



**ESCUELA DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Efectos de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017.

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORAS:**

Br. Chávez Yparraguirre, Clara Milagros

Br. Zavaleta Huaccha, Gladys Socorro

**ASESORA:**

Dra. Lora Loza, Miryam Griselda

**SECCIÓN:**

Ciencias Médicas

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales

**PERÚ - 2018**

## **Jurado de Tesis**

---

**Mg. Enma Pepita Verástegui Gálvez**  
**PRESIDENTE**

---

**Mg. Jorge Luis Díaz Agreda**  
**SECRETARIO**

---

**Dra. Miryam Griselda Lora Loza**  
**VOCAL**

## DEDICATORIA

*A Dios por guiar mis pasos y llenar mi vida de amor y esperanza.*

*A mis padres: Jorge y Amelia por ser el referente de amor e integridad que inspiran mis días.*

*A mi esposo Fernando mi compañero de vida, mi soporte de amor y fortaleza, el que sostiene mi mano y camina a mi lado.*

*A mi hermosa hija Pamela por iluminar cada minuto de mi existencia y ser ese impulso maravilloso. “Te amo, te adoro, eres mi vida y mi tesoro”.*

..

**Clara Milagros Chávez Yparraguirre**

## DEDICATORIA

*A Dios y la Virgen María que son  
la base de mi formación  
espiritual y guían mi camino en  
cada amanecer*

*A mi madre que desde el cielo vela y  
protege mi existencia.*

*A mi padre por ser ejemplo de lucha  
continua*

*A mis hermanos: por todo su  
apoyo...son mi soporte  
incondicional*

*A mi hija que es mi motor y mi razón de  
vivir, quien me inspira a ser mejor  
persona cada día.*

**Gladys Zavaleta**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A:**

**A nuestra Asesora: Dra. Miryan Griselda Lora Loza**

Por su apoyo permanente y su impecable orientación profesional a lo largo de este fascinante proceso de aprendizaje.

**A nuestros Docentes de Posgrado**

Por haber inyectado ideales de cambio y esperanza para nuestro futuro.

**Clara Milagros Chàvez Yparraguirre**

**Gladys Socorro Zavaleta Huaccha**

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Br. Clara Milagros Chávez Yparraguirre, estudiante del programa de Maestría en Gestión en los Servicios de la Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, declaro que el trabajo académico titulado: "Efectos de la aplicación del "Programa Reforma de Vida" de EsSalud en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017." es de mi autoría.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

1. He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificado correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
3. Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa, ni parcialmente para la obtención de otro grado académico.
4. Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
5. De encontrar uso de material ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, febrero del 2018.



Br. Clara Milagros Chávez Yparraguirre

DNI: 17921237

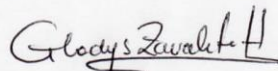
## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Br. Gladys Socorro Zavaleta Huaccha, estudiante del programa de Maestría en Gestión en los Servicios de Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, declaro que el trabajo académico titulado: "Efectos de la aplicación del "Programa Reforma de Vida" de EsSalud en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017." es de mi autoría.

Por lo tanto, declaramos lo siguiente:

1. He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificado correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
3. Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico.
4. Soy consciente que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
5. De encontrar uso de material ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, febrero del 2018.



Br. Gladys Socorro Zavaleta Huaccha

DNI: 18108371

## PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, presentamos a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: Efectos de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017, con la finalidad de obtener el grado de Académico de Magister en Gestión en los Servicios de la Salud.

La investigación se ha ceñido estrictamente a los cánones impuestos por la metodología de investigación científica. Incluye una primera parte donde se describe la problemática y el estado del área temática. Dentro de ella se precisan los cuatro posibles efectos del programa en los asegurados: detección precoz de síndrome metabólico pre mórbido, estilos de vida saludable, estado de salud percibido y ausencia laboral por enfermedad prevenible. Se aplicó Test Multidimensional preparado por las autoras para el presente estudio. Sometido a estudio de campo alcanzó un Alfa de Cronbach de 0,990 para sus 54 ítem, presentando una media = 102,08, varianza = 189,804, desviación estándar = 13,777 y que con 95% de confianza y 5% de error esperado presenta una variación entre 0,985 y 0,994 con una Significancia de 0,000 (muy significativa).

La utilización de estas dimensiones sobre el posible efecto del programa en los asegurados ha permitido una descripción global de la forma en que el programa está siendo aplicado en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo. La tesis continúa con la presentación, descripción y discusión de los resultados con otros estudios. Por último, se finaliza con las conclusiones más relevantes extraídas del análisis en forma de principales aportaciones.

Por lo expuesto, señores Miembros del Jurado esperamos su aprobación de la presente investigación.

