



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria
en una microred de salud de Chiclayo

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Flores Ramos, Wilson Richar (orcid.org/0009-0003-0044-0508)

ASESORAS:

Dra. Monteagudo Zamora, Vilma (orcid.org/0000-0002-7602-1807)

Dra. Guerra Fernández, Rosa María del Carmen (orcid.org/0000-0003-0707-5753)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

CHICLAYO-PERÚ

2024

DEDICATORIA

A Dios, por estar conmigo en cada instante de mi vida, por permitirme lograr cada meta profesional y personal, por brindarme esa luz y fortaleza necesaria para continuar y no desfallecer frente a las adversidades.

A mi tesoro más grande, mi familia: mis padres, mis hermanos que con su apoyo y comprensión me acompañaron en esta aventura académica, otorgándome soporte y fuerza para culminar con éxito mis estudios.

A mis hijos Avril y Stiven, por acompañarme en esta etapa de mi investigación, porque a su corta edad me han enseñado y me siguen enseñando mucho, por brindarme esa motivación e ilusión por superarme cada día.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Dra. Vilma Monteagudo, por brindarme en todo momento su orientación, sus conocimientos, dedicación y sus experiencias para esta investigación quien contribuyó de una manera anímica.

A la Doctora Mirian por su atención, apoyo y orientación para hacer posible el desarrollo de esta investigación.

A todos los profesionales de la microred de Posope donde se desarrolló esta investigación por permitirme recabar datos relevantes, así como mejorar con su experticia el tema para la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización.....	14
3.3. Población, muestra y muestreo.....	15
3.3.1 Población	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	16
3.5. Procedimientos	17
3.6. Método de análisis de datos.....	17
3.7. Aspectos éticos	18
IV. RESULTADOS	19
V. DISCUSIÓN.....	24
VI. CONCLUSIONES.....	30
VII. RECOMENDACIONES	31
VIII. PROPUESTA	32
REFERENCIAS.....	34
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Medicina preventiva comunitaria en una Microred de Chiclayo</i>	19
Tabla 2 <i>Nivel de prevención primaria en una Microred de Chiclayo</i>	20
Tabla 3 <i>Nivel de prevención secundaria en una Microred de Chiclayo</i>	21
Tabla 4 <i>Nivel de prevención terciaria en una Microred de Chiclayo</i>	22
Tabla 5 <i>Estrategias de gestión que promueven la medicina preventiva</i>	23
Tabla 6 <i>Plan de gestión que promueve la medicina preventiva</i>	86
Tabla 7 <i>Presupuesto de la propuesta</i>	92

RESUMEN

El presente estudio orienta su propósito en desarrollar un plan de gestión administrativa que fomente la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud situada en Chiclayo, por ello, su metodología se rige por un enfoque cuantitativo de nivel descriptivo propositivo que empleó cuestionarios validados dirigidos a una muestra integrada por 123 profesionales de la salud, cuya evaluación de los hallazgos estadísticos reportaron como resultados la prevalencia de un nivel medio de ejecución de actividades preventivas en un 75.60% por escasas campañas de sensibilización acerca de rutinas saludables, número reducido de capacitaciones en el personal especializado, limitada inversión en programas preventivos y deficiente seguimiento del bienestar como recuperación de los pacientes oncológicos o ENT, lo cual, constituyó un diagnóstico que propició la construcción de una propuesta fundamentada en la teoría comunitaria compuesta por distintas acciones referidas a formación de líderes comunitarios, establecimiento de grupos multidisciplinarios, elaboración de un calendario preventivo, sistemas de vigilancia de los registros epidemiológicos y la eficacia de los programas en la reducción de casos con morbilidades y forjamiento de una cultura de prevención orientada al rechazo a la automedicación, emociones negativas y hospitalización.

Palabras clave: Plan de gestión administrativa, medicina preventiva comunitaria, profesional de salud.

ABSTRACT

The present study guides its purpose in developing an administrative management plan that promotes community preventive medicine in a health Micronetwork located in Chiclayo, therefore, its methodology is governed by a quantitative approach of a propositional descriptive level that used validated questionnaires aimed at a sample made up of 123 health professionals, whose evaluation of the statistical findings reported as results the prevalence of an average level of execution of preventive activities at 75.60% due to few awareness campaigns about healthy routines, a reduced number of staff training specialized, limited investment in preventive programs and poor monitoring of well-being such as recovery of cancer or NCD patients, which constituted a diagnosis that led to the construction of a proposal based on community theory composed of different actions related to the training of community leaders, establishment of multidisciplinary groups, development of a preventive calendar, surveillance systems of epidemiological records and the effectiveness of the programs in reducing cases with morbidities and forging a culture of prevention aimed at rejecting self-medication, negative emotions and hospitalization.

Keywords: Administrative management plan, community preventive medicine, health professional.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, en el sector de salud pública, por más de los avances en la promoción de conductas saludables como la alimentación adecuada, el ejercicio y el abandono del tabaco, aún enfrentamos un déficit significativo en la prevención de enfermedades crónicas. Aunque se ha tenido éxito en reducir el consumo de cigarrillos (de 42% en el año 1965 ha pasado a 14% para el 2018), pero las mejoras en la alimentación y la actividad física han sido limitadas, y la prevalencia de enfermedades sigue siendo alta. Esta falta de prevención es preocupante para las comunidades en situación de vulnerabilidad, donde la pobreza y la discriminación a menudo crean barreras para acceder a condiciones de vida saludables. En este contexto, la prevención será un componente esencial para abordar estas disparidades en la salud, tanto en niños como en adultos (Mazzucca et al., 2021).

La mayoría de sistemas de salud enfocan sus esfuerzos en realizar tratamientos y monitorear su eficacia en contrarrestar enfermedades, relegando actividades de promoción de medidas de protección a la salud debido a la escasa asignación financiera a labores destinadas al resguardo integral de la salud o identificación oportuna de patologías, además de la insuficiente capacitación del profesional de salud en mantener un bienestar adecuado y resiliente a las enfermedades, por otro lado, limitada información socioeconómica en relación a la salud mostrada por los pacientes atendidos que imposibilita efectuar un seguimiento continuo especialmente a personas en situación vulnerable o con estigmas sociales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021) señaló que un aproximado de 930 millones de individuos en el mundo presentan el riesgo de vivir en condiciones de pobreza por el excesivo gasto asignado a salud representado por un 10% o más del monto presupuestado a nivel familiar, por tanto, se requiere de una inversión adicional de 200 a 370 mil millones de dólares en gastos referidos a atención primaria y educación orientada al resguardo de la salud como a forjar una cultura de autocuidado que permita salvaguardar a 60 millones de personas e incrementar la expectativa de vida en 3.7 años hacia el 2030. En ese sentido, se requiere planes de contingencia pues permiten una respuesta rápida y organizada ante situaciones de crisis por nuevos patógeno (Palacio et al., 2021).

El aumento de enfermedades no transmisibles y crónicas acarrea mayores gastos correspondientes a 41 dólares en países de ingresos medios y 2.937 dólares en economías de altos ingresos, además de creciente asignación del presupuesto público en salud enfocado en el tratamiento sin efectuar prioritizaciones a actividades preventivas, asimismo, expande las brechas de ineficiencia e inequidad. No obstante, algunos países como Inglaterra, EE.UU., Cuba, Taiwán, Holanda, Puerto Rico, Portugal y Chile han adoptado prácticas de salud familiar vinculadas a menores cifras de hospitalizaciones innecesarias (Ministerio de Salud, 2022). Por otra parte, se observó una carencia de planes de contingencia en el Sistema Nacional de Salud español refleja una falta de previsión ante posibles escenarios de emergencia que atentan contra la salud integral (Palacio et al., 2021).

En Latinoamérica, la falta de prevención en el sistema de salud se ha visto agravada por su estructura fragmentada e ineficiente. La introducción de un nuevo actor, como las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y el sistema de financiamiento basado en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), tenía como objetivo abordar esta deficiencia. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, la falta de coordinación y equidad persisten en el sistema de salud, lo que dificulta la implementación efectiva de medidas preventivas. La falta de prevención adecuada continúa siendo un desafío significativo en la región, lo que subraya la necesidad de reformas más profundas y una mayor atención a la equidad en la atención médica en zonas hostiles o vulnerables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

En el Perú, la falta de prevención de enfermedades es un problema alarmante, ya que el 83% de las personas enfermas no recibe atención médica, en el ámbito público como privado, tanto en áreas urbanas como rurales, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en 2022. Además, las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión, diabetes y trastornos mentales, representan el 66% de los años de vida saludable perdidos en el país, de acuerdo a lo expuesto por el Ministerio de Salud (Minsa). Es esencial que la gestión regional priorice la prevención y promueva la participación activa de la comunidad en su propio cuidado de la salud. Esto debería ejercerse mediante una atención primaria integral a lo largo de toda la vida, involucrando a familias y a la comunidad en un enfoque basado en redes de salud integradas (Rodríguez, 2022).

En el ámbito local, la problemática se resume en la limitación de recursos en un centro de salud rural, lo que afecta la ejecución de programas de medicina preventiva. Además, el acceso limitado a la atención médica y la falta de conciencia y educación en la comunidad obstaculizan la participación en programas preventivos. Las creencias culturales y la falta de financiamiento adecuado también son desafíos importantes. La necesidad de que se aborde problemas como registros deficientes y formación insuficiente del personal, así como la participación activa de la comunidad son cruciales para el éxito de la medicina preventiva en la Microred de Salud de Chiclayo. Por tanto, se requiere de un plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria. En ese sentido, se formula como problema general el siguiente: ¿Cómo contribuir a mejorar la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo?

A nivel teórico, el estudio pretende conceder aportes a la literatura como a la evidencia empírica respecto a la importancia de desarrollar propuestas vinculadas a priorizar el desarrollo de estrategias en medicina preventiva. Desde la perspectiva metodológica, el estudio proveerá un esquema de trabajo sustentado en instrumentos fiables y métodos apropiados en la examinación de una gama de información respecto a la gestión de la medicina preventiva que conlleve a la elaboración a un diagnóstico y posterior realización de una propuesta, cuyos procedimientos constituyan un referente en próximas indagaciones. En el ámbito práctico, los hallazgos impulsaran a invertir en proyectos destinados a contrarrestar la aparición de enfermedades o detección oportuna de las mismas, en aras de resguardar su salud integral y una mayor cobertura del servicio.

De esta manera, se establece como objetivo general: Proponer un plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo, cuyos objetivos específicos son los siguientes: (i) caracterizar la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo; (ii) describir el nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria en una microred de salud de Chiclayo; (iii) diseñar el plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo; (iv) validar por juicio de expertos el plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo.

II. MARCO TEÓRICO

A fin de dilucidar las estrategias adoptadas en la prevención de la suscitación de enfermedades en diferentes países en fomento de una cultura de autocuidado y compromiso institucional se expondrán los siguientes estudios internacionales:

Haldane et al. (2019) en su estudio plantearon examinar la evidencia acerca de los resultados de la participación comunitaria en países de ingresos altos y medianos altos. La metodología siguió lineamientos del PRISMA, detallando que, solo 49 registros llegaron a cumplir con los criterios de inclusión. Los resultados mostraron una amplia evidencia de que la participación comunitaria tiene un impacto positivo en la salud, particularmente cuando está respaldada por procesos organizacionales y comunitarios sólidos afectados por una diversidad de factores culturales y sociales. Concluyendo que, existe evidencia que respalda la efectividad de la participación comunitaria para que se produzcan resultados positivos a nivel organizacional, comunitario e individual en el ámbito de salud.

Sorensen et al. (2019) en su investigación plantearon evaluar las percepciones de los administradores de atención médica respecto a modos de vida saludables y pautas de prevención en el estado de Nueva York. La metodología es tipo descriptivo con enfoque cualitativo, que examinó a 11 participantes, alcanzando como resultados, toma de decisión independiente a partir de una política gerencialista en la asistencia de servicios médicos, escasez de recursos para los usuarios y complicación regulatoria, carencia de herramientas de reintegro para orientación y limitación de tiempo en la instrucción preventiva. En definitiva, es primordial la realización de normas y consultas para alcanzar una vida saludable en el contexto del cuidado primario, así como, brindar la confianza al personal especializado en salud en la difusión de acciones de prevención en resguardo del bienestar de la comunidad y desarrollar actitudes de rechazo a la automedicación.

Iriarte-Roteta et al. (2020) en su estudio buscaron proveer una descripción acerca del estado de la práctica de promoción y prevención de la salud de enfermería de Ottawa. Realizándose una síntesis interpretativa crítica entre el mes de diciembre del 2018 hasta mayor del siguiente año, considerándose la búsqueda a través de las bases de datos de Dialnet, Web of Science, PsychINFO, PubMed, Scopus y CINAHL, se identificaron sesenta y dos artículos ,y como resultados se obtuvo que,

actualmente existe falta de comprensión de los enfermeros acerca de la promoción y prevención de la salud y de voluntad política, falta de priorización en protección de salud en la organización como del predominio de una perspectiva biomédica dentro de la misma. Concluyendo que, existen desajustes notables en la práctica actual que realiza el personal de salud en cuanto a promoción y prevención.

Rayan-Gharra et al. (2022) en su estudio plantearon mapear las necesidades de salud percibidas de las diversas comunidades de la periferia norte de Israel. Siendo un estudio mixto, ejecutándose por focus group (n = 42). Como resultados se mostró que, los residentes de Galilea percibieron el sentido de comunidad (78%) como principal fortaleza, mientras que el cáncer (53%) concebido problema de salud principal, seguido de accidentes cerebrovasculares y enfermedades cardíacas (28,4%). La discriminación racial o étnica, violencia doméstica, violencia en el vecindario, lugares limitados para el ejercicio, la deserción escolar y el acceso limitado a alimentos saludables, como determinantes que afectan la salud. Concluyendo que, existe necesidad de abordar la falta de seguridad sanitaria y mejorar no sólo la prestación de servicios de salud sino también los determinantes sociales que repercuten en su salud física como emocional.

Amboree et al. (2022) en su estudio proponen como objetivo especificar las conductas de cuidado preventivo en una sociedad susceptible a un elevado peligro, situado en Houston, 2022. Por ello, la metodología es tipo descriptivo con un enfoque cuantitativo que examinó a una muestra de 591 participantes, en cuyos resultados se obtuvo que, 39 años fue la edad promedio, 51.3% no tiene seguro médico, 83.5% cuenta con un ingreso de nivel de pobreza y 21.3% no poseen casa. Además, el 47.7% no tiene costumbre el cuidado médico y 94.6% no recibió exámenes de enfermedades de transmisión sexual distintas del VIH en el último año. Finalmente, se determinó que la atención de salud preventiva en exámenes rutinarios es muy baja en esta comunidad de bajos ingresos y alto riesgo, en tanto, las autoridades deben acrecentar sus esfuerzos en contrarrestar futuras patologías.

Recalde (2022) en su estudio plantea elaborar una estrategia eficaz de medicina preventiva enmarcadas a contrarrestar el sobrepeso como obesidad infantil en pacientes que concurren a consultorios privados, México. Por ello, la metodología es descriptiva propositiva que ejecutó un cuestionario a 42 usuarios. Consiguiendo

como resultados que el 80% presentó sobrepeso y 20% obesidad, el 80% refirió al Covid-19 como causante sedentarismo, 80% no realiza actividad motora y 30% señaló requerirse visitas médicas al hogar. Respecto a la técnica, se equipará dos consultorios médicos de nutrición y odontología con recurso humano idóneo que genere cultura en salud, así como, implementación del área de marketing. En suma, se afirma que una significativa cantidad de pacientes tienen sobrepeso y obesidad, en tanto, se deberá integrar la estrategia para brindar un cuidado preventivo.

