

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST-GRADO

**Perfil de salud y elementos de la planificación local
participativa del AA.HH. Puerto Nuevo-Callao, 2007**

TESIS

para optar el grado académico de Magíster en Salud Pública

AUTOR

Ronald Espíritu Ayala Mendívil

Lima – Perú

2008

ASESOR:

Dr. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO

Doctor en Medicina

Profesor Principal de la Facultad de Medicina de la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Juan Matzumura, por su amistad, apoyo y asesoría permanente, quien supo conducir mis esfuerzos por el camino correcto.

A la Dra. Patricia Aguedo Romero, al personal de salud y Promotores de Salud del C.S. Puerto Nuevo, por su colaboración y apoyo constante para la ejecución de la presente investigación.

A la comunidad de Puerto Nuevo, por su sinceridad, apertura y apoyo en la ejecución de las entrevistas y las encuestas de salud.

DEDICATORIA

A los dos amores de mi vida, mi amada esposa Gisella, fiel compañera que con su aliento motiva permanentemente mi deseo de superación, y a Gonzalito Ricardo, que con sus juegos y primeras palabras me sirven de aliento para ser cada día mejor.

A mis Queridos Padres Gonzalo y Ofelia, que con su esfuerzo y valiosísimo apoyo, me inculcaron los valores de la vida y así forjarme un futuro prometedor.

A mis Hermanos Allan, Magali, Claudia y Laura, por su ánimo, paciencia y tolerancia en todo momento.

A mis Abuelitos Maura, Víctor, Ananías y Espíritu que desde el cielo me vigilan y protegen.

INDICE

	Pgs.
<i>INDICE</i>	5
<i>RESUMEN</i>	7
<u><i>CAPITULO I : PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO</i></u>	9
1.1) <i>Planteamiento del problema</i>	9
a) <i>Identificación del problema</i>	
a.1) <i>Problema identificado</i>	9
b) <i>Fundamentos - Marco Teórico</i>	
b.1) <i>Aspectos generales</i>	9
b.1.1) <i>Planificación Estratégica</i>	12
b.1.2) <i>Características de la planificación estratégica</i>	14
b.1.3) <i>Plan Operativo Institucional (P.O.I.)</i>	15
b.1.4) <i>Planificación Local de Salud</i>	16
b.1.5) <i>Pasos para la planificación local de salud</i>	18
b.2) <i>Bases legales</i>	19
b.3) <i>Experiencias locales</i>	22
b.4) <i>Experiencias internacionales</i>	26
b.5) <i>Perfil de salud de la comunidad</i>	27
c) <i>Formulación del problema</i>	28
1.2) <i>Hipótesis</i>	29
1.3) <i>Objetivos de la investigación</i>	29
a) <i>Objetivo General</i>	29
b) <i>Objetivos Específicos</i>	29
1.4) <i>Justificación e importancia del problema</i>	29
<u><i>CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS</i></u>	
2.1) <i>Tipo de estudio</i>	31
2.2) <i>Diseño de investigación</i>	31

2.2.1) Estudio cuantitativo.....	31
2.2.2) Estudio cualitativo	36
2.2.3) Triangulación	37
2.3) Procesamiento y análisis de datos.....	37
2.4) Consideraciones éticas.....	37
<u>CAPITULO III: RESULTADOS.....</u>	39
<u>CAPITULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</u>	77
4.1) Perfil de salud de la comunidad de “Puerto Nuevo” desde el punto de vista de los pobladores encuestados	77
4.2) Relación del Plan operativo local de salud con el perfil de salud de la comunidad, percibido por el personal de salud del C.S. “Puerto Nuevo”	85
<u>CAPITULO V: CONCLUSIONES.....</u>	90
<u>CAPITULO VI: RECOMENDACIONES.....</u>	92
<u>CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</u>	93
<u>CAPITULO VIII: ANEXOS.....</u>	100
8.1) Tablas del estudio.....	100
8.2) Encuesta de Perfil de salud y enfoque de riesgo.....	108
8.3) Entrevista a profundidad al personal de salud del C.S. Puerto Nuevo.....	108



RESUMEN

“PERFIL DE SALUD Y ELEMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA DEL AA.HH. PUERTO NUEVO – CALLAO, 2007”

Actualmente, la tendencia de los establecimientos de salud del primer nivel de atención es usar las herramientas de gestión básicas para el diseño de Planes operativos, que respondan a las necesidades de la demanda en contraste con la oferta, así como rescatar la importancia de su diseño correcto, lo cual se enfatiza en los estudios de “la demanda asistencial de salud”, es decir tomar en cuenta a los usuarios de los servicios como determinantes de la utilización de los mismos.

Objetivo General: Determinar el perfil de salud de las familias que habitan en los 06 sectores del AA.HH. Puerto Nuevo - Callao, y su relación con la planificación local participativa, entre los meses de Noviembre 2007 a Enero 2008.

Material y métodos: Investigación Cuantitativa-Cualitativa, Aplicada. Se realizó la triangulación de 3 etapas: 1° *Descriptiva, de corte transversal y observacional*, mediante una *Encuesta estructurada* a las 600 viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao; 2° *Exploratoria*, en base a una *entrevista a profundidad* a los 05 miembros del equipo de gestión del C.S. Puerto Nuevo y 3° *Triangulación* de las 02 etapas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 11.0, se elaboraron cuadros y gráficos.

Resultados: Existen diversos factores de riesgo identificados que hacen el perfil de salud muy vulnerable: Escasez de servicios básicos y de saneamiento ambiental, hacinamiento familiar, existencia de tosedores crónicos, escasa cultura para la toma de Papanicolau en mujeres, baja cobertura de vacunación infantil, existencia de violencia familiar y drogadicción, no poseen seguro médico, entre otras. El personal de salud fue entrevistado, hallándose actitudes positivas sobre la importancia del Plan local de salud, y negativas sobre su diseño y ejecución.

Conclusiones: El perfil de salud de las familias que habitan en el AA.HH. Puerto Nuevo - Callao no se relaciona con la planificación local del C.S. “Puerto Nuevo”. No considera el perfil de salud real de la comunidad, considerando los datos estadísticos de los registros de producción diaria de las hojas HIS.

PALABRAS CLAVES:

Perfil de salud, Planificación local participativa, Planificación sanitaria, Centro de Salud.



SUMMARY

“HEALTH PROFILE AND LOCAL OPERATIVE PLANNING ELEMENTS AT AA.HH. PUERTO NUEVO – CALLAO, 2007”

Currently, the trend of the health of primary care is to use the basic management tools for the design of operational plans that meet the needs of demand in contrast to the offer, as well as rescuing the importance of correct design, which is emphasized in the study of "the demand for health care," that is taken into account service users as determinants of use.

General Objective: To determine the health profile of the families who live in these 06 sectors AA.HH. Puerto Nuevo - Callao, and their relationship to local participatory planning, between the months of November 2007 to January 2008.

Materials and Methods: Qualitative-Quantitative Applied Research. We performed triangulation of 3 stages: 1° *Descriptive, cross-sectional observational* through a *structured survey* of 600 families from AA.HH. Puerto Nuevo - Callao; 2° *Exploratory*, based on a *depth interview* with 05 members of the team management “Puerto Nuevo” Health center, and 3° *Triangulation* of 02 stages. The statistical analysis program was used SPSS version 11.0, were produced charts and graphs.

Results: There are several risk factors that make the health profile highly vulnerable: Shortage of basic services and sanitation, overcrowding, existence of cough chronic, low culture for taking Pap test in women, low immunization coverage for children, existence of family violence and drug addiction, do not have medical insurance, among others. The health staff was interviewed, was found positive attitudes about the importance of local health plan, and negative impact on their design and implementation.

Conclusions: The health profile of the families that live in the AA.HH. Puerto Nuevo - Callao isn't related to the "Puerto Nuevo" Health center's local planning. It doesn't consider the real health profile of the community, considering the statistics from the records of daily production of the HIS leaves.

KEY WORDS:

Health profile, local participatory planning, health planning, health center.

CAPITULO I:

INTRODUCCIÓN

1.1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

a) IDENTIFICACION DEL PROBLEMA:

a.1) Problema identificado:

Escasa relación entre el perfil de salud de una comunidad y la elaboración del Plan Local de Salud

b) FUNDAMENTOS - MARCO TEORICO:

b.1) Aspectos generales :

Durante mucho tiempo, se ha enfocado el estudio de los problemas de salud, tomando en cuenta el punto de vista de los servicios de salud, es decir la preeminencia de criterios basados en diversas interpretaciones, que tienen en común considerar las necesidades de salud de la población en el marco de las propias necesidades del trabajo desde los establecimientos de salud.

A la actualidad, se viene haciendo énfasis en los estudios de “la demanda asistencial de salud”, es decir tomar en cuenta a los usuarios de los servicios como determinantes de la utilización de los mismos. Así, se va construyendo el consenso que la ausencia de un análisis de la demanda es una limitación para delimitar una oferta atractiva de servicios de salud, que logren un impacto favorable en la utilización de los mismos.

Este enfoque diagnóstico hace énfasis en el intento de explicación de la formas de comportamientos de los usuarios en la demanda de algunos servicios y no de otros, reconociéndose que diversos factores socio-económicos y culturales se hallan a la base de determinadas elecciones. Así, precios de consultas, precios de medicinas, ingresos disponibles, horarios de atención, costos de transporte, tiempos de espera, calidad y

calidez de la atención recibida, empiezan a ser factores de importancia en el estudio de las determinantes de utilización de los servicios. Es decir ya no es suficiente ofertar servicios que desde el punto de vista de los técnicos sean considerados de calidad para asegurar una óptima utilización de los mismos.

La salud es un derecho de todo ser humano. Promover, proteger y mantener la salud es también una responsabilidad de todo ciudadano. La salud no es sólo derecho y responsabilidad individual. La salud es un derecho de la sociedad.

La salud de la población es también la base sobre la que se construye el desarrollo de los pueblos. La enfermedad profundiza la pobreza de la población, afecta la productividad del trabajo y disminuye la rentabilidad social, económica e individual del trabajo. Si un pobre pierde la salud se vuelve más pobre. Si una persona goza de plena salud, entonces tiene un mejor bienestar y contribuye, a su vez, con mayor eficiencia a generar bienestar para la sociedad. Las naciones que se han desarrollado han invertido mucho en salud y mucho más en educación.

La salud de las personas, de la sociedad y de la naturaleza es también expresión del desarrollo de una sociedad. La salud de la población es como un espejo de la economía de un país. De la economía y de la educación.

La medicina puede contribuir de manera muy importante a la salud de las personas y de la sociedad. La medicina puede contribuir con la salud pública. Sin embargo muchas enfermedades infecciosas como la tuberculosis empezaron a ser controladas, a disminuir notoriamente en su prevalencia, más en relación al desarrollo económico que a la aparición de los antibióticos o antibacterianos, los cuales aceleraron la tendencia que había provocado el desarrollo económico.

Los Servicios de Salud pueden hacer mucho porque las personas, la población y el ambiente gocen de un buen estado de salud. Para ello tienen que desarrollar y mantener un adecuado sistema de atención integral de la salud, que combine la promoción, la prevención y el tratamiento.

Para que esto pueda ser posible, para que los servicios de salud brinden una atención integral de salud, acorde con las necesidades y aspiraciones de la sociedad, se requiere el esfuerzo mancomunado de todos los integrantes de los equipos de salud. Se requiere un liderazgo democrático y un clima organizacional dispuesto al cambio.

En los servicios de salud actualmente existe la tendencia a determinar las actividades que se desean ejecutar a futuro y así planificar con antelación la forma en que se pueden concatenar los recursos logísticos, económicos y humanos con la distribución requerida partiendo de las necesidades y expectativas de la demanda, de la realidad regional y contrastándola con la oferta local en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad, debiéndose elaborar el respectivo documento donde se plasme dicha proyección, constituyéndose el Plan Operativo Institucional ⁽²⁸⁾.

Desde el año 1997, Medina y col. elaboraron un Texto Autoformativo ⁽²⁷⁾ que obtuvo la buena pro del Ministerio de Salud, a través del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud para que sea implementada y difundida con una metodología muy didáctica y de gran comprensibilidad para todo personal de salud en cualquier punto de nuestro país, al ser uno de los objetivos trazados el contribuir a elevar la capacidad de gestión de las redes de servicios de salud y mejorar progresivamente la equidad, calidad y eficiencia de la atención de salud a la población, existiendo aún ciertas limitaciones en su elaboración y difusión por el Personal de salud del primer nivel de atención.

Dicho texto autoformativo sirvió para llenar el alicaído anaquel de cada establecimiento de salud sin darle el uso específico para el que fue elaborado, además de la ausencia de evaluaciones, monitorización y supervisiones sobre la elaboración de este documento, coadyuvado por la escasa capacitación y desmotivación del personal de salud que no logra comprender la importancia de este documento. Por otro lado, muchas veces se exige que se cumpla con presentarlo por presión de los estamentos superiores de las Direcciones de Salud - DISAs a fin de evitar algún tipo de castigo,

amonestación, memorandums de llamadas de atención, o hasta la separación del cargo actual.

Desde el año 1997 hasta la fecha no se ha vuelto a publicar otra edición del Texto autoformativo, ni se ha realizado la evaluación de los conocimientos del personal de salud sobre esta metodología aplicable, sin existir datos sobre la calidad de los documentos elaborados que pese a que tienen sustento técnico y legal, se elaboran sin las recomendaciones y dedicación necesarias.

Todo lo expuesto anteriormente genera en el personal de salud un sentimiento de rechazo sin encontrarle la verdadera razón de su elaboración, conllevando a redactar Planes Operativos inconsistentes, producto de salidas del apuro, con datos no actualizados e irreales, solamente realizado por el Jefe del establecimiento sin hacer participar a la comunidad, o una copia fiel del P.O.I. del año anterior con cambio de fechas, lo que redundo en la baja calidad de estas en general. Además, la entrega de dicho documento a los estamentos superiores no implica el envío del presupuesto que fue redactado para las actividades pensadas, y por ende dicho documento pasa a ser archivado sin lograr una real ejecución.

Ante la falta de capacitaciones sobre estos aspectos, se ejecutaron los “Cursos de Gestión en redes de establecimientos y servicios de salud”⁽⁶²⁾, orientados a contribuir al desarrollo de la capacidad de gestión interna de los niveles directivos de establecimientos y servicios de salud, fortaleciendo especialmente su capacidad para formular un Plan Operativo Institucional con enfoque estratégico^(43,44,62).

Para poder ahondar más en el análisis de lo que es un la Planificación Estratégica y el Plan Operativo, debemos precisar algunos conceptos.

b.1.1) Planificación Estratégica:

Se define como la toma de decisiones en representación de una organización o de un sistema de organizaciones unidos por un propósito en común^(14,27,28,30,31,38,39,52), en la

que se establece qué es lo que se necesita y cómo se va a hacer, se establecen objetivos organizacionales y se formulan los planes, estrategias y medios para el logro de dichos objetivos, utilizándose las herramientas de la gerencia estratégica. ^(9,21,35,46)

Planificar es un proceso vivo, flexible y continuo ^(28,30,44), debiéndose partir de la premisa básica y elemental de querer cambiar algo, de estar o sentirse inconforme con la situación actual que se vive o trabaja, de tal forma que deba existir un deseo para querer cambiar, y sentar las posibilidades reales de cambio y auto-transformación, permitiendo asegurar el desarrollo presente y futuro ^(27,29,47).

El Plan Estratégico establece un programa de acción mediante el cual los objetivos de la entidad se logran frente a un ambiente más competitivo y global pronosticado ⁽⁴⁾. El proceso de Planificación Estratégica debe promover la participación de todos los actores, la cual determina el éxito de su implementación pues cada miembro tendrá una responsabilidad para cumplir con lo macro planificado ⁽³⁰⁾.

La Planificación ha sufrido una serie de fases evolutivas, desde haber sido muy estática, pues la idea no es realizar una copia del plan anterior con ciertos ajustes, sino más bien llegar a formular cada año nuevas estrategias, adecuadas, flexibles y entendidas por todos los miembros de la institución ⁽¹⁸⁾, permitiendo dicha flexibilidad el replanteamiento de estrategias cuando el entorno cuasi-estructurado se modifica ⁽¹⁾. Por lo tanto, se constituye en un excelente instrumento de trabajo y en una oportunidad para establecer el sentido ascendente de la estructura en el diseño de los planes ⁽¹⁾.

A diferencia de la Planificación Operativa, la estratégica define las líneas estratégicas de acción a partir de los objetivos estratégicos generales que define a su vez las estrategias que entrarán sustentadas en los planes operativos ⁽⁴⁰⁾. En otras publicaciones, más a nivel industrial se establece que la planificación estratégica se relaciona con funciones corporativas y las de provisión están dadas por el planeamiento operativo ⁽²⁶⁾.

Además cabe resaltar que el término de Planificación estratégica ha venido siendo confundido con el de Planificación Operativa ^(27,44), casi siendo “sinónimos” pues aún hay autores que afirman que el Jefe de la Institución realiza la revisión del Plan Estratégico del año anterior para formular uno nuevo para el siguiente año, resume los principales tópicos e introduce el actual, estando en la práctica casi sin mostrar diferencias, y actualmente la tendencia es a la formulación de líneas de acción u Objetivos Estratégicos que visionarán lo que se quiere lograr en el largo plazo de la institución, sin llegar a programar actividades, costos y responsables, que se desarrollan extensamente en el Plan Operativo ⁽⁵²⁾. Esta tendencia está calando actualmente y la difusión de estos conceptos básicos está a cargo de quienes administran servicios de salud ^(20,27,42,44).

En nuestro país, la Planificación está más relacionada con el sistema de salud, por ello a nivel de red se realiza más la planificación estratégica, a nivel de Microrred y Establecimiento de salud se realiza la planificación operativa ⁽⁴⁴⁾.

b.1.2) Características de la Planificación Estratégica:

La Planificación Estratégica se caracteriza porque ^(4,38,41,46):

- Parte del principio de que todo poder es compartido, es decir supone la participación de múltiples actores.
- Realiza el análisis profundo y sistemático del ambiente en el cual funciona la organización.
- Mantiene atención permanente respecto a los cambios del ambiente externo y los transforma en objetivos.
- Prepara la organización de salud para su adecuación al cambio y la proyección al futuro.
- Genera consenso de acción y facilita el proceso de comunicación.
- Establece una visión del futuro, objetivos, metas y proyectos.

- Enfatiza la acción sobre el análisis, pues es el compromiso con la acción cuyo diseño puede ser modificado siempre que la realidad lo indique, Se orienta a la acción con énfasis en los resultados prácticos.
- Usa las negociaciones y la medición para asegurar viabilidad de estrategias.
- Propugna innovaciones.
- Manifiesta flexibilidad continua.
- Promueve la participación activa de todos los agentes del Establecimiento de Salud y de los actores involucrados en un contexto turbulento e impredecible, para delimitar el camino a seguir para solucionar los problemas.
- Permite mayor rendimiento y productividad en los procesos de los establecimientos de salud.
- Reconoce y conceptualiza la estructura disgregada y con conflicto.
- Reconoce la existencia de oponentes y considera el riesgo como necesario.
- Considera al planificador como un actor social.

La Planificación en general permite definir prioridades, lo que es urgente de lo que es importante, identificar y asignar mejor los recursos, la dirección, coordinación y unidad de acciones del establecimiento, concentrar las energías y recursos institucionales en los objetivos prioritarios ⁽³⁸⁾; promover la participación del sector público y privado; facilitar procesos de evaluación de resultados, de procesos, de impactos y otros ^(38,41,46).

b.1.3) Plan Operativo Institucional (P.O.I.):

Es un plan de trabajo para el corto plazo (de 1 año), orientada hacia el cumplimiento de los objetivos de la planificación estratégica de largo plazo, orientada más a la acción ^(11,27,52,62), por medio de la formulación, operacionalización y cumplimiento de metas y objetivos de producción y prestación de servicios del establecimiento de salud ^(27,62), que conlleva al desarrollo institucional conjuntamente con la población. Esta definición permite establecer la interrelación con la planificación estratégica, pues éste es el instrumento que prepara a la institución y sienta las bases para lograr el cambio ^(36,43,62); mientras que el Plan Operativo, recoge la información y el aprendizaje del proceso de planificación estratégica y operativiza el cambio por medio de la ejecución de

actividades y acciones concretas, teniendo como base el Análisis de la situación de salud (ASIS) ^(36,37). Los elementos clave del plan estratégico se expresan de manera concreta en el plan operativo ^(11,23,43,62).

La planificación operativa proyecta cómo ha de seguir la estrategia para alcanzar los objetivos de la institución, dentro de los elementos del entorno y los factores institucionales ya identificados ^(23,24,43).

Es importante remarcar que el P.O.I. se formula con ENFOQUE ESTRATÉGICO ⁽²⁷⁾, ello porque la planificación estratégica aplicada al sector salud permite relacionar los problemas y necesidades de la población y del establecimiento de salud con los recursos humanos, logísticos, financieros e información disponible; de tal forma que sea posible determinar prioridades, establecer objetivos, considerar alternativas reales de acción y conducir el proceso a la resolución de los problemas encontrados ^(27,62).

Todos estos pasos se ubican en un escenario con las características que tiene la vida real: dinámica cambiante, competitiva y expuesta a factores externos ^(38,41,44); así como también, a los factores internos del establecimiento de salud, en las cuales interactúan los diferentes componentes de la comunidad y los integrantes del equipo de gestión, a los cuales denominamos actores sociales ^(19,27,28,29); quienes participan e interactúan planificando, ejecutando y evaluando las acciones de acuerdo al plan estratégico, el cual busca solucionar los problemas detectados, anticipándose a los hechos y tendencias (Pro-Acción), a fin de mejorar las condiciones de salud y los estilos de vida de la población ^(11,14,21,27,28,29,30,44).

b.1.4) Planificación Local de Salud:

La participación de la comunidad en la planificación de salud debe constituirse en la herramienta básica del proceso, pues comprende principalmente el aporte de recursos, trabajo voluntario, tiempo, materiales o financiamiento, para la atención de salud en el corto plazo ⁽²⁾. La comunidad es consultada por el sector, pero se involucra especialmente a los líderes, actores públicos y privados para que apoyen a los servicios

de salud en la obtención de recursos de la comunidad y/o en capacitar como agentes a miembros de la localidad, quienes se encargan de la recolección de los recursos o ejecución de determinadas actividades involucradas en la ejecución del plan ^(56,64). Por ello que es un instrumento de gobierno local consensuado, tanto para el sector público como privado, siendo su ámbito de actuación integral: urbano y rural ^(8,13). Es claro que la participación debe ser incentivada en todas aquellas acciones que afecten directamente a las condiciones de vida inmediatas de la población, en particular si se trata de grupos de bajos recursos ^(6,45). Esto no sólo valida la gestión, sino que la significa ^(8,45).

Existe la tendencia aún de que el plan lo elaboren los profesionales de los servicios de salud, quienes estipulan también los insumos requeridos y la estrategia para obtenerlos, teniendo la ventaja de que los equipos profesionales interactúan cotidianamente con la población local, recogiendo sus necesidades y establecen iniciativas conjuntas para su resolución ^(6,13,45,56,64). En el nivel operativo predomina el concepto de participación como colaboración y cooperación de la comunidad en la ejecución de determinadas actividades propias del sector salud o de otros sectores según necesidades, problemas y tipos de problemas identificados desde las instituciones ⁽⁶⁾, pero este concepto va más allá.

La participación significa asociación, conectarse horizontalmente entre la gente de igual status (no necesariamente igual poder), y verticalmente entre aquellos que determinan las políticas y aquellos que viven dentro del marco de esas políticas; además significa participar no sólo en la acción de otros, sino que se involucra con otros, desarrollando opciones, negociando prioridades y concordando en las direcciones a tomarse ^(8,18,64). El Modelo Cubano de Medicina Familiar trata mejor estos aspectos y su experiencia enriquece los conceptos de planificación local participativa ⁽⁶⁴⁾.

El principio de la planificación y el diseño participativos es importante, por consiguiente, en dos aspectos: Técnicamente es un modo de hacer que el diseño, la producción, la administración y el mantenimiento sean más eficientes; y Socialmente, porque sin una gran medida de autodeterminación, propiedad y control de la gente, en

el caso de que algo necesite ser realizado, esperará que alguien venga y lo haga por ellos, y si ese alguien no viene, la apatía y el resentimiento invaden el ambiente, deteriorándolo rápidamente en términos físicos, políticos y sociales ^(8,15,20,53).

b.1.5) Pasos para la Planificación Local de Salud:

Para que se dé una adecuada planificación local participativa deben cumplirse algunos pasos ^(2,23,24,45,53,57):

- Identificación y descripción de los Problemas.
- Priorización o selección de los Problemas más importantes.
- Análisis del Problema.
- Selección de alternativas de solución: Formulación de Objetivos.
- Ejecución de las Actividades. Seguimiento y Monitorización.
- Evaluación de los Resultados y de todo el proceso aprendizaje y prevención de los errores.

Por lo tanto, la Planificación local participativa es vital a fin de que los servicios de salud respondan a las reales necesidades de la población a la que dirigen su accionar. La elaboración conjunta de los planes ayuda al empoderamiento de los diferentes estamentos de la organización y de los actores sociales participantes, pues la construcción de estos obliga al mayor compromiso en la ejecución de lo planificado ^(1,2,27). Ello constituye parte de la estrategia para cumplir con los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 en la que se apoyará la participación democrática de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de salud ⁽³⁵⁾.

En una adecuada planificación local participativa, la propia comunidad reunida elabora su Plan Comunal de salud, la que al reunirse con otras comunidades y sus representantes deben participar conjuntamente con el equipo de salud del establecimiento de su jurisdicción en las fases de la planificación, siendo lo deseable que cada puesto de salud logre elaborar un Plan Operativo con participación comunitaria, y que al reunirse con otros puestos de salud, se elabora a nivel de

Microrred su propio Plan Operativo, que al unificarlo y concertarlo con los Centros y Puestos de salud con otras Microrredes, formarán el Plan Operativo de la Red de Salud ^(27,28,29). Dichos documentos de cada Red de salud, debería ser el insumo fundamental para elaborar el Plan Operativo de la Dirección de Salud respectiva. Todo este proceso corresponde a lo deseable de la Planificación, haciendo participar activamente a todos los actores sociales comprometidos, siendo la realidad muy diferente a la expuesta.