Clara Milagros Chávez Yparraguirre

Gladys Socorro Zavaleta Huaccha



	<b>ÍNDICE</b>	<b>PAG.</b>
<b>DEDICATORIAS</b>		iii
<b>AGRADECIMIENTOS</b>		v
<b>DECLARATORIAS DE AUTENTICIDAD</b>		vi
<b>PRESENTACIÓN</b>		viii
<b>ÍNDICE</b>		ix
<b>RESUMEN</b>		x
<b>ABSTRACT</b>		xi
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>		12
1.1 Realidad Problemática		12
1.2 Trabajos Previos		14
1.3 Teorías relacionadas al tema		18
1.4 Problema de Investigación		28
1.5 Justificación		28
1.6 Hipótesis		29
1.7 Objetivos		30
<b>II. METODOLOGÍA</b>		30
2.1 Tipo de Investigación		31
2.2 Diseño de investigación		31
2.3 Variables, Operacionalización		32
2.4 Población muestral		33
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos		35
2.6 Método de análisis de datos		37
2.7 Aspectos éticos		37
<b>III. RESULTADOS</b>		39
<b>IV. DISCUSIÓN</b>		47
<b>V. CONCLUSIONES</b>		55
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>		56
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		57
<b>VIII. ANEXOS</b>		63

## RESUMEN

Con el objetivo de determinar los efectos de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud en asegurados atendidos en el EsSalud Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017, se desarrolló una investigación pre experimental con solo post prueba y grupo control. Se aplicó en 120 asegurados (60 participantes del programa y 60 no participantes) un test evaluativo que en estudio piloto de validación alcanzó un Alfa de Cronbach de 0,990. El estudio encontró que el “Programa Reforma de Vida” tiene un efecto significativo sobre las competencias del asegurado para la detección precoz de enfermedades del síndrome metabólico y tratamiento oportuno en lo relativo a hipertensión, dislipidemia, obesidad central y antecedentes personales de diabetes ( $p < 0,05$ ). También tiene efecto significativo sobre los estilos de vida del asegurado y sobre las ausencias laborales a las dos semanas y al año ( $p < 0,05$ ). La aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud no tiene efecto significativo sobre la percepción de su estado de salud en el asegurado ( $p > 0,05$ ).

Palabras clave: Programa Reforma de Vida de EsSalud.

## ABSTRACT

With the objective of determining the effects of the application of the "Life Reform Program" of EsSalud on insured persons treated at the Víctor Larco Herrera Polyclinic, Trujillo, 2017, a pre-experimental research was developed with only post-test and control group. It was applied in 120 insured (60 participants of the program and 60 non-participants) an evaluative test that in pilot validation study reached a Cronbach's Alpha of 0,990. The study found that the "Life Reform Program" has a significant effect on the insured person's competencies for the early detection of metabolic syndrome diseases and timely treatment in relation to hypertension, dyslipidemia, central obesity and personal history of diabetes ( $p < 0,05$ ). It also has a significant effect on the life styles of the insured and on work absences at two weeks and a year ( $p < 0,05$ ). The application of the "Life Reform Program" of EsSalud has no significant effect on the perception of their state of health in the insured ( $p > 0,05$ ).

Keywords: EsSalud Life Reform Program.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Realidad Problemática**

Cuando un Programa Nacional de atención de salud está orientado a cambiar los estilos de vida de las personas partiendo del diagnóstico precoz del Síndrome Metabólico Premórbido, está estructurado como una estrategia para disminuir altas tasas de morbilidad, y, cuando estas estrategias son asumidas por instituciones aseguradoras en temas de salud, como EsSalud, encontramos características singulares de la realidad a la que se enfrentan: altas, tasas de ausencias laborales, altos índices de morbilidad y costos muy altos, en cuanto a la atención de salud por enfermedades prevenibles (OPS, 2014).

Pero este tema no solo constituye un problema para las empresas o instituciones como EsSalud; también es, desde hace mucho, un problema crucial para organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) que están relacionados total o parcialmente con la seguridad y la salud de la población en general y la población laboral en particular (OMS, 2014; 2015 y; OIT, 2016).

Los esfuerzos de estos organismos por enfrentar estos problemas a nivel laboral han sido muchos y su intención ha sido y es bajar los índices de Síndrome Metabólico Premórbido en la masa de trabajadores de todo el mundo puesto que los promedio de su incidencia y prevalencia van por el orden de 21 por cada 100 trabajadores en países desarrollados y 32 por cada 100 trabajadores en países como el nuestro. Los costos para la atención de casos ya declarados como diabetes mellitus, obesidad y enfermedades cardiovasculares son más altos para países menos desarrollados que en países avanzados de Europa y Estados Unido (OMS, 2014; 2015 y; OIT, 2016).

Se han logrado progresos en muchos países y las condiciones de trabajo han mejorado considerablemente en muchas partes del mundo. Pero,

persisten una gran cantidad de problemas al respecto que las tendencias de dichas tasas o indicadores no varíen significativamente en el tiempo, al menos no en estos últimos 20 años (OMS, 2014; 2015).

El síndrome metabólico premórbido es considerado como una agrupación de factores de riesgo de origen metabólico (obesidad abdominal, dislipidemia, glucemia elevada, y presión arterial alta) para enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y la obesidad que constituyen tanto por separado como en conjunto grandes desafíos para la salud pública mundial, los sistemas nacionales de salud y para las instituciones prestadoras de servicios en salud (ALAD, 2010; Aschner et al, 2011).