Joseph et al. (2023) en su estudio plantearon evaluar el efecto de una vía comunitaria de circuito cerrado para reducir las necesidades sociales entre los hombres negros en un programa de cambio de estilo de vida. Considerándose un estudio cuantitativo, siendo la muestra de 70 hombres negros de una gran ciudad del Medio Oeste que seguirán un programa de autocontrol y de prevención. Como resultados, se evidenció que, el 57% de los participantes tenía al menos una necesidad social. Durante 12 y 24 semanas, esto se redujo al 37 % (OR 0,33; IC del 95 %: 0,13; 0,85) y al 44 % (OR 0,50; IC del 95 %: 0,21; 1,16), respectivamente. Concluyendo que, se requiere de una evaluación adicional de las estrategias comunitarias para que se avance en la satisfacción de las necesidades sociales.

Kabir et al. (2023) en su estudio plantearon evaluar la preparación de los centros de atención primaria de salud para controlar las siguientes ENT: diabetes mellitus (DM), cáncer de cuello uterino, enfermedades respiratorias crónicas (IRC) y enfermedades cardiovasculares (ECV). Ejecutándose un estudio transversal entre mayo de 2021 y octubre de 2021 en 126 centros de atención primaria de salud públicos y privados. Como resultados, se obtuvo que, la capacidad de diagnóstico de enfermedades cardiovasculares y de medicamentos esenciales para el cáncer de cuello uterino no estaba disponible en todos los niveles de los establecimientos de salud tanto del sector público como privado. Concluyendo que, existe escasez de personal capacitado y de directrices, instalaciones de diagnóstico y medicamentos esenciales que limitan la prestación de un servicio integral.

García (2023) en su investigación, propone elaborar un plan estratégico para crear el servicio de medicina preventiva y cuidado individualizado al usuario crónico en el centro de Salud B. Sucúa. Por lo cual, la metodología es descriptiva propositiva que efectuó un cuestionario a 50 usuarios. En cuyos resultados se evidenció un ascenso

de gastos de cuidado de enfermedades en 2023 correspondiente a \$78,658, asimismo, los gastos de consultas en entrega de medicamentos en 2023 fueron \$88,658; y cantidad de fármacos aplicados en 2023 fue 167,070 unidades, situación que impulsó a realizar una propuesta comprendida por capacitaciones, incorporación de softwares de gestión, estudios, entre otros. En conclusión, un considerable porcentaje de pacientes mostró serias patologías, por tanto, se tendrá que cambiar estrategias de salud para brindar un cuidado preventivo cuanto antes.

A partir de los referentes anteriores se describe los antecedentes nacionales:

Barboza (2020) realizó un estudio con el objetivo de evaluar la implementación de un modelo de atención integral de salud. El estudio fue propositivo, realizándose en el Centro de Salud Toribia Castro Chirinos situado en Lambayeque en 2020, considerando la perspectiva de 40 profesionales y técnicos de la salud. Los resultados revelaron que el 50% del personal de salud consideraba que la implementación del modelo era adecuada, mientras que el 25% la percibía como inadecuada y otro 25% la veía en proceso de implementación. Se concluyó que hay deficiencias en varios aspectos del modelo, especialmente en los ejes de calidad, gestión y desarrollo de las personas, así como en la tecnología, que se consideran áreas vulnerables en la implementación óptima y protección al bienestar.

En su estudio, Sandoval (2022) buscó establecer la conexión entre la gestión administrativa y la calidad de los servicios de atención médica en un hospital de Lima en 2022. Se siguió un enfoque cuantitativo bajo diseño de corte transversal, eligiéndose como descriptivo correlacional al nivel del estudio. La población y la muestra fueron iguales, compuesta por 31 trabajadores de sala de operaciones del referido hospital. Se empleó una encuesta con un cuestionario tipo Likert que contenía 23 preguntas para la recopilación de datos. Los resultados mostraron una positiva correlación la cual fue notable, con un valor de Spearman de 0.867, lo que indicó una asociación entre los constructos mencionados en el hospital evaluado. Concluyendo que, tal asociación fue significativa y directa entre ambos constructos evaluados pues una gestión eficiente se vincula a servicios médicos de calidad.

Montoya (2022) propuso una estrategia de salud pública para mejorar el control de la diabetes tipo 2 en adultos mayores en la Micro Red Yurimaguas en 2021. Utilizó un enfoque aplicado y un diseño descriptivo propositivo. La muestra incluyó a 50

adultos mayores con diabetes tipo 2. Se recopilaron datos mediante encuestas, observaciones y entrevistas. La estrategia se centró en la colaboración entre profesionales de la salud y abordó hábitos perjudiciales. Se encontró que la estrategia mejoró la calidad de vida y redujo los niveles altos de presión arterial, glucosa y colesterol, los cuales en un inicio estaban en más de un 66%. Esta estrategia de salud pública tiene potencial y fue evaluada positivamente por expertos que destacan el rol de la telesalud en la difusión de autocuidado.

Pacahuala (2022) ejecutó un estudio para determinar la eficacia de la educación sanitaria en la prevención del dengue. Fue descriptivo, longitudinal, prospectivo y correlacional, se seleccionaron 27 familias en Pampa del Carmen, provincia de Chanchamayo. Antes de la educación, el 44% de las madres tenía un conocimiento moderado sobre medidas preventivas del dengue, y el 52% tenía condiciones de saneamiento básico regulares en sus hogares. Después de la educación sanitaria, el 93% de las madres tenían un alto conocimiento y el 67% tenía condiciones de saneamiento básico buenas. Estos resultados indican que la educación sanitaria fue efectiva en mejorar el conocimiento y las condiciones sanitarias, lo que contribuye a la prevención del dengue y al cuidado de la salud.

Suarez (2023) en su estudio planteó analizar la seguridad del paciente se relaciona con la prevención de eventos adversos realizados por los profesionales enfermeros de un hospital nacional, Lima 2022. El estudio se basó en un enfoque cuantitativo y aplicado, con un nivel descriptivo y un diseño de corte transversal. La muestra consistió en 50 enfermeros que trabajaban en la unidad de emergencia de un centro de salud. Se utilizó un par de cuestionarios para la evaluación. Los resultados revelaron que, en relación al primer constructo, el 50.0% de los participantes consideró que la seguridad era buena, el 44.0% la describió como regular y el 6.0% la calificó como mala. En cuanto al segundo constructo, el 82.0% de la muestra la calificó como excelente, el 14.0% la consideró regular y el 4.0% la etiquetó como deficiente. En conclusión, se encontró una positiva correlación moderada del 44.0%, con un valor de Rho igual a 0.44 y un valor de p igual a 0.0001. Esto indica que existe una significativa relación entre ambos constructos.

El estudio de Leiva (2023) investigó la ejecución y registro de actividades preventivas de la Estrategia Sanitaria Nacional (ESN) para Enfermedades No

Transmisibles (DNT) por médicos del nivel primario en la Red de Salud Arequipa Caylloma. Siendo observacional, transversal, analítico y retrospectivo, partiendo de una muestra de 432 médicos empleándose consultas médicas registradas en el primer trimestre del 2023. Se logró evidenciar que gran número de médicos no cumplen adecuadamente con estas actividades, con un 26.26% que no las ejecuta ni registra y un 36.57% que lo hace de forma limitada. En promedio, las actividades se realizan y registran completamente en un 4.03% de las ocasiones y en un 89.27% no se realizan ni registran. Además, se identificaron relaciones estadísticamente significativas con variables como edad, género y tipo de contrato.

Con respecto a las bases teóricas, en cuanto a medicina preventiva comunitaria, se destaca que, es la práctica de promover la atención sanitaria preventiva para mejorar el bienestar del paciente. Esta es una especialidad médica que se centra en la salud de los individuos y las comunidades. Siendo el fin de la medicina preventiva el promover la salud y el bienestar y prevenir enfermedades, discapacidades y muerte. Los especialistas en medicina preventiva deben tener una amplia gama de habilidades médicas, así como experiencia en ciencias del comportamiento, económicas, ambientales y sociales (Gaubá, 2022).

Cabe recalcar que, los sistemas de salud se están reorientando hacia la promoción de la salud, definida como “el proceso por medio el cual, las personas pueden incrementar el control sobre su salud y lograr una mejora”, y la prevención de enfermedades. Las guías de práctica clínica recomiendan la integración activa y sistemática de intervenciones en el estilo de vida para que se prevenga enfermedades en la atención primaria de salud y en entornos comunitarios (Aerts et al., 2021), lo que incrementa la relevancia de la atención integrada por parte de los médicos generales (GP) y las enfermeras (PN) en la práctica general que propicie el desarrollo de una cultura de cuidado (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020).

Además, en cuanto a la promoción y prevención de la salud ha adoptado cada vez más enfoques comunitarios en las últimas décadas. Además de una amplia gama de significados, el término "comunitario" puede definirse como un entorno principalmente geográfico y considerado el lugar donde se llevan a cabo las intervenciones. En el contexto de dichas estrategias, las comunidades son muy relevantes para planificar y realizar intervenciones. Los enfoques comunitarios

pueden permitir el acceso a grupos objetivo a los que es difícil llegar, como las personas que experimentan desventajas sociales y las personas con problemas de salud existentes, sin estigmatizarlos en su vida diaria (Bader et al., 2023).

Basándose en el enfoque de superconjunto, los comportamientos y los resultados de salud son el resultado de interacciones complejas entre el conocimiento, motivaciones y actitudes de los ciudadanos y del entorno de la comunidad local en la que viven. Sin embargo, la participación de los que toman decisiones de alto nivel en el gobierno local y otras organizaciones asociadas, es obligatoria para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones estructurales, como el desarrollo de nuevas políticas y legislación o cambio organizacional y entornos físicos, a fin de cristalizar los objetivos propuestos por las intervenciones preventivas (Aadahl et al., 2023).

La medicina preventiva se puede practicar con pacientes individuales en una sala de consulta o mediante actividades organizadas como actividades de divulgación de vacunas, exámenes de presión arterial en la comunidad o educación sanitaria. La verdadera amplitud de la medicina preventiva se manifiesta en actividades organizadas a nivel comunitario. Las campañas de divulgación de vacunas son un ejemplo destacado, ya que buscan inmunizar a la población contra enfermedades prevenibles. Estas iniciativas no solo protegen a los individuos, sino que también contribuyen a la creación de barreras inmunológicas a nivel comunitario, reduciendo la propagación de enfermedades infecciosas (Hunter, 2021).

Lamentablemente, si bien los beneficios de la medicina preventiva y las herramientas de educación para la salud se han establecido previamente (Meras y Rodríguez, 2021; Izquierdo et al., 2022; Malagón y Reynales, 2020), pues los conocimientos respecto a la sintomatología de una enfermedad y las medidas a ejecutar se vinculan al desarrollo de medidas preventivas (Yupari-Azabache et al., 2020), no obstante, en realidad se aplica esporádicamente. Además, su implementación no se tiene en cuenta en las evaluaciones clínicas de rutina, como sí lo hacen otros componentes clave, como la adherencia a la medicación de los pacientes o las hospitalizaciones (Schor et al., 2019).

Entre las dimensiones, se presentan: Prevención Primaria: Esta etapa se enfoca en las actividades y medidas de salud que se llevan a cabo en la comunidad antes de que aparezca una enfermedad específica. Su objetivo principal es evitar que la

enfermedad se desarrolle en primer lugar. La prevención primaria incluye acciones como la promoción de la salud, la educación sobre hábitos saludables, la inmunización para prevenir enfermedades infecciosas y la administración de quimioprofilaxis (uso de medicamentos para prevenir enfermedades), todo con el propósito de proteger y mantener la salud de la población acorde a los parámetros designados por los organismos extranjeros (Sedano-Chiroque et al., 2020).

Prevención Secundaria: Esta fase se centra en el diagnóstico temprano de una enfermedad y en la aplicación de tratamientos o intervenciones oportunas para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a esa enfermedad. La prevención secundaria implica la detección precoz a través de exámenes médicos, pruebas de detección y evaluaciones de riesgo. Cuando se identifica una enfermedad en sus primeras etapas, se pueden implementar tratamientos efectivos que contribuyan a un mejor pronóstico y a evitar complicaciones graves que atentan contra el bienestar físico como afectivo (Sedano-Chiroque et al., 2020).

Prevención Terciaria: Esta etapa se refiere a las acciones médicas destinadas a prevenir o reducir las complicaciones y secuelas de una enfermedad ya diagnosticada. La prevención terciaria busca mejorar la calidad de vida de los pacientes que ya tienen una enfermedad crónica o afección médica. Esto implica el tratamiento continuo, la rehabilitación, la terapia y el seguimiento médico para gestionar la enfermedad de manera efectiva y minimizar sus efectos negativos a largo plazo manifestados a través de secuelas o incapacidades que imposibilitan el desarrollo de labores y repercuten en el bienestar (Sedano-Chiroque et al., 2020).

Y, en referencia al plan de gestión administrativa, se enmarca como proceso social, a la gestión como el arte de optimizar la eficiencia. Es un medio para hacer las cosas a través de otras personas, un plan de acción y su dirección por parte de un grupo cooperativo que trabaja hacia un objetivo compartido. La gestión es un aspecto del proceso social de gestión. La gestión es el arte de hacer un uso eficiente de todos los recursos a disposición para lograr los objetivos. La gestión abarca una amplia gama de tareas, que incluyen, entre otras, planificar, organizar, pronosticar, coordinar, liderar, controlar y motivar el trabajo de otros para lograr ciertos objetivos previstos sin incurrir en contratiempos (Nayek, 2023).

La administración es la entidad responsable tanto de crear nuevas reglas como de hacer cumplir las existentes que favorecen a la cristalización de las metas de forma conjunta (Nayek, 2023). De igual manera, se puede conceptualizar como la realización de tareas encaminadas a lograr resultados específicos de manera eficaz y rentable, promoviendo el desarrollo positivo de la organización. Asimismo, puede describirse como una secuencia de etapas consecutivas que propician la interconexión integral de las funciones administrativas (Bryson y Bert, 2021). Teoría de sistemas sociotécnicos, el término “sistemas sociotécnicos” fue introducido por primera vez por Eric Trist, Ken Bamforth y Fred Emery durante la Segunda Guerra Mundial (Aguilar-Hernández et al., 2023).

La idea central de la teoría sociotécnica es diseñar y mejorar cualquier sistema organizacional público y privado. Esta teoría también trata los aspectos socio y técnicos de la resolución colectiva de problemas de sistemas complejos (Miao et al., 2020; Mosisa et al., 2022). Todos los institutos quieren investigar tecnologías novedosas desde todas las perspectivas (Bednar & Welch, 2020). Entonces, los sistemas sociotécnicos son creados por múltiples subsistemas (infraestructura, procesos, tecnología, personas, etc.) que se interrelacionan y contribuyen al éxito de esa organización (Bakunzibake et al., 2019; Sony & Naik, 2020).

Existe una fuerte asociación entre el proceso de gestión del conocimiento y la teoría de sistemas sociotécnicos. Además, la tecnología de la información en la gestión del conocimiento maneja el conocimiento y acelera la colaboración entre las partes (Ortiz et al., 2021). Esta teoría es muy beneficiosa para el gobierno electrónico porque proporciona estructura al gobierno (Vera et al., 2022). La tecnología de la información, en presencia de prácticas de gestión del conocimiento y teoría de sistemas sociotécnicos, mejora la capacidad del gobierno electrónico que facilita otorgar respuestas oportunas a las demandas de salud (Vera et al., 2022).

La teoría de la gestión administrativa de Fayol Henri Fayol desarrolló una teoría de la gestión administrativa que mejora la capacidad de una administración mediante la aplicación de 14 roles: división del trabajo, autoridad y responsabilidad, unidad de mando, unidad de dirección, entre otros. Además, Fayol explicó la función vital de la administración, como planificación, organización, coordinación, mando y control (Gómez et al., 2022). En el sector público, esta teoría exige que una

administración desarrolle su estructura administrativa para formalizar la división del poder, la distribución de la fuerza laboral y el poder de autoridad en sus áreas de responsabilidad relevantes (Hatchuel y Segrestin, 2019). Además, esta teoría es muy importante para las prácticas de gestión del conocimiento porque proporciona dirección a la gestión y lineamientos a acatar (Falconi et al., 2019).

