida y Bienestar Psicosocial en el ASIS, DISA LIMA SUR 2002

ANEXO N°2: Encuesta Aplicada

ENCUESTAS

[illegible]

SECCION 1: DATOS GENERALES

Formulario de datos generales para la encuesta de salud. Incluye campos para el nombre del distrito, la zona (urbana/rural), y una tabla de datos con 10 columnas y 100 filas.

SECCION 1: DATOS GENERALES

Formulario de datos generales para la encuesta de salud. Incluye campos para el nombre del distrito, la zona (urbana/rural), y una tabla de datos con 10 columnas y 100 filas.

SECCION 2: CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Formulario de características de la vivienda. Incluye secciones para: 1. ¿Qué tipo de vivienda es? (casas, departamentos, etc.), 2. ¿Qué material predomina en las paredes exteriores de su vivienda? (ladrillo, cemento, etc.), 3. ¿Qué material predomina en las paredes interiores? (ladrillo, cemento, etc.), 4. ¿Qué tipo de servicios registra? (agua, electricidad, etc.), 5. ¿Qué tipo de abastecimiento tiene su hogar? (agua, electricidad, etc.), 6. ¿Qué tipo de calefacción tiene su hogar? (gas, leña, etc.).

SECCION 3: SITUACION DE SALUD

The diagram illustrates the experimental setup. A participant is seated at a table, looking at a computer monitor. The monitor displays a grid of stimuli. The participant's response is recorded by a computer system. The setup includes a participant, a computer, and a monitor.

Seccion 3: Situacion de sal

[illegible][illegible]

Sección 4: Salud del niño menor de cinco años

Sección 4: Salud Mujer

Nombre de la mujer: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Profesión: _____

Religión: _____

Grupos de riesgo:

1. Consumo de alcohol

2. Consumo de drogas

3. Consumo de medicamentos

4. Consumo de alimentos

5. Consumo de agua

6. Consumo de aire

7. Consumo de suelo

8. Consumo de luz

9. Consumo de ruido

10. Consumo de calor

11. Consumo de frío

12. Consumo de humedad

13. Consumo de contaminación

14. Consumo de estrés

15. Consumo de ansiedad

16. Consumo de depresión

17. Consumo de trastorno de pánico

18. Consumo de trastorno de ansiedad generalizada

19. Consumo de trastorno de estrés post-traumático

20. Consumo de trastorno de identidad disociada

21. Consumo de trastorno de personalidad

22. Consumo de trastorno de conducta

23. Consumo de trastorno de déficit de atención

24. Consumo de trastorno de hiperactividad

25. Consumo de trastorno de aprendizaje

26. Consumo de trastorno de comunicación

27. Consumo de trastorno de desarrollo

28. Consumo de trastorno de crecimiento

29. Consumo de trastorno de maduración

30. Consumo de trastorno de reproducción

31. Consumo de trastorno de fertilidad

32. Consumo de trastorno de embarazo

33. Consumo de trastorno de parto

34. Consumo de trastorno de lactancia

35. Consumo de trastorno de crianza

36. Consumo de trastorno de educación

37. Consumo de trastorno de socialización

38. Consumo de trastorno de integración

39. Consumo de trastorno de adaptación

40. Consumo de trastorno de ajuste

41. Consumo de trastorno de equilibrio

42. Consumo de trastorno de bienestar

43. Consumo de trastorno de calidad de vida

44. Consumo de trastorno de satisfacción

45. Consumo de trastorno de felicidad

46. Consumo de trastorno de esperanza

47. Consumo de trastorno de optimismo

48. Consumo de trastorno de positivismo

49. Consumo de trastorno de altruismo

50. Consumo de trastorno de solidaridad

51. Consumo de trastorno de cooperación

52. Consumo de trastorno de colaboración

53. Consumo de trastorno de ayuda

54. Consumo de trastorno de apoyo

55. Consumo de trastorno de protección

56. Consumo de trastorno de defensa

57. Consumo de trastorno de resistencia

58. Consumo de trastorno de lucha

59. Consumo de trastorno de batalla

60. Consumo de trastorno de guerra

61. Consumo de trastorno de conflicto

62. Consumo de trastorno de disputa

63. Consumo de trastorno de controversia

64. Consumo de trastorno de discusión

65. Consumo de trastorno de debate

66. Consumo de trastorno de controversia

67. Consumo de trastorno de polémica

68. Consumo de trastorno de controversia

69. Consumo de trastorno de controversia

70. Consumo de trastorno de controversia

71. Consumo de trastorno de controversia

72. Consumo de trastorno de controversia

73. Consumo de trastorno de controversia

74. Consumo de trastorno de controversia

75. Consumo de trastorno de controversia

76. Consumo de trastorno de controversia

77. Consumo de trastorno de controversia

78. Consumo de trastorno de controversia

79. Consumo de trastorno de controversia

80. Consumo de trastorno de controversia

81. Consumo de trastorno de controversia

82. Consumo de trastorno de controversia

83. Consumo de trastorno de controversia

84. Consumo de trastorno de controversia

85. Consumo de trastorno de controversia

86. Consumo de trastorno de controversia

87. Consumo de trastorno de controversia

88. Consumo de trastorno de controversia

89. Consumo de trastorno de controversia

90. Consumo de trastorno de controversia

91. Consumo de trastorno de controversia

92. Consumo de trastorno de controversia

93. Consumo de trastorno de controversia

94. Consumo de trastorno de controversia

95. Consumo de trastorno de controversia

96. Consumo de trastorno de controversia

97. Consumo de trastorno de controversia

98. Consumo de trastorno de controversia

99. Consumo de trastorno de controversia

100. Consumo de trastorno de controversia

Sección 5: Salud Mujer

Nombre de la mujer: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Profesión: _____