El síndrome metabólico premórbido es uno de los motivos de consultas clínicas en EsSalud. En nuestro país, EsSalud es la institución que lidera los esfuerzos por combatirlo a través de su “Programa Nacional de Reforma de Vida”. Sin embargo, se desconoce, primero, si realmente el programa es competente para la detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico premórbido y su tratamiento; segundo, si tiene un efecto sobre los estilos de vida, el estado de salud percibido por las personas y sobre las ausencias laborales por enfermedades prevenibles. En ese sentido, el presente estudio tiene por finalidad conocer hasta dónde llegan los esfuerzos de EsSalud en la prevención del síndrome metabólico premórbido tomando como referencia a los trabajadores que se encuentran en el ámbito de atención del Policlínico Víctor Larco Herrera de EsSalud del Distrito de Víctor Larco, Provincia de Trujillo, Región la Libertad.

La ciudad de Trujillo es una de las urbes de mayor desarrollo socioeconómico del país. Desde hace más de 10 años este desarrollo es sostenido y está dentro de una tasa de crecimiento anual de 34 al 37% y, su masa laboral ha crecido multiplicándose exponencialmente al igual que los problemas de atención de salud. EsSalud acoge a más del 60% de la población laboral y cada día está alcanzando nuevas metas de cobertura para el “Programa de Reforma de Vida”. Esta realidad justifica que sea no

solo pertinente realizar la presente investigación, sino, una necesidad insoslayable desde el punto de vista de la salud pública.

## **1.2 Trabajos Previos**

No se han encontrado reportes empíricos al respecto de los efectos de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud en asegurados de dicha institución; sin embargo, ofrecemos referencias de investigaciones que tratan el tema de síndrome metabólico en distintos contextos, por ser el problema de salud sobre el que interviene dicho programa.

Dentro de dicha lógica tenemos la investigación de Fernández D, et al (Suiza, 2011). Su objetivo fue determinar las diferencias en la determinación de la prevalencia del síndrome metabólico en un Área de Salud de Extremadura España siguiendo las recomendaciones de la unificación de criterios para el diagnóstico del síndrome metabólico y la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de eliminar de ellos a los pacientes con diabetes o con enfermedades cardiovasculares. En el estudio evaluativo de diseño transversal, poblacional, con selección aleatoria de individuos entre 25 y 79 años de edad, se realizó en un Área de Salud de Badajoz- España. Se comparó la prevalencia del síndrome metabólico siguiendo los recientes criterios, por sexo y edad. Se reclutaron 2.833 personas. El 46,5% eran hombres, y la edad media 51,2 años. La prevalencia del síndrome metabólico fue del 33,6%, significativamente mayor en los hombres (36,7% frente a 30,9%;  $p < 0,001$ ) y con una disminución significativa al excluir la diabetes y la enfermedad cardiovascular (20,8%;  $p < 0,001$ ). La diferencia de prevalencia con los distintos criterios fue significativa para el total y por sexo ( $p < 0,001$ ), a partir del decenio de edad de 45-54 años en los hombres y de 55-64 años en las mujeres. Se concluyó que la prevalencia de síndrome metabólico en el área estudiada es de las más altas halladas en España en estudios poblacionales. Aunque se reduce con las nuevas recomendaciones internacionales, indica una población considerable y joven en la cual aplicar medidas preventivas.

En el estudio de Beunza et al (España, 2011) su objetivo fue valorar la validez de los datos auto-declarados sobre los criterios de síndrome metabólico, en la cohorte SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). El proyecto SUN es una cohorte abierta multidisciplinaria formada por más de 20.000 graduados universitarios seguidos mediante cuestionarios enviados por correo cada 2 años. En una muestra de 287 participantes de la cohorte se valoró el acuerdo entre sus datos auto-declarados para el perímetro de la cintura, la presión arterial, los triglicéridos, el colesterol HDL y la glucemia, con los datos obtenidos por análisis de muestras biológicas o medidos por personal médico especializado. Para cada variable se calcularon coeficientes de correlación intraclase (CCI) con intervalos de confianza del 95% (IC95%), el error relativo medio y el porcentaje de valores dentro de los límites de acuerdo al 95% según el método de Altman y Bland. Se encontraron correlaciones intraclase altas para los valores del perímetro de la cintura (CCI=0,86, IC95%: 0,80-0,90) y la trigliceridemia (CCI=0,71, IC95%: 0,61-0,79). Se halló una consistencia moderada (CCI entre 0,46 y 0,63) para el resto de los factores que se usan como criterios para definir el síndrome metabólico. Los errores relativos medios nunca superaron el 2,5%, y el porcentaje de valores dentro de los límites de acuerdo superó en todos los casos el 91%. Se concluye que los valores autodeclarados sobre los criterios del síndrome metabólico obtenidos en la cohorte SUN poseen una validez moderada y pueden tenerse en cuenta, aunque con ciertas precauciones, en estudios epidemiológicos.