La teoría de la gestión administrativa de Fayol se puede utilizar con el gobierno electrónico de varias maneras porque agiliza las operaciones como los procedimientos. Un ejemplo es que el principio de división del trabajo puede aplicarse al diseño de sistemas de gobierno electrónico, siendo diferentes agencias y departamentos gubernamentales responsables de aspectos específicos del sistema. El principio de unidad de mando se puede implementar para garantizar que los ciudadanos solo interactúen con una agencia gubernamental, en lugar de varias, para un servicio específico (Guevara, 2022).

Entre las dimensiones, se presentan: Planeación: Implica la definición de metas y objetivos claros para mejorar la salud de las personas y las comunidades (Faqiri, 2019). Esto incluye la identificación de necesidades de atención médica, la asignación de recursos, la elaboración de estrategias para abordar problemas de salud específicos y la creación de un plan estratégico a largo plazo (Wells et al., 2019). Organización: Estructuración eficiente de los sistemas de atención médica y de los servicios de salud (Gordon y Cleland, 2020). Esto implica la creación de hospitales, clínicas y centros de atención médica bien diseñados, la distribución adecuada de personal médico y recursos, la gestión de registros médicos y la implementación de procesos (Skačkauskienė, 2022).

Dirección: Gestión de equipos de atención médica, la toma de decisiones estratégicas y el liderazgo en la prestación de servicios de salud (Huebner y Flessa, 2022). Esto incluye supervisar y motivar al personal médico, asegurarse de que se sigan los protocolos médicos y tomar decisiones informadas para mejorar la calidad de la atención y la satisfacción del paciente (Alyssa et al., 2019). Control: Evaluación y seguimiento de los procesos y resultados en la atención médica (Hamid et al., 2021). Abarca la revisión de indicadores de calidad, el monitoreo de la eficiencia en el uso de recursos, la identificación y corrección de desviaciones en la atención médica y los estándares de seguridad (Bacelar-Silva et al., 2022).

III. METODOLOGÍA

En este apartado se expone el esquema de trabajo a seguir en el desarrollo de la indagación, el cual, propicie el alcance del propósito principal de la indagación.

3.1. Tipo y diseño de investigación

Corresponde a tipo básica pues la labor de indagación sólo se orientó a examinar las particularidades del fenómeno de interés en su contexto de desarrollo a través de métodos observacionales, cuya información provista constituye un aporte clave en la realización de estudios aplicados que pretenden otorgar una solución al problema detectado y revertir el escenario (Hernández & Mendoza, 2018). Asimismo, se rige por el enfoque cuantitativo porque cada apartado se efectuó de manera secuencial y se apoyó de herramientas estadísticas en el análisis de la dinámica del hecho de interés que conllevó a desarrollar un diagnóstico o caracterización del escenario (Hernández & Mendoza, 2018).

De esta manera, se enmarca en un diseño no experimental por centrar su propósito en evaluar un hecho o fenómeno sometido a indagación sin orientar los esfuerzos en implementar soluciones que alteren la dinámica de la variable vinculada a una problemática identificada (Hernández & Mendoza, 2018). Es decir, se efectuó una caracterización de la medicina preventiva, cuyo diagnóstico propició el desarrollo de una propuesta de gestión consistente que impulse una cultura de protección integral a la salud en los involucrados y disminución de brechas en beneficios de las comunidades en especial vulnerables. Además, se atribuyó a corte transversal pues se recaudó una diversidad de datos acerca de la medicina preventiva efectuada por una Microred de Salud de Chiclayo en un momento específico.

3.2. Variables y operacionalización

Variable independiente: Plan de gestión administrativa

Definición conceptual

Una estructura que abarca una amplia gama de tareas, que incluyen, entre otras, planificar, organizar, pronosticar, coordinar, liderar, controlar y motivar el trabajo de otros para lograr ciertos objetivos propuestos por la organización (Nayek, 2023).

Indicadores: Objetivos, estrategias, comunicación, proactividad, liderazgo, toma de decisiones, calidad y tiempo.

Escala de medición correspondió a ordinal

Definición operacional

Se evaluó la variable por medio de las dimensiones atribuidas a “planeación”, “organización”, “dirección” y “control”.

Variable dependiente: Medicina preventiva comunitaria

Definición conceptual

Es la práctica de promover la atención sanitaria preventiva para mejorar el bienestar del paciente a través de la difusión de hábitos saludables en relación a su alimentación, rutina física, asistencia a evaluaciones médicas de manera periódica, actitud favorable hacia la administración de vacunas o antígenos, dominio de emociones negativas y bienestar en el plano psicológico (Gaubá, 2022).

Definición operacional

Se realizó su medición a través de las dimensiones correspondientes a: “prevención primaria”, “prevención secundaria” y “prevención terciaria”.

Indicadores: Capacitación, campañas de concientización, responsabilidad, vacunación y control, actividades de promoción, exámenes médicos, especialistas, programas de tamizaje, registros médicos, capacitación en detección temprana, atención y tratamiento adecuado, seguimientos periódicos, promoción de rehabilitación y cuidados, educación sobre enfermedad y coordinación con otros servicios.

Escala de medición se sujetó a ordinal.

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población

Se constituyó la población por la totalidad de colaboradores que efectúan labores en una Microred de Salud situada en Chiclayo, la cual, correspondió a 180 trabajadores que integran a profesionales de la salud. Por tanto, se establecieron los siguientes aspectos requeridos en la elección de la muestra:

Criterios de inclusión: Personal asistencial de ambos sexos de una microred de salud que concedieron su consentimiento informado con un periodo de antigüedad laboral mayor a seis meses que ostentan distintas modalidades de contratación.

Criterios de exclusión: Pacientes, así como colaboradores en licencia, profesionales de salud que no aceptaron participar de la investigación.

3.3.2. Muestra

Por ende, la muestra se conformó por 123 colaboradores que realizan labores en una Microred de Salud localizada en Chiclayo, cuyo número representativo se desprendió de la totalidad de profesionales de salud debido al rigor que impone el estudio en la formulación de una propuesta congruente al diagnóstico elaborado.

Muestreo

El muestreo o procedimiento empleado en la elección de la cantidad de participantes correspondió a probabilístico aleatorio simple porque se optó por elegir a los trabajadores a través de métodos al azar que requirieron la aplicación de herramientas estadísticas en el cálculo, es decir, se rescindió de estimar la muestra por medio de criterios dados por conveniencia o accesibilidad, a fin de extraer inferencias a generalizarse a todo el personal de salud.

La unidad de análisis abarcó a los profesionales de salud que ejercen funciones asistenciales en una Microred de Salud situada en Chiclayo.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el proceso de acopio de datos, se optó por la encuesta como técnica empleada en indagaciones de naturaleza cuantitativa, la cual, facilitó extraer un acervo de información a través de una interacción con el personal que aseguró cooperar con el estudio de manera espontánea hasta la culminación del mismo.

De esta manera, el instrumento utilizado en la recaudación de un acervo de datos correspondió a cuestionario, el cual, estuvo estructurado por 15 ítems distribuidos en tres dimensiones, es decir, el componente prevención primaria integrado por cinco ítems, prevención secundaria abarcó cinco ítems y prevención terciaria englobó cinco ítems, el cual, se administró en un periodo de 20 minutos.

Cabe resaltar que, el instrumento que compiló una variedad de datos del personal de salud que decidió participar en el estudio, se sometió a una evaluación por tres expertos que examinó la pertinencia, relevancia, coherencia y claridad de cada ítem expuesto en el cuestionario, cuyo valor de la V de Aiken excedió el 0.80, lo cual, constató una medición apropiada del instrumento y proseguir con la labor investigativa. Por otro lado, se realizó una prueba piloto que facilitó evaluar la consistencia interna mostrada por el cuestionario a través del coeficiente de alfa de Cronbach, cuyo resultado arrojó un valor de 0.908 que reveló un elevado nivel de fiabilidad y garantizó la idoneidad del instrumento en el recojo de una gama de datos respecto a medicina preventiva que conllevó a continuar su ejecución.

3.5. Procedimientos

Antes de iniciar con el proceso de acopio de diferentes datos, el instrumento se sometió a una evaluación de su fiabilidad y revisión dada por tres expertos que certificaron con su firma la pertinencia del cuestionario escogido acorde a la operacionalización con sustento en el marco teórico diseñado. Asimismo, gestionó los permisos con las autoridades de una Microred de Salud situada en Chiclayo que facilitaron la labor de campo, además se coordinó la entrega de un documento que confirmó la cooperación espontánea de los participantes en el proceso de compilación de datos y aseguró continuar con el estudio.

3.6. Método de análisis de datos

Antes de comenzar la ejecución de los instrumentos, los participantes firmaron un documento que constató su cooperación espontánea en el estudio, lo cual, facilitó la elaboración de una matriz de datos organizada a través de los ítems aglomerados por dimensiones de la variable sujeta a indagación que propició su exportación al software estadístico SPSS versión 26, cuyos resultados arrojaron la estimación de estadísticos descriptivos como tablas de frecuencia o figuras acatando el estilo APA 7, a fin de construir un diagnóstico apropiado de la medicina preventiva gestionada y difundida en la comunidad de Chiclayo que agilizó la identificación de estrategias y posterior elaboración de una propuesta de gestión orientada a forjar una cultura que resguarde la salud antes de incurrir en el desarrollo de secuelas o limitaciones.

3.7. Aspectos éticos

La realización de cada apartado del estudio se fundamentó por acatar por principios éticos dados por el Alma Mater manifestados a través de la exposición de resultados fehacientes en función a los objetivos propuestos, honestidad intelectual en todo momento por medio de la citación de los apartados en el estilo solicitado, respeto por las directrices mencionadas por la casa de estudios, además de afrontar con responsabilidad las implicancias o riesgos involucrados con su ejecución en una comunidad en particular que impulse a su retroalimentación.

Asimismo, se mantuvo en reserva información de índole privada de los participantes y se destinó a usos exclusivamente académicos acorde a lo expresado en el consentimiento informado, además, se acató con el principio de autonomía porque los profesionales de salud decidieron si proseguir participando en el desarrollo de la indagación o desistir de cooperar en cualquier momento.

Por otro lado, durante el proceso de acopio de datos se veló por el bienestar integral de los colaboradores, es decir, se evitó provocar perjuicios o daños psicológicos que constató el acatamiento del principio de no maleficencia referido a resguardar la integridad de los participantes que concedieron su consentimiento de cooperar en la entrega de diversa información relacionada a la gestión efectuada en los servicios de medicina preventiva en una Microred.

Asimismo, se concedió un trato afable de manera equitativa a cada participante durante el proceso de recaudación de una serie de datos en cumplimiento del principio de justicia. Finalmente, los resultados e inferencias generados en el estudio conformaron un referente o aporte en el ámbito de salud preventiva que benefició a diferentes poblaciones en específico vulnerables, a fin de impulsar a los actores claves a desarrollar propuestas o intervenciones orientadas a proteger el bienestar y difundir una cultura preventiva.

IV. RESULTADOS

Se exponen los hallazgos en concordancia a los objetivos, comenzando con la exposición de los resultados de carácter estadístico que sustenta el diagnóstico requerido en la formulación de la propuesta acorde a la realidad detectada.

Tabla 1

Caracterización de la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo

Niveles	<i>f</i>	%
Bajo	23	18.70%
Medio	93	75.60%
Alto	7	5.70%
Total	123	100.00%

En la Tabla 1, se muestra el predominio de un nivel medio de realización de actividades de prevención comunitaria en 75.60% por deficiencias en la atención médica oportuna, dificultades en la ejecución periódica de campañas de concientización de rutinas saludables en comunidades en condiciones vulnerables, escasas capacitaciones al profesional de salud y reducido seguimiento de la adherencia a las solicitudes médicas, seguido de un nivel bajo en 18.70% por falencias en la implementación de medidas que minimicen el surgimiento o avance de una patología y nivel alto en 5.70% por la incorporación de programas empleando los recursos tecnológicos en la educación sanitaria.

Tabla 2

Análisis del nivel de prevención primaria en una Microred de Salud de Chiclayo

Niveles	<i>f</i>	%
Bajo	15	12.20%
Medio	86	69.90%
Alto	22	17.90%
Total	123	100.00%

En la Tabla 2, se evidencia que el 69.90% de profesionales de salud aseveraron el desarrollo de actividades preventivas primarias en un nivel medio por la escasa ejecución de campañas de concientización acerca de hábitos saludables y la importancia de la vacunación en las comunidades especialmente de zonas vulnerables, asimismo, el 12.20% afirmó un nivel bajo de ejecución de medidas que resguarden el bienestar de las poblaciones y sólo un 17.90% indicó un nivel alto por la implementación de proyectos de telesalud.

Tabla 3

Análisis del nivel de prevención secundaria en una Microred de Salud de Chiclayo

Niveles	<i>f</i>	%
Bajo	18	14.60%
Medio	90	73.20%
Alto	15	12.20%
Total	123	100.00%

En la Tabla 3, se expone que el 73.20% de los profesionales de salud señalaron un nivel medio de realización de medidas preventivas enfocadas a la detección temprana de las patologías por la escasa impartición de capacitaciones respecto a la interpretación de exámenes médicos, además el 14.60% afirmó un nivel bajo de ejecución de programas de tamizaje y seguimiento de las enfermedades, por último, un 12.20% indicó un nivel alto de desarrollo de acciones orientadas a la adquisición de equipos modernos necesarios en el diagnóstico de patologías.

Tabla 4

Análisis del nivel de prevención terciaria en una Microred de Salud de Chiclayo

Niveles	<i>f</i>	%
Bajo	22	17.90%
Medio	94	76.40%
Alto	7	5.70%
Total	123	100.00%

En relación a la Tabla 4, se aprecia que el 76.40% de los profesionales de salud afirmaron un nivel medio de desarrollo de actividades preventivas que velen por el bienestar de los pacientes con una patología crónica por la existencia de falencias en el seguimiento de la evolución de la enfermedad y adherencia a las prescripciones médicas, asimismo, el 17.90% señaló un nivel bajo por registrar deficiencias en la atención, rehabilitación, sensibilización y control a pacientes que sufren enfermedades crónicas o avanzadas, además, un 5.70% manifestó un nivel alto de ejecución de medidas que protegen el bienestar de pacientes con una enfermedad detectada por el esfuerzo de conceder apoyo social en el proceso de recuperación y reducción de complicaciones o secuelas que afecten su rutina diaria.

Tabla 5

Estrategias de gestión que promueven la medicina preventiva en una Microred de Salud de Chiclayo

Aspectos	Estrategias
Planificación	Evaluación de Necesidades Comunitarias
	Desarrollo de Calendario Preventivo
Organización	Creación de Equipos Multidisciplinarios
	Implementación de Centros de Atención Preventiva
Dirección	Desarrollo de Líderes Comunitarios
	Implementación de Programas Educativos Continuos
Control	Sistema de Monitoreo Epidemiológico
	Auditorías Preventivas Regulares

Respecto a la Tabla 5, se expone las estrategias claves por cada componente de gestión a incorporarse en la labor realizada por el profesional de salud responsable del servicio de medicina preventiva, lo cual, implica efectuar un análisis minucioso de las percepciones, preocupaciones y exigencias de salud demandadas en las comunidades, así como, desarrollar inspecciones periódicas de las patologías con mayor prevalencia e identificar las acciones preventivas a ejecutar con respectiva programación, las capacitaciones a impartir al personal y líderes de las poblaciones involucradas, campañas de cuidado y hábitos saludables, además de invertir en herramientas tecnológicas que contribuyan a la educación sanitaria como al monitoreo de la tendencia de los casos afectados, pacientes que permanecen adheridos a un tratamiento sin ostentan limitaciones y número de hospitalizaciones.