Religión: _____

Grupos de riesgo:

1. Consumo de alcohol

2. Consumo de drogas

3. Consumo de medicamentos

4. Consumo de alimentos

5. Consumo de agua

6. Consumo de aire

7. Consumo de suelo

8. Consumo de luz

9. Consumo de ruido

10. Consumo de calor

11. Consumo de frío

12. Consumo de humedad

13. Consumo de contaminación

14. Consumo de estrés

15. Consumo de ansiedad

16. Consumo de depresión

17. Consumo de trastorno de pánico

18. Consumo de trastorno de ansiedad generalizada

19. Consumo de trastorno de estrés post-traumático

20. Consumo de trastorno de identidad disociada

21. Consumo de trastorno de personalidad

22. Consumo de trastorno de conducta

23. Consumo de trastorno de déficit de atención

24. Consumo de trastorno de hiperactividad

25. Consumo de trastorno de aprendizaje

26. Consumo de trastorno de comunicación

27. Consumo de trastorno de desarrollo

28. Consumo de trastorno de crecimiento

29. Consumo de trastorno de maduración

30. Consumo de trastorno de reproducción

31. Consumo de trastorno de fertilidad

32. Consumo de trastorno de embarazo

33. Consumo de trastorno de parto

34. Consumo de trastorno de lactancia

35. Consumo de trastorno de crianza

36. Consumo de trastorno de educación

37. Consumo de trastorno de socialización

38. Consumo de trastorno de integración

39. Consumo de trastorno de adaptación

40. Consumo de trastorno de ajuste

41. Consumo de trastorno de equilibrio

42. Consumo de trastorno de bienestar

43. Consumo de trastorno de calidad de vida

44. Consumo de trastorno de satisfacción

45. Consumo de trastorno de felicidad

46. Consumo de trastorno de esperanza

47. Consumo de trastorno de optimismo

48. Consumo de trastorno de positivismo

49. Consumo de trastorno de altruismo

50. Consumo de trastorno de solidaridad

51. Consumo de trastorno de cooperación

52. Consumo de trastorno de colaboración

53. Consumo de trastorno de ayuda

54. Consumo de trastorno de apoyo

55. Consumo de trastorno de protección

56. Consumo de trastorno de defensa

57. Consumo de trastorno de resistencia

58. Consumo de trastorno de lucha

59. Consumo de trastorno de batalla

60. Consumo de trastorno de guerra

61. Consumo de trastorno de conflicto

62. Consumo de trastorno de disputa

63. Consumo de trastorno de controversia

64. Consumo de trastorno de discusión

65. Consumo de trastorno de debate

66. Consumo de trastorno de controversia

67. Consumo de trastorno de polémica

68. Consumo de trastorno de controversia

69. Consumo de trastorno de controversia

70. Consumo de trastorno de controversia

71. Consumo de trastorno de controversia

72. Consumo de trastorno de controversia

73. Consumo de trastorno de controversia

74. Consumo de trastorno de controversia

75. Consumo de trastorno de controversia

76. Consumo de trastorno de controversia

77. Consumo de trastorno de controversia

78. Consumo de trastorno de controversia

79. Consumo de trastorno de controversia

80. Consumo de trastorno de controversia

81. Consumo de trastorno de controversia

82. Consumo de trastorno de controversia

83. Consumo de trastorno de controversia

84. Consumo de trastorno de controversia

85. Consumo de trastorno de controversia

86. Consumo de trastorno de controversia

87. Consumo de trastorno de controversia

88. Consumo de trastorno de controversia

89. Consumo de trastorno de controversia

90. Consumo de trastorno de controversia

91. Consumo de trastorno de controversia

92. Consumo de trastorno de controversia

93. Consumo de trastorno de controversia

94. Consumo de trastorno de controversia

95. Consumo de trastorno de controversia

96. Consumo de trastorno de controversia

97. Consumo de trastorno de controversia

98. Consumo de trastorno de controversia

99. Consumo de trastorno de controversia

100. Consumo de trastorno de controversia

Sección 5: Salud Mujer



Sección 6: Discapacidad y Bienestar Psicosocial

1. Identifikation des Untersuchungsgegenstandes (Name des Projekts)		2. Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes (Ziele, Aufgaben, Methoden)		3. Beschreibung der Untersuchungsmethoden (Vorgehen, Instrumente, Software)		4. Beschreibung der Untersuchungsergebnisse (Zusammenfassung, Diskussion, Fazit)	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							
69							
70							
71							
72							
73							
74							
75							
76							
77							
78							
79							
80							
81							
82							
83							
84							
85							
86							
87							
88							
89							
90							
91							
92							
93							
94							
95							
96							

[illegible]