En nuestro país disponemos de la investigación de Cáceres y Vásquez (Perú, 2016). Su objetivo fue determinar la efectividad del programa "Plan de reforma de vida" en el síndrome metabólico en los trabajadores de empresas privadas de Lima Este, 2015. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de corte longitudinal y de diseño pre-experimental, donde se realizó una 1era. 2da. medición. La muestra estuvo conformada por 66 trabajadores, entre 18 a 60 años seleccionados mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional. Los instrumentos fueron: tarjeta de control, ficha médica y clínica. El programa educativo se basó en tres pilares: alimentación celeste,

alimentación terrestre y alimentación humana, siendo 12 sesiones. La intervención se realizó en cinco meses (junio-octubre). Se encontró diferencias estadísticamente significativas en los indicadores del perímetro abdominal (Mdn=92.00; Mdn=89.00;  $p<,05$ ), triglicéridos (Mdn=254.00; Mdn= 192.50;  $p<,05$ ), glicemia (Mdn=88.65.00; Mdn= 85.85;  $p<,05$ ), presión arterial sistólica (Mdn=130.00; Mdn=120.00;  $p<,05$ ), presión arterial diastólica (Mdn=80.00; Mdn=70.00;  $p<,05$ ) a excepción del colesterol (HDL (Mdn=35.00; Mdn=32.50;  $p<,05$ ))

La investigación de Coila M. (Perú, 2016) se propuso determinar la relación entre la práctica de actividad física y el desarrollo de la educación alimentaria con los indicadores del síndrome metabólico, en usuarios del Programa Reforma de Vida Renovada del Hospital III EsSalud Puno 2015. El estudio analítico de carácter transversal involucró a de 60 pacientes al inicio del estudio el 55 % de los participantes tenían el Síndrome metabólico, y al finalizar el estudio bajó al 11.7 %. Para tal efecto se realizaron actividades de Educación Física y de Educación Alimentaria tanto en forma personalizada como grupal. Para la contrastación de la hipótesis e interrelación de las variables se aplicó la prueba de la Chi cuadrada; siendo la relación de  $\chi^2 c > \chi^2 t$  y el resultado fue “El desarrollo de la actividad física y la educación alimentaria mejoran el estado de salud con la disminución de los indicadores del síndrome metabólico en los usuarios del Programa Reforma de Vida Renovada del Hospital III EsSalud Puno”.

Desde otra perspectiva metodológica Gallegos A. (Perú, 2016) se propuso determinar la influencia del tratamiento dietético en la recuperación de los pacientes con síndrome metabólico evaluado y seguido por el programa Reforma de Vida Renovada del Hospital II Ilo – EsSalud. El estudio cuasi experimental, analítico y de corte transversal involucró a 40 pacientes, de los cuales 20 conformaron el del grupo experimental y 20 el grupo control. A los pacientes que conformaron el grupo experimental, y teniendo en consideración las alteraciones que determinaron el diagnostico de síndrome metabólico, se les prescribió el tratamiento dietético respectivo de manera



individualizada. A cada sujeto de experimentación se le proporcionó una programación cíclica de menú para 14 días, programación planificada y concertada con el paciente. El grupo control recibió indicaciones generales a cerca de su alimentación. Para determinar la recuperación de los pacientes, a los 60 días se evaluaron los criterios que condujeron al diagnóstico de síndrome metabólico que estuvo determinada por las presencia de menos de tres indicadores alterados. Se encontró que el grupo control tuvo como inicio un 70% de exceso en calorías y terminó con un 90% de adecuación buena en calorías. En el grupo experimental al inicio tuvo un 80% de exceso en calorías y finalizando el tratamiento tuvo un 45% de deficiencia. El 80% de los pacientes del grupo experimental se encontraban normales según el perímetro abdominal, 55% presentaron presión arterial normal, el 100% presentaron glicemia normal, 75% triglicéridos normales y el 85% de los pacientes presentaron HDL normal. Existe influencia del tratamiento dietético prescrito con la recuperación de los pacientes con Síndrome Metabólico

Por último, se encontró la investigación Fernández M. (Perú, 2016) cuyo objetivo fue explicar los factores de riesgo que influyen en la prevención y promoción de la salud del personal que labora en el Hospital I Moche, en el periodo de Abril – Noviembre en el año 2015. La investigación descriptiva observacional involucró a 66 trabajadores que laboran en el Hospital I Moche. Se encontró que los factores de riesgo que influyen en la prevención y promoción de la salud son los factores sociodemográficos (como el sexo, edad y el estado civil divorciado), los factores de salud mental (como la depresión y consumo de sustancias psicoactivas), los factores de salud física (escasa de actividad física), los malos hábitos de higiene (lavado de manos y otros), inadecuadas condiciones del ambiente laboral y escasa participación en Programas de prevención y promoción de salud.

### 1.3 Teorías relacionadas al tema

#### 1.3.1 Programa Reforma de Vida – EsSalud

EsSalud con Resolución de Gerencia General No 1159 –GG- ESSALUD 2007 creó el **Programa Reforma de Vida en el asegurado: Empresas Saludables**, con el objeto de valorar y fortalecer los estilos de vida saludables del trabajador activo de las empresas, su fin es contribuir a la formación de Empresas comprometidas con la Salud de sus trabajadores.