V. DISCUSIÓN

En relación al objetivo específico 1 referido a la “caracterización de la medicina destinada a atender las necesidades de salud de la comunidad en una Microred localizada en Chiclayo”, se evidenció la prevalencia de un nivel medio de ejecución de actividades preventivas en protección de la salud comunitaria en 75.60% por escasa realización de campañas de concientización acerca de hábitos saludables en poblaciones especialmente de situación vulnerable, número reducido de capacitaciones relacionadas a intervenciones de cuidado al bienestar, limitado seguimiento de la evolución de la recuperación del paciente y deficiencias en la implementación de programas que fomenten una cultura preventiva e impulsen el desarrollo de evaluaciones médicas frente a los primeros signos articulados a una enfermedad o adopción de prácticas de autocuidado que refuercen las defensas.

No obstante, un 5.70% indicó un nivel alto por los esfuerzos de integrar proyectos de educación sanitaria apoyados en los recursos tecnológicos a las comunidades o pacientes con una patología específica. En esa misma línea, Sorensen et al. (2019) afirmaron que un número reducido de campañas de promoción de rutinas saludables en las comunidades, escasas oportunidades de capacitación al profesional de salud en actividades de prevención o detención del avance de la patología diagnosticada, así como, la insuficiente inversión en medicina preventiva. Además, Iriarte-Roteta et al. (2020) aseveraron que la ausente priorización de programas o proyectos destinados a la promoción de diferentes hábitos de cuidado en el bienestar integral se vincula con el incremento de morbilidades prevenibles en la población que perjudica a la salud pública y afecciones cruciales al desarrollo.

Por tanto, Hamid et al. (2021) expusieron el rol crucial de la incorporación de procedimientos orientados a evaluar la efectividad de los proyectos o programas en la reducción de las brechas identificadas tanto en calidad como en cobertura del servicio médico preventivo, permitirá efectuar retroalimentaciones en los procesos de atención en protección al bienestar. No obstante, Schor et al. (2019) mencionaron que la implementación de acciones preventivas aún conforma un desafío porque se mantiene una cultura fundamentada en el consumo de medicamentos prescritos o hospitalizaciones cuando existen complicaciones

urgentes y escaso compromiso en la difusión de educación sanitaria en zonas proclives a desarrollar diferentes patologías por registrar limitaciones.

Respecto al objetivo específico 2 correspondiente a dilucidar la ejecución de procedimientos preventivos en los diferentes nivel de atención prestados por una Microred situada en Chiclayo, se identificó el predominio de un nivel medio en la adopción de actividades preventivas primarias en 69.90% por insuficientes campañas de sensibilización referidas a la difusión de rutinas saludables y promoción de hábitos de vacunación en poblaciones específicamente localizadas en contextos vulnerables, sin embargo, el 17.90% manifestó un nivel alto por la incorporación de intervenciones como la telemedicina que promueve prácticas de cuidado al bienestar antes de la suscitación de patologías o detención del impacto nocivo de una patología detectada en aras de impedir secuelas e incapacidades.

De igual manera, Rayan-Gharra et al. (2022) señalaron que una escasa cultura de autocuidado, inseguridad sanitaria, insuficientes lugares destinados a la actividad física y falta de actividades enmarcadas al resguardo del bienestar psicológico afectan la salud integral. En tanto, Skačkauskienė (2022) aseguró que los establecimientos médicos dedicados a promover actividades preventivas con apoyo de herramientas tecnológicas y coordinación entre los profesionales de salud acordes a las necesidades mostradas por las comunidades tienden a reducir el surgimiento de casos con patologías prevenibles con una detección inmediata.

Asimismo, se evidenció la prevalencia de un nivel medio de prevención secundaria en un 73.20% por el escaso desarrollo de capacitaciones vinculadas a la interpretación de evaluaciones diagnósticas emitidas por el profesional de salud, insuficiente número de campañas de tamizaje de patologías y reducida cantidad de investigaciones acerca de las implicancias de la medicina preventiva en la detección precoz de enfermedades y resguardo de la salud integral, mientras que, el 12.20% señaló un nivel alto de priorización de actividades enfocadas a la compra de diferentes equipos médicos modernos requeridos en el despistaje de patologías.

En concordancia, Amboree et al. (2022) manifestaron que persiste una baja concurrencia de los pobladores de bajos recursos económicos a un servicio de salud preventiva por dificultades en el acceso a pruebas de tamizaje y desconocimiento pese a presentar signos o alertas de desarrollar una patología, lo

cual, acrecienta la probabilidad de padecer complicaciones riesgosas a la salud. Asimismo, Bader et al. (2023) menciona que la necesidad de adoptarse enfoques comunitarios en el servicio de medicina preventiva pues propiciará dialogar con grupos con desventajas sociales y elevada probabilidad de desarrollar problemas severos de salud por desconocimiento e inasistencia a revisiones médicas que descarten o detecten con prontitud patologías complejas y adversas al bienestar.

Por otro lado, se identificó el predominio de un nivel medio de realización de actividades de prevención terciaria en un 76.40% por la persistencia de falencias en la ejecución de labores de atención de calidad, sensibilización, seguimiento médico respecto al grado de recuperación de los pacientes que ostentan patologías crónicas u oncológicas, sin embargo, sólo un 5.70% indicó un nivel alto por la incorporación de estrategias apoyadas en la telesalud a pacientes con una enfermedad declarada que imposibilite la suscitación de complicaciones perjudiciales a su bienestar o la aparición de secuelas articuladas a discapacidades.

En conformidad con Recalde (2022) asevera el incremento de casos de patologías como obesidad, desnutrición, sobrepeso en población joven, entre otros que manifiestan deficiencias en la implementación efectiva de estrategias orientadas al resguardo de la salud y detención de los avances progresivos de la enfermedad, situación que acrecienta el riesgo de sufrir complicaciones vinculadas a padecer limitaciones de naturaleza físicas, secuelas o desarrollar enfermedades mortíferas. Acorde a lo expuesto, el enfoque de superconjunto atribuye como elemento clave a las comunidades en el éxito de la incorporación de políticas y programas de salud en relación a los comportamientos preventivos, pese a requerirse en el progreso de las localidades aún persiste una cultura de adherencia hacia una variedad de medicamentos frente a signos o patología e internamientos (Aadahl et al., 2023).

Referente al objetivo específico 3, se diseñó un plan de gestión orientado a reducir la cantidad de patologías prevenibles por medio del fomento de la medicina preventiva en una Microred situada en Chiclayo, la cual, se fundamenta en la teoría de la promoción de comportamientos beneficiosos a la salud integral que impulsó proponer la realización de un calendario preventivo acorde a la realidad evidenciada en las comunidades, formación de equipos de profesionales multidisciplinarios, incorporación de auditorías o monitoreos del reporte epidemiológico, además de

capacitaciones periódicas al personal de salud y líderes comunitarios, pues aún persiste una situación caracterizada por un acceso restringido a una atención médica de calidad y oportuna, escasa cultura de adopción de hábitos o rutinas saludables en las poblaciones, además de falta de personal de salud especializado.

Además, el número reducido de capacitaciones vinculadas a la medicina preventiva y necesidades de salud comunitaria en el profesional responsable e insuficiente inversión en programas que contrarresten la aparición o evolución de patologías con un despistaje precoz y seguimiento periódico. En concordancia con Joseph et al. (2023) indica que la incorporación de estrategias de medicina enfocada a las necesidades o demandas de salud identificadas, con el propósito de contrarrestar la aparición de patologías o el avance progresivo de las mismas favorece al cierre de brechas, disminución de casos con enfermedades prevenibles que afectan el bienestar por las secuelas y limitaciones, además facilita la preservación de la vida.

Acorde con lo anterior, Wells et al. (2019) manifiesta la importancia de diagramar un plan conforme a las falencias mostradas por el servicio médico y afecciones a la salud identificadas en las poblaciones, a fin de detallar una gama de acciones factibles de ejecutar en aras de promover rutinas saludables y minimizar casos de patologías prevenibles. Además, Gauba (2022) enfatiza la necesidad de impartir capacitaciones que fortalezcan diferentes habilidades médicas en el profesional de salud especialista en medicina preventiva, así como, enriquecimiento de experiencias en el ámbito económico, ambiental, social y conductual que favorezca al desarrollo de intervenciones innovadoras orientadas a velar por el bienestar integral a través de la promoción de hábitos saludables y asistencias a revisiones médicas periódicas que detecten con prontitud enfermedades con evolución precoz en aras de reducir discapacidades y/o complicaciones articuladas con el deceso.

Conforme al objetivo específico 4, se realizó la validación de la propuesta desarrollada en relación a criterios de objetividad, coherencia, fundamentos teóricos y congruencia entre componentes que constatan la pertinencia de la misma en el contexto analizado. Asimismo, Bader et al. (2021) indica que una propuesta o intervención fundamentada en enfoques comunitarios enmarca sus objetivos en disminuir las cifras o casos de morbimortalidad de los individuos incluyendo poblaciones vulnerables que sufren de exclusiones o desventajas de naturaleza

social, pues abarca una serie de actividades que promueven el cuidado integral e incentivan a la comunidad a monitorear con frecuencia su salud, identificar cualquier signo de padecimiento de una patología con prontitud, acudir a las revisiones médicas e inspeccionar la evolución de su bienestar integral.

Concerniente al objetivo general, el plan de gestión administrativa que promueve la incorporación de actividades referidas a medicina preventiva comunitaria se sustenta en un enfoque proactivo e integral, la cual, se compone de acciones atribuibles a evaluación periódica de las demandas de salud, desarrollo de calendarios de actividades de prevención en la comunidad identificada, establecimiento de equipos especializados en diferentes áreas de salud, incorporar campañas informativas que impulsen a la instalación de centros de atención dedicados a contrarrestar la aparición de enfermedades y formación de líderes comunitarios que animen a la población a adoptar rutinas saludables.

Además, implementar herramientas efectivas de control de la información epidemiológica, monitoreo de la eficacia de las intervenciones o programas vinculados a la preservación de la salud e inspecciones periódicas de la evolución de los pacientes con riesgos de padecer enfermedades o sufren una patología oncológica u crónica. En similitud con el estudio propuesto por Kabir et al. (2023) que señalaron la importancia de elaborar una estrategia enfocada en promover una atención integral preventiva que implicó incorporar programaciones, formación de equipos de diferentes especialidades, fomento de hábitos saludables a través de la telesalud e implementación de actividades de seguimiento y examinación de la eficacia de la propuesta en el progreso del bienestar de distintas comunidades.

Asimismo, la teoría sociotécnica enfatiza la importancia de incorporar mejoras en el sistema organizacional público que propicie otorgar soluciones a los cuellos de botella detectados en distintos componentes (infraestructura, tecnología, procesos, recurso humano, entre otros) y cristalización de los objetivos establecidos en base a las necesidades evidenciadas en una comunidad (Bakunzibake et al., 2019; Sony y Naik, 2020). Por otro lado, la teoría de gestión administrativa explica que introducir modificaciones en los procesos de planificación, estructuración de los sistemas involucrados en el servicio, distribución de actividades, dirección y motivación a los

equipos junto a la incorporación de efectivas herramientas de control conllevan a concretar las metas institucionales en un plazo fijado (Hatchuel y Segrestin, 2019).

En similitud, el enfoque comunitario destaca la necesidad de direccionar inversiones hacia la ejecución de programas enmarcados a promover una cultura de adopción responsable de hábitos de autocuidado en la salud física como en el bienestar psicológico en poblaciones localizadas en distintas jurisdicciones en especial en zonas de escasos recursos económicos o poco favorecidas por estigmas sociales. Asimismo, el enfoque de superconjunto señala que el bienestar mostrado en las poblaciones se deriva del nivel de saberes, actitudes concebidas e intereses de manera individual o entorno colectivo, por ello, su compromiso es crucial en la sostenibilidad y éxito de las intervenciones de salud ejecutadas.

Entre las limitaciones que destaca el estudio se atribuye a fundamentar el diagnóstico sólo en información procedente de fuentes primarias en específico cuestionarios que compilaron datos de la perspectiva dada por los profesionales de salud sin complementarse con reportes oficiales emitidos por la Microred de Chiclayo, lo cual, imposibilita desarrollar a profundidad un análisis que encamine a realizar un detalle de las estrategias requeridas en el fomento de actividades de prevención con participación dinámica de las comunidades en especial localidades desfavorecidas por presentar limitaciones al acceso inmediato.

Por último, el estudio constituye un aporte clave en la medicina preventiva por exponer una gama de estrategias enfocadas en la programación de actividades preventivas acorde a las carencias de salud detectadas en las comunidades, formación de equipos y capacitación al profesional de salud especializado en la impartición de educación sanitaria a las comunidades, incorporación de controles de los avances epidemiológicos y eficacia de las campañas, además de forjar en los líderes de las localidades una cultura de adherencia a hábitos saludables y actitudes negativas a la medicación periódica por prescripciones dadas por los profesionales de la salud o por sugerencia propia que acarrea riesgos adversos.

VI. CONCLUSIONES

1. Se elaboró una propuesta de un plan de gestión que involucra actividades articuladas al fomento de medicina preventiva comunitaria fundamentada en un enfoque integral que alberga acciones correspondientes a identificación de las demandas de salud, programación de labores preventivas, ejecución de campañas informativas con apoyo de los líderes comunitarios, fortalecimiento de competencias en el equipo especializado en medicina preventiva e incorporación de herramientas de control efectivas de los informes epidemiológicos y recuperación de los pacientes.
2. Se evidenció el predominio de un nivel medio de realización de actividades de prevención comunitaria en un 75.60% por la persistencia de falencias en la atención médica, escasas campañas de concientización respecto a rutinas saludables, número reducido de capacitaciones en medicina preventiva e infectivos controles de la eficacia de las intervenciones y seguimiento de pacientes con patologías crónicas u oncológicas en su recuperación.
3. Se identificó la prevalencia de un nivel medio de desarrollo de labores preventivas esenciales en el combate de la propagación de enfermedades en 69.90% por la escasa promoción y sensibilización, asimismo, se destacó un nivel medio en intervenciones preventivas secundarias en 73.20% por número reducido de campañas de despistaje de enfermedades, por último, se evidenció un nivel medio de actividades preventivas a nivel terciario en 76.40% por deficiencias en el monitoreo de la evolución o recuperación de los pacientes con ENT crónicas o patologías oncológicas.
4. Se diseñó un plan de gestión con enfoque comunitario que promueve la medicina preventiva acorde las necesidades de salud identificadas y cifras epidemiológicas porque aún se evidencia falencias en la atención médica integral, falta de priorización de inversiones preventivas, escaso conocimiento de las rutinas saludables en las comunidades, entre otros.
5. Se validó la idoneidad de la propuesta enmarcada a fomentar actividades preventivas a través de la evaluación dada por tres especialistas que constató su objetividad, pertinencia con el propósito fijado, coherencia entre estrategias y utilidad en forjar una cultura de prevención que relegue la predisposición favorable hacia la medicación o hospitalización.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al MINSA, efectuar indagaciones orientadas a identificar la eficacia de planes enmarcados al fomento de la medicina preventiva en comunidades especialmente situadas en zonas vulnerables, lo cual, permita identificar los cuellos de botella que dificultan su implementación exitosa y los resultados conseguidos en la reducción de casos epidemiológicos, pacientes inmunizados y cultura sanitaria forjada en las poblaciones objetivo.
2. A las instituciones de salud pública, asignar un presupuesto mayor en actividades direccionadas al fomento de un acervo de información de cuidado sanitario como hábitos saludables y vacunación en las instalaciones de la entidad, medios virtuales y comunidades localizadas en los sectores vulnerables que disminuya los casos de secuelas o incapacidades.
3. A la Microred de Salud de Chiclayo, la ejecución de programas orientados a la incorporación de recursos tecnológicos en la atención médica integral, fortalecimiento de capacidades en el profesional de salud en actividades involucradas en la educación sanitaria junto a campañas de vacunación y tamizaje de patologías, además de efectuar evaluaciones periódicas de la rehabilitación de los pacientes con patologías crónicas u oncológicas y análisis constantes de los reportes epidemiológicos.
4. Al responsable del área de planeamiento y presupuesto de la Microred de Salud de Chiclayo, destinar presupuesto a inversiones vinculadas a la ejecución de planes que albergan actividades preventivas acorde con las necesidades sanitarias evidenciadas en las localidades de su jurisdicción.
5. Al departamento de informática de telecomunicaciones y estadística, realizar con frecuencia reportes de la prevalencia de patologías mostradas en una comunidad, así como, diseñar aplicativos móviles focalizados en difundir información de hábitos de prevención y agilizar la atención como controles a pacientes sometidos a tratamientos médicos en su rehabilitación o recuperación en diferentes periodos que manifiesten el nivel de progreso.

