

Perfil de salud y elementos de la planificación local participativa en una comunidad urbano-marginal

Health profile and elements of local participatory planning at shanty town

Ronald Ayala^{A,B}

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil de salud de las familias que habitan en los seis sectores del asentamiento humano (AH) Puerto Nuevo-Callao y su relación con la planificación local participativa entre los meses de noviembre de 2007 a enero de 2008. **Métodos:** Investigación cuantitativa-cualitativa, aplicada. Se realizó la triangulación de tres etapas: 1° Descriptiva, de corte transversal y observacional, mediante una encuesta estructurada a las 600 viviendas del AH Puerto Nuevo-Callao; 2° Exploratoria, en base a una entrevista a profundidad a los cinco miembros del equipo de gestión del CS Puerto Nuevo y 3° Triangulación de las dos 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 Papanicolaou 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 AH Puerto Nuevo-Callao no se relaciona con la planificación local del CS "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 CLAVE: Perfil de salud, Planificación local participativa, Planificación sanitaria, Centro de Salud.

INTRODUCCIÓN

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 las 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.

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.¹

(A) Red de Salud Bonilla, Dirección de Salud I Callao. Callao – Perú. (B) Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
Correspondencia a Ronald Ayala: ream37339@yahoo.com
Recibido el 30 de julio de 2010 y aprobado el 02 de setiembre de 2010.

Cita sugerida: Ayala R. Perfil de salud y elementos de la planificación local participativa en una comunidad urbano-marginal. Rev. peru. epidemiol. 2010; 14 (2) [16 p.]

El Plan Operativo Institucional (POI) es un plan de trabajo para el corto plazo (de un año), orientada hacia el cumplimiento de los objetivos de la planificación estratégica de largo plazo, orientada más a la acción,^{2,5} por medio de la formulación, operacionalización y cumplimiento de metas y objetivos de producción y prestación de servicios del establecimiento de salud,^{3,5} 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;^{5,7} 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).^{6,8} Los elementos clave del plan estratégico se expresan de manera concreta en el plan operativo.^{2,5,7,9}

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.^{7,9,10} Es importante remarcar que el POI se formula con enfoque estratégico,³ 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.^{3,5} Todos estos pasos se ubican en un escenario con las características que tiene la vida real: dinámica cambiante, competitiva y expuesta a factores externos,¹¹⁻¹³ 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;^{1,3,14,15} 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.^{1-3,13,15-18}

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.¹⁹ 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.^{20,21} 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.^{22,23} 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.^{24,25} Esto no sólo valida la gestión, sino que la significa.^{22,25}

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.^{20,21,23-25} 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,²⁴ 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.^{21,22,26} El Modelo Cubano de Medicina Familiar trata mejor estos aspectos y su experiencia enriquece los conceptos de planificación local participativa.²¹

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.^{22,27-29}

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 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.³⁰

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.

MATERIAL y MÉTODOS

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 tres etapas:

1. Estudio cuantitativo: Se realizó una Encuesta de Salud a la totalidad de familias de los seis sectores del asentamiento humano (AH) "Puerto Nuevo" del Callao durante los meses de noviembre a diciembre de 2007. Se incluyó en el estudio a las viviendas habitadas cuyos miembros acepten ser encuestados. La encuesta recogió información sobre los siguientes tópicos:

- Características generales de los pobladores: Edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, seguro médico, enfermedad reciente, atención en un servicio de salud.

- Características de la vivienda: Tipo (uni o multifamiliar), material de las paredes, material del techo, material del piso, situación de tenencia, habitaciones para dormir, hacinamiento, disponibilidad de agua potable, disposición de excretas, disponibilidad de la basura, disponibilidad de energía eléctrica, riesgos que se evidencian en la vivienda, tenencia y/o cría de animales.