Con Resolución de Gerencia General N.º 1207-GG-ESSALUD-2013, se aprobó el documento técnico “Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (EsSalud)” este nuevo Programa fue elaborado tomando en cuenta la carga de enfermedad, prioridades sanitarias y actualizadas en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud. Contiene una relación de actividades esenciales estandarizadas que EsSalud brinda a los asegurados, con intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario; además, enfatiza el desarrollo de acciones preventivas como los tamizajes basados en la mejor evidencia científica disponible y costo-efectiva; estableciendo el intervalo de las actividades a ofertar según factores de riesgo encontrados, evitando la solicitud indiscriminada de exámenes; incorpora actividades de prevención de la discapacidad, abordaje de la salud mental, medicina complementaria, rehabilitación, y refuerza la educación para la salud a todas las etapas de vida (EsSalud, 2015).

En términos específicos, su propósito fue orientado al trabajador activo de las entidades empleadoras con el objetivo de disminuir los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, a través de un diagnóstico precoz y oportuno de Síndrome Metabólico Premórbido. La intención era intervenir en el mismo campo laboral de los trabajadores para cuidado de su salud evitando los procesos de recuperación de la enfermedad, por ello empodera los estilos de vida saludables (EsSalud, 2015).

Este Programa clasifica la alimentación en tres tipos (terrestre, humana y celeste) se basa en los conceptos de alimentación saludable, la valoración de la relación entre seres humanos y entre éstos con la naturaleza. Aunque se desconoce su fundamento teórico y filosófico de estos constructos, en términos prácticos fue estructurado como una estrategia para eliminar factores de riesgo y vivir saludablemente, a fin de conducir a los asegurados a una mejor Calidad de Vida (EsSalud, 2015).

El Objetivo General del Programa es realizar el abordaje integral de los trabajadores activos asegurados con diagnóstico de síndrome metabólico premórbido, para su detección precoz y manejo oportuno para disminuir la morbimortalidad de las enfermedades relacionadas a este síndrome, y así mejorar la calidad de vida mediante el fomento de estilos de vida saludable basados en los tres pilares fundamentales del Programa Reforma de Vida: alimentación celeste, alimentación terrestre y alimentación humana. Lo que se interpreta como la oferta de tres alimentos para vivir más y mejor.

La alimentación celeste basada en el paradigma ecológico de armonía con la Naturaleza “Respirar es vivir”. Existen tres formas de respirar: abdominal, costal y clavicular. Se recomienda la respiración completa ya que integra las tres en una. Tiene como pilares fundamentales el cuidado del medio ambiente y hacerlo saludable, la práctica de una respiración completa y la actividad psico-física constante, porque mejora la circulación, incrementa la memoria y ayuda a relajarse (Yoga y Tai chi).

La alimentación terrestre no es más que un paradigma hipocrático “Que tu alimento sea tu medicina y tu medicina sea tu alimento”. La alimentación adecuada es uno de los pilares fundamentales en el desarrollo físico y mental del ser humano. Se recomienda consumir frutas y verduras, por lo menos 05 al día, de diferentes colores; alimentarse por lo menos dos a tres veces a la semana con cereales y legumbres; preferir el pescado, por su alto contenido de omega 3; beber mucha agua y evitar el consumo de gaseosas y bebidas

artificiales; mantener una buena higiene corporal y mental; realizar ayuno periódicos como alternativa desintoxicante.

La alimentación humana se basa en el paradigma del sentido de la vida. El ser humano necesita nutrirse también de acciones y sentimientos positivos como: amor, alegría, abrazos, afecto, besos, caricias, risas y sonrisas. Estos permiten mejorar el estado de ánimo y autoestima. Mejoran su proyecto de vida y desarrollo personal. En tal sentido se promueven valores y una buena autoestima ya que conducen al éxito. Se promueve la inclusión en la vida de la autoconfianza y el autorespeto, así como la risa como terapia para mantenerse saludable y el hecho de compartir gratos momentos con la familia, amigos y compañeros del trabajo, manteniendo siempre una actitud positiva.

Por otro lado los Objetivos Específicos del Programa son:

- Fortalecer la organización y operativización del programa Reforma de Vida, como una estrategia de intervención extramural para la prevención y cuidado integral del paciente con SMP.
- Fortalecer un sistema de registro y de información para la gestión del SMP.
- Fortalecer las competencias del recurso humano responsable de la Intervención en el abordaje integral de SMP para realizar actividades que reflejen excelencia y calidad.
- Promover en el trabajador asegurado y en los profesionales de la salud estilos de vida saludable.
- Contar con un trabajador saludable en una empresa amiga de la salud.
- Disminuir las ausencias laborales por enfermedades prevenibles.

Su población objetivo son los trabajadores activos de 18 años a más que cumplan con más de criterios para síndrome metabólico premórbido y actualmente se han constituido 21 comités activos en un mismo número de redes asistenciales EsSalud a nivel Nacional, Almenara, Amazonas, Ica,

Madre de Dios, Huánuco, Ucayali, Tumbes y Lambayeque, no cuentan con este programa.

La aplicación de este programa se basa en alianzas estratégicas con medianas y grandes empresas, municipalidades e instituciones educativas con el objeto de modificar los hábitos de vida de los trabajadores. Se establecen compromisos para controlar los estilos de vida de los trabajadores aplicándose guías, manuales y material educativo. Todos estos documentos están estructurados en base a los postulados de la Promoción de la Salud en el lugar de Trabajo (PST).