Existen importantes trabas para el desarrollo de la participación en la gestión del sector salud, tales como, el predominio de una forma de gestión centralizada y jerárquica en el sector con un enfoque bio-médico asistencial. Además se reconoce que los equipos de salud tienen pocos incentivos para una gestión participativa, presentan resistencia al cambio, al igual que escasa motivación y compromiso ⁽⁶⁾.

b.2) Bases Legales:

A partir de la R.M. N° 084-2001-EF/10 del 13 de Marzo del 2001 del Ministerio de Economía y Finanzas, es que se aprueban las directivas para la formulación de Planes Estratégicos Multianuales en todo el Sector Público, que da pie a realizar los Planes Operativos Anuales relacionados más a la programación y presupuestación que conllevaron a cumplir con el Plan estratégico Multianual 2002-2006 ⁽³¹⁾. Al Ministerio de Salud le corresponde intervenir en la Planificación estratégica de alto nivel, para el largo plazo, las cuales están básicamente guiadas por los documentos y sustentos legales determinados para la administración pública ^(31,33,34,35). La elaboración de los Planes Operativos y de los Estratégicos están sustentados en las siguientes leyes y resoluciones que la justifican: ^(31,33,34,35)

- Ley N° 27209, Ley de Gestión Presupuestaria del Estado, que dispone la elaboración de Planes Estratégicos Sectoriales Multi-anales y como el Presupuesto Institucional, el Plan Operativo y el Plan Estratégico Institucional del Pliego se enlazan con él.

- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, Capítulo III, Artículo 5° y el Reglamento de la Ley aprobado por D.S. N° 013-2002-SA, Artículo 14° y su modificatoria.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Ley N° 28522; Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).
- Decreto Supremo N° 163-2004/EF, establece disposiciones para la mejora de la calidad del gasto Público y crea el Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria mediante el Decreto Supremo N° 007-2006-SA, Artículos 3°, 4°, 17°, 18°.
- Directiva N° 013-2006-EF/76.01 “Directiva para Programación y Formulación del Presupuesto de los Pliegos del Gobierno Nacional para el Año Fiscal 2007”
- Directiva N° 001-SA-OGP-OEPP-200 sobre la Formulación del Plan Operativo Institucional para el año 2007 en las dependencias del Ministerio de Salud.
- Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (DS. No. 002-92-SA), que señala como función de la DGSP, Formular y difundir los objetivos, planes y metas nacionales sobre promoción y atención integral, desarrollo de servicios y gestión sanitaria.

- Resolución Ministerial Nro. 446-2001-SA/DM Aprueba el documento de “Modelo de Atención” como el marco referencial que brinda coherencia y resume los progresos desarrollados en la Salud Pública del país.

El 05 de Julio del 2002 se firmó el Acuerdo Nacional como resultado del consenso de todas las fuerzas políticas presentes en el Congreso, representantes de la Sociedad Civil y el Gobierno, en el cual el Estado se propone a fortalecer las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes ⁽⁵¹⁾.

Ello está en concordancia con el ideal de la Planificación que es partir de las necesidades de la demanda y que la comunidad participe en dicho planeamiento ^(37,64). Así mismo se contempla que cada entidad del Sector Público, la cual el Sector Salud la integra, basados en la Gestión Estratégica Institucional implemente la programación estratégica multianual a través de los Planes Operativos y sus correspondiente presupuestos institucionales anuales ⁽³¹⁾.

El MINSA a través de la Oficina General de Planificación y la Oficina Ejecutiva de Planes y Programas formuló una directiva para la formulación de Planes Operativos 2007, sustentados entre otros documentos, de los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 ^(34,35), señalándose claramente los momentos que debe contener dicho documento que responderá a un análisis de la situación de salud local, por ser el soporte del proceso de planeamiento sanitario ⁽³⁴⁾, mediante el estudio de indicadores adecuados que no sólo nos permite evaluar el proceso salud-enfermedad, sino también las condiciones de vida y la capacidad de respuesta de la sociedad frente a los problemas de salud ^(34,36,37); la identificación de factores y/o condicionantes de problemas, con priorización de problemas de la demanda, definiendo prioridades, objetivos, estrategias, metas y a la programación de actividades que respondan a la magnitud de recursos que cuenta el establecimiento, así como contemplar aspectos de supervisión, monitorización y evaluación ^(31,35,36,37).

b.3) Experiencias locales:

Experiencias exitosas nivel local la tenemos en algunos departamentos de nuestro país, tales como Cajamarca, Ayacucho, en el que el personal de salud motiva a que la comunidad rural elabore su Plan Local y eso sirve de insumo para el P.O.I. del establecimiento de salud, aún así es poco difundido y es valorado como muy trabajoso (2,55).

En la Red de Salud Vilcashuamán se tiene claro que uno de sus roles es planificar, monitorizar, supervisar y evaluar los indicadores de salud especificados en los acuerdos de gestión, siendo un área crítica considerada la monitorización de los Planes Operativos, y lo importante de esta experiencia es contar con una adecuada participación de la comunidad en especial la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones en el desarrollo comunal, y la difusión de los servicios de salud a través del arte, llamado “Salud Raymi” como una forma de a través de su propia cultura promocionar la salud (55).

La experiencia en comunidades en elaborar Planes estratégicos que dan paso a los Planes Operativos tales como el de Suyo – Perú, la cual fue concertada con autoridades locales, de salud y vecinos en general, experiencia que fue iniciada en 1998 y cuyos resultados sobrepasaron las expectativas iniciales motivando ello a redactar concertadamente un nuevo Plan (39).

Tanto la Planificación estratégica como la Operativa no solamente rindieron sus frutos a nivel de establecimientos del primer nivel de atención sino también en el ámbito hospitalario, tal como la experiencia del sistema Hospitalario del III Nivel en Trujillo, la cual se constituyó en una gran oportunidad para lograr acuerdos de gestión entre los diferentes actores y la participación activa de los decisores y del personal de salud de cada institución (32).

Un aspecto importante que influye en la realización de los Planes Estratégicos y Operativos con participación comunitaria es el modelo tradicional de gestión de los establecimientos de salud del país, el cual presenta algunos rasgos más saltantes: ⁽¹¹⁾

- Existencia de múltiples decisiones emanadas de niveles superiores con diversos enfoques y objetivos en una estructura de carácter vertical, por lo que quienes se encargan del nivel operativo se ven sujetos a muchas de ellas que anulan su capacidad de decisión y limitan su desarrollo.
- Existe una variedad de visiones, accionar fragmentado y aislado un sistema de otros, que fomentan la duplicidad de procesos y esfuerzos en desmedro de la calidad de prestación de servicios de salud en general.
- Existe una relación de dependencia rígida y jerarquizada basado en un accionar burocrático y centralizado del manejo de los recursos (meramente administrativos) y no en un accionar hacia el logro de objetivos sanitarios (resultados).
- Accionar pasivo de los niveles operativos puesto que los sistemas de dirección, específicamente la capacidad de toma de decisiones, ha estado focalizado en los niveles centrales.
- Un sistema de control dirigido simplemente a la verificación o "chequeo" de actividades y a la generación de múltiples datos sin conexión con los sistemas de planificación.
- En la programación de actividades y en el control de las mismas se presta escasa o nula importancia a los indicadores de resultado o impacto privilegiando una gestión orientada al cumplimiento de metas.

- La existencia de una normatividad aún vigente y la persistencia de una estructura fragmentada obligan al establecimiento de complejos procedimientos en el manejo adecuado de recursos económicos, materiales y humanos.
- En los establecimientos de salud no existen equipos de trabajo, la gerencia descansa básicamente en personas que concentran dicho papel desaprovechándose la oportunidad de contar con otras potencialidades y capacidades que enriquecerían las decisiones.

A nivel de Microrredes, la promoción y el diseño de los Planes Operativos Locales está dentro de sus objetivos más importantes y sus respectivos comités de gestión realizan acciones de coordinación, monitorización y control de dichos planes, constituyéndose en el principal proceso del sistema de planificación en dicho nivel ⁽⁴⁴⁾.

Por ello, es importante contar con un personal de salud adecuado y capacitado para lograr una planificación que responda a la demanda poblacional. Se observa que en este aspecto existen deficiencias, pues el personal que será responsable de esta y muchas otras funciones administrativas no es adecuadamente seleccionado, pues en nuestro país el enfoque bio-médico asistencialista predomina en nuestras facultades de Ciencias de la Salud, preparando personal de salud que poco o nada gustan de aspectos de Gestión y Salud Pública, lo que constituye en un gran problema, y además quiénes se encargan de la selección del personal solamente llena los vacíos existentes y delega exigiendo aspectos que se suponen son ya conocidos.

En el Servicio Rural Urbano-Marginal en Salud – SERUMS, existe gran porcentaje de personal de salud que no tiene adecuados conceptos de lo que es un Plan Operativo Local y del por qué se solicita su elaboración, entrando en juego muchos factores tales como la presión administrativa de los superiores por presentarlo en el más mínimo plazo posible, la desmotivación y escasa capacitación y actualización respecto a estos tópicos, generando que se realicen copias fieles con el cambio respectivo del año y fechas en la programación, que no refleja sino la necesidad de cumplir con una

exigencia en temor a posibles sanciones, obviando partir de las necesidades de la población.

A los Médicos SERUMS entre sus funciones, se les exige que deben elaborar un Plan Integral de Salud Local, es decir deben realizar un Análisis de la Situación de Salud Local, sustentada con del Decreto Supremo 005-97-SA ⁽³⁾. Pero lo real es que por el tiempo tan breve de permanencia en dicho lugar, conlleva a planificar acciones que no podrá ejecutarlas, y que habrá el riesgo que otro colega posterior no prosiga con la labor iniciada, quedando el documento solamente como algo formal que se exigió en su momento y que es además exigido pero en forma muy somera en el Informe Final del SERUMS al término del servicio.

Otro aspecto que coadyuva en este desinterés del profesional joven por redactar dicho documento es la desvalorización y escasa motivación por resolver problemas del primer nivel de atención en las Universidades, en la formación en pre-grado, pues solamente se les inculca el enfoque biomédico y se les prepara a formar parte en el futuro de algún hospital de mayor complejidad, restándosele importancia debida al primer nivel y a los documentos que se deben realizar para lograr mejorar las condiciones de salud de la población.

En cuanto a la enseñanza de conceptos y elaboración de Planes Operativos en el Pre-grado, la U.N.M.S.M. a través del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública desde el año 1999 se ha incluido la elaboración de un Plan Operativo Institucional en algún establecimiento de Salud de Lima como parte del curso “Salud Comunitaria” cuyo responsable es el Dr. Julio Medina Verástegui ^(28,29), insistiéndose en la priorización de los problemas de la demanda, con la serie metodológica establecida por el MINSA, Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud ⁽²⁷⁾.

La formación de investigadores debe comenzar desde el pre-grado, abriendo espacios para la innovación, la creatividad y la investigación, sobre todo en aspectos de salud pública y gestión de los servicios de salud, pues la investigación sobre servicios de

salud y de sistemas de salud es débil, constituyéndose en un reto que hay que enfrentar y extender a los programas de pre y post grado existentes en el país ⁽¹⁵⁾.

b.4) Experiencias Internacionales:

Los Planes Operativos vienen siendo usados en todo el mundo como parte de la gerencia estratégica, tratando sobre diversos aspectos como las inversiones en general, sobre fondos financieros para la salud dándosele preponderancia a la participación social en salud como en el caso de Colombia y Venezuela ⁽⁶⁾.

Todo plan estratégico como el operativo debe ser conocido por todo el resto de los participantes y no solamente quedarse en el Médico Gerente o el equipo de gestión, de igual forma es aplicable la planificación en experiencias de salud ambiental y del programa de desarrollo de la juventud y de la lucha anti-pobreza emprendida en algunos países ^(7,53), en la que la organización de la comunidad para la gestión como componente de esta metodología comprende el establecimiento de un espacio de concertación que contiene a todos los actores locales. Este espacio se irá consolidando conforme avanza el proceso ⁽⁷⁾.

Estos conceptos sirvieron para que diversas instituciones elaboraran su propia “Guía operativa para la realización del plan estratégico de atención primaria” en la que se describe los aspectos que deben contemplarse en Atención Primaria para realizar una revisión de los aspectos fundamentales del funcionamiento y resultados de un área, constituyendo una referencia común que puede homogeneizar las previsibles diferentes metodologías que se vayan a utilizar en la elaboración de los planes ⁽⁹⁾.

En aspectos de gobernabilidad en Municipalidades también requieren de la participación comunitaria, la cual deriva de la búsqueda de una forma estable, duradera y legítima de responder a los problemas creados por la co-existencia en espacios compartidos ^(12,13,16,26,58); en la práctica sin embargo, la participación también depende en gran medida de los niveles de movilización y organización de la población ^(21,26,53,58).

Además en experiencias para lograr acciones de una región, la elaboración de planes es muy importante para establecer sus estrategias regionales, la que apunta hacia un modelo de planificación de las acciones riguroso pero eminentemente flexible y participativo, evitando anclar su desarrollo programático según consideraciones excesivamente mecánicas que tradicionalmente han supuesto un lastre para el desarrollo de las políticas sociales.

b.5) Perfil de salud de la comunidad:

Las encuestas de salud se consideran fundamentales para la evaluación de los objetivos de política sanitaria, a pesar que no es un registro sistemático o que se realice permanentemente como el registro de las atenciones diarias en los establecimientos de salud. Las encuestas de salud aportan información de carácter general obtenida directamente de los ciudadanos y es complementaria a otras fuentes de información sistemáticas existentes, pues se puede completar el análisis de la situación de salud, la identificación de nuevos problemas de salud y la contribución a la formulación de intervenciones. Por eso, cuando se realizan encuesta de salud para determinar el perfil de salud de una comunidad, se busca lo siguiente:

- Cuantificar la percepción del estado de salud y los problemas de salud reales de la comunidad.
- Conocer la distribución de distribución de frecuencias de exposición a los factores de riesgo para algunos problemas de salud considerados prioritarios.
- Establecer indicadores periódicos para analizar la evolución de la efectividad de las intervenciones.
- Identificar y estimar la satisfacción respecto a los servicios sanitarios, así como el grado y los determinantes de su utilización.

Es evidente la necesidad de información relevante, válida y comparable para identificar problemas de salud y para monitorizar intervenciones u objetivos de salud trazados. En general, el Sistema Sanitario debe ser capaz de generar la información necesaria y aprovechar la disponible, poniéndolas eficientemente al alcance tanto de profesionales

sanitarios, así como de la población general y de organizaciones no necesariamente sanitarias, para garantizar una participación útil y documentada de todos en las decisiones sanitarias cada día más multidisciplinarias y globalizadas.

Cada año, el Ministerio de Salud solicita a las instancias operativas correspondientes la elaboración del Plan Operativo del año siguiente, pero la experiencia demuestra que muchas veces no hay una relación directa con el perfil de la población que muchas veces no acude a un establecimiento de salud, por lo tanto, dicha demanda posee riqueza de información y problemática que los establecimiento de salud asignados deben indagar y realizar el trabajo conjunto con los actores directamente beneficiados de las acciones. Además, para lograr una mayor permeabilización del Plan local es necesario desarrollar estrategias de comunicación específicas según se trate de personas decisoras, personal de salud asistencial, administrativo y lograr la implicación de los ciudadanos en el establecimiento de prioridades y para fomentar su corresponsabilidad en la salud individual y colectiva ⁽⁵⁾.

Por ello, hemos seleccionado un establecimiento de salud del primer nivel para evaluar el perfil real de salud de la comunidad y evaluar su relación con el diseño del Plan local de salud, elaborado por la institución y establecer los posibles factores que influyen para que esta metodología participativa no se cumpla y por ende, que la planificación operativa sea simplemente repetición de años anteriores o la simple presentación de datos sin un análisis concatenado y riguroso que determine la solución de los problemas de la población y del establecimiento de salud. De ello parte nuestra inquietud por ahondar más en este tema inhóspito, pues actualmente la tendencia es a elaborar Planes Operativos Locales con enfoque sesgado solamente del personal en salud.

c. *FORMULACION DEL PROBLEMA:*

¿Cuál es el perfil de salud de las familias que habitan en los 06 sectores del AA.HH. Puerto Nuevo - Callao, y su relación con la planificación local participativa, entre los meses de Noviembre 2007 a Enero 2008?

1.2) HIPOTESIS:

- ❖ El perfil de salud de las familias que habitan en los 06 sectores del AA.HH. Puerto Nuevo - Callao se relaciona parcialmente con la planificación local participativa.

1.3) OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

a) OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Determinar el perfil de salud de las familias que habitan en los 06 sectores del AA.HH. Puerto Nuevo - Callao, y su relación con la planificación local participativa, entre los meses de Noviembre 2007 a Enero 2008.

b) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Evaluar las características generales y sociales de las familias encuestadas.
- ❖ Evaluar las características de la vivienda de las familias que habitan en los sectores seleccionados.
- ❖ Determinar los principales criterios de riesgo en la familia encuestada.

1.4) JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA:

La búsqueda de una mejor salud para todos los peruanos necesita de un adecuado diagnóstico situacional que permita a los diferentes componentes del sector salud contemplar aspectos biológicos, sociales, económicos, ecológicos, culturales entre otros.

Establecer este diagnóstico es una tarea sumamente compleja, requiriendo para ello comparar la realidad con una norma o un modelo. Tal como lo manifestara la perspectiva estructuralista: “Sólo se conoce por diferencia”; diferencia entre la realidad y un modelo, lo cual permite establecer un diagnóstico.

La presente investigación permite una herramienta de planificación operativa con enfoque estratégico en salud, mediante el estudio de indicadores adecuados que nos permitan evaluar no solo el proceso salud-enfermedad, sino también las condiciones de vida y la capacidad de la respuesta de la sociedad frente a los problemas de salud. También nos ayuda a definir escenarios y dentro de cada uno identificar problemas prioritarios los cuales deberán abordados con estrategias costo-efectivas, lográndose entonces una verdadera práctica de " Salud Pública Basada en Evidencias".

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1) TIPO DE ESTUDIO:

Es una Investigación Cuantitativa - Cualitativa, Aplicada.

2.2) DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El Estudio es de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal (fase cuantitativa) y exploratorio (fase cualitativa). Se utilizó la estrategia de TRIANGULACIÓN que combina estudios cualitativo y cuantitativo y permite tener una mejor imagen del fenómeno estudiado, enriquece y profundiza el análisis y genera hipótesis distintas de las que generaría un único método.

El Estudio se subdivide en 03 Etapas:

2.2.1) ESTUDIO CUANTITATIVO:

➤ **La Primera Etapa**, de tipo **DESCRIPTIVO**, de **CORTE TRANSVERSAL** y **OBSERVACIONAL**, se realizó una Encuesta de Salud a las familias de los 06 sectores del AA.HH. Puerto Nuevo - Callao.

- **Población de estudio:** Todas las viviendas de los 06 sectores del AA.HH. Puerto Nuevo. En cada sector se tienen los siguientes lotes:

Sector N° 01: Mz A hasta I:	194 lotes
Sector N° 02: Mz A1 hasta E1:	138 lotes
Sector N° 03: Mz A2 hasta H2:	154 lotes
Sector N° 04: Mz A3 hasta H3:	142 lotes

Sector N° 05: Mz A4 hasta J4:	182 lotes
Sector N° 06: Mz A5 hasta I5:	117 lotes
TOTAL DE LOTES:	927 lotes

Haciendo un total de 927 lotes a encuestar. Consideramos que en cada lote existen mínimo una familia a encuestar, pues hay indicios que habitan 02 ó más familias en algunos lotes, por ello, se encuestaron a todas las familias de cada lote.

a. Criterios de inclusión:

- Vivienda que se encontró ubicada en los sectores 01 al 06.
- Vivienda habitada.
- Vivienda cuyos miembros acepten ser encuestados.

b. Criterios de exclusión:

- Vivienda de otros asentamientos humanos.
 - Viviendas vacías o terrenos baldíos.
 - Vivienda cuyos miembros no deseen ser encuestados.
- **Procedimiento de muestreo:** Se aplicaron **ENCUESTAS ESTRUCTURADAS** a todas las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo, durante los meses de Noviembre a Diciembre del 2007.
 - **Variables del estudio:**

• **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
EDAD	<i>Edad cumplida en años y/o meses</i>	<i>Cuantitativa</i>	<i>Discontinua</i>	<i>En años y/o meses</i>	<i>Encuesta</i>
SEXO	<i>Sexo de cada persona</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	<i>1 : Masculino 2 : Femenino</i>	<i>Encuesta</i>
ESTADO CIVIL	<i>Estado civil de los miembros de la familia</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	<i>1: SOLTERO 2: CASADO 3: DIVORCIADO/SEPARADO 4: VIUDO 5: CONVIVIENTE</i>	<i>Encuesta</i>
PARENTESCO	<i>Grado de parentesco con el informante</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	<i>1: JEFE 2: CONYUGE 3: HIJO 7: NIETOS 8: ABUELO 9: OTROS FAM.</i>	<i>Encuesta</i>

				4:HIJO POLITICO 5:PADRES 6:HERMANOS	CONSANGUINEO 10:OTROS FAM. POLITICO 11:NINGUNO	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	<i>Nivel de estudios alcanzados por cada miembro de la familia</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0: NO LEE, NO ESCRIBE 1: PRIMARIA COMPL. 2: PRIM. INCOMPLETA 3: SECUNDARIA COM	4: SEC.INCOMPLETA 5: SUP. TECNICO 6: SUP. UNIVERS 9: NS/NR	<i>Encuesta</i>
ACTIVIDAD	<i>Ocupación que realiza cada miembro de la familia</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO TRABAJA 1:AMA DE CASA 2:ESTUDIANTE 3:EMPLEADO 4:OBRERO	5:ARTESANAL 6:COMERCIANTE FORMAL 7:COMERCIANTE INFORMAL 9:NS/NR	<i>Encuesta</i>
SEGURO MEDICO	<i>Disponibilidad de seguro médico en la familia</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SIS 2:ESSALUD 3:OTRO 9:NS/NR		<i>Encuesta</i>
ENFERMEDAD RECIENTE	<i>Presencia de enfermedad en los últimos 3 meses de cada miembro de la familia</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0: NO 9:NS/NR		<i>Encuesta</i>
ATENCIÓN EN SERVICIO DE SALUD	<i>Búsqueda de atención en un servicio de salud ante un problema de enfermedad</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:CENTRO/PUESTO DE SALUD 2:HOSPITAL 3:PARTICULAR 9:NS/NR		<i>Encuesta</i>

• **CARÁCTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
TIPO DE VIVIENDA	<i>Existencia de núcleo unifamiliar o es un lote multifamiliar</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:UNIFAMILIAR 2:MULTIFAMILIAR	<i>Encuesta</i>
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LAS PAREDES	<i>Tipo de material predominante en las paredes de la vivienda</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:LADRILLOS 2:MADERA 3:ESTERA 4:OTRO	<i>Encuesta</i>
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DEL TECHO	<i>Tipo de material predominante en el techo de la vivienda</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:CEMENTO 2:MADERA 3:CALAMINA 4:OTRO	<i>Encuesta</i>
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DEL PISO	<i>Tipo de material predominante en el piso de la vivienda</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:CEMENTO 2:ENTABLADO 3:TIERRA 4:OTRO	<i>Encuesta</i>
SITUACIÓN DE TENENCIA	<i>Tenencia de la vivienda por la familia</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:PROPIA 2:ALQUILADA 3:SESION DE USO 4:OTRO	<i>Encuesta</i>
Nº DE HABITACIONES PARA DORMIR	<i>Número de habitaciones sin contar lo destinado para cocina ni baño</i>	<i>Cuantitativa</i>	<i>Discontinua</i>	Según número total	<i>Encuesta</i>

HACINAMIENTO	<i>Cantidad de personas que viven en la vivienda</i>	<i>Cuantitativa</i>	<i>De intervalo</i>	1:< 5 personas 2: 5 - 8 personas 3:>8personas 9: NS/NR	<i>Encuesta</i>
SERVICIOS BASICOS: AGUA	<i>Disponibilidad de agua potable en la vivienda</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:RED PUBLICA 2:CISTERNA 3:CARRETILLERO 4:OTROS	<i>Encuesta</i>
SERVICIOS BASICOS: EXCRETAS	<i>Servicios básicos para disposición de excretas en la vivienda</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:BAÑO 2:LETRINA 3:BUZON PUBLICO 4:CAMPO LIBRE 5:OTROS	<i>Encuesta</i>
SERVICIOS BASICOS: BASURA	<i>Disponibilidad de la basura en la vivienda</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:RECOLECTOR 2:ELIMINA A CAMPO 3:OTROS	<i>Encuesta</i>
SERVICIOS BASICOS: LUZ	<i>Disponibilidad de luz en la vivienda</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:ENERGIA ELECTRICA 2:LAMPARA / VELAS 3:OTROS	<i>Encuesta</i>
RIESGOS EN LA VIVIENDA	<i>Tipo de riesgos que se evidencian en la vivienda</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:ESCALERA S/PROTECCION 2:INSTAL. ELECTRICA INADECUADA 3:SUSTANCIA TOXICA EXPUESTA 4:OTROS	<i>Encuesta</i>
TENENCIA DE ANIMALES	<i>Tenencia y/o cría de animales en la vivienda</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:PERRO 2:GATO 3:OTROS	<i>Encuesta</i>