- Criterios de riesgo familiar. *Generales:* Miembro de la familia con tos por más de 10 días, presencia de pacientes con tuberculosis, especialmente multirresistente (TB-MDR), violencia familiar, drogadicción en los miembros de la familia, personas discapacitadas en la familia. *Mujer en edad fértil:* Fecha del último Papanicolau realizado, edad de inicio de la actividad sexual, tipo de método de planificación familiar usado, vacunación difteria-tétanos. *Gestante de alto riesgo:* Número de controles pre-natales, edad de inicio de la actividad sexual, edad de la gestante comprendida entre menor de 15 años o mayor de 35 años, presencia de flujo vaginal, número de parejas sexuales actuales, vacunación difteria-tétanos. *Recién nacido:* Lugar de nacimiento, peso al nacer, madre con tuberculosis. *Niños menores de un año:* Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, nivel de inmunizaciones. *Niños menores de cinco años:* Control de crecimiento y desarrollo realizado, seguimiento nutricional realizado, presencia de enfermedad reciente en últimos 15 días. Niños de cinco a nueve años: consulta odontológica en el último año. *Adulto mayor (>60a):* Tipo de dolencia.

Se visitaron en seis semanas continuas las viviendas de los seis sectores del AH tomando como referencia el plano de los lotes que dispone el Centro de Salud (CS) "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 diez personas: cinco que forman parte del personal de salud y cinco promotores de salud en el llenado correcto de la encuesta. Se asignó un promedio de 48 a 50 lotes por encuestador, durante las seis semanas que duró el recojo de la información. 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.

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. Se seleccionaron por conveniencia cinco miembros del equipo de gestión del C.S. Puerto Nuevo, durante los meses de Noviembre a Diciembre del 2007. 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.

3. Triangulación: La tercera etapa corresponde a la triangulación de las dos etapas previas desarrolladas.

Procesamiento y análisis de los datos:

a) 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.

b) 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.

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. El estudio fue aprobado por la Oficina de Investigación de la Dirección Regional de Salud I del Callao.

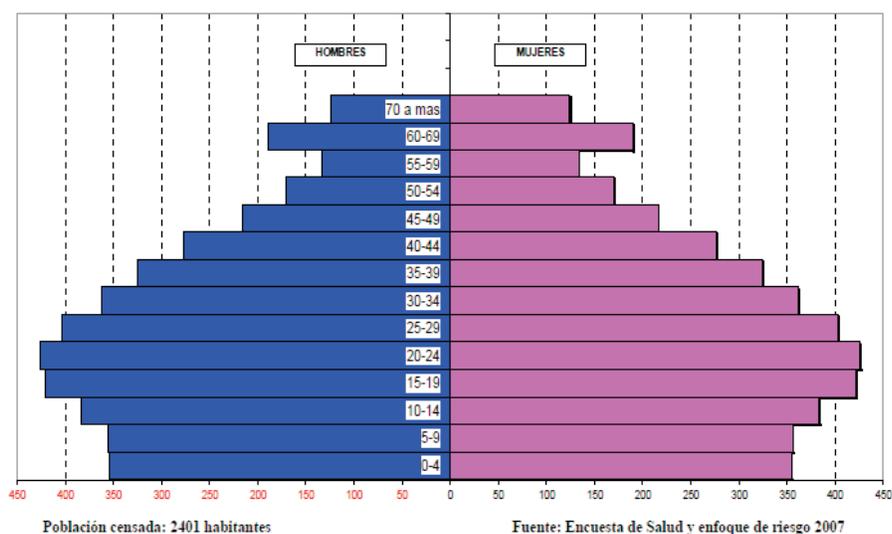
RESULTADOS

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.

Datos generales de los habitantes: La edad promedio de la población estudiada es de 28.47 ± 20.08 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 diez y 30 años, disminuyendo progresivamente al avanzar los grupos etarios (Figura 1). 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 de vida adolescente (21.7%), luego la etapa de vida niño (18.2%) y, finalmente, la etapa adulto mayor (8.9%).

FIGURA 1. Pirámide Poblacional por edad y sexo de las personas censadas del AH 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. El grado de instrucción de la población censada fue: 17.5% primaria incompleta, 8.9% primaria completa, 25.6% secundaria incompleta, 24.1% secundaria completa, 8.9% superior técnico, 1.6% superior universitario y el 10.7% no lee. 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.

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 (Seguro Social del Perú), el 5.6% está afiliado a otros seguros y el 1.2% no sabe/no responde. 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 CS Puerto Nuevo, el 11.2% acude al Hospital Carrión, el 2.2% acude a consultorio particular, el 1% acude al CS San Juan Bosco y el 3.9% no sabe/no responde.

Sobre la presencia de personas tosedoras por más de diez 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. Ante la presencia de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) 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. 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.