VIII. PROPUESTA: PLAN DE GESTION PARA PROMOVER LA MEDICINA PREVENTIVA COMUNITARIA EN UNA MICRORED DE SALUD LOCALIZADA EN CHICLAYO (Ver Anexo IX)

INTRODUCCIÓN

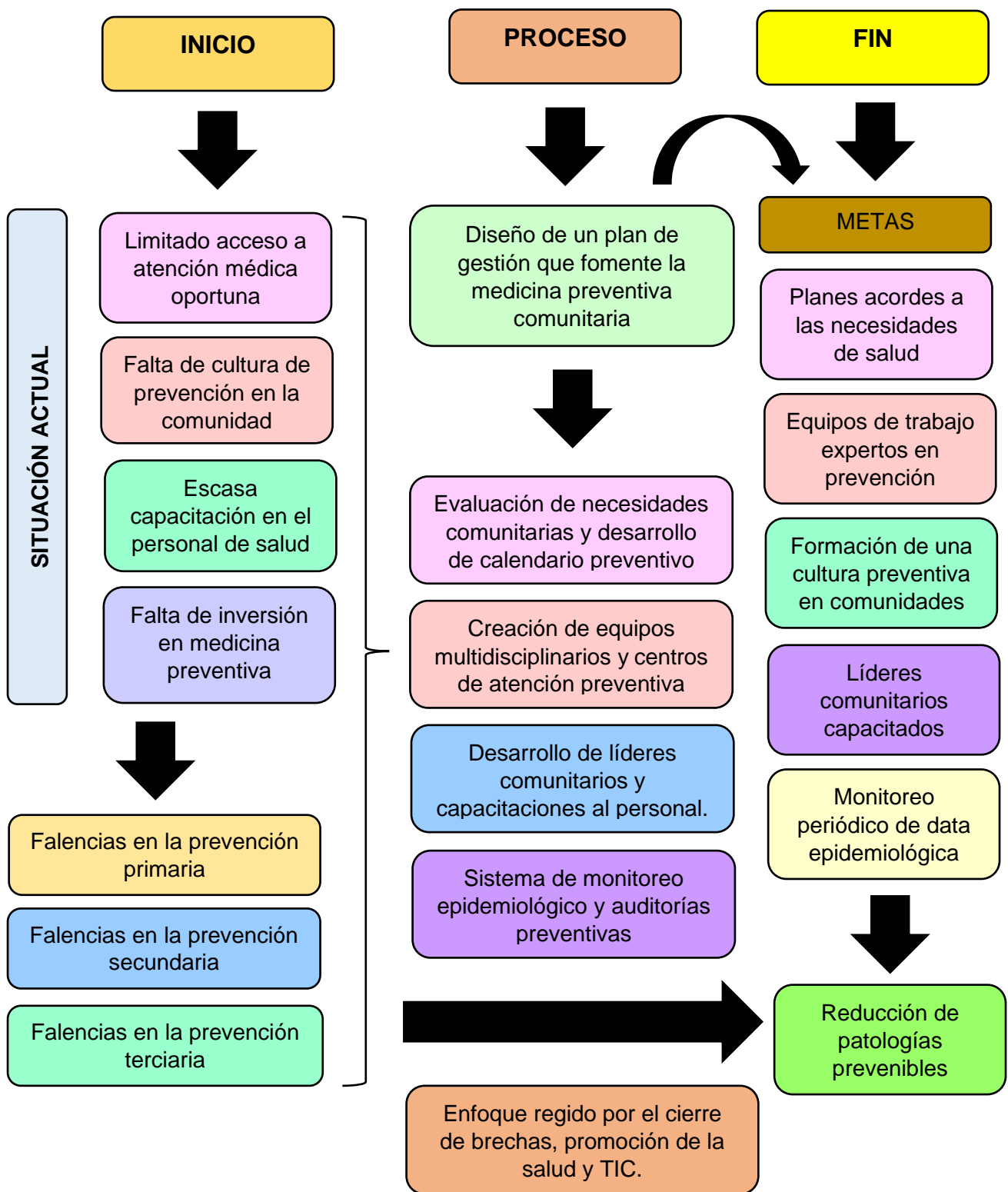
La salud comunitaria es un componente esencial del bienestar general de una población y, por ende, la promoción de la medicina preventiva se erige como un pilar fundamental para garantizar comunidades saludables y resilientes. En este contexto, el presente plan de gestión tiene como objetivo promover la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud localizada en Chiclayo. La importancia de esta iniciativa radica en la prevención de enfermedades, la mejora de la calidad de vida y el fortalecimiento del sistema de salud en el ámbito local.

Chiclayo, siendo una región diversa y dinámica, enfrenta diversos retos en materia de salud que pueden abordarse de manera más efectiva mediante estrategias preventivas. La medicina preventiva comunitaria se presenta como una herramienta clave para empoderar a la población local, fomentar estilos de vida saludables y reducir la incidencia de enfermedades prevenibles.

Este plan de gestión se estructura en base a un enfoque integral que abarca desde la identificación de necesidades específicas en la comunidad hasta la implementación de intervenciones preventivas, involucrando a los diversos actores locales, como profesionales de la salud, líderes comunitarios y los propios ciudadanos. La colaboración y la participación activa serán esenciales para el éxito de las iniciativas preventivas propuestas.

A lo largo de este documento, se detallarán los elementos fundamentales del plan de gestión, destacando estrategias específicas, actividades planificadas y evaluaciones periódicas para asegurar la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones. El objetivo final es contribuir a una comunidad más saludable, empoderada y capaz de prevenir enfermedades a través de prácticas saludables y el acceso adecuado a servicios de salud preventiva. Con este plan, se aspira a construir un modelo de medicina preventiva comunitaria exitoso y replicable que beneficie a la población de la Microred de Salud en Chiclayo. Por tanto, se establece como objetivo general Implementar la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo a través de un plan innovador en gestión.

Plan de gestión administrativa para promover la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud localizada en Chiclayo



REFERENCIAS

- Aadahl, M., Vardinghus-Nielsen, H., Bloch, P., Jørgensen, T., Pisinger, C., Tørslev, M., . . . Toft, U. (2023). Our Healthy Community Conceptual Framework and Intervention Model for Health Promotion and Disease Prevention in Municipalities. *Int J Environ Res Public Health*, 20(5). <https://doi.org/10.3390%2Fijerph20053901>
- Aerts, N., Le Goff, D., Odorico, M., Le Reste, J., Van Bogaert, P., Peremans, L., . . . Bastiaens, H. (2021). Systematic review of international clinical guidelines for the promotion of physical activity for the primary prevention of cardiovascular diseases. *BMC Fam. Pract.*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01409-9>
- Alyssa, C., Harrison, R., Chauhan, A., & Meyer, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC Health Services Research*, 19(239). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4080-7>
- Amboree, T., Montealegre, J., Fujimoto, K., Mgbere, O., Darkoh, C., & Padgett Wermuth, P. (2022, Abril 08). Exploring Preventive Healthcare in a High-Risk Vulnerable Population. *J. Environ. Res. Public Health*, 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084502>
- Bacelar-Silva, G., Cox, J., & Pereira, P. (2022). Outcomes of managing healthcare services using the Theory of Constraints: A systematic review. *Health Syst (Basingstoke)*, 11(1), 1-16.:<https://doi.org/10.1080%2F20476965.2020.1813056>
- Bader, B., Coenen, M., Hummel, J., Schoenweger, P., Voss, S., & Jung-Sievers, C. (2023). Evaluation of community-based health promotion interventions in children and adolescents in high-income countries: a scoping review on strategies and methods used. *BMC Public Health*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15691-y>

- Bakunzibake, P., Klein, G., & Islam, S. (2019). E-government implementation process in Rwanda: Exploring changes in a sociotechnical perspective. *Business Systems Research: International Journal of the Society for Advancing Innovation and Research in Economy*, 10(1), 53–73. <https://doi.org/10.2478/bsrj-2019-0005>
- Barboza, V. (2020). *Análisis de la implementación de un modelo de atención integral de salud en un centro de salud de Lambayeque*. [tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51663/Barboza_RVH-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bednar, P., & Welch, C. (2020). Socio-technical perspectives on smart working: Creating meaningful and sustainable systems. *Information Systems Frontiers*, 22(2), 281–298. <https://doi.org/10.1007/s10796-019-09921-1>
- Borrás, S., & Edler, J. (2014). The governance of change in socio-technical and innovation systems: Three pillars for a conceptual framework. In S. Borrás, & J. Edler, *The Governance of Socio-Technical Systems* (pp. 23-48). Copenhagen: Edward Elgar. https://www.researchgate.net/publication/283644919_The_governance_of_change_in_socio-technical_and_innovation_systems_Three_pillars_for_a_conceptual_framework
- Caicedo, R., Céspedes, J., & Jaime, R. (2014). La medicina preventiva comunitaria incorporada al plan de estudios del técnico superior en enfermería ecuatoriana. *Medisan*, 18(12). https://www.researchgate.net/publication/317520459_La_medicina_preventiva_comunitaria_incorporada_al_plan_de_estudios_del_tecnico_superior_en_enfermeria_ecuatoriano
- Faqiri, M. (2019). *Healthcare management*. Samsun: Ondokuz Mayıs University. https://www.researchgate.net/publication/349029616_healthcare_management

- García, A. (2023). *Plan de gestión gerencial para la creación del servicio de medicina preventiva y atención al paciente crónico en el Centro de Salud B Sucua*. Quito: Universidad de las Américas. <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/14534>
- Gaub, A. (2022). Challenges and opportunities in preventive and social medicine. *International Journal of Advanced Research*, 10(8). <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/15163>
- Gordon, L., & Cleland, J. (2020). Change is never easy: How management theories can help operationalise change in medical education. *Strategies For Overcoming Solutionism*, 55(1), 55-64. <https://doi.org/10.1111/medu.14297>
- Grundstein, M., & Rosenthal-Sabroux, C. (2007). Knowledge management system as a sociotechnical system. *Hal Open science*. https://hal.science/hal-00948705/file/cahier_250.pdf
- Haldane, V., Chuah, F., Srivastava, A., Singh, S., Kee, C., & Leguido- Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One*, 14(5). <https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0216112>
- Hamid, R., Khan, A., Sarwar, M., & Hamid, R. (2021). *Management theory and practice*. Scripown publications. https://www.researchgate.net/publication/349006226_MANAGEMENT_THEORY_AND_PRACTICE
- Hatchuel, A., & Segrestin, B. (2019). A century old and still visionary: Fayol's innovative theory of management. *European Management Review*, 16(2), 399-412. <https://doi.org/10.1111/emre.12292>
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: Editorial Mc Graw Hill Education.

- Hoffmann, T., Maher, C., Briffa, T., Sherrington, C., Bennell, K., Alison, J., . . . Glasziou, P. (2016). Prescribing exercise interventions for patients with chronic conditions. *CMAJ*, *188*(7), 510-518. <https://www.cmaj.ca/content/188/7/510>
- Huebner, C., & Flessa, S. (2022). Strategic Management in Healthcare: A Call for Long-Term and Systems-Thinking in an Uncertain System. *Int J Environ Res Public Health*, *19*(14). <https://doi.org/10.3390%2Fijerph19148617>
- Iriarte-Roteta, A., Lopez-Dicastillo, O., Mujika, A., Ruiz- Zaldibar, C., Hernantes, N., Bermejo- Martins, E., & Pumar- Méndez, M. (2020). Nurses' role in health promotion and prevention: A critical interpretive synthesis. *J Clin Nurs.*, *29*(21), 3937-3949. <https://doi.org/10.1111/jocn.15441>
- Joseph, J., M. Gray, D., Williams, A., Zhao, S., McKoy, A., Odei, J., . . . Nolan, T. (2023). Addressing non-medical health-related social needs through a community-based lifestyle intervention during the COVID-19 pandemic: The Black Impact program. *PLoS One*, *18*(3). <https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0282103>
- Kabir, A., Karim, N., & Billah, B. (2023). The capacity of primary healthcare facilities in Bangladesh to prevent and control non-communicable diseases. *BMC Primary Care*, *24*(60). <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02016-6>
- Kaya, C., Akman, M., Cöbek Ünalán, P., Çifçili, S., Uzuner, A., & Akdeniz, E. (2018, Diciembre 28). Comparison of preventive health service provision before and after reorganization of primary care in Turkey: a community-based study. *Primary Health Care Research &*, *1*-8. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000069>
- Khorasani, S., & Almasifard, M. (2017). Evolution of management theory within the 20th century: A systemic overview of paradigm shifts in management. *International Review of Management and Marketing*, *7*(3), 134-137. <https://econjournals.com/index.php/irmm/article/view/4719>

- Kompella, L. (2017). E-Governance systems as socio-technical transitions using multi-level perspective with case studies. *Technological Forecasting and Social Change*, 193, 80-94. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2017.06.024>
- Leiva, L. (2023). *Factores asociados a la ejecución y registro de las actividades preventivas de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de daños no transmisibles por médicos de la Red de Salud Arequipa Caylloma, 2023*. [tesis de maestría, Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa]. Repositorio Institucional UNSA. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/15f26d1f-d2fe-4870-bf33-6eaad7b17cd0/content>
- Long, S. (2018). *Socioanalytic methods: Discovering the hidden in organisations and social systems*. Routledge.
- Matthys, E., Remmen, R., & Van Bogaert, P. (2017). An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: What can we learn in primary care? *BMC Fam. Pract.*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0698-x>
- Mazzucca, S., Arredondo, E., Hoelscher, D., Haire-Joshu, D., Tabak, R., Kumanyika, S., & Brownson, R. (2021). Expanding implementation research to prevent chronic diseases in community settings. *Annu Rev Public Health*.(42), 135-158. <https://doi.org/10.1146%2Fannurev-publhealth-090419-102547>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Radicación Proyecto de Ley "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá D.C.: Gobierno de Colombia. <https://petro.presidencia.gov.co/Documents/230213-Reforma-salud.pdf>
- Montoya, E. (2022). *Estrategia de salud pública para optimizar el control de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor de la Microred Yurimaguas, 2021*. [tesis de doctorado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87898/Montoya_VEN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Naci, H., & Ioannidis, J. (2013). Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *BMJ*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5577>

Narasimhan, K. (2013). General health checks for reducing morbidity and mortality. *Am Fam Physician*, 88(7), 432-433. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24134081/?dopt=Abstract>

Nayek, S. (2023). *Health Care Administration And Management*. Bhopal: AGPH Books (Academic Guru Publishing House). https://www.researchgate.net/publication/371276433_Health_Care_Administration_And_Management

Oluwalogbon, L., & Adedeji, A. (2018). Managing change: Transition from the traditional bureaucratic practices to e-government. *Acta Universitatis Danubius*, 10(2), 26-41. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3555056

Pacahuala, T. (2022). *Relación de la educación sanitaria sobre prevención del dengue y las condiciones de saneamiento básico, Chanchamayo - Perú 2020*. [tesis de maestría, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión]. Repositorio Institucional UNDAC. http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/2490/1/T026_20009565_M.pdf

Poudyal, C. (2013). Private schooling and Fayol's principles of management: A case from Nepal. *Journal of Education and Research*, 3(1), 6-23. <https://doi.org/10.3126/jer.v3i0.7849>

Rayan-Gharra, N., Ofir-Gutler, M., & Spitzer, S. (2022). Shaping health: conducting a community health needs assessment in culturally diverse peripheral population groups. *Int J Equity Health*, 21(131). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01735-z>