La Promoción de la Salud en el lugar de Trabajo es el resultado de combinar esfuerzos de empleadores, trabajadores y sociedad para mejorar la salud y el bienestar del trabajador en su lugar de trabajo. Este objetivo se puede alcanzar por la combinación de: a) Mejorar la organización y ambiente de trabajo; b) Promoción de la participación activa en el proceso de PST; c) Estimulación del desarrollo personal.

La idea es que no solo se beneficie el trabajador sino también a los empleadores y las corporaciones con reducción de los costes relacionados con las bajas por enfermedad y mejora de la productividad. Esto también redundará en un importante beneficio social contribuyendo al desarrollo económico y social de los países.

Según Merino, Arroyo y Silva,(España 2014), el éxito de la Promoción de la Salud en el Trabajo se refleja en los siguientes indicios: reduce la carga de las enfermedades y apoya las prácticas relacionadas con la salud de los trabajadores; es un elemento fundamental para los puestos de trabajo y el diseño organizativo promotor de la salud; contribuye a la creación de capital social al fortalecer a la persona a título individual y los recursos organizativos que conducen a la salud; reduce el ausentismo relacionado con la enfermedad y aumenta la productividad y la competitividad; incide en diversos campos de la política laboral.

En particular, la Promoción de la Salud en el lugar de Trabajo es un componente de la política económica e industrial moderna. Por esta razón el Programa Reforma de Vida de EsSalud reconoce el efecto combinado de los factores personales, ambientales, organizacionales, comunitarios, sociales e informativos sobre el bienestar del trabajador.

Estos postulados tienen como marco de referencia la Carta de Ottawa (OMS, 1986), en la cual la OMS adaptó sus principios al contexto del trabajo, dentro de la iniciativa Lugar de Trabajo Saludable. Desde esa perspectiva, las intervenciones correspondientes a la Promoción de la Salud en el lugar de Trabajo podían incluir las siguientes áreas, entre otras:

- a) Construir políticas públicas de trabajo saludable para todos los sectores de la vida productiva internacional, nacional y local (expedición de normas, reglamentos, planes y programas).
- b) Crear ambientes favorables en el sitio de trabajo.
- c) Fortalecimiento de la organización y participación de la comunidad trabajadora y general (acción comunitaria a nivel intersectorial, en materia de condiciones del ambiente general, de trabajo, de vivienda, de educación y de vida, entre otros).
- d) Desarrollo de habilidades y responsabilidades personales y colectivas, relacionadas con la gestión de la salud, la seguridad, el autocuidado y el desarrollo personal de los trabajadores, sus organizaciones y las comunidades a su alrededor para proteger y mejorar la salud.
- e) Reorientar los servicios de salud ocupacional y otros servicios de salud, para incluir la Promoción de la Salud y todos sus aspectos relacionados dentro de sus agendas y lograr un mayor acceso del trabajador a los servicios de salud primaria, preventiva y ocupacional.

La primera iniciativa de la Promoción de la Salud en el lugar de Trabajo le correspondió a la Fundación Europea para las Condiciones de Vida y de Trabajo, en 1989, con un programa que estableció equipos de investigación

en siete estados miembros. En España uno de los Estados miembros de la Unión Europea en la OMS fue coordinado por Salvador Moncada desde el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona. Se recogieron experiencias existentes en forma de casos y documentos con el objetivo de establecer el marco de actuación para la Promoción de la Salud en el lugar de trabajo, difundir los modelos de buena práctica existentes y promocionar la formación en estos temas (MINSACON, 2004).

No existía en aquel momento una legislación que diera cobertura a la Promoción de la Salud en el lugar de trabajo, que se ha desarrollado a partir de la Directiva Marco en Seguridad y Salud de la Unión Europea, traspuesta a la legislación española en la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales. Con ella se posibilita la reorientación del ejercicio tradicional de la seguridad en el trabajo hacia la inclusión de actuaciones más relacionadas con la salud de las personas que trabajan, en la línea de conseguir el objetivo de "Gente sana en empresas sanas" (MINSACON, 2004).

En 1995, la Unión Europea adoptó un programa de Acción en Promoción de la Salud, Información y Formación en el Campo de la Salud Pública, en el que se incluye el establecimiento, en 1996, de una Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo. La Oficina Nacional de Contacto (ONC). Los siguientes puntos caracterizan la situación actual de la Promoción de Salud en el Trabajo (PST) en Europa: (Dennis, 2000).

- La implantación de la PST en las empresas y en las organizaciones públicas es relativamente nueva.
- Existen diferencias nacionales y regionales considerables con respecto al grado de difusión y a los campos utilizados; lo mismo sucede con los distintos tamaños de empresas, ramas de la industria y sectores de la economía.
- Actualmente, los distintos actores implicados, tanto dentro como fuera de las empresas, utilizan la PST de diferentes maneras, motivo por el cual la PST tiende a ser un término colectivo que reúne distintas estrategias.