• **CRITERIOS DE RIESGO FAMILIAR**

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</i>
TOS > 10 DIAS	<i>Miembro de la familia con tos por más de 10 días</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SI 9:NS/NR	<i>Encuesta</i>
TBC-MDR	<i>Presencia de pacientes con Tuberculosis, especialmente Mutidrogorresistente</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SI 9:NS/NR	<i>Encuesta</i>
VIOLENCIA FAMILIAR	<i>Presencia de violencia familiar</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:FISICO 2:PSICOLOGICO 3:FISICO Y PSICOLOGICO 4:ABANDONO 5:ABUSO SEXUAL	<i>Encuesta</i>
DROGADICCION	<i>Presencia de drogadicción en miembros de la familia</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SI	<i>Encuesta</i>
DISCAPACIDAD	<i>Presencia de personas discapacitadas en la familia</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SI	<i>Encuesta</i>
MUJERES EN EDAD FÉRTIL					
FECHA DE ULTIMO PAP	<i>Fecha (año) del último Papanicolau realizado</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	COLOCAR EL AÑO	<i>Encuesta</i>
EDAD Ira RELACION SEXUAL	<i>Edad de inicio de la actividad sexual de la Mujer en edad fértil</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 9: NS/NR	<i>Encuesta</i>
PLANIFICACION FAMILIAR	<i>Tipo de método de planificación familiar usado</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:PASTILLA 2:INYECTABLE 3:TdeCOBRE 5:LIGADURA/VASEC TOMIA 6:NATURAL	<i>Encuesta</i>

				4:CONDONES	
NUMERO de VACUNA DIFTERIA-TETANOS	<i>Número de vacunas</i>	<i>Cuantitativa</i>	<i>Discontinua</i>	<i>Según número de vacuna administrada</i>	<i>Encuesta</i>
GESTANTES DE ALTO RIESGO					
NUMERO DE CONTROL PRE NATAL	<i>Gestante con control prenatal</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SIN CARNET	<i>Encuesta</i>
EDAD 1ra RELACION SEXUAL	<i>Edad de inicio de la actividad sexual en la gestante</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 9: NS/NR	<i>Encuesta</i>
<i>Edad en riesgo</i>	<i>Edad de la gestante comprendida entre menor de 15 años o mayor de 35 años</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SI	<i>Encuesta</i>
FLUJO VAGINAL	<i>Presencia de flujo vaginal en la gestante</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SI 9:NS/NR	<i>Encuesta</i>
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	<i>Número de parejas sexuales actuales de la gestante</i>	<i>Cuantitativa</i>	<i>Discontinua</i>	1:SOLO 1 2:> 1 9:NS/NR	<i>Encuesta</i>
NUMERO VACUNA DIFTERIA TETANOS	<i>Número de vacunas contra Difteria-tétanos administradas a la gestante</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 9: NS/NR	<i>Encuesta</i>
RECIEN NACIDO (0 a 29 días)					
LUGAR DE PARTO	<i>Lugar de nacimiento del recién nacido</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:EST. SALUD 2:HOSPITAL 3:PARTICULAR 4:CASA 5:OTRO	<i>Encuesta</i>
PESO NACER	<i>Peso que tuvo al nacer (en Kg y gr)</i>	<i>Cuantitativa</i>	<i>Continua</i>	<i>Según peso al nacer (en Kg y gr)</i>	<i>Encuesta</i>
MADRE CON TBC	<i>Presencia de madre con Tuberculosis</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SI 9:NS/NR	<i>Encuesta</i>
NIÑOS < 1 AÑO					
LME hasta los 6 meses	<i>Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SI 9:NS/NR	<i>Encuesta</i>
VACUNAS	<i>Nivel de inmunizaciones del niño</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:COMPLETA C/CARNET 2:INCOMPLETA C/CARNET 3:SIN CARNET 9:NS/NR	<i>Encuesta</i>
NIÑOS < 5 AÑOS					
CRED	<i>Control de crecimiento y desarrollo realizado a los niños</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1:COMPLETA C/CARNET 2:INCOMPLETA C/CARNET 3:SIN CARNET 9:NS/NR	<i>Encuesta</i>
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL	<i>Seguimiento nutricional realizado a los niños</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SI	<i>Encuesta</i>
ENFERMEDAD RECIENTE	<i>Presencia de enfermedad reciente en últimos 15 días en los niños</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:EDA 2:IRA 3:AMBOS 4:OTROS	<i>Encuesta</i>
NIÑOS 5 a 9 AÑOS CON ULTIMA CONSULTA AL DENTISTA	<i>Niños de 5 a 9 años que han realizado consulta odontológica en el último año</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:SI 9:NS/NR	<i>Encuesta</i>
ADULTO MAYOR (>60a)	<i>Tipo de dolencia en el adulto mayor de la familia</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	0:NO 1:DIABETES 2:HIPERTENSION 3:OSTEOARTROSIS 4:ARTRITIS 5:DISLIPIDEMIAS 6: OTROS (ESCRIBA LA ENFERMEDAD)	<i>Encuesta</i>

- **Técnicas y método de trabajo:** Se utilizó una encuesta estructurada de salud y de enfoque de riesgo con una codificación pre-determinada, a fin de realizar fácilmente el procesamiento de los datos obtenidos (ver ANEXO N° 01), identificándose 2 aspectos fundamentales: La situación de salud de la familia, y factores de riesgo existentes en las viviendas encuestadas. Para ello, se visitaron en 06 semanas continuas las viviendas de los sectores N° 01 al 06, a fin de encuestar a la o las familias que habitan en cada lote, tomando como referencia el plano de los lotes que dispone el Centro de Salud “Puerto Nuevo”. Se encuestaron y visitaron al 100% de viviendas ubicadas en dichos sectores. Cada encuesta se realizó en un promedio de 15 a 20 minutos. Se capacitaron a 10 personas: 05 personal de salud y 05 promotores de salud en el llenado correcto de la encuesta, y se asignó un promedio de 48 a 50 lotes por encuestador, durante las 06 semanas que duró el recojo de la información, en 25 días útiles del mes, haciendo un promedio de 30 encuestas por día, considerando que existe gran dinámica poblacional y volviendo a visitar a las familias si faltasen datos.

Para aplicarla, se realizó la coordinación previa con los dirigentes de los sectores considerados a fin de informarles el motivo de la investigación y que permitan brindar las facilidades del caso al personal encuestador. Luego, se realizará la recolección de los datos programada previo aviso a las familias en la fecha correspondiente.

2.2.2) ESTUDIO CUALITATIVO:

- **La Segunda Etapa**, de tipo **EXPLORATORIA**, constó en la indagación de la relación del perfil de salud hallado con la Planificación Local participativa, realizado en el C.S. Puerto Nuevo, en base a una **ENTREVISTA A PROFUNDIDAD** a los miembros del equipo de gestión del establecimiento.

- **Metodología: ENTREVISTA A PROFUNDIDAD.** Esta técnica se utiliza para obtener información sobre posibles factores asociados, conocidos o no

sobre la relación del perfil de salud hallado con la Planificación Local participativa, realizado en el C.S. Puerto Nuevo.

- **Muestra:** 05 miembros del equipo de gestión del C.S. Puerto Nuevo, durante los meses de Noviembre a Diciembre del 2007.
- **Técnica de Muestreo:** El Muestreo será No Probabilístico, por Conveniencia.
- **Técnicas e instrumentos:** Las sesiones tuvieron una duración promedio de hora y media, contándose con una guía sobre los aspectos a tratar. Se utilizó una grabadora para registrar las conversaciones en todos los grupos.

2.2.3) TRIANGULACIÓN:

- **La Tercera Etapa** corresponde a la **TRIANGULACIÓN** de las 2 etapas previas desarrolladas.

2.3) PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:

- ESTUDIO CUANTITATIVO:** Para el análisis de los datos, estos serán introducidos en la base de datos del paquete SPSS versión 11.0. Los resultados serán presentados utilizando estadística descriptiva con el uso de Tablas y gráficas diseñadas específicamente para este fin, para variables cualitativas. Para variables cuantitativas, se establecerá la media y la desviación estándar.
- ESTUDIO CUALITATIVO:** Los datos recolectados mediante entrevistas a profundidad fueron analizados mediante la técnica propia de estudios cualitativos, revisándose los apuntes y escuchándose las grabaciones, transcribiéndose las versiones y comentarios más importantes.

Para la mejor visualización de los resultados, fueron utilizados los programas Excel y Power Point para la Presentación Final.

2.4) *CONSIDERACIONES ÉTICAS:*

Se aplicaron encuestas anónimas para garantizar la confidencialidad de quién lo responde, explicándosele previamente el objetivo del trabajo y remarcando la confianza en responder con la más absoluta veracidad. No se vulnerarán los aspectos éticos de ninguna persona que esté incluida en el estudio, manteniendo el profundo respeto por las personas que serán encuestadas, y se procederá a realizar la encuesta previo consentimiento verbal de la persona.

CAPITULO III

RESULTADOS

Se presentan los resultados según las etapas en que se han recolectado.

3.1) FASE CUANTITATIVA:

Se encuestaron a **600 familias** que cumplieron con los criterios de inclusión, haciendo un total de **2401 habitantes**. En 327 lotes, no se realizó la encuesta, por diversos motivos, entre ellos, no se encontró a nadie en el momento de las encuestas, otras personas se negaron a participar, y la existencia de lotes baldíos y viviendas en estado de abandono. Sobre los *Datos generales de los habitantes* considerados en la encuesta, se tiene lo siguiente:

DATOS GENERALES DE LOS HABITANTES:

Distribución de la población por edades

La edad promedio de la población estudiada es de **28.47 ± 20.077 años**, habiendo 1225 varones (51.02%) y 1176 mujeres (48.98%). Se aprecia que la distribución por edades presenta una pirámide de base corta con ensanchamiento entre los 10 y 30 años, disminuyendo progresivamente al avanzar los grupos etáreos (*Gráfico N° 01*). El mismo fenómeno se puede apreciar al ver la pirámide poblacional por edad y sexo (*Tabla N° 01* y *Gráfico N° 02*).

Gráfico N° 01:

Distribución Global de la edad de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

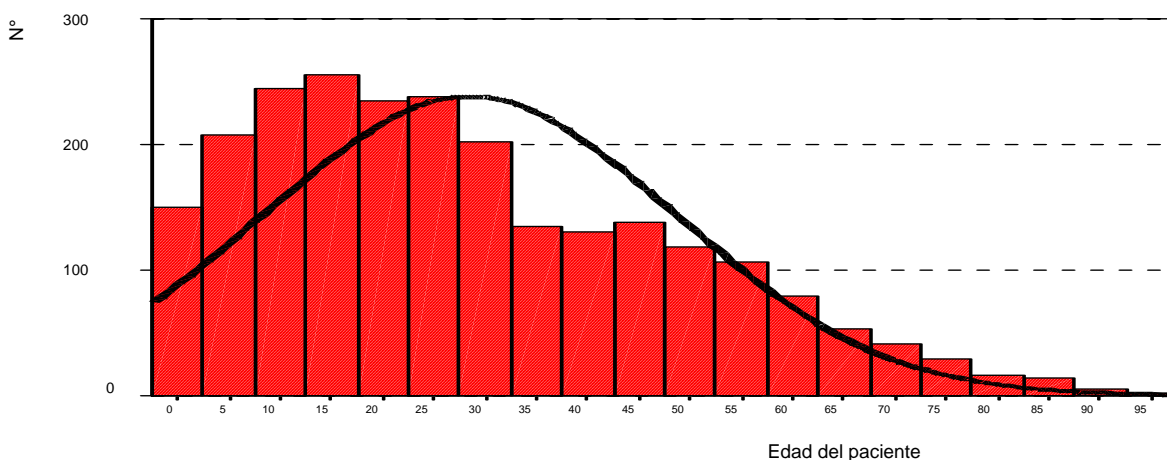


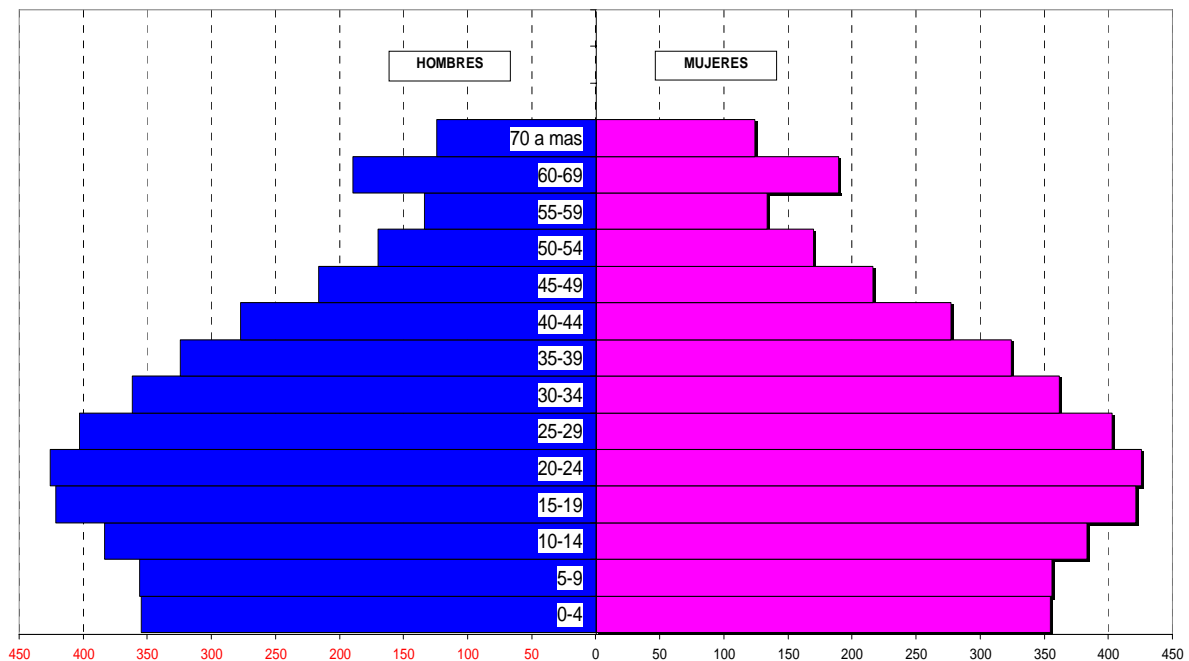
Tabla N° 01:

Distribución de la edad de la Población por Edad y Sexo del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Edades</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
0-4	120	119	239
5-9	107	90	197
10-14	124	144	268
15-19	141	112	253
20-24	129	117	246
25-29	103	98	201
30-34	90	95	185
35-39	63	73	136
40-44	71	59	130
45-49	60	68	128
50-54	65	62	127
55-59	39	39	78
60-69	66	51	117
70 a más	47	49	96
TOTAL	1,225	1,176	2401

Gráfico N° 02:

Pirámide Poblacional por Edad y Sexo de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



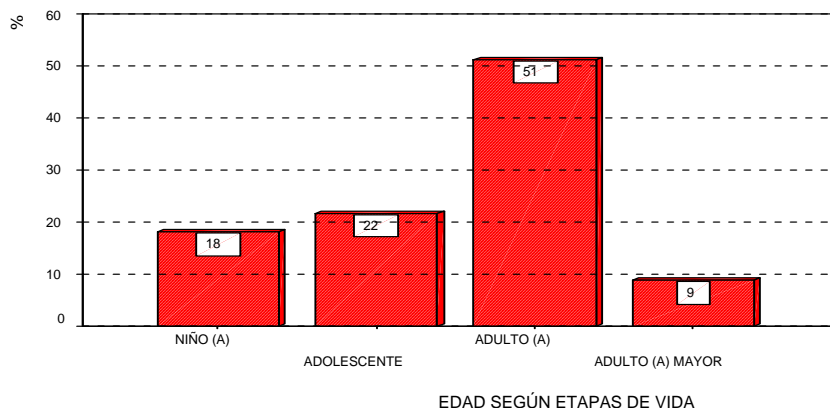
Población censada: 2401 habitantes

Fuente: Encuesta de Salud y enfoque de riesgo 2007

La distribución de la población según etapas de vida refleja que la mayor cantidad de habitantes pertenecen a la etapa Adulto (51.3%), seguido de la etapa Adolescente (21.7%), luego la etapa Niño (18.2%) y finalmente la etapa Adulto mayor (8.9%), tal como muestra el *Gráfico N° 03*.

Gráfico N° 03:

Distribución según las etapas de vida de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



En relación al estado civil de las personas censadas, el 52.5% es Soltero (a), el 22% es Casado (a), el 19.2% es conviviente, y el 3.2% es Viudo, divorciado o separado (*Gráfico N° 04*). Según el grado de parentesco, el 41.2% son hijos del informante, el 20.8% de encuestados es Jefe del hogar, el 17% son cónyuges, el 8.4% son nietos, entre otros (*Gráfico N° 05*).

Gráfico N° 04:

Distribución según estado civil de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

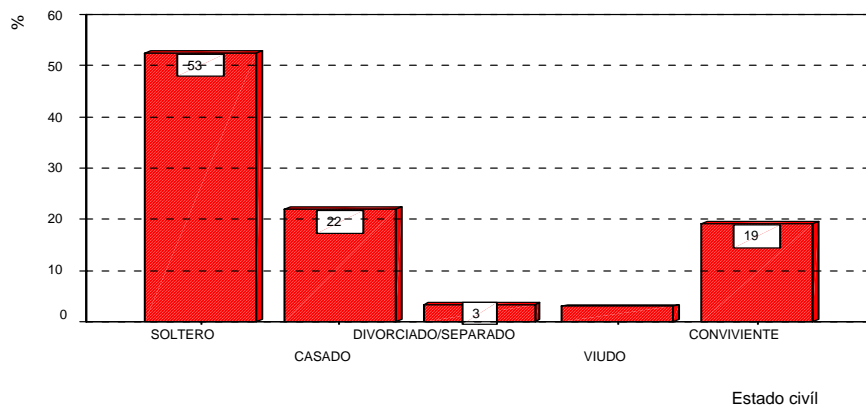
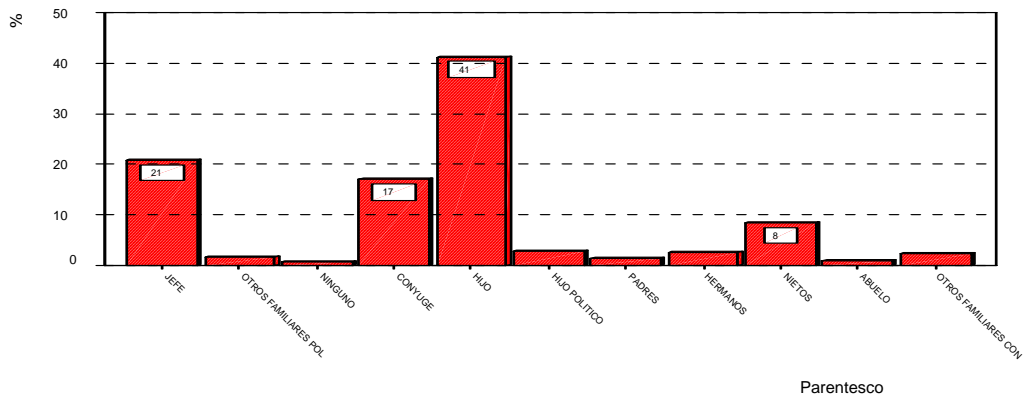


Gráfico N° 05:

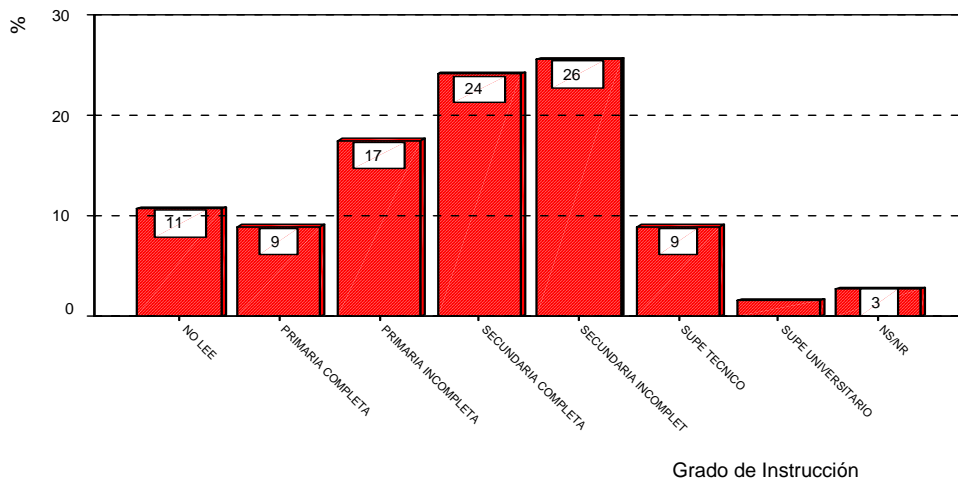
Distribución según grado de parentesco en las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



El Grado de instrucción de la población censada fue: 25.6% Secundaria Incompleta, 24.1% Secundaria Completa, 17.5% Primaria incompleta, 8.9% Primaria completa, 8.9% Superior Técnico, 1.6% Superior Universitario y el 10.7% No lee (*Gráfico N° 06*).

Gráfico N° 06:

Distribución según grado de instrucción de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

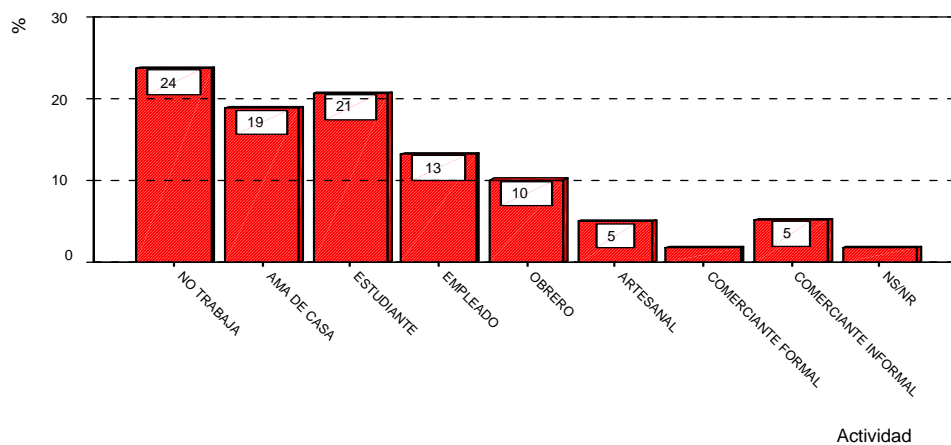


En relación al tipo de actividad que desempeña, el 23.7% no trabaja, el 20.7% es estudiante, 18.8% es ama de casa, el 13.2% es empleado, el 10.1% es obrero, el 5.2% es comerciante

informal, el 5% es artesano, el 1.7% es comerciante formal, y el 1.7% No Sabe/no responde (Gráfico N° 07).

Gráfico N° 07:

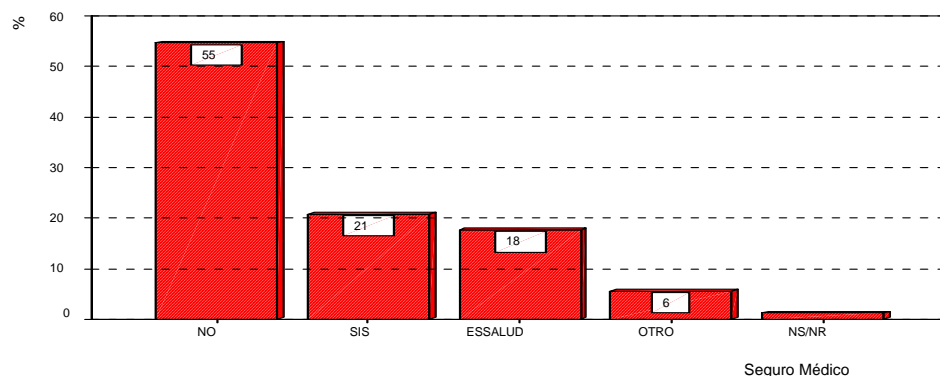
Distribución según el tipo de actividad de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



Con respecto al tipo de seguro médico que poseen, el 54.6% de censados no cuentan con seguro médico alguno, el 20.8% está afiliado al Seguro Integral de Salud.- SIS., el 17.7% está afiliado a ESSALUD, el 5.6% está afiliado a otros seguros, y el 1.2% No Sabe/no responde (Gráfico N° 08).

Gráfico N° 08:

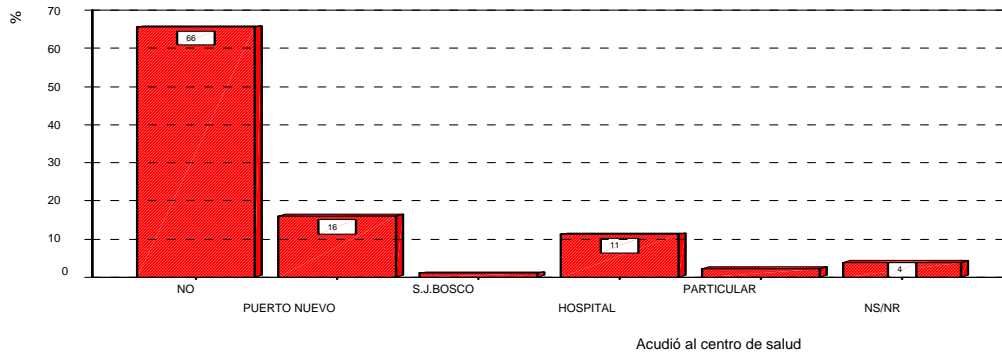
Distribución según tipo de seguro médico de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



Con respecto si acuden a algún servicio de salud al estar enfermos, el 65.6% respondió que no acuden a ningún lugar, el 16.1% acude al C.S. Puerto Nuevo, el 11.2% acude al Hospital Carrión, el 2.2% acude a Consultorio particular, el 1% acude al C.S. San Juan Bosco, y el 3.9% No Sabe/no responde (*Gráfico N° 09*).