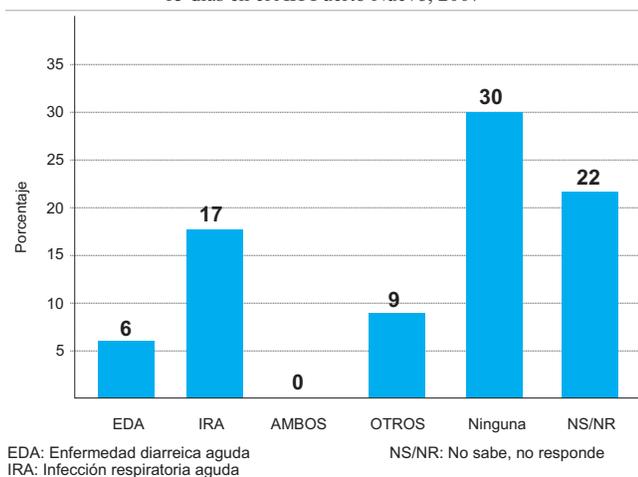
Ante la presencia de personas drogadictas en las familias censadas, el 95.9% lo negó, mientras que el 1.3% respondió que sí poseen algún miembro de la familia y el 2.8% no sabe/no responde. Ante la existencia de personas discapacitadas en la población censada, el 98.2% lo negó, mientras que el 1.5% respondió que sí poseen algún miembro de la familia discapacitado y el 0.3% no sabe/no responde.

Etapa de Vida Niño(a):

En este estudio se censaron 436 niños entre los cero a nueve años de edad, siendo la edad promedio de 4.2 ± 2.96 años. De todos ellos, 227 (52.1%) fueron varones y 209 (47.9%) eran mujeres. En relación al lugar del parto en neonatos censados, se encontraron 38 neonatos, refieren que cinco (13.2%) nacieron en el Hospital, uno (2.6%) nació en un centro de salud de referencia, otro (2.6%) refiere en clínica particular y 31(81.6%) no sabe/no responde. El peso al nacer en los neonatos censados fluctuó entre los 2000g hasta los 4200g y 31 de ellos (81.6%) no sabe/no responde. En relación al cumplimiento de la lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses, los encuestados refirieron que de un total de 102 niños menores de seis meses censados, 28 de ellos (27.5%) si refieren haberla recibido, mientras que tres (2.9%) lo niega y 71 (69.6%) No sabe/no responde. En relación al nivel de vacunación infantil en niños menores de un año, se tiene que de 102 niños censados, 22 (21.6%) sí tiene vacunas completas con el carnet respectivo, diez (9.8%) posee vacunas incompletas con carnet y 70 (68.6%) no sabe/no responde.

En relación a los niños menores de cinco 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. 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. 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, uno (0.4%) tuvo ambos cuadros (IRA + EDA), 21 (8.8%) presentaron otros cuadros y 53 (22.2%) no saben/no responden (Figura 2). En relación a si los niños de cinco a nueve años han tenido control reciente al dentista, se obtuvo que de un total de 197 niños de cinco a nueve 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.

FIGURA 2. Niños menores de cinco años con enfermedad en los últimos 15 días en el AH Puerto Nuevo, 2007



Mujeres

En relación a las mujeres censadas ($n=1176$), el promedio de la edad fue de 28.52 ± 20.056 años, siendo la moda de 13 años, y la mediana de 25 años. La distribución de la edad sigue un patrón asimétrico, con mayor ensanchamiento entre los diez y 35 años y reduciéndose paulatinamente al paso de los años.

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. 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. 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.

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. Siete de ellas poseen alto riesgo por edad. Sobre el número de controles prenatales que poseen, se obtuvo que tres de ellas (18.8%) no poseen ningún control, cuatro (25%) poseen controles pero no poseen carnet de control al momento de la encuesta, nueve (56.25%) poseen controles con carné, habiendo gestantes con dos hasta ocho controles registrados. La edad de su primera relación sexual es de 18.9 años, presentando una de ellas

(6.3%) más de una pareja sexual, mientras que 13 (81.3%) refieren poseer una sola pareja sexual y dos (12.5%) no saben/no responden. Sobre la presencia de flujo vaginal en las gestantes censadas, seis de ellas (37.5%) refirieron sí tenerla, cinco (31.3%) lo negaron y tres (18.8%) no saben/no responden. En relación a la vacunación contra la difteria-tétanos en las gestantes censadas, se obtuvo que tres (18.8%) no tienen dichas vacunas, seis (37.5%) sí tienen con dosis completas, tres (18.8%) sí tienen pero con dosis incompletas, y dos (12.53%) no saben/no responden.