### **1.3.2 Hacia la medición del efecto del Programa “Reforma de Vida” – EsSalud, en asegurados.**

A través del tiempo se han desarrollado diversos métodos investigativos para determinar los efectos de un Programa de Intervención medico social como el Programa Reforma de Vida –EsSalud. En el presente estudio se trabajará de acuerdo a la perspectiva investigativa de Pineault y Daveluy que proponen la selección del método de evaluación de programas en función del tipo de organización en que se encuadra. Para ello, las clasifica por la forma en que persiguen sus objetivos, en modelos racionales (goal attainment model), modelos sistemáticos (system model) y modelos de sistema abierto (open system model) (Pineault y Daveluy, 1994).

En los modelos racionales (goal attainment model) la organización es una entidad simple que persigue una o varias metas fácilmente identificables hacia las que orienta todas sus actividades. En ellas se intenta maximizar los esfuerzos para conseguir los objetivos de los programas. La evaluación del programa consistirá entonces en valorar hasta qué punto se han alcanzado las metas que se propusieron en un principio (Pineault y Daveluy, 1994).

En los modelos sistemáticos (system model), la organización es un sistema complejo y dinámico con objetivos más difusos e inestables que son redefinidos constantemente por los actores presentes en cada momento en la organización y por el medio ambiente que la rodea. Se preocupa especialmente por sus propios procesos organizacionales internos en un constante intento de garantizar operatividad y supervivencia a la organización. El éxito estará en relación con la utilización óptima de los recursos para adaptarse a la naturaleza cambiante de la organización, los actores y sus diferentes enfoques del problema de salud en cuestión. La evaluación del programa se hace más sobre criterios de optimización (adecuación estratégica) de los recursos que sobre su maximización.



En organizaciones tipo modelo racional, basado en la consecución de metas claras, se suele realizar evaluación sumativa. Ha sido tradicionalmente el tipo más practicado de evaluación de programas. Se preocupa de los efectos obtenidos más que del proceso. En un caso limite, este enfoque puede llegar a concluir que un programa ha fracasado, aún en el caso de que no se haya llegado a implantar.

Debido a ello, la evaluación formativa se está empleando cada vez más, sobre todo en el estadio de implantación de los programas, para comprender y explicar las razones del éxito y fracaso de los mismos. Este tipo de evaluación está más adaptado a la concepción actual de las organizaciones sanitarias. Además, la evaluación formativa es esencialmente dinámica y permite por su retroacción continuada, el reajuste o la modificación de ciertos elementos del programa para mejorar sus logros.

El modelo organizacional de sistema abierto (open system model), visualiza a la organización situada en un entorno dominado por incertidumbres y cierta turbulencia. Para la organización, es importante entonces adaptarse al medio; en consecuencia, adopta sus decisiones en función de criterios de satisfacción suficiente (satisficing), es decir, de la reducción de la incertidumbre y las turbulencias, en lugar de buscar maximización u optimización de sus recursos. Se deduce que cuanto más inestable y turbulento es el medio ambiente de la organización y su entorno, más difícil se hace identificar metas estables y permanentes. La evaluación sumativa es difícilmente aplicable.

Michael Patton (2002, 2010, 2013 y 2015) propone por ello un método que llama evaluación centrada en la utilización, para nosotros, de 1 a 4 experiencias puntuales generadas en la aplicación del mismo Programa, mejor si son consideradas extremas por que consiste en adaptar continuamente los métodos seleccionados en la evaluación a las necesidades de quienes toman las decisiones en la organización. La participación continuada de estas personas, o las estructuras a quien se

destina la información en el proceso de evaluación, es elemento fundamental de este método. A efectos de la evaluación del “Programa Reforma de Vida –EsSalud” el personaje que participa en forma continuada y toma las decisiones finales en torno a las acciones del Programa es el Trabajador y los procesos en los interviene son cuatro: a) el trabajador puede percibir las competencias de los profesionales para la detección precoz de enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico y su tratamiento; b) el trabajador puede cambiar sus estilos de vida saludables; c) el trabajador puede referenciar su estado de salud y; d) es el trabajador quien puede referenciar sus ausencias laborales por enfermedades prevenibles (Patton, 2002).

Como estas 4 referencias del trabajador cubren los objetivos de la intervención del Programa Reforma de Vida –EsSalud, estimamos que a través de ellos pueden cumplirse con los criterios metodológicos para determinar el efecto del Programa Reforma de Vida –EsSalud en los trabajadores EsSalud siempre y cuando se las contraste con las mismas referencias que puedan dar los trabajadores del mismo ámbito laboral pero que nunca participaron en el Programa Reforma de Vida –EsSalud (EsSalud, 2015).

Esta postura metodológica está sustentada en los trabajos de Patton M (2010; 2013 y 2015). Plantea que las evaluaciones deben valorarse de acuerdo con cuatro criterios principales: su utilidad, considerando que la evaluación debe ser relevante y útil; su factibilidad, pues la evaluación debe ser realista, prudente, diplomática y sobria; su precisión: la evaluación debe ser técnicamente adecuada para determinar el mérito o valor y; si es apropiada, es decir, debe ser respetuosa y cumplir con criterios éticos y legales.