Gráfico N° 09:

Distribución según si acude a algún servicio de salud, en las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



Sobre la presencia de personas tosedoras por más de 10 días en las familias censadas, respondieron que el 93.3% lo niegan, el 4.1% refieren que si hay algún miembro de la familia con tos crónica, y el 2.6% No sabe/no responde (*Gráfico N° 10*). Ante la presencia de pacientes con TBC Multidrogorresistente en las familias censadas, el 95.8% lo negó, mientras que el 0.6% respondió que sí poseen con algún miembro de la familia con dicha enfermedad, y el 3.5% No sabe/no responde (*Gráfico N° 11*).

Gráfico N° 10:

Presencia de Tosedores más de 10 días en la población censada, AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

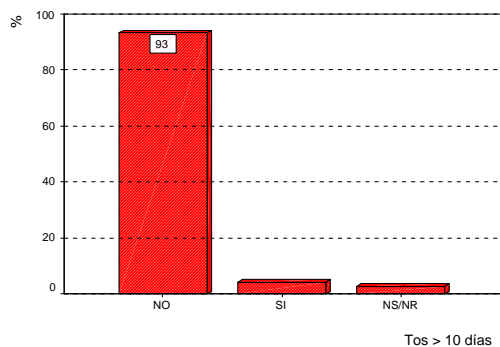
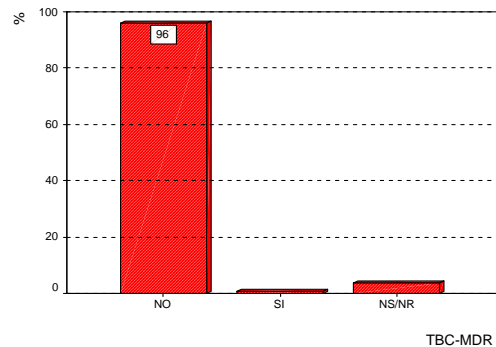


Gráfico N° 11:

Presencia de TBC-MDR en la población censada del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



En relación a la existencia de Violencia Familiar en la población censada, el 83.5% lo negó; el 1.7% refiere Violencia Psicológica, el 0.9% Violencia Física, el 0.8% Violencia Física y Psicológica, el 0.1% sufre de abandono, y el 2.9% No sabe/no responde (*Gráfico N° 12*).

Gráfico N° 12:

Existencia de Violencia familiar en la población censada del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

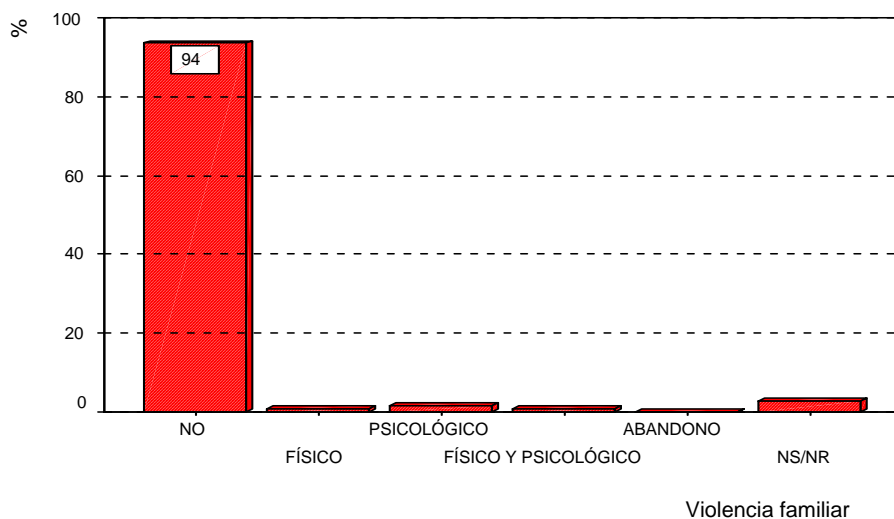


Gráfico N° 13:

Presencia de Drogadictos en la población censada del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

Ante la presencia de personas drogadictas en las familias censadas, el 95.9% lo negó, mientras que el 1.3% respondió que sí poseen algún miembro de la familia, y el 2.8% No sabe/no responde (*Gráfico N° 13*).

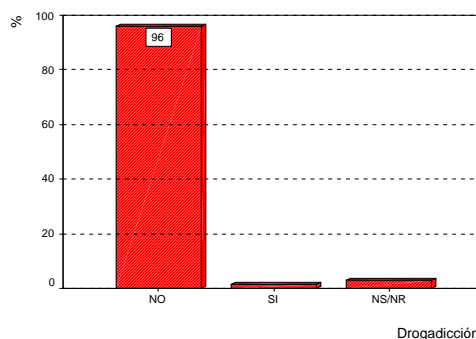
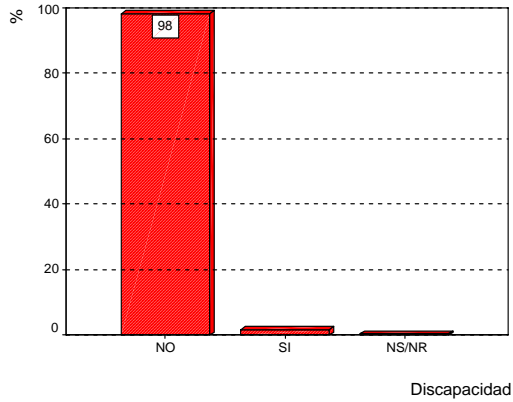


Gráfico N° 14:

Presencia de personas discapacitadas en la población censada del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



Ante la existencia de personas discapacitadas en la población censada, el 98.2% lo negó, mientras que el 1.5% respondió que sí poseen algún miembro de la familia discapacitado, y el 0.3% No sabe/no responde (*Gráfico N° 14*).

ETAPA DE VIDA NIÑO (A):

En este estudio se censaron 436 niños entre los 0 a 9 años de edad, siendo la edad promedio de 4.2 ± 2.96 años, cuya distribución sigue la curva normal (*ver Gráfico N° 15*). De todos ellos, 227 (52.1%) fueron varones y 209 (47.9%) eran mujeres (*Gráfico N° 16*). En relación al lugar del parto en neonatos censados, se encontraron 38 neonatos, refieren que 05 (13.2%) nacieron en el Hospital, 1 (2.6%) nació en un Centro de Salud de referencia, 1 (2.6%) refiere en Clínica particular, y 31(81.6%) No sabe/no responde (*Gráfico N° 17*). El peso al nacer en los neonatos censados fluctuó entre los 2000 g hasta los 4200 g, y 31 de ellos (81.6%) no sabe/no responde (*Tabla N° 02*).

Gráfico N° 15:

Distribución de la edad de los niños censados del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

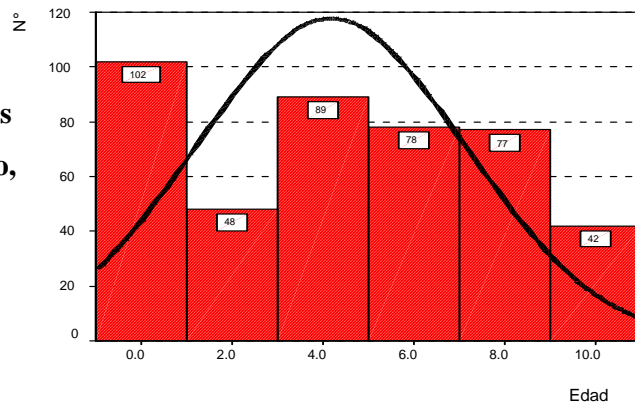


Gráfico N° 16:
Distribución según sexo de los niños
censados del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

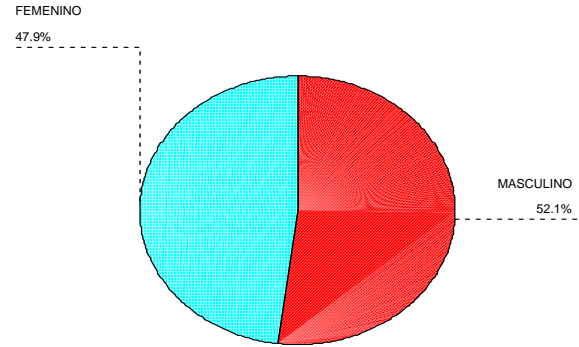


Gráfico N° 17:
Lugar del parto de los neonatos del
AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

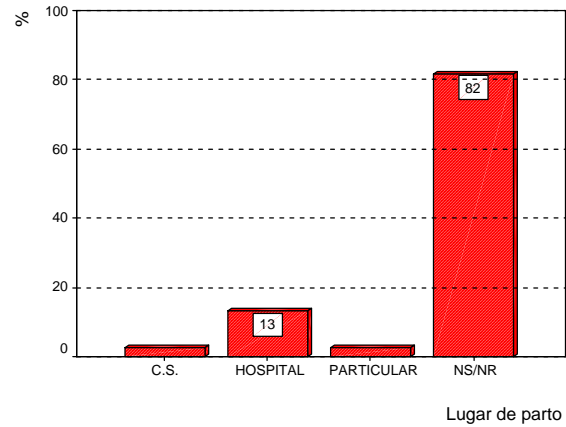


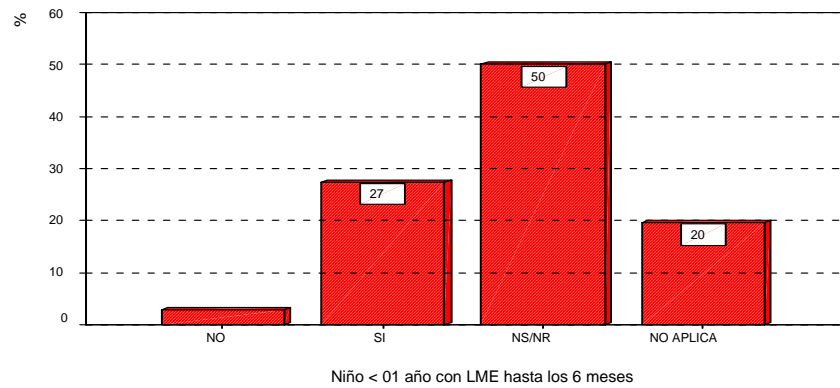
Tabla N° 02:
Peso al nacer de los neonatos del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Peso (g)</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
2	1	2.6
2600	1	2.6
2950	1	2.6
3	1	2.6
3200	2	5.3
4200	1	2.6
NS/NR	31	81.6
Total	38	100.0

En relación al cumplimiento de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 06 meses, los encuestados refirieron que de un total de 102 niños menores de 06 meses censados, 28 de ellos (27.5%) si refieren haberla recibido, mientras que 3 (2.9%) lo niega y 71 (69.6%) No sabe/no responde (*Gráfico N° 18*).

Gráfico N° 18:

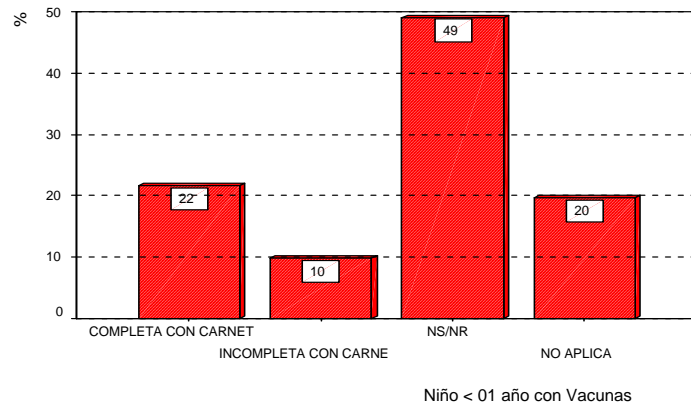
Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



En relación al nivel de vacunación infantil en niños menores de 01 año, se tiene que de 102 niños censados, 22 (21.6%) si tiene Vacunas completas y con el carnet respectivo, 10 (9.8%) posee vacunas incompletas con carnet, y 70 (68.6%) no sabe/no responde (*Gráfico N° 19*).

Gráfico N° 19:

Vacunación en niños menores de 01 año en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



En relación a los niños menores de 05 años censados (n=239), se evaluó si ellos poseen controles de crecimiento y desarrollo con su respectivo carnet, obteniéndose que 92 de ellos (38.5%) poseen controles completos con su carnet respectivo, 25 (10.5%) poseen controles completos sin el carnet respectivo, 21 (8.8%) poseen controles incompletos con carnet, y en 65 (27.2%) el informante No sabe/no responde (*Gráfico N° 20*). En cuanto al seguimiento

nutricional en dichos niños, se tiene que 77 de ellos (32.2%) si se ha realizado seguimiento nutricional, en 70 (29.3%) no se ha realizado seguimiento, y en 55 (23%) no sabe/no responde (*Gráfico N° 21*). En relación a la presencia de enfermedad reciente en los últimos 15 días, 72 (30.1%) lo negaron, en 41 (17.2%) tuvieron Infecciones respiratorias agudas, 14 (5.9%) tuvieron Enfermedad diarreica aguda, 01 (0.4%) tuvo ambos cuadros (IRA + EDA), 21 (8.8%) presentaron otros cuadros, y 53 (22.2%) No saben/no responden (*Gráfico N° 22*).

Gráfico N° 20:

Niños menores de 5 años con tarjeta de crecimiento y desarrollo en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

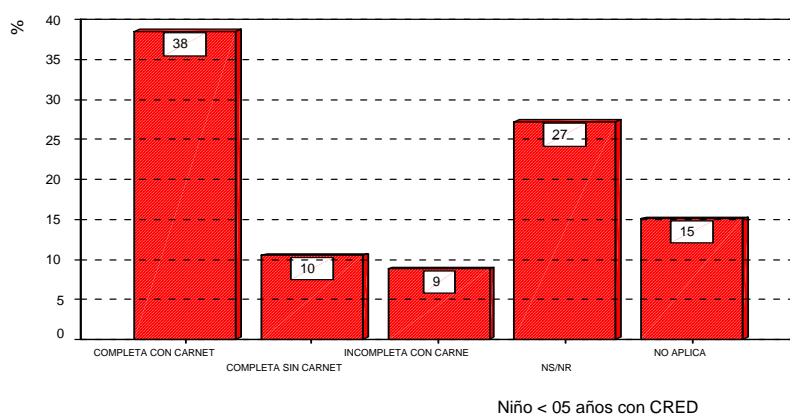


Gráfico N° 21:

Niños menores de 5 años con Seguimiento nutricional en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

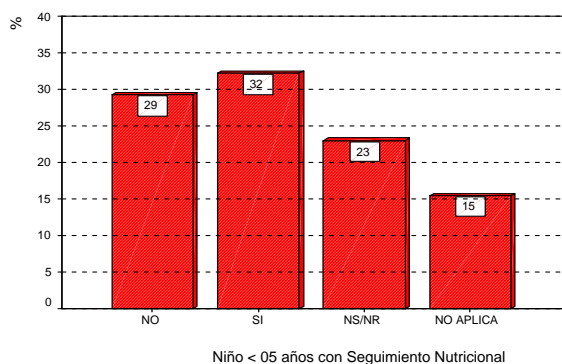
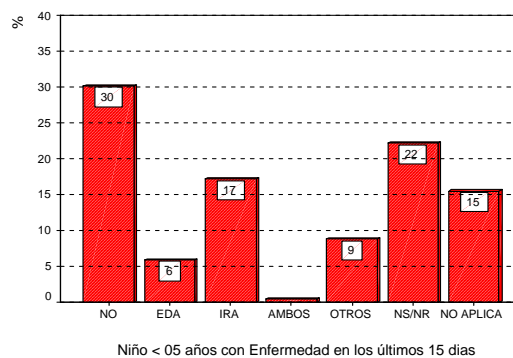


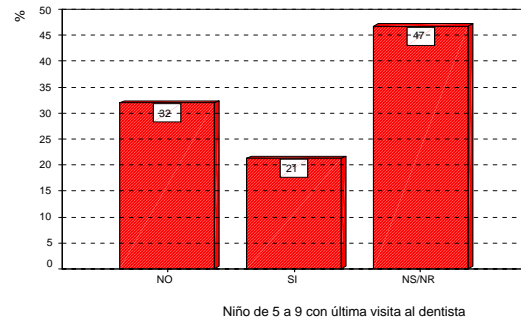
Gráfico N° 22:

Niño < 05 años con Enfermedad en los últimos 15 días en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



En relación a si los niños de 5 a 9 años han tenido control reciente al Dentista, se obtuvo que de un total de 197 niños de 5 a 9 años censados, 42 de ellos (21.3%) si ha tenido control dental, 63 (32%) lo niega, y en 92 (46.7%) No saben/no responden (*Gráfico N° 23*).

Gráfico N° 23:
Niño de 5 a 9 años con última visita al dentista en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



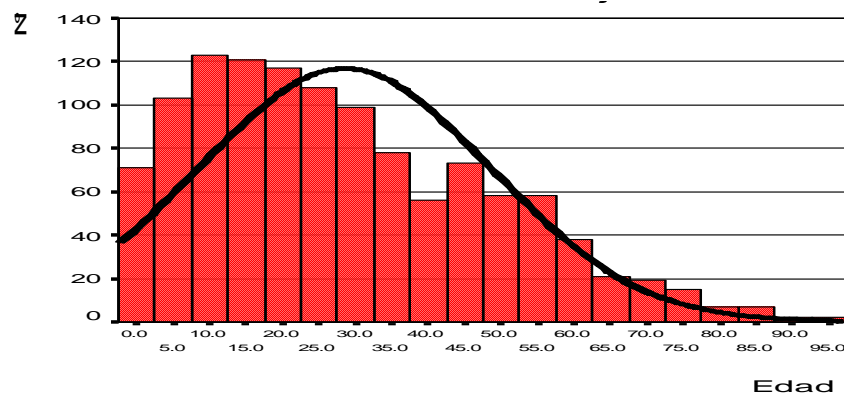
MUJERES

En relación a las Mujeres censadas (n=1176), el promedio de la edad es de 28.52 ± 20.056 años, siendo la moda de 13 años, y la mediana de 25 años (*Tabla N° 03*). La distribución de la edad sigue un patrón asimétrico, con mayor ensanchamiento entre los 10 y 35 años, y reduciéndose paulatinamente al paso de los años (*Gráfico N° 24*).

Tabla N° 03:
Medidas de tendencia central de la edad de las mujeres censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

Medidas	N°
n	1176
Promedio	28.52
Mediana	25.00
Moda	13
Desviación estándar	20.056
Varianza	402.257
Rango	93

Gráfico N° 24:
Distribución de la edad de las mujeres censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



En relación a la fecha del último papanicolau en mujeres en edad fértil censadas (n=622), se obtuvo que 269 de ellas (43.2%) Nunca se ha realizado dicho examen, 223 (35.85%) se han realizado alguna vez una toma de papanicolau, siendo los años 2006 y 2007 en que se han realizado por última vez dicho examen (88, 14.1% y 24, 3.9% respectivamente), habiendo 111 mujeres que desde el años 1998 a 2005 registran la toma de su último papanicolau (17.85%), y 130 mujeres (20.9%) No saben/no responden (*Tabla N° 04*).

Tabla N° 04:
Fecha del último Papanicolau en las mujeres en edad fértil
censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Año</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NUNCA	269	43.2
1998	1	0.2
1999	3	0.5
2000	2	0.3
2001	3	0.5
2002	4	0.6
2003	6	1.0
2004	20	3.2
2005	72	11.6
2006	88	14.1
2007	24	3.9
NS/NR	130	20.9
Total	622	100.0

Con respecto al uso de métodos de planificación familiar, 162 (26%) refieren que no usan ningún método, siendo los métodos más preferidos: Los inyectables (79, 12.7%), seguido de las pastillas (59, 9.5%), luego la “T” de cobre (31, 5%), Anticoncepción quirúrgica voluntaria (31, 5%), condones (11, 1.8%), método natural (08, 1.3%) y 241 (38.7%) No saben/no responden (*Gráfico N° 25*). Sobre el uso de vacunas contra la difteria – tétanos en las mujeres en edad fértil censadas, se obtuvo que 47 (7.6%) no tienen dichas vacunas, 146 (23.5%) sí tienen con dosis completas, 103 (16.6%) sí tienen pero con dosis incompletas, y 325 (52.3%) No saben/no responden (*Gráfico N° 26*).

Gráfico N° 25:

Métodos de Planificación Familiar usado por las mujeres en edad fértil censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

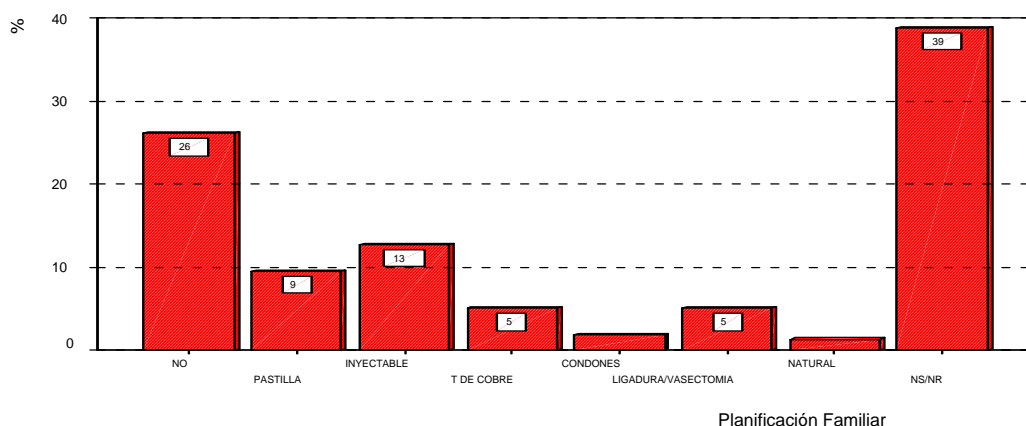
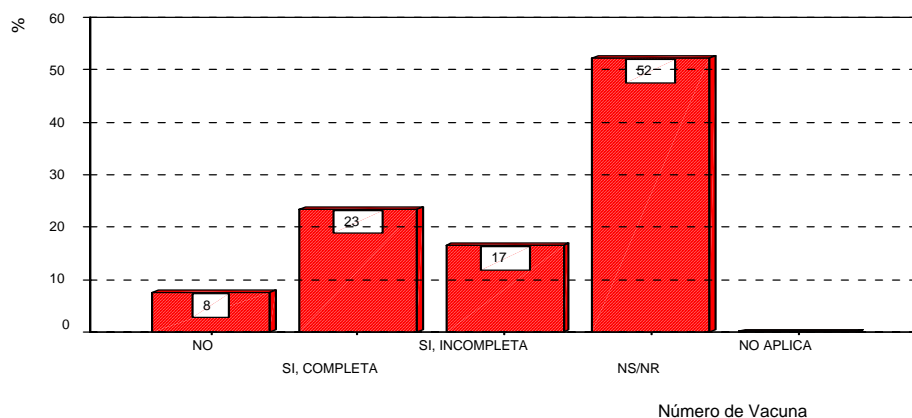


Gráfico N° 26:

Vacunas contra la difteria-tétanos que poseen las mujeres censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



GESTANTES

En el presente estudio se encontraron 16 gestantes cuya edad promedio fue de 26.38 ± 6.355 años, cuya mediana es de 25 años, y el rango de edad entre 18 a 36 años (*Tabla N° 05*). 07 de ellas poseen alto riesgo por edad (*Tabla N° 06*). Sobre el número de controles pre-natales que poseen, se obtuvo que 03 de ellas (18.8%) No poseen ningún control, 04 (25%) poseen controles pero no poseen carnet de control al momento de la encuesta, 09 (56.25%) poseen controles con carnet, habiendo gestantes con 02 hasta 08 controles registrados (*Tabla N° 07*). La edad de su primera relación sexual es de 18.9 años, presentando 01 de ellas (6.3%)

más de una pareja sexual, mientras que 13 (81.3%) refieren poseer una sola pareja sexual, y 02 (12.5%) No saben/no responden (*Tabla N° 08*).

Tabla N° 05:

Distribución de la edad en las gestantes censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Medidas</i>	<i>N°</i>
n	16
Promedio	26.38
Mediana	25.00
Moda	18
Desviación estándar	6.355
Varianza	40.383
Rango	18

Tabla N° 06:

Riesgo por edad menor de 15 años ó mayor de 35 años, en las gestantes censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Riesgo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	8	50.0
SI	7	43.8
NO APLICA	1	6.3
Total	16	100.0

Tabla N° 07:

Número de Control Prenatal en las gestantes censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>N°</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	3	18.8
SIN CARNET	4	25.0
2 Controles	1	6.3
3 Controles	1	6.3
4 Controles	2	12.5
5 Controles	3	18.8
7 Controles	1	6.3
8 Controles	1	6.3
Total	16	100.0

Tabla N° 08:

Número de parejas sexuales en las gestantes censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>N°</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Sólo 1	13	81.3
> 1	1	6.3
NS/NR	2	12.5
Total	16	100.0

Sobre la presencia de flujo vaginal en las gestantes censadas, 06 de ellas (37.5%) refirieron sí tenerla, 05 (31.3%) lo negaron, y 03 (18.8%) No saben/no responden (*Tabla N° 09*). En relación a la vacunación contra la difteria-tétanos en las gestantes censadas, se obtuvo que 03 (18.8%) no tienen dichas vacunas, 06 (37.5%) sí tienen con dosis completas, 03 (18.8%) sí tienen pero con dosis incompletas, y 02 (12.53%) No saben/no responden (*Tabla N° 10*).

Tabla N° 09:

Presencia de flujo vaginal en las gestantes censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Presencia</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	5	31.3
SI	6	37.5
NS/NR	3	18.8
NO APLICA	2	12.5
Total	16	100.0

Tabla N° 10:

Vacunas contra la difteria-tétanos que poseen las gestantes censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Vacuna</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	3	18.8
SI, COMPLETA	6	37.5
SI, INCOMPLETA	3	18.8
NS/NR	2	12.5
NO APLICA	2	12.5
Total	16	100.0

ADULTO MAYOR

En relación a los Adultos Mayores censados (n=213), el promedio de la edad es de 69.56 ± 8.057 años, siendo la moda de 60 años, y la mediana de 68 años (*Tabla N° 11*). La distribución de la edad sigue una tendencia decreciente a través del paso de los años (*Gráfico N° 27*). Según la distribución por sexo, fueron censados 113 varones (53.1%) y 100 mujeres (46.9%) (*Gráfico N° 28*).