- Recalde, M. (2022). *Plan estratégico de medicina preventiva para sobrepeso y obesidad infantil en los pacientes atendidos en la consulta médica privada*. [tesis de maestría, Universidad de las Américas]. Repositorio Institucional UDLA. <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/14220/1/UDLA-EC-TMGIS-2022-129.pdf>
- Rodríguez, J. (2022, diciembre 16). *Salud en las regiones: Panorama del 2023 al 2026*. <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/salud-en-las-regiones-panorama-del-2023-al-2026>
- Sandoval, J. (2022). *Gestión Administrativa y Calidad de Servicio de la Salud en un Hospital, Lima 2022*. [tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/103795/Sandoval_PJP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Schor, A., Bergovoy-Yellin, L., Landsberger, D., Kolobov, T., & Baron-Epel, O. (2019). Multidisciplinary work promotes preventive medicine and health education in primary care: a cross-sectional survey. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8(50). <https://doi.org/10.1186/s13584-019-0318-4>
- Skačkauskienė, I. (2022). Research on management theory: A development review and bibliometric analysis. *Problems and Perspectives in Management*, 20(2), 335-347. [https://doi.org/10.21511/ppm.20\(2\).2022.28](https://doi.org/10.21511/ppm.20(2).2022.28)
- Sony, M., & Naik, S. (2020). Industry 4.0 integration with socio-technical systems theory: A systematic review and proposed theoretical model. *Technology in Society*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2020.101248>
- Sorensen, J., Johansson, H., Jerdén, L., Dalton, J., Sheikh, H., Jenkins, P., . . . Weinehall, L. (2019). Health-Care Administrator Perspectives on Prevention Guidelines and Healthy Lifestyle Counseling in a Primary Care Setting in New York State. *Pub Med Central*, 6, 1-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6657119/>

- Suarez, N. (2023). *Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería de un hospital nacional, Lima 2022*. [tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/106475/Suarez_CNJ-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Wells, R., Siañez, M., Tamayo, L., Breckenridge, E., & Pennel, C. (2019). Care Management Theories versus Realities in Health Care. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 43(5). <https://doi.org/10.1080/23303131.2019.1673865>
- Yupari-Azabache, I., Díaz-Ortega, J., Rodríguez-Díaz, A., & Peralta-Iparraguirre, A. (2020). Factors related to preventive attitudes and measures against COVID-19 pandemic. *Journal MVZ Cordoba*, 25(3), 1 - 10. <https://doi.org/10.21897/RMVZ.2052>
- Yusof, M., & Yusuff, A. (2013). Evaluating e-government system effectiveness using an integrated socio-technical and fit approach. *Information Technology Journal*, 12(5), 894-906. <https://doi.org/10.3923/itj.2013.894.906>

ANEXOS

Anexo I. Operacionalización de variables

Variables de Estudio.	Definición conceptual.	Definición operacional.	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición.
Plan de gestión administrativa	Una estructura que abarca una amplia gama de tareas, que incluyen, entre otras, planificar, organizar, pronosticar, coordinar, liderar, controlar y motivar el trabajo de otros para lograr ciertos objetivos. La administración es la entidad responsable tanto de crear nuevas reglas como de hacer cumplir las existentes (Nayek, 2023).	Medido a través de la planeación, organización, dirección y control.	Planeación Organización Dirección Control	Objetivos Estrategias Comunicación Proactividad Liderazgo Toma de decisiones Calidad Tiempo	Ordinal
Medicina preventiva comunitaria	Es la práctica de promover la atención sanitaria preventiva para mejorar el bienestar del paciente (Gaubá, 2022).	Medido a través de las dimensiones de prevención primaria, secundaria y terciaria.	Prevención primaria	Capacitación Campañas de concientización Responsabilidad y Vacunación control Actividades de promoción	Ordinal

Prevencción secundaria	Exámenes médicos Especialistas Programas de tamizaje Registros médicos Capacitación en detección temprana Atención y tratamiento adecuado Seguimientos periódicos
Prevencción terciaria	Promoción de rehabilitación y cuidados Educación sobre enfermedad Coordinación con otros servicios

Anexo II. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Variables e ítems	Método
¿Cómo contribuir a mejorar la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo?	General	Variable 1: Plan de gestión administrativa	Diseño: No experimental descriptivo propositivo prospectivo transversal
	Proponer un plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo.	Dimensiones:	Población: 180 profesionales de la salud de una Microred de Chiclayo.
	Específicos	Planeación Organización Dirección Control	Muestra: 180 colaboradores que realizan labores en una Microred de Salud localizada en Chiclayo.
	Caracterizar la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo.	Variable 2: Medicina preventiva comunitaria	Muestreo: probabilístico aleatoria simple
	Diseñar el plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo.	Dimensiones: Prevención primaria Prevención secundaria Prevención terciaria	Instrumentos: Cuestionario
Validar por juicio de expertos el plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo.		Procesamiento y análisis de datos: Excel y SPSS versión 26 en el cálculo de estadísticos descriptivos.	

Anexo III. Cuestionario para evaluar la medicina preventiva comunitaria

Estimad@, conforme a cada pregunta se solicita marque la alternativa que más le parezca acertada. Agradecemos su disponibilidad y objetividad.

Donde:

- Nunca: 1
- Casi nunca: 2
- A veces: 3
- Casi siempre: 4
- Siempre: 5

Ítems	1	2	3	4	5
Prevención Primaria:					
1. ¿Se capacita frecuentemente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la comunidad?					
2. ¿Se llevan a cabo campañas de concientización y educación sobre hábitos saludables en su centro de salud?					
3. ¿Cree que la prevención de enfermedades es una responsabilidad compartida entre los profesionales de la salud y la comunidad?					
4. ¿Se promueve la vacunación y el control de enfermedades infecciosas en su centro de salud?					
5. ¿Se realizan actividades de promoción de la salud en colaboración con otras instituciones o la comunidad local?					
Prevención Secundaria:					
6. ¿Se realizan exámenes médicos regulares para la detección temprana de enfermedades en su centro de salud?					
7. ¿Los pacientes son derivados a especialistas o a exámenes complementarios cuando se detectan signos de enfermedades graves?					
8. ¿Se llevan a cabo programas de tamizaje para enfermedades específicas, como el cáncer o la diabetes?					

9. ¿Los registros médicos son utilizados para el seguimiento y control de enfermedades crónicas en los pacientes?					
10. ¿El personal de salud recibe capacitación constante en la detección temprana de enfermedades y la interpretación de pruebas médicas?					
Prevención Terciaria:					
11. ¿Se proporciona atención y tratamiento adecuado a los pacientes con enfermedades crónicas en su centro de salud?					
12. ¿Se realizan seguimientos periódicos a pacientes con enfermedades crónicas para evitar complicaciones?					
13. ¿Se promueve la rehabilitación y cuidados paliativos para pacientes con enfermedades avanzadas?					
14. ¿Los pacientes con enfermedades crónicas reciben educación sobre su enfermedad y cómo manejarla en la vida diaria?					
15. ¿Existe coordinación con otros servicios de salud para brindar atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas?					

Anexo IV. Ficha técnica del cuestionario para evaluar la medicina preventiva comunitaria

DATOS INFORMATIVOS

Nombre del cuestionario	: Medicina preventiva comunitaria
Tipo de instrumento	: Cuestionario
Lugar de ejecución	: Microred de salud de Chiclayo
Autor	: Flores Ramos, Wilson Richar (2023)
Medición	: Medicina preventiva comunitaria
Administración	: Personal asistencial
Tiempo de aplicación	: 20 minutos
Forma de aplicación	: Individual – colectiva
Objetivo	: Analizar la percepción del personal asistencial acerca de la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo.

Capacidades a evaluar:

Medicina preventiva comunitaria:

Prevención primaria:

- ¿Se capacita frecuentemente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la comunidad?
- ¿Se llevan a cabo campañas de concientización y educación sobre hábitos saludables en su centro de salud?
- ¿Cree que la prevención de enfermedades es una responsabilidad compartida entre los profesionales de la salud y la comunidad?
- ¿Se promueve la vacunación y el control de enfermedades infecciosas en su centro de salud?

- ¿Se realizan actividades de promoción de la salud en colaboración con otras instituciones o la comunidad local?

Prevención Secundaria:

- ¿Se realizan exámenes médicos regulares para la detección temprana de enfermedades en su centro de salud?
- ¿Los pacientes son derivados a especialistas o a exámenes complementarios cuando se detectan signos de enfermedades graves?
- ¿Se llevan a cabo programas de tamizaje para enfermedades específicas, como el cáncer o la diabetes?
- ¿Los registros médicos son utilizados para el seguimiento y control de enfermedades crónicas en los pacientes?
- ¿El personal de salud recibe capacitación constante en la detección temprana de enfermedades y la interpretación de pruebas médicas?

Prevención Terciaria:

- ¿Se proporciona atención y tratamiento adecuado a los pacientes con enfermedades crónicas en su centro de salud?
- ¿Se realizan seguimientos periódicos a pacientes con enfermedades crónicas para evitar complicaciones?
- ¿Se promueve la rehabilitación y cuidados paliativos para pacientes con enfermedades avanzadas?
- ¿Los pacientes con enfermedades crónicas reciben educación sobre su enfermedad y cómo manejarla en la vida diaria?
- ¿Existe coordinación con otros servicios de salud para brindar atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas?

11. Instrucciones:

El instrumento tiene como objetivo analizar la percepción del personal asistencial acerca de la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo. Los datos recopilados serán utilizados únicamente para el desarrollo del estudio, por lo que solicitamos su valiosa participación para responder cada ítem, en donde:

5 = Siempre 4 = Casi siempre 3 = A veces 2= Casi nunca 1 = Nunca

12. Validaciones:

Para la validez y confiabilidad de los instrumentos participaron 3 jueces, quienes calificaron en promedio aplicable, dando así la validez del instrumento.

Asimismo, en el proceso de validación de cada uno de los cuestionarios, se tuvo en cuenta para cada ítem, la validez de contenido y para tal efecto se consideraron tres aspectos: pertinencia, relevancia y claridad:

Nº	Experto	Calificación
Experto 1	Dra. Perales Saavedra De Pérez Yovanna Isabel	Aplicable
Experto 2	Dra. Carranza Bustamante Olga Lucía del Carmen	Aplicable
Experto 3	Mg. Chavesta Velásquez Diana	Aplicable

Anexo V. Validación del instrumento de recojo de datos

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS 03

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una micro red de salud de Chiclayo"

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario para evaluar la medicina preventiva comunitaria

TESISTA:

Lic. Wilson Richar Flores Ramos.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO: SI

NO

Chiclayo, 24 de octubre de 2023

Mg. Yovanna I. Perales Saavedra
CEP N° 40275 REG ESP 11529
EsSalud HOSPITAL
Luis Heysen Inchaustegui

Grado y Nombre del Experto:
Dra. Perales Saavedra Yovanna Isabel

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Medicina preventiva comunitaria”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Yovanna Isabel Perales Saavedra
Grado profesional:	Maestría () Doctor (x)
Área de formación académica:	Clínica (x) Social () Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Lic. En Enfermería
Institución donde labora:	Hospital Luis Heysen Incháustegui
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (X)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados (NO) Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Cuestionario de Medicina Preventiva Comunitaria)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario de medicina preventiva comunitaria
Autora:	Flores (2023)
Procedencia:	Peruana
Administración:	Individual o colectiva
Tiempo de aplicación:	15 a 20 minutos
Ámbito de aplicación:	Presencial o virtual
Significación:	Se compone por 15 ítems distribuidos en 3 dimensiones, es decir, el componente prevención primaria integrada por 5 ítems, prevención secundaria abarca 5 ítems y prevención terciaria engloba 5 ítems.

4. Soporte teórico

Variables de Estudio.	Dimensiones	Definición
Medicina preventiva comunitaria	Prevención primaria	Esta etapa se enfoca en las actividades y medidas de salud que se llevan a cabo en la comunidad antes de que aparezca una enfermedad específica (Caicedo et al., 2014).
	Prevención secundaria	Esta fase se centra en el diagnóstico temprano de una enfermedad y en la aplicación de tratamientos para reducir la morbilidad y la mortalidad

	asociadas a esa enfermedad (Caicedo et al., 2014).
Prevención terciaria	Esta etapa se refiere a las acciones médicas destinadas a prevenir o reducir las complicaciones y secuelas de una enfermedad ya diagnosticada (Caicedo et al., 2014).

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el Cuestionario de medicina preventiva comunitaria elaborado por Flores en el año 2023. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.

	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente:

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento:

Primera dimensión: Medicina preventiva primaria

Objetivo de la dimensión: Analizar las actividades y medidas de salud que se llevan a cabo en la comunidad antes de que aparezca una enfermedad específica (Caicedo et al., 2014).

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Capacitación	1. ¿Se capacita frecuentemente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la comunidad?	4	4	4	
Campañas de concientización	2. ¿Se llevan a cabo campañas de concientización y educación sobre hábitos saludables en su centro de salud?	4	4	4	
Responsabilidad	3. ¿Cree que la prevención de enfermedades es una responsabilidad compartida entre los profesionales de la salud y la comunidad?	4	4	4	
Vacunación y control	4. ¿Se promueve la vacunación y el control de enfermedades infecciosas en su centro de salud?	4	4	4	
Actividades de promoción	5. ¿Se realizan actividades de promoción de la salud en colaboración con otras instituciones o la comunidad local?	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Segunda dimensión: Medicina preventiva secundaria

Objetivo de la dimensión: Analizar si se efectúa el diagnóstico temprano de una enfermedad y en la aplicación de tratamientos para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a esa enfermedad (Caicedo et al., 2014).


Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Exámenes médicos	6. ¿Se realizan exámenes médicos regulares para la detección temprana de enfermedades en su centro de salud?	4	4	4	
Especialistas	7. ¿Los pacientes son derivados a especialistas o a exámenes complementarios cuando se detectan signos de enfermedades graves?	4	4	4	
Programas de tamizaje	8. ¿Se llevan a cabo programas de tamizaje para enfermedades específicas, como el cáncer o la diabetes?	4	4	4	
Registros médicos	9. ¿Los registros médicos son utilizados para el seguimiento y control de enfermedades crónicas en los pacientes?	4	4	4	
Capacitación en detección temprana	10. ¿El personal de salud recibe capacitación constante en la detección temprana de enfermedades y la interpretación de pruebas médicas?	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Tercera dimensión: Medicina preventiva terciaria

Objetivo de la dimensión: Evaluar las acciones médicas destinadas a prevenir o reducir las complicaciones y secuelas de una enfermedad ya diagnosticada (Caicedo et al., 2014).

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Atención y tratamiento adecuado	11. ¿Se proporciona atención y tratamiento adecuado a los pacientes con enfermedades crónicas en su centro de salud?	4	4	4	
Seguimientos periódicos	12. ¿Se realizan seguimientos periódicos a pacientes con enfermedades crónicas para evitar complicaciones?	4	4	4	
Promoción de rehabilitación y cuidados	13. ¿Se promueve la rehabilitación y cuidados paliativos para pacientes con enfermedades avanzadas?	4	4	4	
Educación sobre enfermedad	14. ¿Los pacientes con enfermedades crónicas reciben educación sobre su enfermedad y cómo manejarla en la vida diaria?	4	4	4	
Coordinación con otros servicios	15. ¿Existe coordinación con otros servicios de salud para brindar atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas?	4	4	4	



Mg. Yovanna I. Perales Saavedra
 CEP N° 40275 REG ESP 11928
 HOSPITAL
 EsSalud Luis Heysen Inchaustegu.