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. La distribución de la edad sigue una tendencia decreciente a través del paso de los años. Según la distribución por sexo, fueron censados 113 varones (53.1%) y 100 mujeres (46.9%). 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, seis (2.8%) tienen artritis reumatoide, tres (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.

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%). El material de construcción predominante en las paredes de las paredes es la madera (481; 80.2%), seguido de ladrillos (119; 19.8%). 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. 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.

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. En relación al hacinamiento, se obtuvo que 380 familias (63.3%) poseen menos de cinco personas/familia, 177 familias (29.5%) poseen entre cinco y ocho personas/familia, 42 (7%) poseen más de ocho personas/familia y uno (0.2%) no sabe/no responde.

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. 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. 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. 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 tres (0.5%) refieren usar otros medios.

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. 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.

FASE CUALITATIVA:

Se realizaron cinco entrevistas a profundidad a los miembros del equipo de gestión del CS "Puerto Nuevo". Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 1.5 horas, realizadas individualmente en un ambiente grato, 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 CS "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 CS 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 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 CS 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 CS 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 CS 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 CS 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 CS 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 CS 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 CS 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 disminuirlos y me da la visión hacia donde debo trabajar más."* Personal CS 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 CS 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 CS 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 o 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 CS N° 01.

- “Hemos tenido tres 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 CS 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 CS N° 03.

- “La DISA (Dirección de Salud) nos envía unas matrices que debemos llenarlas. Lo que hacemos aquí es distribuirnos según las áreas y programas que nos correspondan y, según ello, llenamos las matrices.” Profesional CS 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 CS 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 que no nos llamen la atención, lo hacemos lo más rápido que se pueda, pero hay veces que no se puede.” Personal CS 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 CS 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 CS 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 CS N° 04.

- “A mí 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 CS 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 digital, 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 CS N° 01.

- “En este trabajo participaron todos los coordinadores de estrategias y responsables de etapas de vida.” Personal CS 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 CS 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 CS 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 CS 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 periodo 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 CS 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 CS 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 CS N° 03.

- *“Los datos nos la da la encargada de estadística y con eso, hacemos todo.”* Personal CS 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 etario.”* Personal CS 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 CS 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 CS N° 03.

- *“Me basé en la información proveniente de estadística del reporte de morbilidad por grupo etario y también de los informes anuales. Lo redacté guiándome del Plan local de salud del año anterior.”* Personal CS 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 CS 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 CS N° 02.

- *“La participación de los agentes externos es muy escasa, no participan activamente.”* Personal CS 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 cinco o seis programas, estrategias, componentes, responsabilidades, etc.”* Personal CS N° 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 CS N° 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 CS 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 CS 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 CS 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 CS 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 CS 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 CS 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 CS 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 eso es prioritario el plan pues establece las actividades que deben cumplirse para disminuir los problemas.”* Personal CS 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 CS N° 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 CS N° 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 CS N° 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 CS 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 CS 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 CS N° 01.

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

- “Usamos el mismo Plan local del año anterior; pero con datos actualizados.” Personal CS 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 CS Puerto Nuevo tenemos inicio tardío de control prenatal en las gestantes solamente un 20% todo el resto ha iniciado tempranamente su control prenatal y esto es porque

las promotoras, las gestantes que vienen se pasan la voz y saben que el primer control prenatal 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 CS N° 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 CS N° 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 CS N° 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 CS N° 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 CS N° 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 CS N° 03.

- “Sólo hay relación con los reportes estadísticos, ésa es la fuente más real de lo que sucede en la población que atendemos, de qué enfermedades son más frecuentes en cada grupo etario.” Personal CS N° 04.

- “Deberían estar 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 CS N° 05.

DISCUSIÓN

La encuesta realizada, que abarcó a todos los grupos de edad, permitió recabar información acerca de indicadores socio-demográficos 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.

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 ± 20.08 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;³¹ 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.