Tabla N° 11:

Medidas de tendencia central de la edad en Adultos mayores del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Medidas</i>	<i>N°</i>
n	213
Promedio	69.56
Mediana	68.00
Moda	60
Desviación estándar	8.057
Varianza	64.908
Rango	33

Gráfico N° 27:

Distribución de la edad en Adultos mayores del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

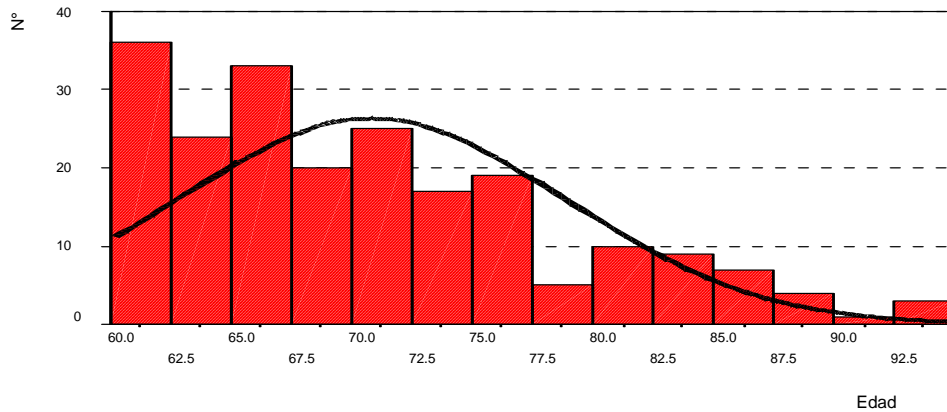
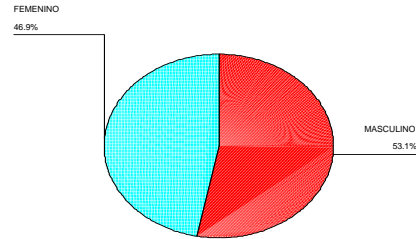


Gráfico N° 28:

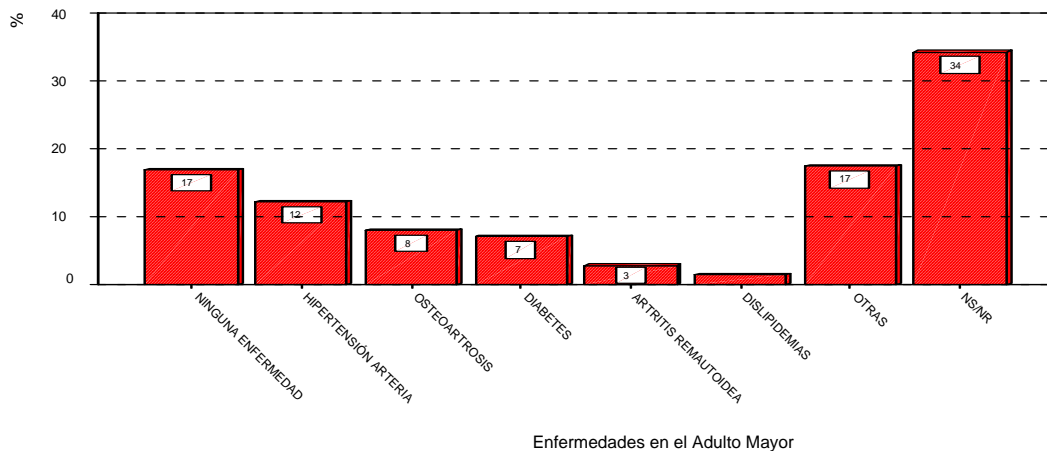
Distribución por sexo en Adultos mayores del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



En relación a las enfermedades más frecuentes que aquejan a los Adultos Mayores censados, se obtuvo que 26 de ellos (12.2%) sufren de Hipertensión arterial, 17 (8%) sufren Osteoartritis, 15 (7%) tienen Diabetes Mellitus, 06 (2.8%) tienen Artritis Reumatoide, 03 (1.4%) sufren Dislipidemias, 37 (17.4%) sufren Otras enfermedades, 36 (16.9%) refieren no sufrir ninguna enfermedad, y 73 (34.3%) No saben/no responden (*Gráfico N° 29*).

Gráfico N° 29:

Enfermedades más frecuentes en los Adultos mayores del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007



SITUACIÓN DE LAS VIVIENDAS Y DEL ENTORNO:

En relación a la *Situación de las Viviendas y del entorno*, se censaron en total 600 viviendas, de las cuales se obtuvo que el tipo de vivienda predominante es la Unifamiliar (441, 73.5%), seguido de Multifamiliar (159, 26.5%) (*Gráfico N° 30*). El material de construcción predominante en las paredes de las paredes es la Madera (481, 80.2%), seguido de ladrillos (119, 19.8%) (*Gráfico N° 31*).

Gráfico N° 30:

Tipo de vivienda predominante en el AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

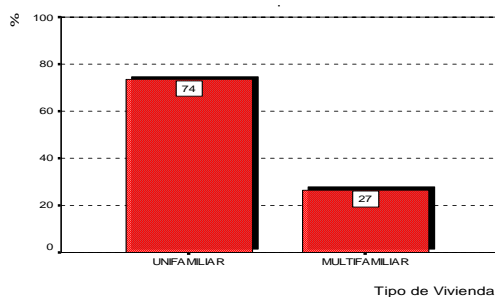
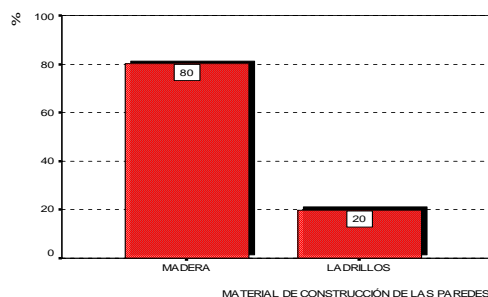


Gráfico N° 31:

Material de construcción de las paredes de las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.



En relación al techo de las viviendas, 467 (77.8%) son de Madera, 71 (11.8%) de cemento, 58 (9.7%) de calamina, y 4 (0.7%) de otro material (*Gráfico N° 32*). En relación al piso de las viviendas, 423 (70.5%) son de cemento, 120 (20%) de tierra, 34 (5.7%) de entablado y 23 (3.8%) de otros materiales (*Gráfico N° 33*).

Gráfico N° 32:

Material de construcción del techo de las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

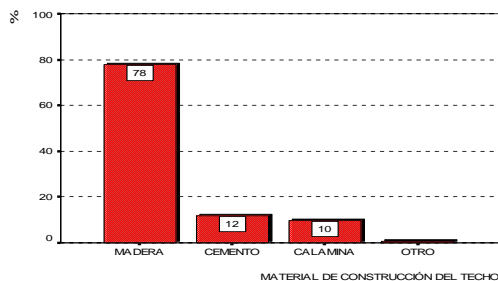
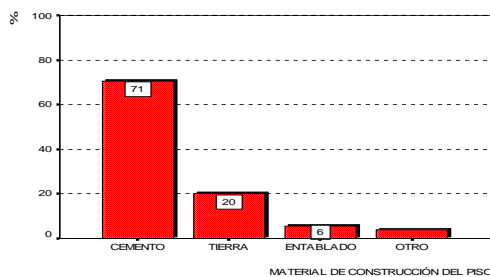


Gráfico N° 33:

Material de construcción del piso de las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.



Sobre la situación de tenencia de las viviendas, son Propias en 547 (91.2%) pues cuentan con títulos de propiedad respectivos, 22 (3.7%) son alquiladas, 20 (3.3%) en sesión en uso, y 11 (1.8%) en otros (*Gráfico N° 34*). En relación al hacinamiento, se obtuvo que 380 familias (63.3%) poseen menos de 5 personas /familia, 177 familias (29.5%) poseen entre 5-8 personas/familia, 42 (7%) poseen más de 8 personas/familia, y 01 (0.2%) No sabe/no responde (*Gráfico N° 35*).

Gráfico N° 34:

Situación de las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

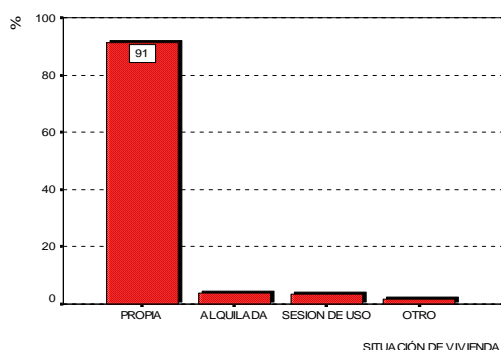
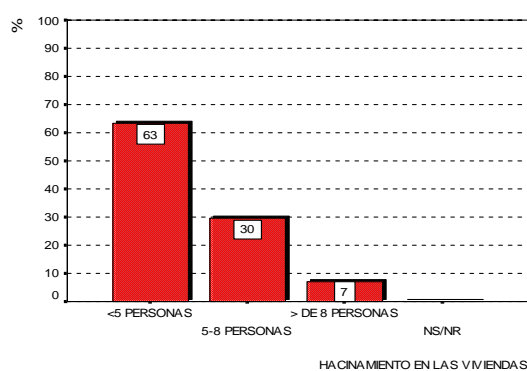


Gráfico N° 35:

Hacinamiento en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.



Servicios básicos en las viviendas:

Con respecto a la tenencia de servicios básicos en las viviendas censadas, se obtuvo sobre la disposición de agua potable, que 463 viviendas (77.2%) se abastecen mediante carretilleros, 102 (17%) mediante camiones cisterna y 35 (5.8%) mediante red pública intradomiciliaria (*Gráfico N° 36*). Sobre la eliminación de excretas, 256 familias (42.7%) refieren tener Baño intradomiciliario, 119 (19.8%) refieren usar letrina, 116 (19.3%) refieren utilizar buzón público, 54 (9%) refieren eliminarlo al campo público, y 55 (9.2%) refieren utilizar otros medios (*Gráfico N° 37*). En relación a la eliminación de la basura 428 (71.3%) refieren eliminarla mediante camiones recolectores, 160 (26.7%) refieren eliminarlo al campo, 12 (2%) refieren otros medios (*Gráfico N° 38*). Sobre la tenencia del servicio de luz eléctrica en las viviendas censadas, 591 (98.5%) refieren contar con energía eléctrica, 6 (1%) poseen solamente lámparas/velas, y 3 (0.5%) refieren usar otros medios (*Gráfico N° 39*).

Gráfico N° 36:

Disposición del Agua en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

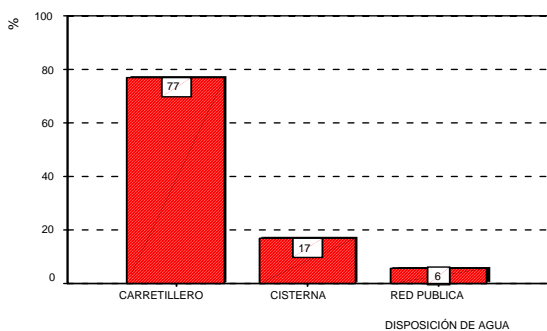


Gráfico N° 37:

Eliminación de excretas en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

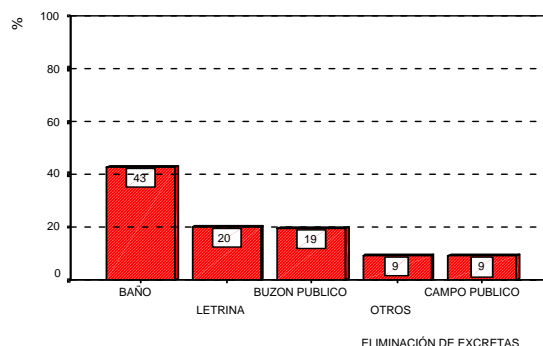


Gráfico N° 38:

Eliminación de la basura en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

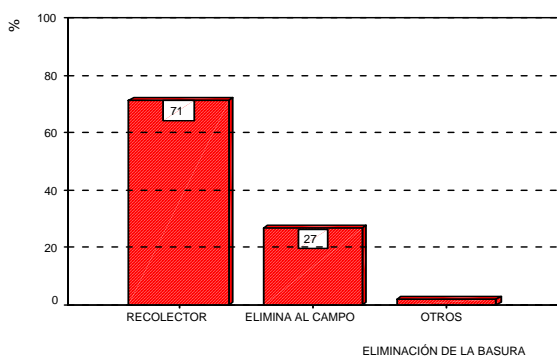
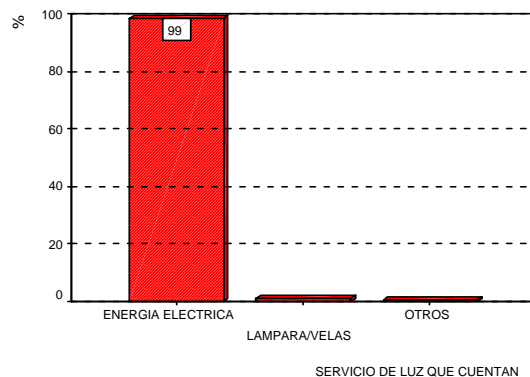


Gráfico N° 39:

Servicio de luz que cuentan las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.



Se evaluó la existencia de posibles riesgos en las viviendas censadas, obteniéndose que 208 viviendas (34.7%) existen perros vagos frente a sus casas, 111 (18.5%) presentan sustancia tóxica expuestas, 79 (13.2%) presentan instalaciones eléctricas inadecuadas, 71 (11.8%) presentan escaleras sin protección, 49 (8.2%) presentan otros riesgos, 52 (8.7%) no presentan riesgos, y en 30 (5%) No saben/no responden (*Gráfico N° 40*). En relación a la tenencia de animales en las viviendas censadas, 328 (54.7%) respondieron que no poseen animales, 170 (28.3%) poseen perros, 61 (10.2%) poseen gatos, 22 (3.7%) refieren poseer perros y gatos, y 19 (3.2%) refieren poseer otros animales (*Gráfico N° 41*).

Gráfico N° 40:

Riesgos en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

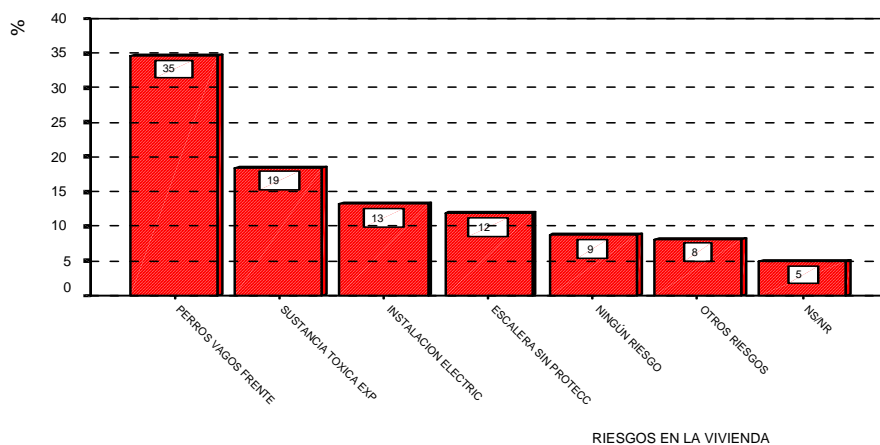
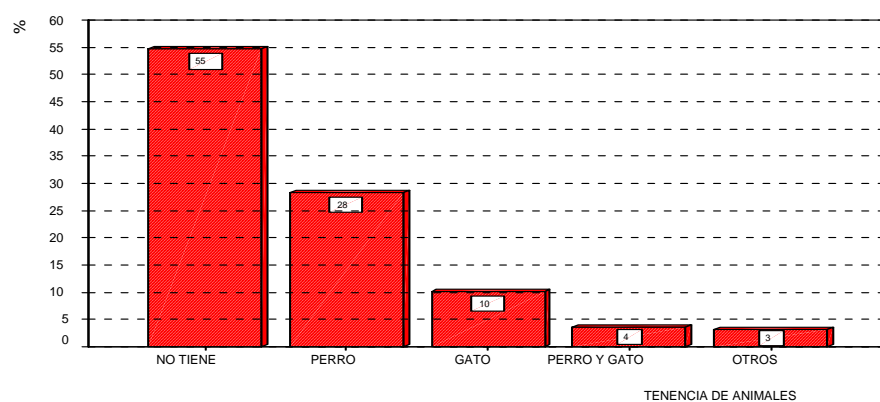


Gráfico N° 41:

Tenencia de animales en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.



3.2) FASE CUALITATIVA:

Se realizaron 05 entrevistas a profundidad a los miembros del equipo de gestión del C.S. “Puerto Nuevo”. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 01 hora 30 minutos., realizadas individualmente en un ambiente grato, y manteniendo un clima de cordialidad durante todo el proceso, garantizándose la confidencialidad de las versiones vertidas por cada persona, y transcritas con fines meramente académicos.

El establecimiento de salud elegido para este fin fue el Centro de Salud “Puerto Nuevo” perteneciente a la Red Bonilla-La Punta, DISA I Callao, presenta una problemática *sui generis* en el país, pues se encuentra inmerso en una zona de alta contaminación por plomo, lo que conlleva a serios daños a la salud de la población expuesta, sobre todo los niños. El establecimiento cuenta con 12 años de existencia, en una población con grandes carencias socio-económicas y múltiples problemas, se cuenta con poco personal de salud (12 personas) y una comunidad poco comprometida con su realidad.

El Centro de Salud cuenta con los servicios básicos de Medicina General, Enfermería, Obstetricia, Seguro Integral de Salud, Nutrición, Salud Ambiental, Psicología, y el área administrativa.

En la actualidad, se viene desarrollando Planes locales de salud, elaborados por el equipo técnico de gestión del establecimiento. Para indagar sobre las la relación de perfil de salud con la elaboración del plan local de salud, se procedió a interpretar las opiniones vertidas por los diferentes miembros del equipo de gestión del establecimiento de salud.

En relación al concepto que poseen sobre el Plan Local de Salud, las personas entrevistadas poseen una apreciación muy clara de lo que es y para qué sirve dicho documento de gestión, percibiendo una actitud favorable hacia la elaboración, puesta en ejecución y evaluación de dicho Plan:

“El Plan de salud local es un documento donde se consolidan todas las estrategias y objetivos a cumplir para mejorar la salud de la población”. Profesional C.S. N° 01

“El Plan local de salud es un trabajo que se hace el año anterior a ejecutar junto con la población para priorizar los temas de salud que la población considere que para ellos es importante ser atendidos y programar las actividades según eso”. Profesional C.S. N° 02

“El Plan operativo local es un documento en el que están estipuladas todas las actividades, todas las metas que se deben cumplir para una jurisdicción determinada”. Profesional C.S. N° 03

“Un Plan local de salud es una herramienta de trabajo que permite establecer las metas, objetivos y las actividades que pensamos hacer para el próximo año, y así cumplir con los informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales”. Profesional C.S. N° 04

“Es la programación de todas las actividades que se van a realizar en las diferentes áreas, programas y estrategias para todo el próximo año y se supone que sirve para planificar dichas actividades y el presupuesto que se necesitará en base a las metas”. Profesional C.S. N° 05

El personal de salud percibe claramente la finalidad y utilidad de la elaboración de dicho Plan, pues en sus argumentos refieren como elementos centrales de su redacción: La priorización de problemas de salud, y la programación de actividades a desarrollar para reducir o eliminar dichos problemas, aunque se percibe cierto enfoque curativo y de rehabilitación, más que de prevención y promoción:

“Sí, creo que se trata de encontrar los problemas de la comunidad y buscar cómo podemos solucionarlo durante el año y así siempre”. Personal C.S. N° 01

“Me parece que el objetivo de este plan local de salud es atender las necesidades principales o priorizadas de una comunidad, no solamente atender sino poder establecer estrategias para poder prevenir el daño”. Personal C.S. N° 02

“La finalidad es establecer cuáles son las prioridades de salud en una localidad y a través de las actividades programarse en todo el año qué es lo que se debe realizar junto a los Promotores de salud y en lo que puedan participar. Es muy útil en mi

área porque puedo priorizar los problemas nutricionales y contribuir a disminuir ese problema y me da la visión hacia donde debo trabajar más”. Personal C.S. N° 03

“Su finalidad es dar las pautas para solucionar los problemas de la comunidad asignada y los problemas del centro de salud durante un año”. Personal C.S. N° 04

“Es un documento técnico que va a orientar nuestro trabajo de acuerdo a las metas que se han fijado en cada componente, y que sirve como base para el trabajo de todo el año siguiente”. Personal C.S. N° 05

En relación a la elaboración de dicho Plan, el personal del establecimiento de salud refiere que es un documento solicitado cada año, para eso se reúnen en los últimos meses del año o en el primer mes de año siguiente para mostrar las matrices que deben llenar, y se les da tiempo para que cada responsable y/o coordinador de áreas y estrategias (programas) lo llene y lo envíe a la Jefatura, quien finalmente la consolida. Nos llamó la atención la percepción sobre la obligatoriedad administrativa de hacer este documento, a fin de que no sean sujetos de amonestación, posible despido por el tipo de condición laboral (contratado por servicios no personales – SNP), y que programan “datos cercanos a lo real”:

“Por lo general nos lo piden al inicio del año, y debemos presentarlo rápido, aunque siempre nos exigen muchos documentos, y a veces tenemos que aproximar datos cercanos a lo real. Aún así, seguimos haciendo los planes locales cuando nos piden, y solamente para que no nos llamen la atención. Nosotros cuidamos nuestro trabajo porque somos contratados como en mi caso”. Profesional C.S. N° 01

“Hemos tenido 03 reuniones de coordinación y a parte cada coordinador tuvo el tiempo de acuerdo a las estrategias y etapas de vida que llevó, nos hemos demorado casi un mes para completar todo el plan”. Personal C.S. N° 02

“Todos los años participo en la elaboración de este documento. Hemos participado en la priorización de problemas, determinando los problemas y el Jefe es el que ha sistematizado todo”. Profesional C.S. N° 03

“La DISA nos envía unas matrices, que debemos llenarla. Lo que hacemos aquí es distribuirnos según las áreas y programas que nos corresponda, y según ello, llenamos las matrices”. Profesional C.S. N° 04

“Todos los años siempre lo solicitan a destiempo porque nos presionan para presentarlo varios meses después del tiempo debido, y todos trabajamos aislados y corriendo contra el tiempo para presentar un documento tan importante. Nos dan un plazo muy corto, porque tenemos toda la carga de pacientes por atender y debemos revisar toda la documentación e información mensual, en base a eso lo hacemos, y se lo enviamos a la Jefatura para que lo consolide y saque la versión final”. Profesional C.S. N° 05

El tiempo utilizado para redactar dicho documento es variable, y depende de las responsabilidades, tareas y estrategias que el personal de salud tenga en el establecimiento. Además, hay la percepción y el temor que solamente se realiza dicho documento para evitar amonestaciones o procesos administrativos. Además, se percibe a la sobrecarga laboral, asistencial y administrativa como limitantes para la elaboración de dicho documento:

“Yo lo hago rápido, pues llevo pocos programas y lo que hago es aumentar un 10% de la meta alcanzada en el año anterior, y según eso lo programo para el otro año. Con tal de que no nos llamen la atención, lo hacemos lo más rápido que se pueda, pero hay veces que no se puede”. Personal C.S. N° 01

“En ese momento me llevó más tiempo por la carga laboral que tuve, nos demoramos más por la carga laboral que teníamos”. Personal C.S. N° 02

“Mi carga laboral me ha permitido redactarla, siempre en el primer mes del año se elaboran los planes y siempre es importante por lo que se va a hacer en los meses posteriores para cumplir esas actividades”. Personal C.S. N° 03

“Me parece que lo hicimos en una semana, la carga laboral no me permitió hacerla porque en el centro de salud tenemos un equipo de gestión pero nunca podemos reunirnos, porque siempre paran ocupados”. Personal C.S. N° 04

“A mi me cuesta mucho tiempo hacerlo, pues llevo muchos programas, tengo que estar sacando de mis archivos, y todos los días tengo pacientes que atender, y siempre me llaman de la Microrred, de la Red o de la DISA para consolidar lo de los otros centros y eso me toma mucho tiempo, no puedo avanzar con lo mío”. Personal C.S. N° 05

Para la redacción del Plan, la Jefatura distribuye las matrices o formatos entre las personas responsables de cada área, servicio o estrategia sanitaria, dando un plazo para su término, y dicha información lo consolida finalmente la Jefatura del establecimiento, en medio físico y magnético, para su remisión a las instancias administrativas correspondientes. Hay cierto malestar del personal por la recarga laboral y se percibe que es de predominio administrativo sobre lo asistencial:

“Participan sólo los responsables de cada servicio, o de cada estrategia, por lo general, somos todos nosotros, pues somos pocos en el establecimiento”. Personal C.S. N° 01

“En este trabajo participaron todos los coordinadores de estrategias y responsables de etapas de vida”. Personal C.S. N° 02

“Bueno, hubo una reunión donde se priorizaron los problemas, una matriz general, donde participaron todo el personal del centro de salud y después priorizábamos los

*problemas mediante un puntaje. A parte de nosotros, no ha participado nadie más”.
Personal C.S. N° 03*

“Siempre lo hacemos individualmente, cada uno lo hace según los plazos que los jefes nos exigen, y como sea terminamos enviando la información. Nos repartimos las matrices y lo hacemos a mano o por medio electrónico, se lo enviamos a la jefatura y ella lo consolida todo”. Personal C.S. N° 04

“La verdad yo lo hice solo, pues nunca nos podemos reunir por la carga laboral y la atención de los programas, no hay tiempo para labor administrativa adicional, y todos los años el Ministerio de Salud y sus direcciones nos regalan más programas responsabilidades, componentes, estrategias que al final que en vez de atender personas, somos personas que atendemos programas”. Personal C.S. N° 05