Firma del evaluador

DNI: 4456949

Anexo IV. Validación del instrumento de recojo de datos

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la investigación: "Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una micro red de Chiclayo"

1.2. Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: "Cuestionario para evaluar la medicina preventiva comunitaria"

1.3. Autore: Flores Ramos, Wilson Richar

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 0-25%	Poco adecuado 26-50%	Adecuado 51-75%	Muy adecuado 76-100%
1. CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje adecuado.				X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado de acuerdo a la hipótesis formulada.				X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.			X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X
5. SUFICIENCIA	Comprende de aspectos en cantidad y calidad.			X	
6. INTENCIONALIDAD	Está de acuerdo para validar la variable de la hipótesis.				X
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y/o científicos.				X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre variable, dimensiones e indicadores.				X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X
10. PERTINENCIA	Adecuado para el estudio.				X

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

V. DATOS DEL VALIDADOR

- Nombre: Yovanna Isabel Perales Saavedra
- Grado académico: Dra. En Ciencias de la Salud
- Ocupación: Lic. En Enfermería
- Orcid :

Chiclayo, 24 de octubre del 2023



Mg. Yovanna I. Perales Saavedra
CEP N° 40275 REG. ESP. 11928
HOSPITAL
 EsSalud  Hospital EsSalud



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **PERALES SAAVEDRA DE PEREZ**
Nombres **YOVANNA ISABEL**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Numero de Documento de Identidad **44569495**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**
Rectora **OLINDA LUZMILA VIGO VARGAS**
Secretario General **FREDDY WIDMAR HERNANDEZ RENGIFO**
Directora **TOMASA VALLEJOS SOSA**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **DOCTOR**
Denominación **DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**
Fecha de Expedición **11/11/21**
Resolución/Acta **524-2021-CU**
Diploma **UNPRG-EPG-2021-0708**
Fecha Matrícula **27/06/2015**
Fecha Egreso **12/08/2018**

Fecha de emisión de la constancia:
19 de Octubre de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001525161

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 19/10/2023 08:02:12-0500

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS 03

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una micro red de salud de Chiclayo"

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario para evaluar la medicina preventiva comunitaria

TESISTA:

Lic. Wilson Richar Flores Ramos.

DECISIÓN:


Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO: SI

NO

Chiclayo, 24 de octubre de 2023

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP. REG. DOC. "LAS MERCEDES" CHICLAYO

Dra. Olga Carranza Bustamante
C.E.R. 71066 R.N.E. 18348

Grado y Nombre del Experto:

Dra. Olga Lucia del Carmen Carranza Bustamante

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Medicina preventiva comunitaria”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Olga Lucia del Carmen Carranza Bustamante
Grado profesional:	Maestría () Doctor (x)
Área de formación académica:	Clínica (x) Social () Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Lic. En Enfermería
Institución donde labora:	Hospital Regional Docente Las Mercedes
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (X)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados (NO) Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Cuestionario de Medicina Preventiva Comunitaria)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario de medicina preventiva comunitaria
Autora:	Flores (2023)
Procedencia:	Peruana
Administración:	Individual o colectiva
Tiempo de aplicación:	15 a 20 minutos
Ámbito de aplicación:	Presencial o virtual
Significación:	Se compone por 15 ítems distribuidos en 3 dimensiones, es decir, el componente prevención primaria integrada por 5 ítems, prevención secundaria abarca 5 ítems y prevención terciaria engloba 5 ítems.

4. Soporte teórico

Variables de Estudio.	Dimensiones	Definición
Medicina preventiva comunitaria	Prevención primaria	Esta etapa se enfoca en las actividades y medidas de salud que se llevan a cabo en la comunidad antes de que aparezca una enfermedad específica (Caicedo et al., 2014).
	Prevención secundaria	Esta fase se centra en el diagnóstico temprano de una enfermedad y en la aplicación de tratamientos para reducir la morbilidad y la mortalidad

	asociadas a esa enfermedad (Caicedo et al., 2014).
Prevención terciaria	Esta etapa se refiere a las acciones médicas destinadas a prevenir o reducir las complicaciones y secuelas de una enfermedad ya diagnosticada (Caicedo et al., 2014).

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el Cuestionario de medicina preventiva comunitaria elaborado por Flores en el año 2023. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.

	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente:

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento:

Primera dimensión: Medicina preventiva primaria

Objetivo de la dimensión: Analizar las actividades y medidas de salud que se llevan a cabo en la comunidad antes de que aparezca una enfermedad específica (Caicedo et al., 2014).

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Capacitación	1. ¿Se capacita frecuentemente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la comunidad?	4	4	4	
Campañas de concientización	2. ¿Se llevan a cabo campañas de concientización y educación sobre hábitos saludables en su centro de salud?	4	4	4	
Responsabilidad	3. ¿Cree que la prevención de enfermedades es una responsabilidad compartida entre los profesionales de la salud y la comunidad?	4	4	4	
Vacunación y control	4. ¿Se promueve la vacunación y el control de enfermedades infecciosas en su centro de salud?	4	4	4	
Actividades de promoción	5. ¿Se realizan actividades de promoción de la salud en colaboración con otras instituciones o la comunidad local?	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Segunda dimensión: Medicina preventiva secundaria

Objetivo de la dimensión: Analizar si se efectúa el diagnóstico temprano de una enfermedad y en la aplicación de tratamientos para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a esa enfermedad (Caicedo et al., 2014).

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Exámenes médicos	6. ¿Se realizan exámenes médicos regulares para la detección temprana de enfermedades en su centro de salud?	4	4	4	
Especialistas	7. ¿Los pacientes son derivados a especialistas o a exámenes complementarios cuando se detectan signos de enfermedades graves?	4	4	4	
Programas de tamizaje	8. ¿Se llevan a cabo programas de tamizaje para enfermedades específicas, como el cáncer o la diabetes?	4	4	4	
Registros médicos	9. ¿Los registros médicos son utilizados para el seguimiento y control de enfermedades crónicas en los pacientes?	4	4	4	
Capacitación en detección temprana	10. ¿El personal de salud recibe capacitación constante en la detección temprana de enfermedades y la interpretación de pruebas médicas?	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Tercera dimensión: Medicina preventiva terciaria

Objetivo de la dimensión: Evaluar las acciones médicas destinadas a prevenir o reducir las complicaciones y secuelas de una enfermedad ya diagnosticada (Caicedo et al., 2014).

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Atención y tratamiento adecuado	11. ¿Se proporciona atención y tratamiento adecuado a los pacientes con enfermedades crónicas en su centro de salud?	4	4	4	
Seguimientos periódicos	12. ¿Se realizan seguimientos periódicos a pacientes con enfermedades crónicas para evitar complicaciones?	4	4	4	
Promoción de rehabilitación y cuidados	13. ¿Se promueve la rehabilitación y cuidados paliativos para pacientes con enfermedades avanzadas?	4	4	4	
Educación sobre enfermedad	14. ¿Los pacientes con enfermedades crónicas reciben educación sobre su enfermedad y cómo manejarla en la vida diaria?	4	4	4	
Coordinación con otros servicios	15. ¿Existe coordinación con otros servicios de salud para brindar atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas?	4	4	4	

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSP. REG. DOC. "LAS MERCEDES" CHICLAYO


 Dra. Olga Caranza Bustamante
 CEP: 71066 RNE: 16348

Firma del evaluador / DNI: 4654711

Anexo IV. Validación del instrumento de recojo de datos

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la investigación: "Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una micro red de Chiclayo"

1.2. Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: "Cuestionario para evaluar la medicina preventiva comunitaria"

1.3. Autore: Flores Ramos, Wilson Richar

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 0-25%	Poco adecuado 26-50%	Adecuado 51-75%	Muy adecuado 76-100%
1. CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje adecuado.				X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado de acuerdo a la hipótesis formulada.				X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.			X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X
5. SUFICIENCIA	Comprende de aspectos en cantidad y calidad.				X
6. INTENCIONALIDAD	Está de acuerdo para validar la variable de la hipótesis.			X	
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y/o científicos.			X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre variable, dimensiones e indicadores.				X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X
10. PERTINENCIA	Adecuado para el estudio.				X

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

V. DATOS DEL VALIDADOR

- Nombre: Olga Lucia del Carmen Carranza Bustamante
- Grado académico: Dra. En Gestión Pública y Gobernabilidad
- Ocupación: Lic. En Enfermería
- Orcid : 000 0002 4397 9939

Chiclayo, 24 de octubre del 2023

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP REG. DOC. LAS MERCEDES CHICLAYO

Dra. Olga Carranza Bustamante
CEP. 11668 RNE. 14368



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **CARRANZA BUSTAMANTE**
Nombres **OLGA LUCÍA DEL CARMEN**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Numero de Documento de Identidad **46547111**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO S.A.C.**
Rector **TANTALEAN RODRIGUEZ JEANNETTE CECILIA**
Secretario General **LOMPARTE ROSALES ROSA JULIANA**
Director **PACHECO ZEBALLOS JUAN MANUEL**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **DOCTOR**
Denominación **DOCTORA EN GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD**
Fecha de Expedición **11/04/22**
Resolución/Acta **0169-2022-UCV**
Diploma **052-156688**
Fecha Matrícula **01/04/2019**
Fecha Egreso **30/01/2022**

Fecha de emisión de la constancia:
26 de Julio de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001384500

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 26/07/2023 21:55:44-0500

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS 03

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una micro red de salud de Chiclayo"

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario para evaluar la medicina preventiva comunitaria

TESISTA:

Lic. Wilson Richar Flores Ramos.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO: SI

NO

Chiclayo, 24 de octubre de 2023



HOSPITAL
Diana Chavesta Velásquez
CEP: 48616 - ESP. 9689
MG. 968

Grado y Nombre del Experto:
Mg. Diana Chavesta Velásquez

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Medicina preventiva comunitaria”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Diana Chavesta Velásquez
Grado profesional:	Maestría (X) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x) Social () Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Lic. En Enfermería
Institución donde labora:	Hospital Luis Heysen Incháustegui
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (X)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados (NO) Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Cuestionario de Medicina Preventiva Comunitaria)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario de medicina preventiva comunitaria
Autora:	Flores (2023)
Procedencia:	Peruana
Administración:	Individual o colectiva
Tiempo de aplicación:	15 a 20 minutos
Ámbito de aplicación:	Presencial o virtual
Significación:	Se compone por 15 ítems distribuidos en tres dimensiones, es decir, el componente prevención primaria integrada por cinco ítems, prevención secundaria abarca cinco ítems y prevención terciaria engloba cinco ítems.

4. Soporte teórico

Variables de Estudio.	Dimensiones	Definición
Medicina preventiva comunitaria	Prevención primaria	Esta etapa se enfoca en las actividades y medidas de salud que se llevan a cabo en la comunidad antes de que aparezca una enfermedad específica (Caicedo et al., 2014).
	Prevención secundaria	Esta fase se centra en el diagnóstico temprano de una enfermedad y en la aplicación de tratamientos para reducir la

	morbilidad y la mortalidad asociadas a esa enfermedad (Caicedo et al., 2014).
Prevención terciaria	Esta etapa se refiere a las acciones médicas destinadas a prevenir o reducir las complicaciones y secuelas de una enfermedad ya diagnosticada (Caicedo et al., 2014).

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el Cuestionario de medicina preventiva comunitaria elaborado por Flores en el año 2023. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.

El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente:

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento:

Primera dimensión: Medicina preventiva primaria

Objetivo de la dimensión: Analizar las actividades y medidas de salud que se llevan a cabo en la comunidad antes de que aparezca una enfermedad específica (Caicedo et al., 2014).

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Capacitación	1. ¿Se capacita frecuentemente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la comunidad?	4	4	4	
Campañas de concientización	2. ¿Se llevan a cabo campañas de concientización y educación sobre hábitos saludables en su centro de salud?	4	4	4	
Responsabilidad	3. ¿Cree que la prevención de enfermedades es una responsabilidad compartida entre los profesionales de la salud y la comunidad?	4	4	4	
Vacunación y control	4. ¿Se promueve la vacunación y el control de enfermedades infecciosas en su centro de salud?	4	4	4	
Actividades de promoción	5. ¿Se realizan actividades de promoción de la salud en colaboración con otras instituciones o la comunidad local?	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Segunda dimensión: Medicina preventiva secundaria

Objetivo de la dimensión: Analizar si se efectúa el diagnóstico temprano de una enfermedad y en la aplicación de tratamientos para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a esa enfermedad (Caicedo et al., 2014).

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Exámenes médicos	6. ¿Se realizan exámenes médicos regulares para la detección temprana de enfermedades en su centro de salud?	4	4	4	
Especialistas	7. ¿Los pacientes son derivados a especialistas o a exámenes complementarios cuando se detectan signos de enfermedades graves?	4	4	4	
Programas de tamizaje	8. ¿Se llevan a cabo programas de tamizaje para enfermedades específicas, como el cáncer o la diabetes?	4	4	4	
Registros médicos	9. ¿Los registros médicos son utilizados para el seguimiento y control de enfermedades crónicas en los pacientes?	4	4	4	
Capacitación en detección temprana	10. ¿El personal de salud recibe capacitación constante en la detección temprana de enfermedades y la interpretación de pruebas médicas?	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Tercera dimensión: Medicina preventiva terciaria

Anexo IV. Validación del instrumento de recojo de datos

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la investigación: "Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una micro red de Chiclayo"

1.2. Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: "Cuestionario para evaluar la medicina preventiva comunitaria"

1.3. Autore: Flores Ramos, Wilson Richar

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 0-25%	Poco adecuado 26-50%	Adecuado 51-75%	Muy adecuado 76-100%
1. CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje adecuado.				X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado de acuerdo a la hipótesis formulada.			X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X
5. SUFICIENCIA	Comprende de aspectos en cantidad y calidad.				X
6. INTENCIONALIDAD	Está de acuerdo para validar la variable de la hipótesis.			X	
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y/o científicos.				X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre variable, dimensiones e indicadores.			X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X
10. PERTINENCIA	Adecuado para el estudio.				X

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

V. DATOS DEL VALIDADOR

- Nombre: Diana Chavesta Velasquez
- Grado académico: Magister En Gestión de los Servicios de la Salud
- Ocupación: Lic. En Enfermería
- Orcid : 000 0002 4397 9939

Chiclayo, 24 de octubre del 2023



AGENCIA
Diana Chavesta Velasquez
CEP 44616 - ESP 9409
HIG. 1002



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos	CHAVESTA VELASQUEZ
Nombres	DIANA
Tipo de Documento de Identidad	DNI
Numero de Documento de Identidad	41052234

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre	UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO
Rector	LLEMPEN CORONEL HUMBERTO CONCEPCION
Secretario General	SANTISTEBAN CHAVEZ VICTOR RAFAEL
Director	PACHECO ZEBALLOS JUAN MANUEL

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico	MAESTRO
Denominación	MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
Fecha de Expedición	12/11/18
Resolución/Acta	0378-2018-UCV
Diploma	052-046540
Fecha Matrícula	28/02/2017
Fecha Egreso	12/08/2018

Fecha de emisión de la constancia:
18 de Octubre de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001521647

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 18/10/2023 16:38:18-0500

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

Anexo VI. Confiabilidad del instrumento

Resumen de procesamiento de casos				
		N	%	
Casos	Válido	20	100,0	
	Excluido ^a	0		,0
	Total	20	100,0	

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,908	15

Anexo VII. Consentimiento informado

Título de la investigación: Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo.

Investigador (a) (es): Flores Ramos, Wilson Richar

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo”, cuyo objetivo es: Proponer un plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo. Esta investigación es desarrollada por estudiantes (posgrado) del Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, de la Universidad César Vallejo del campus Chiclayo, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución Microred de salud de Chiclayo.

Describir el impacto del problema de la investigación.

El acceso limitado a la atención médica y la falta de conciencia y educación en la comunidad obstaculizan la participación en programas preventivos. Las creencias culturales y la falta de financiamiento adecuado también son desafíos importantes.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente (enumerar los procedimientos del estudio):

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada: “Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo”.
2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos y se realizará en el ambiente de de la institución Microred de salud de Chiclayo. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Indicar al participante la existencia que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador (a) (es) (Apellidos y Nombres) email:
y Docente asesor (Apellidos y Nombres) email:
.....

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

Anexo VIII. Cálculo del tamaño de la muestra

$$n = \frac{N \cdot Z_a^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_a^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{180 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (180-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = 123$$

Donde:

N= Población del estudio asciende a 180.

p= Evento a favor corresponde a 0.5

q= Probabilidad de fracaso igual a 0.5

z= Parámetro vinculado a nivel de confianza del 95%

d= Margen de error con valor de 0.05

n= Muestra engloba a 123 profesionales de salud.