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 cinco 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 existe violencia 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 drogadicatas 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 cinco 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 anomalía o riesgo en las gestantes, se derivan oportunamente al hospital de referencia (Hospital Nacional “Daniel A. 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 seis 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 un 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 ponderal 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 cinco 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 etario. 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 cinco a nueve 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 diarreica 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, osteoartritis, 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.

Relación del Plan Operativo Local de Salud con el perfil de salud de la comunidad, percibido por el personal de salud del CS 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.³⁰ 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.³²

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"¹¹ 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.³³ 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 SIS, 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 académico³⁴ 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 continuamente 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).¹⁰ 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,¹⁰

recogiendo datos que mucha 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. 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.³⁴

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.¹⁰

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),¹⁹ inclusive Sécúli 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.³⁴ 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.³⁴

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.^{23,35-39} 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.⁴⁰

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 etaria, por eso es conveniente la actuación en estas áreas en las que la participación comunitaria desempeña un papel esencial.^{9,10,19,41} 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.

Conclusiones

Existen diversos factores de riesgo identificados en el AH “Puerto Nuevo” que hacen el perfil de salud muy vulnerable. Sin embargo, este perfil no se relaciona con la planificación local del CS “Puerto Nuevo”, la que es diseñada en base a los datos estadísticos de los registros de producción diaria de las hojas HIS, siendo la labor prioritariamente asistencialista. Asimismo, 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 AH “Puerto Nuevo”. 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 AH “Puerto Nuevo”.

.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MEDINA J, EDITOR. MANUAL DE SALUD COMUNITARIA. LIMA: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 1999.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, PROGRAMA NUTRICIÓN Y SALUD BÁSICA. CONSULTORÍA SOBRE MEJORAMIENTO Y GARANTÍA DE CALIDAD, MODELO DE GESTIÓN BASADO EN LA CALIDAD. LIMA: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ; 2002.
- MEDINA J, LOBÓN I, ALARCÓN M. PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL. LIMA: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ; 1998.
- PORTELLA J, HIDALGO L, CHÁVEZ J. MANUAL DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA. LIMA: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL; 1998.
- UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. CURSO DE GESTIÓN EN LAS REDES DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SALUD. MÓDULO I: PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL. LIMA: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 1998.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. BASES PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, PERÚ 2002. LIMA: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ; 2002.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, PROGRAMA NUTRICIÓN Y SALUD BÁSICA. DIPLOMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD. MÓDULO VIII: INTEGRACIÓN GERENCIAL. LIMA: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ; 2000.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO (PREC). ELEMENTOS DE PLANIFICACIÓN, PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN LOCAL. LIMA: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ; 1999.
- LÓPEZ DE CASTRO F, RODRÍGUEZ FJ. PLANIFICACIÓN SANITARIA (I). SEMERGEN. 2003;29(5):244-54.
- LÓPEZ DE CASTRO F, RODRÍGUEZ FJ. PLANIFICACIÓN SANITARIA (III). ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y EVALUACIÓN. SEMERGEN. 2004;30(8):397-407.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO. GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN OPERATIVO 2007 DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD. LIMA: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ; 2006.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD. CURSO SALUD COLECTIVA. MÓDULO III: PLANIFICACIÓN – PROGRAMACIÓN. LIMA: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ; 1996.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, PROYECTO SALUD Y NUTRICIÓN BÁSICA. DIPLOMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD. MÓDULO III: PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN LOCAL CON ENFOQUE ESTRATÉGICO. LIMA: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ; 2000.
- HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL. PLAN OPERATIVO DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL. LIMA: HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA; 2003.
- MEDINA J, EDITOR. GUÍA DE PRÁCTICAS. CURSO SALUD COMUNITARIA. LIMA: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 1999.
- DEVER A. EPIDEMIOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD. OPS-OMS. MARYLAND. 1991
- 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.
- MENDOZA P, ROBLES L. EL PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO EN SALUD. LIMA: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2000.
- 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.
- RED PERU. COORDINADORA NACIONAL DE INICIATIVAS DE CONCERTACIÓN PARA EL DESARROLLO LOCAL. EN [HTTP://WWW.GEOCITIES.COM/REDPERULOCAL](http://www.geocities.com/redperulocal) [CONSULTA:30 ENERO 2003]
- VALDIVIA N. PRESENTACIÓN: LA EXPERIENCIA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN CUBA. II SEMINARIO INTERNACIONAL DE EXPERIENCIAS EM ATENCIÓN BÁSICA/SAÚDE DA FAMILIA. BRASÍLIA, 27 A 29 DE NOVIEMBRE DE 2001.
- CEPIS/OPS. LA MICROPLANIFICACIÓN: UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN LOCAL CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. OCTUBRE DEL 2001, EN: [HTTP://WWW.CEPIS.ORG.PE/ESWWW/FULLTEXT/PCIUDAD A/MICROPLA/ MICROPLA.HTML](http://www.cepis.org.pe/eswww/fulltext/pciudad_a/micropla/micropla.html) [CONSULTA:30 ENERO 2003]
- 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.
- 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.
- MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA, SECRETARÍA GENERAL Y CENTROS DE PARTICIPACIÓN COMUNAL. EXPERIENCIAS DE PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA LOCAL (ARGENTINA).