Se consideran los datos de morbilidad y mortalidad, procedentes de datos estadísticos de producción diaria que se registra en las hojas HIS del establecimiento, y que cada personal de salud cuenta mensualmente en base a los informes que ellos presentan, considerándolo como elementos únicos e importantes del perfil de salud para el diseño del Plan, y programan sus actividades comparando con su producción del año anterior en el mismo período de tiempo:

“Utilizo los datos de mis reportes del HIS, o sea de los pacientes que he atendido en el mes, además hago informes mensuales, trimestrales y semestrales de los cuales tengo datos para comparar con el trimestre o semestre del año pasado, y hago el análisis de esa información”. Personal C.S. N° 01

“En lo que me corresponde a mí como área mujer, yo me planteé mis objetivos en relación a lo que es gestantes a atender lo que era morbilidad para lo que es prevención del alto riesgo, o sea mi prioridad fue abocarme más a la parte preventiva-promocional para evitar el riesgo de muerte de gestantes. En el área adolescentes la prevención de lo que es el embarazo en adolescentes. En lo que es el

área adulto a poder realizar actividades de prevención de morbilidad más frecuentes del adulto”. Personal C.S. N° 02

“Nos basamos en la morbilidad en general, lo hemos obtenido de los reportes 40 de las hojas HIS, de producción diaria. Solamente del reporte 40 de las Hojas HIS, en base a producción diaria. Solamente de esa fuente fueron obtenidos los datos”. Personal C.S. N° 03

“Los datos nos la da la encargada de estadística, y con eso, hacemos todo”. Personal C.S. N° 04

“Yo tengo los informes mensuales de mis programas, y con eso lo vacío para tener una idea de los avances en mi plan y así programo para el año siguiente. Pero más que todo, utilizo la morbilidad por grupo etáreo”. Personal C.S. N° 05

El personal toma además otras fuentes de consulta para la elaboración del Plan, tales como el análisis FODA que refieren obtenerla producto de las evaluaciones de indicadores por cada estrategia sanitaria que se realiza de forma trimestral, y se sirven de una Guía metodológica en base a matrices que se lo envía la DISA a la Jefatura de cada establecimiento de salud y con ello, realizan la distribución por cada estrategia. Por otro lado, se mencionó que usaron los datos de la programación realizada en el plan local de salud del año anterior. No refirieron usar ninguna otra fuente adicional de información:

“Solamente del análisis FODA y se tuvo como base los resultados que se obtuvieron de la evaluación que se ha hecho hasta el III trimestre. En el análisis FODA cada coordinador indicaba cuáles eran sus problemas y qué soluciones objetivas le podían dar solución”. Personal C.S. N° 02

“La única guía metodológica fueron los formatos que nos dio la Jefatura del Centro de Salud, y que se los proporcionó la DISA, me parece que capacitaron a los Médicos Jefes y ellos nos capacitaron a nosotros. En base a estas matrices

participamos distribuyéndonos a cada uno y cada estrategia llenaba su propia matriz, y luego se consolidaba en una sola matriz general”. Personal C.S. N° 03

“Me basé en la información proveniente de estadística del reporte de morbilidad por grupo etéreo y también de los informes anuales. Lo redacté guiándome del Plan local de salud del año anterior”. Personal C.S. N° 05

El personal de salud percibe que los factores que limitan o dificultan la elaboración del Plan local de salud están en relación a la escasa participación de los miembros de la comunidad, la prioridad de la gestión sobre la atención de pacientes referido al diagnóstico y tratamiento motivo de consulta a pesar de estar conscientes de la prioridad a las actividades preventivas-promocionales. Además refieren que el escaso personal de salud y la consecuente multifuncionalidad de funciones de cada uno, con fuerte presión administrativa y por ende la carencia de tiempo para terminar sus actividades diarias, incluso manifestando que deben laborar en horas posteriores al horario normal de trabajo (8:00am a 2:00pm), para cumplir con lo solicitado:

“A mí me parece que el principal factor es que no tenemos suficiente personal, somos pocos en este centro de salud, y cada uno de nosotros tiene que llevar varios programas y además con la exigencia de presentar informes y documentos, además la atención a pacientes, nos queda poco tiempo, pues el tiempo vuela. Inclusive, tenemos que quedarnos fuera de la hora de trabajo para cumplir con la información que nos piden”. Personal C.S. N° 01

“Es que la gestión en realidad le da prioridad a la atención, y ya nosotros sabemos desde hace mucho tiempo que la prioridad para nosotros debe ser la atención preventiva promocional, porque es más barato evitar que tener que curar”. Personal C.S. N° 02

“La participación de los agentes externos es muy escasa, no participan activamente”. Personal C.S. N° 03

“El factor tiempo, hay demasiada carga administrativa y asistencial diaria y es casi imposible reunirnos todos los implicados en más de una fecha, pues siempre hay cosas urgentes que cumplir en todo momento y nunca podemos coincidir para una reunión de trabajo como esta que implica reunirse más de una hora. Como somos muy pocos profesionales en el centro de salud, llevamos cada uno como mínimo 05 ó 06 programas, estrategias, componentes, responsabilidades, etc”. Personal C.S. Nº 05

Existe la percepción que en el centro de salud solamente se han reunido para dar las pautas generales, y en el camino se han ido corrigiendo los errores en la programación, lo que se corroboró cuando se realizaba el consolidado en las Microrred y en la Red de Salud, denotando que esta situación se repite en otros establecimientos de salud de la Red de Salud:

“La dificultad ha sido de que como centro nos hemos demorado en elaborar este plan local de salud, y cuando hemos remitido a la Microrred, esta por la premura de tiempo ha consolidado y ha hecho su plan local de salud en base a sus estrategias de salud, como “Puerto Nuevo” no nos hemos reunido. Como Red, nos hemos reunido y nos hemos programado según lo proyectado de enero a diciembre. Cuando viene la información de los centros de salud y de las microrredes, nos damos cuenta que la información no coincide, como centros han programado de una manera inadecuada”. Personal C.S. Nº 02

El grado de cumplimiento de lo programado en el Plan operativo local del presente año en relación al año anterior es de responsabilidad de la Jefatura, y cada responsable de área y/o estrategia se encarga de cumplir con las metas que se hayan programado para el siguiente año, y se realizan informes de avances mensuales y las evaluaciones trimestrales y semestrales, haciendo reuniones entre el personal de salud para realizar la evaluación general y específica por estrategias y áreas. Se percibe que se han cumplido con las metas

trazadas en el Plan local de salud del año anterior, enfocadas en el aspecto curativo, recuperativo reflejado en la disminución de morbilidad de cuadros diversos:

“Bueno, creo que se cumple siempre, nos ponemos metas que podemos tratar de cumplir a pesar de todo lo que tenemos que hacer”. Personal C.S. N° 01

“En relación al año anterior, hemos sobrepasado las metas, hemos llegado a cumplir con el 80% en todas las estrategias que corresponde al área mujer, en lo único que tuvimos dificultad fue en la toma de Papanicolau porque en la DISA no hubo lectura bastante tiempo, ahí no se logró superar la meta y llegamos hasta un 75% y hasta ahora sigue la molestia, pero con respecto a lo demás pudimos observar que hubo una disminución de embarazos en adolescentes, disminución de morbilidad de gestantes, menos casos de ITUs, pienso que han sido tratados mejor tratados esta vez, ha habido disminución en la morbilidad sobre vaginitis y anemia”. Personal C.S. N° 02

“Hay actividades realizadas que si lograron concluirse y otros que faltaron, por ejemplo las charlas educativas, la captación de sintomáticos respiratorios, etc. Esto no se ha llegado a cumplir por la falta de tiempo, que el personal debe tomarse un tiempo para hacer esas actividades, demasiadas actividades en tan poco tiempo, y por el poco personal que hay”. Personal C.S. N° 03

“Sí se cumplen, cada uno de nosotros nos encargamos de cumplir y bajar los indicadores de morbilidad de nuestros programas. Nos reunimos una vez para ver lo alcanzado y según eso, vemos que hemos cumplido en la mayoría de casos”. Personal C.S. N° 04

Llamó la atención una opinión de la finalidad real del Plan local de salud, pues es visto como un documento a ser cumplido con obligatoriedad sin responder a las necesidades reales de la comunidad:

“...Porque la elaboración del Plan es para salir del paso y no es un verdadero análisis de la realidad”. Personal C.S. N° 05

La contribución del Plan Operativo Local a la gestión del establecimiento de salud, es vista por el personal de salud desde una perspectiva de beneficio y desarrollo, para solucionar los principales problemas detectados, en la que se considera importante realizar actividades preventivo-promocionales educativas que dan soporte a las acciones programadas:

“Apoya a la gestión del establecimiento, así puede monitorear todos los problemas, y cada uno de nosotros contribuimos para su solución”. Personal C.S. N° 01

“Pienso que contribuye de gran manera porque en base a lo que nos programamos es que podemos orientar las acciones preventivas para poder hacer que las principales causas de morbilidad ya no se presenten o disminuyan. Además hay algunos planes de intervención que se pueden hacer que tiene labor educativa y nosotros vemos que hemos modificado hábitos de alimentación en gestantes, hábitos de higiene en las personas, hay mayor responsabilidad de los padres de traer a sus hijas que inician su actividad sexual tempranamente y por eso se puede disminuir en algo la tasa de embarazos en adolescentes”. Personal C.S. N° 02

“Le da la orientación hacia donde está yendo la gestión en lo primero que debe hacer. La salud es uno de los problemas prioritarios en nuestra comunidad y dentro de ella tenemos varios problemas como el Plomo, las EDAs, IRAs, TBC, por so es prioritario el plan pues establece las actividades que deben cumplirse para disminuir los problemas”. Personal C.S. N° 03

Por otro lado, existen opiniones que refieren que debería contribuir a la gestión del establecimiento, sin embargo las actividades programadas no responderían a la situación real de la comunidad, y solamente se realiza ante una orden administrativa:

“Creo que siempre nos exigen mucho y cuando lo tenemos hecho, lo enviamos para que ya no nos estén llamando para pedirnos algo. Pero aún así, siempre llegan más y más documentos y siempre nos piden información urgente”. Personal C.S. Nª 04

“Debería contribuir idealmente como una herramienta de gestión integral porque abarca todas las áreas del trabajo que se realiza en un centro de salud, pero en la práctica no se da esta figura, porque sólo se hace por cumplir”. Personal C.S. Nª 05

Sobre la participación de la comunidad en la elaboración del Plan, el personal de salud considera que deben estar involucrados para que exista compromiso, pero no saben de qué manera pueden estar involucrados, reconocen que ellos son los beneficiarios, y debería tener una participación más activa y no pasiva. En algún momento, cada personal por iniciativa propia ha realizado reuniones con miembros de la comunidad para ver problemas que le competen a su área, de los cuales se han mostrado satisfechos por todo el potencial y el ánimo de participar de los pobladores, lo que en la práctica no está oficialmente canalizado en la Guía metodológica de matrices con la cual se basan para diseñar el Plan.

“Cuando ellos participan, se involucran y son actores principales de su propia realidad, toman conciencia de lo que está pasando y ellos mismos procuran hacer las cosas de tal manera que mejore no solamente su salud sino las condiciones de vida que tienen. En lo que es área mujer, en algún momento nos hemos reunido con las promotoras de salud para ver la disminución de la infección por VIH por transmisión vertical, y ellas han aportado. Cuando hemos realizado las reuniones de capacitación, ellas han aportando con sugerencias de qué manera podrían intervenir para que disminuya esta transmisión vertical y el riesgo de morir de las gestantes. Ellas mismas han buscado sus propias estrategias, por ejemplo, podemos llevar un cuaderno de control donde anotemos el nombre de las gestantes, podemos indagar por pacientes con VIH que no vienen al centro, y ellas mismas educan a sus demás vecinas, ellas mismas actúan como un efecto multiplicador en la comunidad”. Personal C.S. Nª 02

“Para lograr incluir a otros agentes es necesario que ellos hagan el proceso, para que se involucren, ellos tiene que involucrarse, tiene que pasar por el proceso de hacer una matriz. En la metodología para hacer este Plan local no han considerado la participación de la comunidad, solamente está para ser desarrollado por personal de salud, no involucra y no ve la necesidad que el mismo poblador participe”. Personal C.S. N° 03

“Cuando hemos hecho este trabajo, solamente lo hice en base a mis datos, y lo que manejo. Pero no participaron los pobladores. No está contemplado que ellos participen, aunque sería de mucha ayuda si ellos también aportaran porque ellos se beneficiarían más y se comprometerían más. Por lo general, nos reunimos más con las promotoras de salud. Ellas nos podrían ayudar”. Personal C.S. N° 05

Por otro lado, existen percepciones en contra de la participación de la comunidad, pues refieren las malas experiencias anteriores de los Comités Locales de Administración de Salud – CLAS, reconociendo que no hay compromiso de la población para una participación efectiva:

“Ya lo hemos intentado, en algún momento convocamos a una reunión con la comunidad, pero pocos acuden... A las finales, nosotros lo tenemos que hacer solos”. Personal C.S. N° 01

“La gente no debe participar, ellos no se comprometen. Ni que fuera CLAS, es una mala experiencia lo del CLAS...” Personal C.S. N° 04

En la elaboración del último Plan local de salud, no ha participado ningún miembro de la comunidad, solamente fue realizado por el personal de salud tanto asistencial como administrativo.

“Solamente nosotros nos reunimos, el personal del centro de salud en una reunión, y participamos según áreas y estrategias”. Personal C.S. N° 02

“No ha habido participación de la comunidad, solamente han participado personal asistencial y administrativo. En realidad, no se consideran las percepciones de la comunidad, no se ha evaluado, salvo algunas encuestas de alumnos que vienen a apoyar”. Personal C.S. N° 03

“No se les convocó por falta de tiempo pero ya teníamos un plan comunitario realizado por Promoción de la Salud, Comité Local de Salud y con participación de promotoras de salud en la priorización de problemas para el diagnóstico situacional comunitario”. Personal C.S. N° 05

Utilizaron una guía metodológica en base a matrices para llenar los objetivos generales, objetivos específicos, las actividades, las metas propuestas, las unidades de medida, los indicadores, el cronograma disgregado por meses y por trimestres, el presupuesto y los responsables de cumplirla. Esto lo realizaron para cada estrategia sanitaria y área de responsabilidad. Recalaron que las matrices las proporcionó la DISA, capacitaron su llenado a los Médicos Jefes y ellos a su vez lo socializaron con todo el personal responsable de las áreas y/o estrategias sanitarias, pero con dificultades para el llenado por no estar claramente definidas y con términos confusos, y que tuvieron que volver a corregirlos posteriormente. Les indicaron unas pautas cómo debían llenarlas y cada uno lo hizo según como lo habían entendido. Además refirieron el uso de los resultados obtenidos en el Plan Local de Salud en el año anterior, y hacían nueva programación de metas con incremento proporcional (10% más):

“La DISA envió las matrices en medio electrónico e impreso y con eso nos reunimos y nos repartimos cada uno. La jefatura nos dio un plazo para entregarlo pues lo iba a consolidar todo en un solo formato”. Personal C.S. N° 01

“El año pasado nos han enseñado a hacer la programación del plan de salud a través de una capacitación. Nos han capacitado a hacerlo de acuerdo a un formato, y según eso hemos programado las actividades, nos explicaron cada rubro, hay rubros diferentes que nosotros nunca antes hemos manejado, por ejemplo programar las actividades mensuales, luego en cantidades y cifras mensuales, en diferentes matrices, etc. Esas matrices nos las da la DISA, y no ha sido tan fácil hacerlo, porque ha habido confusión, habían algunos términos que no se entendían bien, por ejemplo, en lo que es materno, había un término “Gestante reenfocada”, y el término era “Gestante controlada”. No sabíamos, algunos no lo llenaban, y cuando consolidaban no cuadraban las cifras”. Personal C.S. N° 02

“Estas matrices no son claras, hubiese sido mejor que hubiera traído el manual completo con el instructivo para poder llenarlo o informarse, solamente ha sido oral o verbal, la forma cómo debe llenarse”. Personal C.S. N° 03

“Tuve problemas para entender las matrices, así que cuando terminada de hacerla, se lo enviaba a la Jefatura, y así lo hice, me programé según lo que logramos el año pasado y le aumenté una cantidad proporcional de 10% para este nuevo año”. Personal C.S. N° 04

“Usamos el mismo Plan local del año anterior, pero con datos actualizados”. Personal C.S. N° 05

En general, el personal de salud entrevistado mostró un interés favorable a aplicar el Plan Local de Salud, remarcándolo en el logro de cambios cuantitativos de las atenciones realizadas:

“Yo creo que es bueno, y una cosa que es muy notoria es que en el C.S Puerto Nuevo tenemos inicio tardío de control pre-natal en las gestantes solamente un 20% todo el resto ha iniciado tempranamente su control pre-natal, y esto es porque las promotoras, las gestantes que vienen se pasan la voz y saben que el primer control

pre-natal tiene que ser antes de las 14 semanas, y es notorio que en Puerto Nuevo que las gestantes muy raro que vengan y que estén en el segundo o tercer trimestre de embarazo. Ha habido, pero son poquitas, lo que no ocurría hasta el año pasado...”. Personal C.S. Nª 02

“Creo que para solucionar o mejorar o contribuir al mejoramiento de la solución de un problema deberían estar involucrados todos, tanto quienes ejecutan como quien se beneficia y quiénes los potenciales usuarios que están alrededor de ellos. Si solamente lo hacen de un solo lado el personal de salud, demora más o es más difícil la solución del problema”. Personal C.S. Nª 03

“Claro, siempre y cuando este Plan sea trabajado correctamente porque es el instrumento que va a orientar nuestro trabajo, para no estar desorientados, sirve para afianzar nuestra labor preventiva promocional”. Personal C.S. Nª 05

La percepción de la relación entre el Plan Local y el perfil de salud de la comunidad está en base a la morbilidad y mortalidad, registros estadísticos de producción diaria del Reporte 40 de las hojas HIS y este es reflejo solamente de la población que acude al establecimiento en búsqueda de atención, por lo que no representaría plenamente la problemática existente en la comunidad:

“Está en base a la morbilidad del establecimiento de salud. En la sala situacional, siempre se debe colocar los avances mensuales, trimestrales, semestrales. Todo eso nos sirve para la programación”. Personal C.S. Nª 01

“Se relaciona con la atenciones que damos y que reportamos todos los días. Con eso se elaboran los cuadros y tablas para la evaluación”. Personal C.S. Nª 02

“Bueno, básicamente la relación que existe entre el Plan Operativo local que se ha elaborado y el perfil de salud de la comunidad está en relación a los datos estadísticos del reporte 40 de las Hojas HIS”. Personal C.S. Nª 03

“Sólo hay relación con los reportes estadísticos, esa es la fuente más real de lo que sucede en la población que atendemos, de qué enfermedades son más frecuentes en cada grupo etáreo”. Personal C.S. Nª 04

“Deberían está directamente relacionados, deberían ser dos instrumentos que se complementan. Pero la realidad es que la extensión de uso de acuerdo a la población asignada no llega ni al 40% por lo que la morbilidad y los datos estadísticos no son una muestra representativa de lo que realmente estaría ocurriendo en la comunidad”. Personal C.S. Nª 05

CAPITULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La encuesta realizada, que abarcó a todos los grupos de edad, permitió recabar información acerca de indicadores sociodemográficos y de salud de la población de “Puerto Nuevo”. Por otro lado, la inexistencia de un registro correcto de las actividades y la regular participación del centro de salud de Puerto Nuevo en esta zona nos permitieron la posibilidad de recabar esa información que será de suma utilidad, evaluar la posibilidad de intervención en ese sector y, posteriormente, hacer valoraciones del efecto de esas intervenciones que podrá hacer el centro de Salud de Puerto Nuevo sobre la población.

4.1) PERFIL DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE “PUERTO NUEVO” DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS:

La edad promedio de la población estudiada es de **28.47 ± 20.077 años**, correspondiendo a población muy joven, lo que se corrobora al visualizar la distribución por edades que presenta una pirámide de base corta con ensanchamiento entre los 10 y 30 años, disminuyendo progresivamente al avanzar las edades.

En general, hay predominio de la etapa de vida Adulto y adolescente, habiendo una distribución similar por sexos. Se observa que la predominancia de personas solteras sobre las casadas y convivientes, que está de acuerdo al tipo predominante de población joven, pero con niveles educativos sumamente preocupantes, con predominio de la escolaridad a nivel secundario incompleto, con muy bajo nivel de estudios superiores, y con una proporción del 10% de población analfabeta. Se demuestra la falta de trabajo en los pobladores, siendo una población joven y económicamente activa, se torna en una situación perjudicial por los riesgos sociales de la zona, pues hay el riesgo del mal uso del tiempo disponible en acciones negativas para su vida y la de su comunidad.

La mayoría de la población censada no posee algún tipo de seguro médico, ello se torna preocupante considerando que la Comunidad de Puerto Nuevo es una zona de pobreza y pobreza extrema, lo que traduce que el Gobierno Peruano no ha podido llegar a dichos pobladores a través del Seguro Integral en Salud – SIS, traduciéndose en un desconocimiento de los beneficios, las coberturas, y de los requisitos difundidos por el Ministerio de Salud, lo que nos lleva a pensar en el rol educador y difusor del establecimiento de salud en la comunidad, priorizando actividades asistenciales, lo que no se corresponde con la aplicación de los principales Lineamientos de Política Sectorial de Salud 2002-2012⁽³⁴⁾, en la cual se garantiza el acceso al aseguramiento universal y la promoción de la salud y prevención de enfermedades, enmarcados dentro de la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS.

Por el lado del personal de salud entrevistado, este problema evidenciado no ha sido considerado al momento de elaborar el Plan Local de Salud con predominio de actividades tendientes a curar y diagnosticar y muy escasamente a prevenir y evitar, lo que se demuestra con el uso fundamental de una guía metodológica de matrices, que solamente se realiza por el personal de salud, con gran contenido asistencial. Con esta perspectiva, el Plan Local de Salud buscaría simplemente atender las patologías usuales que son registradas en el establecimiento, mas no busca el involucramiento de la población para establecer estrategias conjuntas y buscar solucionar sus problemas, con énfasis en la participación comunitaria.

El término “participar” es algo más que asistir o estar presente, aunque esto sea una condición necesaria para que se produzca la participación. Participar es tener o tomar parte, intervenir, implicarse, supone en consecuencia que la presencia es activa, comprometiendo a la persona en mayor o menor medida.

La participación no es un fin en sí, algo que se explica y justifica por sí misma, sino un medio. No se puede participar en abstracto, sino en algo concreto. La participación siempre hace referencia a un objeto o a un objetivo: tomar parte o intervenir en una actividad, en una tarea, en la consecución de un objetivo, en la realización de un proyecto.

Por otra parte, cuando se alude a participación en las comunidades se hace desde dos principios básicos:

- Una asociación es un grupo de personas que se unen para trabajar colectivamente en la consecución de un solo objetivo, la participación es por tanto, un elemento sustantivo de las asociaciones. Lo esencial no es solo lo que se persigue, el objetivo o fin común, sino la forma en que se pretende conseguir: mediante la participación de quienes forman la asociación. Sin participación no hay asociacionismo, aunque haya colectivos o situaciones en las que la participación brilla por su ausencia y, sin embargo, se llaman asociaciones.
- Además, la participación en las asociaciones responde a un principio de eficacia. Las empresas privadas, cuyo afán por mejorar la eficacia y la eficiencia es más que evidente, no dudan en incorporar cada día más métodos de “gestión participativa” porque han descubierto que la participación está directamente ligada al rendimiento, a la eficacia y la eficiencia. Con mayor razón las asociaciones, comunidades y organizaciones sociales deben apostar por la participación para poder alcanzar mejor sus objetivos.

Estos principios son válidos para todo tipo de comunidades, pero, muy especialmente para aquellas que pretenden contribuir a mejorar la “calidad de vida colectiva”, aportar su esfuerzo al bienestar social y no solo satisfacer los intereses particulares de sus miembros. Para estas, la participación es una de las “claves” principales.

La valoración que la población hace sobre su salud se ve reflejada en una gran mayoría de la población censada no acude a algún servicio de salud al estar enfermos, ello traduce la relación del nivel educativo con el ingreso económico de la población, además de la escasa confianza que tienen hacia los servicios de salud, lo que posibilita aún más que los procesos agudos se vuelvan crónicos. La accesibilidad cultural, mas no geográfica, está muy marcada en esta comunidad.

Las características de las viviendas son peculiares y constituyen factores de riesgo inminentes para grandes problemas sociales, pues existen familias numerosas para tan reducidos espacios y terrenos, que por lo general, son construidos rudimentariamente con madera o triplay, y que los alberga en condiciones preocupantes. A pesar que la gran mayoría de la población cuenta con títulos de propiedad y son viviendas predominantemente unifamiliares, el problema del hacinamiento familiar (36.5% con 5 a más personas/familia) se hace manifiesto el cual es un factor de riesgo para la

existencia de problemas de salud, tales como la Tuberculosis, pues la presencia de tosedores crónicos (4.1%) constituye un factor importantísimo para su transmisibilidad, lo cual hace preocupante la existencia de casos probables de esta enfermedad, y la gravedad de esta se evidencia por la existencia de casos de TBC Multidrogorresistente en la comunidad (0.6%).