Anexo IX. Propuesta de estudio

Diagnóstico

En el análisis de los resultados, se revela un panorama crítico en los niveles de prevención primaria, secundaria, terciaria y comunitaria en el ámbito de la salud. En cuanto a la prevención primaria, se destaca que el 69.90% de los profesionales de salud indicaron un nivel medio, evidenciando la falta de campañas de concientización y la insuficiente importancia otorgada a la vacunación en comunidades vulnerables. En el caso de la prevención secundaria, el 73.20% señaló un nivel medio, apuntando a la escasa capacitación sobre la interpretación de exámenes médicos. La prevención terciaria muestra que el 76.40% percibe un nivel medio, indicando falencias en el seguimiento de enfermedades crónicas y adherencia a tratamientos. Finalmente, la prevención comunitaria revela que el 75.60% se encuentra en un nivel medio, destacando la necesidad de mejorar la atención médica oportuna y las campañas de concientización en comunidades vulnerables.

Objetivos

Objetivo general

Implementar la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo.

Objetivos específicos

Diagnosticar la situación de la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo

Establecer estrategias de planificación que promuevan la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo

Diseñar estrategias de organización que promuevan la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo

Determinar estrategias de dirección que promuevan la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo

Establecer estrategias de control para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo

Fundamento teórico

Plan de gestión administrativa. Una estructura que abarca una amplia gama de tareas, que incluyen, entre otras, planificar, organizar, pronosticar, coordinar, liderar, controlar y motivar el trabajo de otros para lograr ciertos objetivos. La administración es la entidad responsable tanto de crear nuevas reglas como de hacer cumplir las existentes (Nayek, 2023).

La administración, en este contexto, no solo se limita a establecer nuevas normativas, sino que también desempeña un papel crucial en la implementación y aplicación efectiva de las reglas existentes. Este enfoque destaca la importancia de una gestión administrativa eficaz para garantizar la eficiencia y el éxito continuo de la organización. En un entorno empresarial dinámico y competitivo, la gestión administrativa se convierte en un elemento clave para la adaptación, la innovación y el logro de ventajas sostenibles. Por otro lado, el enfoque de superconjunto señala que la protección de la salud integral se deriva de los esfuerzos de las comunidades por adoptar actitudes favorables hacia comportamientos saludables, desarrollo de exámenes preventivos, participación en las reuniones cruciales en la ejecución de programas o intervenciones organizadas en aras de garantizar su sostenibilidad.

Asimismo, la propuesta se sustenta en lo expuesto por el enfoque comunitario que señala la importancia de incorporar procedimientos u operaciones administrativas que agilicen el acceso al servicio de medicina preventiva a diferentes grupos sociales especialmente a poblaciones con atribuciones estereotipadas o localizadas en zonas hostiles con riesgos de desarrollar ciertas patologías, a fin de resguardar su salud integral y fomentar una cultura de hábitos saludables que contrarresten la suscitación de patologías riesgosas o la detección oportuna de las mismas en aras de impedir la aparición de complicaciones severa.

Tabla 6

Programa de acciones de plan de gestión que promueve la medicina preventiva

Aspectos	Estrategias	Actividades	Responsable	Monitoreo	Meta
Planificación	Evaluación de Necesidades Comunitarias: Realizar un análisis exhaustivo de las necesidades de salud de la comunidad, mediante encuestas, grupos focales y datos epidemiológicos, para identificar áreas de enfoque prioritarias en la planificación de intervenciones preventivas.	Encuestas de Salud: Diseñar y administrar encuestas detalladas para recopilar información sobre las percepciones y necesidades de salud de la comunidad. Análisis Epidemiológico: Colaborar con expertos en epidemiología para analizar datos existentes y determinar las enfermedades más prevalentes en la región.	Personal administrativo	Establecer encuestas periódicas para evaluar la percepción de la comunidad sobre las necesidades de salud.	Realizar al menos dos evaluaciones anuales de necesidades comunitarias para identificar cambios y nuevas preocupaciones.
Planificación	Desarrollo de Calendario Preventivo: Crear un calendario anual detallado	Revisión de Datos Históricos: Analizar datos históricos de enfermedades	Personal administrativo	Revisar trimestralmente la efectividad de	Lograr la implementación exitosa del 90%

	que establezca programas y actividades preventivas específicas, teniendo en cuenta las estacionalidades de enfermedades y las características demográficas de la población atendida.	para prever patrones estacionales y programar intervenciones preventivas específicas. Reuniones de Planificación Anuales: Organizar reuniones anuales con el personal médico y líderes comunitarios para establecer un calendario de actividades preventivas.		las actividades preventivas programadas.	de las actividades preventivas planificadas en el calendario anual.
Organización	Creación de Equipos Multidisciplinarios: Formar equipos que incluyan profesionales de la salud, trabajadores sociales y educadores comunitarios para coordinar y ejecutar programas preventivos, aprovechando diversas habilidades y perspectivas.	Capacitación Interdisciplinaria: Impartir sesiones de capacitación interdisciplinaria para mejorar la comprensión y colaboración entre diferentes profesionales de la salud. Formación de Equipos de Trabajo: Establecer	Personal administrativo	Evaluar la colaboración y comunicación dentro de los equipos mediante retroalimentación regular.	Mantener un índice de satisfacción del equipo superior al 80% en las encuestas semestrales.

		equipos especializados para áreas específicas de prevención, asignando responsabilidades y roles claros.			
Organización	Implementación de Centros de Atención Preventiva: Establecer centros especializados en servicios preventivos, facilitando el acceso de la comunidad a vacunas, chequeos regulares y programas educativos, promoviendo así una cultura de prevención.	Planificación de Infraestructura: Identificar lugares estratégicos para establecer centros preventivos y coordinar con autoridades locales para su implementación. Campañas de Concientización: Lanzar campañas informativas para promover la existencia de centros preventivos, educando a la comunidad sobre sus beneficios.	Personal administrativo	Llevar un registro mensual de la cantidad de personas que utilizan los servicios de los centros preventivos.	Aumentar la participación en los centros preventivos en un 15% durante el primer año.
Dirección	Desarrollo de Líderes Comunitarios: Identificar y	Identificación de Líderes Potenciales: Realizar	Personal administrativo	Realizar evaluaciones de	Incrementar la participación

	capacitar líderes locales que actúen como enlaces entre la Microred de salud y la comunidad, facilitando la comunicación, promoviendo la participación y asegurando la dirección adecuada de los esfuerzos preventivos.	sesiones de identificación de líderes comunitarios potenciales mediante la participación activa en actividades locales. Capacitación en Comunicación: Brindar capacitación en habilidades de comunicación y liderazgo a los líderes identificados para mejorar su capacidad de influencia.		desempeño semestrales para líderes comunitarios, destacando sus contribuciones.	comunitaria en un 20% bajo la influencia de líderes capacitados.
Dirección	Implementación de Programas Educativos Continuos: Dirigir programas educativos para profesionales de la salud y la comunidad, manteniendo a todos actualizados sobre las últimas prácticas y	Seminarios Periódicos: Organizar seminarios regulares con expertos en medicina preventiva para mantener actualizado al personal de salud y líderes comunitarios. Talleres Educativos para la Comunidad: Facilitar	Personal administrativo	Evaluar la asistencia y la retención de conocimientos en los seminarios educativos.	Alcanzar una tasa de retención del 90% entre los participantes en los programas educativos.

	avances en medicina preventiva.	talleres educativos en la comunidad sobre temas de prevención y hábitos saludables.			
Control	Sistema de Monitoreo Epidemiológico: Establecer un sistema de monitoreo efectivo que permita el seguimiento en tiempo real de las tendencias epidemiológicas en la comunidad, facilitando respuestas rápidas y ajustes en las estrategias preventivas.	Implementación de Herramientas Tecnológicas: Introducir sistemas informáticos para recopilar y analizar datos epidemiológicos en tiempo real. Capacitación en Monitoreo: Capacitar al personal de salud en el uso efectivo de herramientas de monitoreo epidemiológico.	Personal administrativo	Supervisar mensualmente la recopilación de datos y la precisión del sistema de monitoreo.	Mantener un 95% de precisión en la recopilación de datos epidemiológicos.
Control	Auditorías Preventivas Regulares: Realizar auditorías periódicas para evaluar la efectividad de los programas preventivos,	Desarrollo de Checklist de Auditoría: Crear listas de verificación específicas para evaluar la efectividad	Personal administrativo	Realizar auditorías semestrales para evaluar el cumplimiento de	Lograr un cumplimiento del 100% con los estándares y protocolos

	identificar áreas de mejora y asegurar el cumplimiento de estándares y protocolos establecidos.	de programas preventivos y su cumplimiento. Revisiones Trimestrales: Realizar revisiones trimestrales exhaustivas de las auditorías preventivas para identificar áreas de mejora y éxito.		los estándares y protocolos establecidos.	establecidos en todas las auditorías.
--	---	---	--	---	---------------------------------------

Presupuesto

Tabla 7

Presupuesto de la propuesta

Actividades	Cantidad	Costo unit.	Costo total
Diseñar y administrar encuestas detalladas para recopilar información sobre las percepciones y necesidades de salud de la comunidad.	12	50	600
Colaborar con expertos en epidemiología para analizar datos existentes y determinar las enfermedades más prevalentes en la región.	4	200	800
Analizar datos históricos de enfermedades para prever patrones estacionales y programar intervenciones preventivas específicas.	2	150	300
Anuales: Organizar reuniones anuales con el personal médico y líderes comunitarios para establecer un calendario de actividades preventivas.	4	250	1000
Impartir sesiones de capacitación interdisciplinaria para mejorar la comprensión y colaboración entre diferentes profesionales de la salud.	4	200	800
Establecer equipos especializados para áreas específicas de prevención, asignando responsabilidades y roles claros.	2	250	500

Identificar lugares estratégicos para establecer centros preventivos y coordinar con autoridades locales para su implementación.	2	150	300
Lanzar campañas informativas para promover la existencia de centros preventivos, educando a la comunidad sobre sus beneficios.	4	200	800
Realizar sesiones de identificación de líderes comunitarios potenciales mediante la participación activa en actividades locales.	2	250	500
Brindar capacitación en habilidades de comunicación y liderazgo a los líderes identificados para mejorar su capacidad de influencia.	4	250	1000
Organizar seminarios regulares con expertos en medicina preventiva para mantener actualizado al personal de salud y líderes comunitarios.	4	200	800
Facilitar talleres educativos en la comunidad sobre temas de prevención y hábitos saludables.	4	250	1000
Introducir sistemas informáticos para recopilar y analizar datos epidemiológicos en tiempo real.	1	500	500
Capacitar al personal de salud en el uso efectivo de herramientas de monitoreo epidemiológico.	4	150	600

Crear listas de verificación específicas para evaluar la efectividad de programas preventivos y su cumplimiento.	2	100	200
Realizar revisiones trimestrales exhaustivas de las auditorías preventivas para identificar áreas de mejora y éxito.	2	100	200
TOTAL			9900

Conclusión

La implementación de estrategias específicas en la Microred de salud de Chiclayo para fortalecer la medicina preventiva comunitaria se presenta como un enfoque integral y proactivo para abordar las necesidades de salud en la población. La combinación de evaluaciones de necesidades, calendarios preventivos, equipos multidisciplinarios, centros de atención, liderazgo comunitario, programas educativos, monitoreo epidemiológico y auditorías regulares establece un marco sólido. Este enfoque busca no solo prevenir enfermedades, sino también involucrar a la comunidad y garantizar la calidad y eficacia de las intervenciones.

Anexo X. Validación de la propuesta

FICHA DE VALIDACIÓN DE PROPUESTA

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN			
Título de la investigación	Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo		
Autor(a)	Flores Ramos, Wilson Richar	Programa SERVICIOS EN SALUD	Maestría en gestión de los servicios de salud
Línea de investigación	Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud		
Variable a ser evaluada	Variable independiente: Plan de gestión administrativa		
Denominación de la propuesta	Plan de gestión administrativa que promueve la medicina preventiva comunitaria		

DATOS DEL PROFESIONAL EXPERTO (Debe ser llenado por el experto)			
Nombre del profesional experto	Yovanna Isabel Perales Saavedra		
Profesión	Lic. En Enfermería	Grado académico	Doctora
Institución en la que labora	Hospital Luis Heysen Incháustegui		
Tiempo de experiencia laboral	10 años		

INSTRUCCIONES: Estimado Magister(a), solicito que en el siguiente formato evalúe la pertinencia, coherencia de la PROPUESTA que se está validando marcando en los niveles de ejecución la puntuación que considere pertinente para cada criterio

Criterios	Descripción	Deficiente				Regular				Buena				Muy Buena				Excelente				RECOMENDACIONES.
		0 – 20				21 – 40				41 – 60				61 – 80				81 – 100				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Generalidades de la Propuesta	Denominación de la propuesta																			x		
	Secciones que comprende																			x		
	Jerarquización de cada sección																			x		
	Interrelación o articulación entre componentes																			x		
.Estructuración de la propuesta	Presenta de manera notable el tema eje																			x		
	Incluye los componentes necesarios de un plan o programa																				x	
	Existe coherencia entre todos los elementos incluidos en la propuesta (Etapas, tema eje, estrategias,																			x		

FICHA DE VALIDACIÓN DE PROPUESTA

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN			
Título de la investigación	Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo		
Autor(a)	Flores Ramos, Wilson Richar	Programa SERVICIOS EN SALUD	Maestría en gestión de los servicios de salud
Línea de investigación	Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud		
Variable a ser evaluada	Variable independiente: Plan de gestión administrativa		
Denominación de la propuesta	Plan de gestión administrativa que promueve la medicina preventiva comunitaria		

DATOS DEL PROFESIONAL EXPERTO (Debe ser llenado por el experto)			
Nombre del profesional experto	Diana Chavesta Velásquez		
Profesión	Lic. En Enfermería	Grado académico	Magister
Institución en la que labora	Hospital Luis Heysen Incháustegui		
Tiempo de experiencia laboral	10 años		

INSTRUCCIONES: Estimado Magister(a), solicito que en el siguiente formato evalúe la pertinencia, coherencia de la PROPUESTA que se está validando marcando en los niveles de ejecución la puntuación que considere pertinente para cada criterio.

FICHA DE VALIDACIÓN DE PROPUESTA

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN			
Título de la investigación	Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de salud de Chiclayo		
Autor(a)	Flores Ramos, Wilson Richar	Programa SERVICIOS EN SALUD	Maestría en gestión de los servicios de salud
Línea de investigación	Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud		
Variable a ser evaluada	Variable independiente: Plan de gestión administrativa		
Denominación de la propuesta	Plan de gestión administrativa que promueve la medicina preventiva comunitaria		

DATOS DEL PROFESIONAL EXPERTO (Debe ser llenado por el experto)			
Nombre del profesional experto	Olga Lucia del Carmen Carranza Bustamante		
Profesión	Lic. En Enfermería	Grado académico	Doctora
Institución en la que labora	Hospital Regional Docente Las Mercedes		
Tiempo de experiencia laboral	10 años		

INSTRUCCIONES: Estimado Magister(a), solicito que en el siguiente formato evalúe la pertinencia, coherencia de la PROPUESTA que se está validando marcando en los niveles de ejecución la puntuación que considere pertinente para cada criterio.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MONTEAGUDO ZAMORA VILMA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHICLAYO, asesor de Tesis titulada: "Plan de gestión administrativa para la medicina preventiva comunitaria en una Microred de Salud de Chiclayo", cuyo autor es FLORES RAMOS WILSON RICHA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 9.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

CHICLAYO, 20 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MONTEAGUDO ZAMORA VILMA CARNET EXT.: 001725395 ORCID: 0000-0002-7602-1807	Firmado electrónicamente por: MMONTEAGUDOZA el 05-01-2024 17:43:33

Código documento Trilce: TRI - 0703871