26. HERSCH-MARTÍNEZ P. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD: ESPACIOS Y ACTORES DETERMINANTES EN SU IMPULSO. SALUD PUBLICA MEX. 1992;34(6):678-88.
27. EDUCATION AND TRAINING FOR CONSUMER PARTICIPATION IN HEALTH CARE. RESOURCE GUIDE. IN: [HTTP://NRCCPH.LATROBE.EDU.AU](http://nrccph.latrobe.edu.au) [CONSULTA:30 ENERO 2003]
28. INSTITUTO DE LOS RECURSOS MUNDIALES, GRUPO DE ESTUDIOS AMBIENTALES. EL PROCESO DE EVALUACIÓN RURAL PARTICIPATIVA: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA. MÉXICO, AGOSTO DE 1993.
29. PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO LOCAL EN CUBA. PLAN OPERATIVO - FASE IV. ENERO - DICIEMBRE 2002.
30. BRUGULAT P, SÉCULI E, FUSTÉ J, 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.
31. 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.
32. 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. 2003;121(supl 1):1-3.
33. GISPERT R, TRESSERRAS R. DE LA TEORÍA LA PRÁCTICA: ELABORANDO PLANES DE SALUD PARA EL NUEVO SIGLO. GAC SANIT. 2001;15(4):291-3.
34. SÉCULI E, BRUGULAT P, MARTÍNEZ V, ET AL. LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD EN CATALUÑA, 1990-2000. ALGUNAS CLAVES PARA AFRONTAR EL FUTURO. MED CLIN. 2003;121(supl 1):4-9.
35. MARTÍNEZ A, VAN-DICK M, NÁPOLES F, ET AL. HACIA UNA ESTRATEGIA DE GARANTÍA DE CALIDAD: SATISFACCIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS. CAD SAUDE PUBL. 1996;12(3):399-403.
36. OPS-OMS. SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN. PROGRAMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. 31ª SESIÓN, 23 Y 24 DE NOVIEMBRE DE 1998.
37. OTERO MJ; OTERO IJ. ¿QUÉ ES CALIDAD EN SALUD?. PERÚ, NOVIEMBRE DEL 2002. EN [HTTP://WWW.GERENCIASALUD.COM/](http://www.gerenciasalud.com/)
38. SANTILLÁN D. USING CLIENT SATISFACTION DATA FOR QUALITY IMPROVEMENT OF HEALTH SERVICES IN PERU. BETHESDA: QUALITY ASSURANCE PROJECT; 2000.
39. URROZ O. GERENCIA DE LA CALIDAD APLICADA A LA SALUD PÚBLICA EN EL SALVADOR. SEMINARIO: INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROCESO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN COSTA RICA; 2001.
40. PEIRÓ S. BUSCANDO ALTERNATIVAS A LA PLANIFICACIÓN BASADA EN LA NECESIDAD O EN LA DEMANDA. REV CALIDAD ASISTENCIAL. 2003;18(3):141-2.
41. 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.

ABSTRACT

Objective: To determine the health profile of the families who live in these 06 sectors AH Puerto Nuevo - Callao, and their relationship to local participatory planning, between the months of November 2007 to January 2008. **Methods:** Qualitative-quantitative applied Research. We performed triangulation of three stages: 1° Descriptive, cross-sectional observational through a structured survey of 600 families from AH Puerto Nuevo - Callao; 2° Exploratory, based on a depth interview with five members of the team management "Puerto Nuevo" Health center, and 3° Triangulation of two 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 AH 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.