Al evaluar la existencia de casos de violencia intrafamiliar, la encuesta reveló que existen violencia de psicológica, física y abandono, y a pesar que los porcentajes relativos son muy bajos, consideramos que estas cifras sólo traducen un problema latente y mayor en la comunidad, y que los informantes poseen temor de enfrentarlo y darlo a conocer, siendo la percepción del poblador a “estar acostumbrados” a estos problemas, y lo ven como una característica común o normal. Un aspecto que podemos atribuir a la presencia de este problema es el machismo imperante en la comunidad, y lo contribuyen los otros problemas identificados (hacinamiento familiar, el nivel de pobreza, el bajo nivel educativo de la población). Otro problema evidenciado es la presencia de personas drogadictas en los hogares, ante ello, los informantes si confesaban que algún miembro de la familia tenía este mal hábito, pero el temor de que se de a conocer este problema, hace que los informante oculten la realidad. Puerto Nuevo es una zona donde existen familias dedicadas a la micro-comercialización de drogas, y aunque esto no fue consultado en la encuesta tomada, los mismos encuestados así lo refirieron, fuera de la encuesta. Esto afecta prioritariamente a personas jóvenes, contribuyendo a su incremento con los grandes problemas sociales existentes en esta comunidad (violencia, delincuencia, drogadicción, alcoholismo, entre otras). El problema de la drogadicción es muy conocido en la zona, pero a la vez, los mismos pobladores conviven con ella con gran naturalidad, lo cual la hace muy vulnerable. Este aspecto debe ser considerado para futuras investigaciones, pues estos problemas “ocultos” son pan de cada día en comunidades como esta.

Es preocupante que el 43.2% de mujeres en edad fértil nunca se han realizado la toma de papanicolau, de vital importancia para la detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino, pues detectado a tiempo, evita complicaciones posteriores y la muerte, además se encontró que el 20.9% de mujeres no saben ni responden, lo que la cifra anterior se eleva y aumenta la preocupación y el riesgo. La toma del Papanicolau debe ser realizada en toda mujer en edad fértil una vez por año, y en la encuesta realizada, la mayoría de mujeres que si lo hicieron, fue realizada en los años 2006 (14.1%) y 2007 (3.9%). Sabemos que existe la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino, la cual el Establecimiento de salud debe impulsar y es

evidente que este no ha logrado llegar a difundir estos conceptos en la población. En el Plan Local de Salud elaborado solamente se tiene una perspectiva desde el punto de vista de las atenciones, de los pacientes que acuden al establecimiento, pero no se ven reflejados los problemas que el poblador que viva en sus casas posee. Esto se refleja en las entrevistas realizadas, si bien el personal de salud reconoce la importancia de la prevención y promoción de la salud, así como la participación de la comunidad en su diseño e implementación, en la práctica solamente lo diseña el mismo personal asistencial y administrativo, bajo formatos para realizar su respectiva programación, sin considerar la opinión del poblador.

Este aspecto debe llamar a la reflexión de los responsables de la DISA y del Ministerio de Salud, para idear una forma de reconocer administrativamente la participación de los pobladores y recoger, mediante el uso de metodologías claras, la opinión de la comunidad organizada y fomentar su compromiso en mejorar los indicadores de salud.

Se ha observado una proporción importante de mujeres que no utilizan los Métodos de Planificación Familiar (26%) lo que constituye un gran factor de riesgo para embarazos no deseados, considerando la población joven en esta comunidad y los demás factores de riesgo como el hacinamiento, el bajo nivel educativo, entre otros, mientras que en las personas que si lo usan, hay predilección por el uso de Inyectables (método parenteral) (12.7%), pastillas (método oral) (9.5%) y “T” de cobre (método de barrera) (5%). Esto se explica por la facilidad de su uso por las usuarias, y resulta demás preocupante la posibilidad de embarazos indeseados en la comunidad y de infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA. Esto se aprecia más por la existencia de gestantes de alto riesgo menores de 15 años y mayores de 35 años, en la que ambos, madre y niño corren grandes riesgos para su vida. Este problema no es tratado directamente por el personal de salud, y debe generarse mayor apertura y con trabajo multidisciplinario a profundidad con los adolescentes y las madres de familia, a fin de generar conciencia de prevención y evitar posibles desgracias. Las medidas preventivas también se reflejan en la presencia de mujeres con sus respectivas vacunas contra la difteria y el tétanos, que deben ser aplicadas en mujeres en edad fértil y consta de 5 dosis, evidenciándose que el 7.6% de mujeres no poseen vacunas y el 23.5% sí poseen todas sus dosis. La cobertura es baja en ese aspecto y debe de responder a la difusión y captación de pacientes dirigidas por el establecimiento de salud.

El control pre-natal es una medida importantísima para verificar el normal desarrollo del embarazo, y permite detectar algunos eventos y complicaciones como la rubéola, mala ubicación del feto y otros problemas que pudieran afectar la salud tanto de la madre como del bebé. En esta comunidad se halló un 18.8% de gestantes que no poseen control pre-natal, evidenciándose que muchas de ellas poseen un riesgo elevado por la edad, adolescentes y añosas. Al evaluar la presencia de otros factores de riesgo, salen a la luz la promiscuidad sexual (6.3%), presencia de flujo vaginal y posibles Enfermedades de transmisión sexual (37.5%) y gestantes sin vacunas contra la difteria-tétanos (18.8%), agravándose por otros factores sociales anteriormente mencionados (hacinamiento, bajo nivel educativo, entre otros). En el establecimiento de salud se realiza solamente el control del embarazo y del puerperio, y cuando se detecta alguna anormalidad o riesgo en las gestantes, se derivan oportunamente al Hospital de Referencia, que es el Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”. La categorización del Ministerio de Salud de este establecimiento es de nivel I-2, por ello solamente se puede realizar el control-prenatal, el reconocimiento de factores de riesgo y la derivación oportuna a otro establecimiento de mayor complejidad. Tal es así, que no se cuenta con sala de partos, y explica que los neonatos identificados hayan nacido en el Hospital. Esta situación se repite en la mayoría de establecimientos de salud del Callao.

En relación a los niños censados, todo lactante debe recibir leche materna exclusivamente hasta los 6 meses de vida, a partir de allí empieza la etapa de la ablactancia. Esto se corrobora en este estudio, pero con preocupación se muestra un 2.9% de niños que no la recibieron. En este aspecto, la educación a las madres y factores personales habrían influido en que esta situación se dé. Las vacunas previenen diversas enfermedades y ello se demuestra en la cobertura de vacunación en niños menores de 01 año, en un 21.6% con el carnet respectivo, pero resalta que la cobertura no se vea reflejada en toda la población infantil pues un 68.6% no sabe/no responde. Aquí se debe realizar una evaluación más profunda de los factores de por qué los padres no acuden con sus niños al establecimiento para recibir sus vacunas respectivas, y puede estar también influido por la baja captación y mapeo de los pacientes por el establecimiento de salud. Se sugiere realizar otros estudios que traten esta problemática mediante una investigación cualitativa.

El control de crecimiento y desarrollo (CRED) de los niños permite evaluar su curva pondo-estatural e identificar deficiencias alimenticias y constitucionales que puedan alterar su normal desarrollo. En este estudio se evidencia que el 38.5% de niños menores de 05 años poseen controles

de CRED completo con su carnet respectivo, mientras que un 10.5% posee controles de CRED completas sin carnet, y un 27.2% No sabe/no responde. Además, en el seguimiento nutricional, se ha realizado en dicha población en un 32.3%, pero en 29.3% no se ha realizado. Si bien es cierto en los establecimientos de salud se deben adoptar las mejores estrategias para garantizar la captación de pacientes para su control de vacunas y de CRED, pero se aprecia que existe una disyuntiva marcada entre ambas, pues existe mayor cobertura de CRED que de Vacunación en el mismo grupo etáreo. Esto puede deberse a que existe predominio de atender el motivo de consulta en el establecimiento y la vacunación se realiza mediante citas para días posteriores, habiendo corresponsabilidad con los padres que no acuden a las citas programadas, y por ello se pierden oportunidades para garantizar el cumplimiento de coberturas. El establecimiento debe adoptar medidas tendientes a mejorar esta situación problemática, pues denota el interés que poseen por velar por la salud de los niños.

La salud bucal óptima permite el mejor aprovechamiento de los alimentos y nutrientes necesarios para garantizar el crecimiento y desarrollo de los niños, por ello se debe realizar el control odontológico anual, y considerando que la Comunidad de Puerto Nuevo no cuenta con servicio odontológico y los pacientes con alguna dolencia dental deben ser referidos a otros establecimientos de salud que sí cuenten dicho servicio, evidenciándose en la encuesta realizada que un 21.3% de niños de 5 a 9 años sí han sido controlados, pero un 42.3% lo niegan. Es otro problema que sale a la luz y debe difundirse en la población en general la cultura de prevención de enfermedades dentales, y que se realice la evaluación oportuna.

Por las condicionantes climáticas y geográficas de la zona y las condiciones de salubridad de la población, es comprensible encontrar que las enfermedades más frecuentes en la niñez la constituyen las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), y la Enfermedad Diarréica Aguda (EDA). El establecimiento de salud debe liderar el impulso de la prevención y promoción de medidas higiénicas tendientes a reducir la probabilidad de enfermar.

Una de las limitaciones de la presente encuesta radicó en el poco énfasis en la problemática de la etapa de vida Adolescente y Adulto, pues constituyen poblaciones mayoritarias según la pirámide poblacional obtenida, y se encuentran dentro del grupo de población económicamente activa sometida a diferentes factores por carencia de trabajo, pobreza, delincuencia, drogadicción,

violencia, entre otros. Se debe considerar realizar un estudio más específico para evaluar la problemática que afrontan estos grupos poblacionales.

En la tercera edad se manifiestan plenamente los problemas crónicos degenerativos, tales como la Hipertensión Arterial, Osteoartrosis, Diabetes Mellitus, entre otras que concuerdan con el deterioro físico propias de la edad avanzada. En posteriores estudios se debe profundizar evaluar la morbilidad y mortalidad de esta etapa de vida, y su relación con las condiciones de vida actuales.

Las condiciones de pobreza y pobreza extrema se reflejan en el modo de vida de los pobladores, en el tipo de construcción de las viviendas que es predominantemente de madera, la carencia de servicios públicos básicos tales como agua, la carencia de servicio de alcantarillado y desagüe para la disposición final de excretas, la eliminación de basura y desechos al campo a pesar que existe un sistema de recolección de basura a través de la Empresa ESLIMP CALLAO, y el aprovisionamiento de agua mediante los carretilleros y camiones cisterna que entran semanalmente a la comunidad. Cuando fue realizada en esta encuesta, se realizaban las coordinaciones entre los dirigentes de la comunidad con las autoridades del Gobierno Regional del Callao para la solución de estos problemas crónicos, por eso se encuentra actualmente en impulso la implementación del servicio de agua potable y alcantarillado, lo cual entrará en vigencia en el más breve plazo. Resulta paradójico encontrar que las viviendas poseen luz eléctrica pero no cuentan con agua potable, vital elemento que mejoraría las condiciones de vida de la comunidad. A pesar de todo, los lotes son generalmente propios, cuentan con título de propiedad, y ante la escasez de recursos económicos, sus viviendas son implementadas de manera rústica y con múltiples riesgos identificables en las viviendas, tales como la existencia de perros vagos frente al domicilio (34.7%), sustancias tóxicas expuestas, (18.5%), Instalaciones eléctricas inadecuadas (13.2%), escaleras sin protección (8.2%), entre otras.

Es preocupante la presencia de numerosos perros vagos en la comunidad, lo que hace que las enfermedades zoonóticas, transmitidas por animales, sean latentes en esta comunidad, con gran riesgo de que puedan morder a la población en general, con inminente riesgo de la transmisión del virus de la Rabia.

Durante la ejecución de las encuestas se percibió que el personal del Centro de Salud “Puerto Nuevo” goza de muy buena reputación y estima por parte de la población de Puerto Nuevo lo cual

satisface al propio profesional, sirve de incentivo para la mejora continua de la calidad, facilita la buena relación con el paciente y ayuda en el ejercicio autónomo y responsable de la medicina. Esta fortaleza puede ser estratégicamente utilizada para lograr una participación activa y efectiva de la población organizada.

4.2) RELACIÓN DEL PLAN OPERATIVO LOCAL DE SALUD CON EL PERFIL DE SALUD DE LA COMUNIDAD, PERCIBIDO POR EL PERSONAL DE SALUD DEL C.S. “PUERTO NUEVO”:

Los entrevistados mostraron conocimientos claros sobre la definición, finalidad y beneficios del Plan local de salud, conocen el rol que debe cumplir dicho documento remarcándose en un análisis concienzudo de la realidad local, y en base a ello lograr el compromiso de los miembros de la comunidad, logrando describir incluso sus partes y momentos más importantes (priorización de problemas, programación de actividades, entre otras), y los beneficios para la solución de los problemas detectados, pero con enfoque predominantemente curativo y recuperativo.

Existen otras investigaciones como la de Brugulat (2003) que pone en evidencia el valor que los profesionales conceden al Plan de Salud como instrumento para responder a las necesidades de salud de la población, su potencialidad y sus flaquezas, así como la importancia de tener en cuenta su opinión en la formulación y la aplicación de futuros planes ⁽⁵⁾. Otro investigador, Salleras (2003) menciona que un aspecto fundamental es la evaluación de los planes de salud aplicados, ante la aparición de nuevos fenómenos de tipo social, demográfico y sanitario que configuran escenarios complejos y de cambio permanente, a los que el Sistema de Salud debe ofrecer una respuesta ágil y adecuada en términos sanitarios, sociales y económicos ⁽⁵⁹⁾.

El personal se mostró muy dispuesto a colaborar y conoce muy bien sus datos estadísticos, los cuales utilizan para elaborar las matrices correspondientes a su área o estrategia sanitaria a su cargo, proponiéndose metas en relación a lo obtenido el año anterior, y revisando la documentación pertinente de los informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales, de las cuales realizan el análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas – FODA. Se reforzó en reiteradas ocasiones que la elaboración de este Plan Local de Salud responde a solicitudes expresas por las instancias superiores y parametrados en las matrices anteriormente mencionadas que solamente son

llenadas de manera individual y basados en los datos estadísticos de producción diaria que se registra en las Hojas HIS, es decir, de pacientes que acuden al centro de salud a recibir atención en los servicios que se brindan. Las matrices a la que el personal entrevistado hace alusión corresponden a la “*Guía para la formulación del Plan Operativo 2007 de las dependencias y entidades del Ministerio de Salud*” ⁽³⁸⁾ en la cual se establecen los parámetros que serán considerados para la formulación del Plan operativo, en una serie de diversas matrices de articulación estratégica, considerando inclusive un apartado para el presupuesto. En otra publicación, Gispert y Tresserras (2001) refieren que los Planes de Salud elaborados poseen poca credibilidad de ser impulsados, por cuanto siempre hay dificultades para cuantificar los costos que su puesta en marcha supondría ⁽¹⁷⁾. Es más, siempre se solicita proponer actividades, pero los centros de salud no manejan dinero directamente, sino indirectamente para solventar gastos menudos a través del Sistema de Caja-chica, mientras que la regulación de los ingresos por recursos propios o por el Seguro Integral en Salud, son centralizados en las DISAs. En este estudio no se ha evidenciado que este sea un motivo por el cual existe renuencia de realizar el diseño de Planes Operativos, pero debe ser considerado para futuras investigaciones.

Otro aspecto que generó malestar en los entrevistados fue en relación a la metodología usada para su redacción, la cual no es muy clara, basándose en matrices que devienen de la Guía de elaboración del Plan Operativo del Ministerio de Salud, encontrando otras actitudes de rechazo, porque presentaron errores de interpretación. Esta situación contribuyó aún más a reforzar la idea de que la planificación es un acto meramente académico ⁽⁶⁰⁾ y no puede cristalizarse su real objetivo, pues fuerza al personal a utilizar datos que no son cercanos a lo real y tienden frecuentemente al error, como se muestra al referirse sobre la programación con “*datos cercanos a lo real*”, “*lo hacen por cumplir*” y “*programamos con incremento proporcional (10% más)*”.

Debemos considerar que la mayor parte del personal de salud trabaja bajo la condición de contratado por servicios no personales a los cuales una forma de medir su trabajo es en base a la producción que realiza diariamente para elaborar indicadores de productividad y rendimiento mensual, por ello existe gran presión de tipo asistencial y administrativo y todas las actividades que realizan debe ser registradas en las Hojas del Sistema HIS-MIS. Lo anteriormente dicho se pudo evidenciar en algunas partes de las entrevistas pues muestran actitudes negativas y de rechazo, el personal percibe que la exigencia de realizar el Plan Local es otro documento más que

contínuamente les piden, debiendo realizarlo bajo presión administrativa y ante el temor de perder el trabajo por incumplimiento, tergiversan la finalidad real de su elaboración. Incluso se percibe que el personal de salud está “rutinizado”, realizando las mismas acciones diariamente sin saber si lo que se hace sirve realmente para algo, tal como lo expresado por López de Castro y Rodríguez (2004) ⁽²⁴⁾. La labor del personal de salud está en responder a estas exigencias administrativas, y se percibe al Plan Local de Salud como un documento que es parte de esas exigencias y que deben de realizarlo a fin de cumplir con lo solicitado, independientemente de la manera de realizarlo, sin descuidar la labor asistencial de atención de pacientes diariamente mediante la cual miden su producción. Un factor que hemos vislumbrado es el stress laboral que los entrevistados evidenciaron durante las entrevistas, por eso concordamos con las opiniones de López de Castro y Rodríguez (2004), pues debe valorarse la relación entre la utilidad de la información solicitada y el costo de obtenerla ⁽²⁴⁾, recogiendo datos que muchas veces no sirven para nada, pero que complican al personal de salud y genera sobrecarga laboral asistencial y burocrática, afectando negativamente al personal y al proceso asistencial.

La intervención de la Jefatura del establecimiento está en dirigir el proceso de distribución de matrices, orientación en su llenado y entrega del mismo en fecha y hora determinada, para que se encargue de la consolidación en un único documento y se entregue según lo solicitado. Esta situación no es nueva, pues en otro estudio se menciona que el Plan de salud de una Red de salud sigue siendo una mera copia del Plan de Salud de la Dirección de Salud y el mismo personal no lo percibe como un instrumento valioso de gestión y solamente lo usa el jefe del establecimiento; la participación de la comunidad en la elaboración del mismo es muy limitada o está ausente ⁽⁷⁹⁾. Esta situación se recalca en otras publicaciones, enfatizando la finalidad del Plan para lograr mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, requiriendo voluntad política para hacer de esta un punto de partida y no un mero ejercicio académico ⁽⁶⁰⁾.

Resulta preocupante que se vea al Plan local de salud de forma “seccionada” para ser llenado por cada responsable de área o estrategia sanitaria, y que sea solamente la Jefatura quien reúna las piezas y las concatene para la redacción final. Ello contribuye más a la pérdida de compromiso e involucramiento por el éxito del Plan propuesto. Aún así, la percepción del cumplimiento de las metas propuestas del año anterior es positiva, pues cada personal responsable de un área o estrategia realiza los informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales, por lo que cada uno evalúa

mensualmente el desarrollo de las metas programadas individualmente. Concordamos en ese sentido con López de Castro y Rodríguez (2004), quienes refieren que la evaluación es el análisis de las diferencias entre lo planificado y lo conseguido, considerando los recursos empleados, con el fin de medir el impacto de la atención prestada y en caso necesario, tomar las medidas correctivas oportunas ⁽²⁴⁾.

Los entrevistados concuerdan en la necesidad de que la comunidad participe plenamente en el diseño, ejecución y evaluación del Plan Local de salud, concordando con la experiencia en APRISABAC (1998) ⁽²⁾, inclusive Séculi et al (2003) afirma que la mejora cualitativa de la participación ciudadana aportará una visión más plural de los problemas, mayor grado de aceptabilidad, compromiso y corresponsabilización, a la vez que se ganará transparencia en las decisiones ⁽⁶⁰⁾. La sociedad debe asumir su cuota de responsabilidad y debe promoverse una cultura de la transparencia y la necesidad de rendir cuentas desde el punto de vista individual y colectivo ⁽⁶⁰⁾.

Otros factores identificados por los entrevistados que son percibidos como negativos, lo constituye la carencia de tiempo por multifuncionalidad de responsabilidades, escaso personal de salud, sobrecarga laboral asistencial y administrativa. Definitivamente esta situación es contraria a un clima organizacional adecuado que fomente el trabajo en armonía y en equipo. Por ello, la Jefatura del establecimiento debe establecer los parámetros para llevar a cabo estos procesos de una manera participativa y con responsabilidad, sin descuidar la calidad de atención al usuario externo y al usuario interno, concordando con diversos autores al respecto ^(11,25,47,48,54,63). Sería muy importante realizar posteriores estudios para determinar el clima y cultura organizacional, que se percibe venida a menos.

Esto nos hace reflexionar si la práctica de la Salud Pública está realmente relegada a la teoría, y que dependen de otras condicionantes para que esto se aplique, tales como el liderazgo de quien dirige una institución de salud, el trabajo en equipo del personal, la participación activa de la comunidad, entre otros.

Los entrevistados consideran los datos de morbilidad y mortalidad de la producción diaria del sistema de hojas HIS del establecimiento como la única fuente de información necesaria para la

elaboración del Plan de Salud, ante lo cual existen otras investigaciones que apoyan la necesidad de realizar un estudio real de los problemas de la comunidad a través de encuestas de salud, lo que permite obtener los datos fidedignos del poblador en su domicilio, pero con la gran desventaja que no es un registro permanente. Estos reportes estadísticos son reflejo solamente de la población que acude al establecimiento en búsqueda de atención, por lo que no representaría plenamente la problemática existente en la comunidad, considerando una extensión de uso menor al 40%. Esto corresponde según la opinión de Peiró (2003) al método clásico de “*planificación orientada a la demanda*” en la cual se proyecta el pasado sobre el futuro, es decir se manejan los patrones actuales de uso de los servicios para proyectarlos sobre el futuro ⁽⁵⁰⁾.

La participación comunitaria es esencial para identificar y abordar los principales determinantes de la salud que tienen que ver con la situación socioeconómica, cultural y medioambiental de la población y la actividad económica; sus condiciones de trabajo y de vida (alimentación, educación, ambiente laboral, desempleo, aire, agua y saneamiento, servicios de salud y vivienda); estilos de vida individuales, o estructura etárea, por eso es conveniente la actuación en estas áreas en las que la participación comunitaria desempeña un papel esencial ^(2,23,24,57). En este acápite, el personal de salud, reconoce que debe existir involucramiento de los miembros de la comunidad en las fases del Plan local, pero reconocen a la vez que no participan, incluso no se les considera metodológicamente en las matrices enviadas para su diseño, por lo que el personal no siente la obligación de hacerlos participar, además de hacer referencia a experiencias negativas de la participación de la población como en el caso de los Comités Locales de Administración de Salud - CLAS. La motivación que muestra cada personal es diferente pues existen experiencias puntuales de haber logrado fomentar la participación de los pobladores en la búsqueda de soluciones a problemas comunes, pero al no tener soporte de la gestión que hace predominar las actividades asistenciales sobre el resto de actividades, dichas iniciativas se diluyen en el tiempo sin el apoyo necesario.

Este estudio es una primera aproximación al desempeño real del sistema de salud, que responde básicamente a aspectos netamente administrativos y asistenciales, considerando poco o nada los aspectos preventivo-promocionales, los cuales se vienen difundiendo desde la Declaración de Alma Atta (1978) y en la Carta de Ottawa (1986), y que tiene aún vigencia, por estar nuestro Sistema de Salud en vías de desarrollo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. El perfil de salud de las familias que habitan en el AA.HH. Puerto Nuevo - Callao no se relaciona con la planificación local del C.S. “Puerto Nuevo”.
2. El personal del C.S. “Puerto Nuevo” no considera el perfil de salud real de la comunidad, considerando para su diseño los datos estadísticos de los registros de producción diaria de las hojas HIS, siendo la labor prioritariamente asistencialista.
3. No hay evidencias de la participación de los miembros de la comunidad en ninguna fase del diseño, ejecución y evaluación del Plan Local de Salud del AA.HH. “Puerto Nuevo”.
4. La responsabilidad del cumplimiento de las actividades programadas y planificadas en el plan de salud local del C.S. “Puerto Nuevo”, es de responsabilidad de la Jefatura del establecimiento, participando en su elaboración cada personal responsable de áreas y/o estrategias sanitarias (programas de salud).
5. Existe buena relación entre el personal del C.S. “Puerto Nuevo” con los miembros de la comunidad, la cual es una fortaleza del establecimiento de salud.
6. El personal de salud reconoce que el involucramiento de las personas de la comunidad es necesario para garantizar el éxito de las acciones planteadas en el Plan local de salud del AA.HH. “Puerto Nuevo”.
7. La población censada en el AA.HH. “Puerto Nuevo” es mayoritariamente adolescente y adulta joven, sin mayor diferencia porcentual en el sexo, con un grado de instrucción mayoritariamente de nivel secundario, y con carencia de trabajo.
8. El Material predominante de las viviendas del AA.HH. “Puerto Nuevo” es la Madera, no cuentan con conexiones de agua y desagüe, y existen factores de riesgo de las viviendas, tales

como presencia de perros vagos frente al domicilio, sustancias tóxicas expuestas, instalaciones eléctricas inadecuadas, escaleras sin protección, entre otras.

9. Existen diversos factores de riesgo identificados en el AA.HH. “Puerto Nuevo” que hacen el perfil de salud muy vulnerable: Escasez del servicio básico de agua potable y de saneamiento ambiental, hacinamiento familiar, existencia de tosedores crónicos, escasa cultura para la toma de Papanicolau en mujeres en edad fértil, baja cobertura de vacunación infantil, y control de CRED completas, existencia latente de casos de violencia familiar y drogadicción, gran sector de la población no cuenta con seguro médico, gran parte de la población no acude a los servicios de salud al estar enfermos, carencia de servicios de odontología y atención de partos en la comunidad, un sector de la comunidad no usa métodos de planificación familiar, siendo los más usados. Los Inyectables, las pastillas, la “T” de cobre, baja cobertura de vacunas contra difteria-tétanos en Mujeres en edad fértil.
10. Los Factores de riesgo identificados en el perfil de salud de las gestantes del AA.HH. “Puerto Nuevo” son: Edad precoz de inicio de relaciones sexuales, gestantes de alto riesgo por edad muy joven y edad añosa, gestantes sin controles pre-natales y gestantes con flujo vaginal.
11. En adultos mayores, las enfermedades que más frecuentemente sufren son: Hipertensión arterial, Osteoartrosis, Diabetes mellitus, Artritis Reumatoide.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- Sensibilizar al personal de salud y a la población para el diseño, ejecución y evaluación conjunta de un Plan de Salud Local participativo, y que responda a las necesidades reales desde ambos enfoques, desde el punto de vista del personal de salud y desde el punto de vista del poblador de la comunidad.

- Realizar estudios cualitativos tendientes a profundizar en los problemas sociales de la comunidad, tales como la delincuencia, la drogadicción, la violencia familiar, entre otros.

- A las Autoridades de las Direcciones de Salud – DISAs y del Ministerio de Salud, fomentar el desarrollo de una metodología que involucre la participación activa de ambos entes, personal de salud y pobladores de la comunidad, dirigidos de manera eficaz por el establecimiento de salud, para lograr un Plan de Salud acorde al perfil real de salud de la comunidad asignada.

- Al personal del establecimiento de salud, potenciar en una oportunidad de mejora la gran fortaleza de la buena aceptación que poseen en la comunidad, a fin de conducir y liderar eficientemente este proceso, motivando el compromiso mutuo y en la asignación de tareas conjuntas y tendientes a reducir los principales problemas identificados.

- Realizar estudios cuantitativos y cualitativos tendientes a determinar el clima y cultura organizacional del establecimiento de salud “Puerto Nuevo”.

CAPITULO VII:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica: Teoría y práctica de un movimiento en cambio – Tomo 2. Editora Hucitec, Lugar Editorial S/A, Editora DA UEL, 1998, Pg.379-415.
2. APRISABAC. Planificación de los servicios de salud. Gestión de servicios de salud – Serie N° 03, en el Marco del Convenio Multilateral Perú - Holanda - Suiza y la Dirección Regional de Salud Cajamarca, 1998
3. ASPEFAM- Asociación Peruana de Facultades de Medicina. Comisión de análisis y propuesta. Presentación “Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud”, Abril 2002.
4. Bitar M. Curso: La Planificación Estratégica en el marco del desarrollo local. Capacitación brindada a funcionarios y técnicos municipales de la ciudad de Gualeguaychú, provincia de Entre Ríos, República Argentina. 2000. En :<http://www.confedelca.com/Documentos/Planificacion/Planificacion%20estrategica%20Gualeguaychu%20Argentina.doc> , [Consulta:30 Enero 2003]
5. Brugulat P et al. La opinión de los profesionales sanitarios sobre el Plan de Salud de Cataluña. Punto de partida para una reflexión orientada al futuro. Gac. Sanit 2003; 17 (1):52-8
6. Celedón C; Noé M. Participación y gestión en salud. En XII Concurso de Ensayos del CLAD “Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública”. Caracas, 1998
7. CEPIS/OPS. Atención Primaria Ambiental. Metodología para la implementación de la estrategia de Atención Primaria Ambiental. En : <http://www.cepis.org.pe/> [Consulta:30 Enero 2003]
8. CEPIS/OPS. La Microplanificación: un método de planificación local con participación comunitaria. Octubre del 2001, En: <http://www.cepis.org.pe/eswww/fulltext/pciudadamicropla/micropla.html> [Consulta:30 Enero 2003]

9. *Comité director del plan estratégico. El Plan Estratégico en un área de Atención Primaria: Una propuesta metodológica. Revista de Administración Sanitaria, Madrid, Vol. V, Número 17. Enero/Marzo 2001.*
10. *Concha M; Aguilera X. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. OPS, Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 3, 2000.*
11. *Consultoría sobre Mejoramiento y Garantía de Calidad. Modelo de Gestión basado en la Calidad. Programa Nutrición y Salud Básica – MINSA , 2002*
12. *Darquea G. Sesión II, Tema 2: Participación y planeación para combatir la pobreza en ciudades. Seminario de Alta Administración Municipal D. R. Universidad Virtual del Sistema Tecnológico de Monterrey, México, 8 de abril de 2000.*
13. *Darquea G. Presentación: Planificación: Desarrollo local participativo. Seminario de Alta Administración Municipal D. R. Universidad Virtual del Sistema Tecnológico de Monterrey, México, 8 de abril de 2000.*
14. *Dever A. Epidemiología y Administración en Servicios de Salud. OPS-OMS. Maryland. 1991*
15. *Education and training for consumer participation in health care. Resource guide. In : <http://nrccph.latrobe.edu.au> [Consulta:30 Enero 2003]*
16. *Giroto P. Presentación: Formación de capacidades para la planificación local participativa. enfoques básicos sobre ordenamiento territorial. Cumbre Centroamericana "Ciudades para la gente" 4-7 de octubre de 1999.*
17. *Gispert R, Tresserras R. De la teoría la práctica: Elaborando planes de salud para el nuevo siglo. Editorial. Gac. Sanit 2001; 15 (4):291-3*
18. *Hersch-Martínez P. Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso. Rev.Salud Pública de México, Noviembre-Diciembre de 1992, Vol.34, No.6*
19. *Hospital Nacional Cayetano Heredia, Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental. Plan Operativo de la Oficina de Epidemiología y Saneamiento ambiental - 2003*

20. Instituto de los recursos mundiales, Grupo de Estudios Ambientales. El proceso de evaluación rural participativa: Una propuesta metodológica. México, Agosto de 1993. <http://dpid.nur.edu/biblioteca/dpid/participa/el-proceso-de-evaluacion-participativa.html> [Consulta:30 Enero 2003]
21. Jiménez E. Plan Estratégico de redes de establecimientos de salud en procesos de Cambio. Guía de diseño y renovaciones. OPS- Universidad Simón Bolívar, Caracas-Venezuela. E mail: jimenezely@yahoo.com [Consulta:30 Enero 2003]
22. Lleras S. Gestión por procesos: Su utilidad en Atención Primaria. SEMERGEN 2002; 28(6):307-14
23. López de Castro F, Rodríguez FJ. Planificación sanitaria (I). SEMERGEN 2003; 29(5):244-54
24. López de Castro F, Rodríguez FJ. Planificación sanitaria (III). Organización del trabajo y evaluación. SEMERGEN 2004; 30(8):397-407
25. Martínez A. y col. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. En *Cadernos de Saúde Pública*, v.12 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 1996
26. Martínez G; OPS/OPS Nicaragua. Plan de Salud de los pueblos indígenas de Ascendencia Chorotegas. Consejo Regional Pacífico Centro Norte, Madriz - Somoto. Marzo 2000.
27. Medina J; Lobón I; Alarcón M. Plan Operativo Institucional. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud – MINSA. Lima. 1998
28. Medina J y Col. Manual de Salud Comunitaria. UNMSM. Lima. 1999
29. Medina J y Col. Guía de Prácticas. Curso Salud Comunitaria UNMSM. Lima. 1999
30. Mendoza P, Robles L. El Planeamiento Estratégico en Salud. Facultad de Medicina UNMSM. Primera Edición. Lima, 2000.
31. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. Planeamiento Estratégico en el Sector Público: Directiva para la formulación de los Planes Estratégicos sectoriales Multianuales y los planes

estratégicos institucionales para el período 2002 – 2006. Resolución Ministerial, N° 084 - 2001 - EF / 10, Lima, 13 de marzo del 2001. En <http://www.mef.gob.pe/ae/public/pem20022006.htm> [Consulta:30 Enero 2003]

32. *MINSA, Dirección Regional de Salud La Libertad. Sistema Hospitalario del Tercer nivel de Trujillo. Plan Estratégico y acuerdo de gestión suscrito con la Dirección Regional de Salud La Libertad. Fimart S.A.C. editores, Setiembre del 2001.*
33. *MINSA – Directiva para la Formulación del Plan Operativo 2006. En http://www.minsa.gob.pe/portal/06Transp-AccesoInf/06PlanOperativo/docto/Directiva220605_vistapoDG.doc. Consulta:20 Marzo 2008]*
34. *MINSA - OGP. Propuesta Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 – 2012 y Fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006. Lima, Enero del 2002.*
35. *MINSA - Oficina General de Epidemiología. Análisis de la situación de Salud- ASIS: Guía para integración de componentes del ASIS. Lima-Perú, Julio del 2002.*
36. *MINSA - Oficina General de Epidemiología. Bases para el análisis de la situación de Salud , Perú 2002. Primera Edición. Lima-Perú, Julio del 2002.*
37. *MINSA - Oficina General de Epidemiología. Programa de Especialización en Epidemiología de campo (PREC). Elementos de Planificación, programación y Gestión local. Primera Edición. Lima. 1999*
38. *MINSA, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. Guía para la formulación del Plan Operativo 2007 de las dependencias y entidades del Ministerio de Salud. – Lima, 2006.*
39. *MINSA, OPS-OMS. Plan estratégico para el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la localidad de Suyo, Perú. Comité de Salud y Desarrollo de Suyo, Perú. Enero del 2000*
40. *MINSA – Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Elementos complementarios para el Plan Operativo Institucional” Módulos de Gestión N°6. Curso de Gestión en las Redes de Establecimientos y Servicios de Salud. Enero de 1999.*

41. MINSA – Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud- UPCH – B.I.D. Curso “Salud Colectiva” – Módulo III : Planificación – Programación. Marzo 1996.
42. MINSA, Proyecto Salud y Nutrición Básica. Planeamiento estratégico de la comunicación educativa-PECE – Guía del facilitador. 1998
43. MINSA, Proyecto Salud y Nutrición Básica, University Research Co. , U.N.M.S.M. Integración Gerencial. Módulo VIII – Diploma de Gerencia en Servicios de Salud. Junio 2000.
44. MINSA, Proyecto Salud y Nutrición Básica, University Research Co., U.N.M.S.M. Planificación y Programación Local con enfoque estratégico. Módulo III – Diploma de Gerencia en Servicios de Salud. 1999.
45. Municipalidad de Córdoba, Secretaría General y Centros de Participación Comunal. Experiencias de planificación participativa local (Argentina). E-mail: waisman@nt.com.ar. [Consulta:30 Enero 2003]
46. OPS-OMS, División de promoción y protección de la salud. Planificación estratégica para el mejoramiento de la enseñanza y la práctica de la salud sexual y reproductiva – Guía Metodológica. Washington D.C. , Octubre del 2001
47. OPS-OMS. Subcomité de planificación y programación. Programas de garantía de calidad de la atención de salud. 31°sesión, 23 y 24 de noviembre de 1998.
48. Otero MJ; Otero IJ. ¿Qué es Calidad en Salud?. Perú, Noviembre del 2002. En <http://www.gerenciasalud.com/> [Consulta:30 Enero 2003]
49. PACD. Evaluación semestral del Proyecto de Atención de Comunidades Dispersas- PACD Ayacucho. Enero a Junio del 2002, Ayacucho – Perú.
50. Peiró S. Buscando alternativas a la planificación basada en la necesidad o en la demanda. Rev. Calidad Asistencial 2003; 18(3):141-2
51. Perú. Acuerdo Nacional : Políticas de Estado. Texto final consolidado. Perú, Viernes 5 de Julio de 2002.

52. Portella J, Hidalgo L, Chávez J. Manual de Planificación Estratégica. Instituto Materno Perinatal-Lima 1998
53. Programa de Desarrollo Humano Local en Cuba. Plan Operativo - Fase IV. Enero –Diciembre 2002. En: <http://www.onu.org.cu/uunn/pdhl/PlanOperativo.pdf>, [Consulta:30 Enero 2003]
54. Quality assurance project center for human services. Using client satisfaction data for quality improvement of Health services in Peru. In <http://www.qaproject.org> [Consulta:30 Enero 2003]
55. Red de Salud Vilcashuamán. Presentación: Comunidades Saludables en Vilcashuamán. Evaluación semestral 2002. Municipalidad Provincial de Vilcashuaman, Julio 2002.
56. RED PERU. Coordinadora Nacional de Iniciativas de Concertación para el Desarrollo Local. En <http://www.geocities.com/redperulocal> [Consulta:30 Enero 2003]
57. Rodríguez FJ, López de Castro F. Planificación sanitaria (II): Desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. SEMERGEN 2004; 30(4):180-9
58. Rosso H. Estudio de caso N° 54 : La Gestión estratégica en el gobierno Municipal de la ciudad de La Paz. Tesis para optar el grado de Magíster en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Departamento de Ingeniería Industrial, Junio 2001. En <http://www.dii.uchile.cl/mgpp/> [Consulta:30 Enero 2003]
59. Salleras L. Diez años de planificación de la salud en Cataluña: De la formulación de los objetivos a la evaluación de los resultados. Med Clin (Barc) 2003; 121 (supl 1):1-3
60. Séculi E et al. La Planificación de la salud en Cataluña, 1990-2000. Algunas claves para afrontar el futuro. Med Clin (Barc) 2003; 121 (supl 1):4-9
61. Torres W. Manual de Análisis y uso de información gerencial en salud. Grupo Quipus, The Development Group Inc. 3° edición- Lima, Marzo de 1998
62. U.N.M.S.M. Curso de Gestión en las Redes de Establecimientos y Servicios de Salud. Módulo I: Plan Operativo Institucional. Texto de Apoyo. 1998.

63. Urroz O. Presentación: Gerencia de la Calidad aplicada a la Salud Pública en El Salvador. Seminario: Institucionalización del proceso de Garantía de Calidad en Costa Rica del 13 al 17 de Agosto 2001.
64. Valdivia N. Presentación: La experiencia de la Medicina Familiar en Cuba. II Seminario Internacional de experiencias em atencao básica/Saúde da familia. Brasilia, 27 a 29 de Novembro de 2001.
65. Vargas L. Percepciones y perspectivas en promoción de la salud en el personal de establecimientos del primer nivel de atención. Red Ventanilla. Dirección de Salud Callao.2004. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública, Facultad de Medicina, U.N.M.S.M., 2006

CAPITULO VIII

ANEXOS

8.1) *TABLAS DEL ESTUDIO.*

Tabla N° 01:

Medidas de tendencia central de la edad de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Medidas</i>	<i>N°</i>
n	2401
Promedio	28.47
Mediana	24.00
Moda	1
Desviación estándar	20.077
Varianza	403.094

Tabla N° 02:

Distribución según las etapas de vida de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Etapas</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NIÑO (A)	436	18.2
ADOLESCENTE	521	21.7
ADULTO (A)	1231	51.3
ADULTO (A) MAYOR	213	8.9
Total	2401	100.0

Tabla N° 03:

Distribución de la población censada por sexo en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Sexo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
MASCULINO	1225	51.0
FEMENINO	1176	49.0
Total	2401	100.0

Tabla N° 04:

Distribución según estado civil de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Estado civil</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
SOLTERO	1261	52.5
CASADO	529	22.0
DIVORCIADO/SEPARADO	78	3.2
VIUDO	72	3.0
CONVIVIENTE	461	19.2
Total	2401	100.0

Tabla N° 05:
Distribución según grado de parentesco en las personas censadas
del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Parentesco</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
JEFE	499	20.8
OTROS FAMILIARES POLITICOS	41	1.7
NINGUNO	18	0.7
CONYUGE	408	17.0
HIJO	990	41.2
HIJO POLITICO	69	2.9
PADRES	35	1.5
HERMANOS	61	2.5
NIETOS	202	8.4
ABUELO	22	0.9
OTROS FAMILIARES CONSANGUINEO	56	2.3
Total	2401	100.0

Tabla N° 06:
Distribución según grado de instrucción de las personas censadas
del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Grado de instrucción</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO LEE	258	10.7
PRIMARIA COMPLETA	214	8.9
PRIMARIA INCOMPLETA	420	17.5
SECUNDARIA COMPLETA	579	24.1
SECUNDARIA INCOMPLETA	614	25.6
SUP. TECNICO	214	8.9
SUP. UNIVERSITARIO	38	1.6
NS/NR	64	2.7
Total	2401	100.0

Tabla N° 07:
Distribución según el tipo de actividad de las personas censadas
del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Tipo de actividad</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO TRABAJA	569	23.7
AMA DE CASA	452	18.8
ESTUDIANTE	496	20.7
EMPLEADO	317	13.2
OBRERO	242	10.1
ARTESANAL	119	5.0
COMERCIANTE FORMAL	41	1.7
COMERCIANTE INFORMAL	124	5.2
NS/NR	41	1.7
Total	2401	100.0

Tabla N° 08:
Distribución según tipo de seguro médico de las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Tipo de seguro</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	1312	54.6
SIS	500	20.8
ESSALUD	425	17.7
OTRO	134	5.6
NS/NR	30	1.2
Total	2401	100.0

Tabla N° 09:
Distribución según si acude a algún servicio de salud, en las personas censadas del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Servicio</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	1574	65.6
PUERTO NUEVO	387	16.1
S.J.BOSCO	24	1.0
HOSPITAL	270	11.2
PARTICULAR	53	2.2
NS/NR	93	3.9
Total	2401	100.0

Tabla N° 10:
Presencia de Tosedores por más de 10 días en los 3 sectores encuestados del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Presencia</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	2240	93.3
SI	98	4.1
NS/NR	63	2.6
Total	2401	100.0

Tabla N° 11:
Presencia de TBC-MDR en la población censada del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Presencia</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	2301	95.8
SI	15	0.6
NS/NR	85	3.5
Total	2401	100.0

Tabla N° 12:
Existencia de Violencia familiar en la población censada del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Tipo de violencia</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	2246	93.5
FÍSICO	22	0.9
PSICOLÓGICO	42	1.7
FÍSICO Y PSICOLÓGICO	19	0.8
ABANDONO	2	0.1
NS/NR	70	2.9
Total	2401	100.0

Tabla N° 13:
Presencia de Drogadictos en la población censada del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Presencia</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	2302	95.9
SI	32	1.3
NS/NR	67	2.8
Total	2401	100.0

Tabla N° 14:
Presencia de personas discapacitadas en la población censada del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Presencia</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	2358	98.2
SI	36	1.5
NS/NR	7	0.3
Total	2401	100.0

Tabla N° 15:
Distribución según sexo de los niños censados del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Sexo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
MASCULINO	227	52.1
FEMENINO	209	47.9
Total	436	100.0

Tabla N° 16:
Lugar del parto de los neonatos del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Lugar</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
C.S.	1	2.6
HOSPITAL	5	13.2
PARTICULAR	1	2.6
NS/NR	31	81.6
Total	38	100.0

Tabla N° 17:
Peso al nacer de los neonatos del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Peso</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
2	1	2.6
2600	1	2.6
2950	1	2.6
3	1	2.6
3200	2	5.3
4200	1	2.6
NS/NR	31	81.6
Total	38	100.0

Tabla N° 18:
Madres de neonatos con TBC pulmonar en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Presencia</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	5	13.2
NS/NR	33	86.8
Total	38	100.0

Tabla N° 19:
Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>L.M.E.</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	3	2.9
SI	28	27.5
NS/NR	51	50.0
NO APLICA	20	19.6
Total	102	100.0

Tabla N° 20:
Vacunación en niños menores de 01 año en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Control</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
COMPLETA CON CARNET	22	21.6
INCOMPLETA CON CARNET	10	9.8
NS/NR	50	49.0
NO APLICA	20	19.6
Total	102	100.0

Tabla N° 21:
Niños menores de 5 años con tarjeta de crecimiento y desarrollo en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Control</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
COMPLETA CON CARNET	92	38.5
COMPLETA SIN CARNET	25	10.5
INCOMPLETA CON CARNET	21	8.8
NS/NR	65	27.2
NO APLICA	36	15.1
Total	239	100.0

Tabla N° 22:
Niños menores de 5 años con Seguimiento nutricional en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Seguim.nutr.</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	70	29.3
SI	77	32.2
NS/NR	55	23.0
NO APLICA	37	15.5
Total	239	100.0

Tabla N° 23:
Niño < 05 años con Enfermedad en los últimos 15 días
en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Enferm.</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	72	30.1
EDA	14	5.9
IRA	41	17.2
AMBOS	1	0.4
OTROS	21	8.8
NS/NR	53	22.2
NO APLICA	37	15.5
Total	239	100.0

Tabla N° 24:
Niño de 5 a 9 años con última visita al dentista en el AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Visita</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO	63	32.0
SI	42	21.3
NS/NR	92	46.7
Total	197	100.0

Tabla N° 25:
Distribución por sexo en Adultos mayores del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Sexo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
MASCULINO	113	53.1
FEMENINO	100	46.9
Total	213	100.0

Tabla N° 26:
Enfermedades más frecuentes que aquejan a los Adultos mayores
del AA.HH. Puerto Nuevo, 2007

<i>Enfermedades</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NINGUNA ENFERMEDAD	36	16.9
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	26	12.2
OSTEOARTROSIS	17	8.0
DIABETES	15	7.0
ARTRITIS REMAUTOIDEA	6	2.8
DISLIPIDEMIAS	3	1.4
OTRAS	37	17.4
NS/NR	73	34.3
Total	213	100.0

CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS

Tabla N° 27:

Tipo de vivienda predominante en el AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Tipo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Unifamiliar	441	73.5
Multifamiliar	159	26.5
Total	600	100.0

Tabla N° 28:

Material de construcción de las paredes de las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Material</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Madera	481	80.2
Ladrillos	119	19.8
Total	600	100.0

Tabla N° 29:

Material de construcción del techo de las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Material</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Madera	467	77.8
Cemento	71	11.8
Calamina	58	9.7
Otro	4	0.7
Total	600	100.0

Tabla N° 30:

Material de construcción del piso de las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Material</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Cemento	423	70.5
Tierra	120	20.0
Entablado	34	5.7
Otro	23	3.8
Total	600	100.0

Tabla N° 31:

Situación de las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Tipo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Propia	547	91.2
Alquilada	22	3.7
Sesión de uso	20	3.3
Otro	11	1.8
Total	600	100.0

Tabla N° 32:
Hacinamiento en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Tipo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<5 personas	380	63.3
5-8 personas	177	29.5
> De 8 personas	42	7.0
NS/NR	1	0.2
Total	600	100.0

Servicios básicos en las viviendas:

Tabla N° 33:
Disposición del Agua en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Tipo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Carretillero	463	77.2
Cisterna	102	17.0
Red pública	35	5.8
Total	600	100.0

Tabla N° 34:
Eliminación de excretas en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Tipo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Baño	256	42.7
Letrina	119	19.8
Buzón público	116	19.3
Otros	55	9.2
Campo público	54	9.0
Total	600	100.0

Tabla N° 35:
Eliminación de la basura en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Tipo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Recolector	428	71.3
Elimina al campo	160	26.7
Otros	12	2.0
Total	600	100.0

Tabla N° 36:
Servicio de luz que cuentan las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Servicio</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Energía eléctrica	591	98.5
Lámpara/velas	6	1.0
Otros	3	0.5
Total	600	100.0

Tabla N° 37:
Riesgos en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Riesgos</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Perros vagos frente a casas	208	34.7
Sustancia tóxica expuesta	111	18.5
Instalación eléctrica inadecuada	79	13.2
Escalera sin protección	71	11.8
Ningún riesgo	52	8.7
Otros riesgos	49	8.2
NS/NR	30	5.0
Total	600	100.0

Tabla N° 38:
Tenencia de animales en las viviendas del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007.

<i>Tenencia</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
NO TIENE	328	54.7
PERRO	170	28.3
GATO	61	10.2
PERRO Y GATO	22	3.7
OTROS	19	3.2
Total	600	100.0

8.2) *ENCUESTA DE PERFIL DE SALUD:*

Los datos serán recolectados utilizando la ENCUESTA del anexo 8.2 para las viviendas de la comunidad de Puerto Nuevo – Callao.

8.3) *ENTREVISTA A PROFUNDIDAD AL PERSONAL DE SALUD DEL C.S. PUERTO NUEVO:*

Los datos serán recolectados utilizando la ENTREVISTA del anexo 8.3 para el Personal de salud en el C.S. Puerto Nuevo.

ANEXO

ENTREVISTA

“PERFIL DE SALUD Y ELEMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA DEL AA.HH. PUERTO NUEVO – CALLAO, 2007”

Estimado(a) Colega:

La presente ENTREVISTA nos ayudará a definir su grado de apreciación sobre la relación del perfil de Salud y el PLAN OPERATIVO LOCAL del C.S. Puerto Nuevo. RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS CON TODA SINCERIDAD, pues esta entrevista ES ANÓNIMA y solamente lo haremos si Ud. está de acuerdo.

Muchas Gracias !!!

NOTA : P.O.L. = PLAN OPERATIVO LOCAL

- 1) Sobre el P.O.L. que ha elaborado, ¿Fue la primera vez que elabora dicho documento?
- 2) ¿Cuánto Tiempo empleó en redactar su P.O.L.? ¿Su carga laboral le permitió redactarlo?
- 3) ¿Quiénes participaron en su elaboración? ¿Cómo se organizó?
- 4) ¿Qué elementos del perfil de salud fueron considerados para el diseño del P.O.L.?
- 5) ¿De qué Fuente(s) prioritaria(s) se basó para elaborarlo? ¿Cómo lo redactó?
- 6) ¿Realizó alguna recolección extra de información? ¿Cuáles?
- 7) ¿Cuál es la finalidad de la elaboración de un P.O.L.? ¿Considera útil su elaboración? ¿Por qué?
- 8) ¿Qué factores limitan o dificultan la elaboración del P.O.L.?
- 9) ¿En qué medida se ha cumplido lo programado en el P.O.L. del año anterior? ¿Por qué no se ha cumplido con las metas propuestas?
- 10) ¿Qué factores limitan o dificultan que se aplique lo programado en el P.O.L.?
- 11) ¿De qué manera contribuye el P.O.L. a la gestión de un establecimiento de salud?
- 12) En su opinión ¿en que beneficiará el P.O.L. a su establecimiento de salud?, ¿Y a la comunidad?
- 13) ¿Qué opina de que la comunidad participe en elaborar un P.O.L. con Ud.?
- 14) ¿Hubo Participación de la comunidad o actores sociales en la elaboración de su P.O.L.? ¿de qué forma?
- 15) ¿En qué medida considera su Interés por aplicar un P.O.L.?
- 16) ¿Desea hacer alguna recomendación o pregunta final?

¡¡¡Muchas Gracias por vuestro valioso aporte!!!