En el presente estudio, el planteamiento de Patton se aplica bajo criterios ontológicos, epistemológicos, metodológicos y axiológicos, sin dejar de lado que éstos se entrelazan y complementan traslapándose de acuerdo a la

necesidad investigativa de la evaluación del efecto del Programa Reforma de Vida –EsSalud. Como parte de este ejercicio, se expondrá desde un punto de vista personal un juicio valorativo sobre las virtudes y bemoles de los resultados en correspondencia con la metodología utilizada en la evaluación. Es decir, el uso de la metodología evaluativa de Patton se asumirá en proporción directa a nuestra capacidad investigativa para evaluar el efecto del Programa Reforma de Vida –EsSalud (Molenko 2011).

La regla de oro en este proceso evaluativo es la pertinencia metodológica más que ortodoxia o rigidez, por cuanto se considera que no existe un método “universalmente” fuerte y que hay múltiples maneras de establecer causalidad en los procesos de evaluación. Sin duda, es todo un reto metodológico empatar el diseño de investigación con el propósito académico de la tesis, los recursos disponibles y el cronograma en que se debe trabajar, con el fin de optimizar el uso de la evaluación como metodología científica. Más no por ello nos debemos considerar metodólogos, sino que necesitaremos reunir una serie de atributos sociales necesarios para establecer, por ejemplo, una relación empática, de cercanía y acompañamiento pertinente con los trabajadores que participaron o no del Programa Reforma de Vida –EsSalud considerados para participar del estudio (Patton, 2015).

Patton (2002) dice: "Los evaluadores no sólo tienen que ser metodológicamente competentes, sino también tener habilidades para analizar situaciones, tener sensibilidad cultural en su trabajo, ser políticamente consciente de cómo se utilizan los datos y métodos en la era del conocimiento, y entender cómo se cruza de evaluación con la política en todos los niveles. Además, los evaluadores tienen que ser muy buenos comunicadores y facilitadores, al menos si están haciendo la evaluación centrada en la utilización y con el objetivo de trabajar con las familias y los miembros de la comunidad de una manera mutuamente respetuosas y útiles".

La experiencia internacional en el uso de este tipo de metodología es muy rica, pero, muy específica como lo demuestra Serrat M. (2014) en Barcelona-España con su “Estudio pluridisciplinario del ausentismo laboral como consecuencia de riesgos y entornos empresariales física y psicológicamente nocivos”, o como lo hace Fernández D, et al (Suiza, 2011), cuyo objetivo fue determinar las diferencias en la determinación de la prevalencia del síndrome metabólico en un Área de Salud de Extremadura siguiendo las recomendaciones de la unificación de criterios para el diagnóstico del síndrome metabólico y la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de eliminar de ellos a los pacientes con diabetes o con enfermedades cardiovasculares. Por su lado Beunza et al (España, 2011) buscó valorar la validez de los datos auto-declarados sobre los criterios de síndrome metabólico, en la cohorte SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). Es decir, la metodología evaluativa es flexible, de gran adaptabilidad para medir el efecto de los programas de acuerdo a lo que el investigador quiere obtener y en el caso nuestro será de una investigación que busca determinar el efecto del Programa Reforma de Vida de EsSalud sobre trabajadores.

#### **1.4 Problema de Investigación**

¿Cuáles son los efectos de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017?

#### **1.5 Justificación**

Desde el punto de vista teórico, el presente estudio no pretende una discusión sobre los constructos del Síndrome Metabólico Premórbido, los estilos de vida saludables, el estado de salud percibido por el trabajador o sobre el ausentismo laboral, sino que busca determinar si el Programa Reforma de Vida - EsSalud cambió en algo el comportamiento o estilos de vida de los trabajadores, para describirlo y analizarlos en el marco de la lucha contra la morbilidad por causas prevenibles como (Síndrome Metabólico Premórbido).

Metodológicamente la investigación se enfoca en las consecuencias de la aplicación de las acciones del Programa Reforma de Vida - EsSalud poniendo en tela de juicio la relevancia médico-social del Programa, porque estamos hablando de estrategias médico-sociales para disminuir los efectos de un fenómeno como el síndrome metabólico premórbido, lo que puede demostrar que estamos frente a una herramienta estratégica para enfrentar la morbilidad por causas prevenibles o, ante una gran irresponsabilidad social y política de EsSalud.

Socialmente la investigación tiene por objeto, hasta donde es posible, con la aplicación del programa Reforma de Vida, desarrollar competencias en el sector laboral para la detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico y su tratamiento oportuno o cambiar en ellos sus estilos de vidas, su estado de salud o sus referencias sobre sus ausencias laborales. De allí la relevancia social del presente estudio.

Además, en términos prácticos, el estudio busca determinar el efecto de una de las estrategias de atención médico-social; más emblemáticas de EsSalud en los últimos años. Su importancia es que servirá para redimensionar el papel del Programa Reforma de Vida – EsSalud en nuestra Región. Además servirá de consulta y base teórica y empírica para investigaciones futuras.

## **1.6 HIPÓTESIS**

La aplicación del Programa Reforma de Vida de EsSalud tiene efectos significativos en los asegurados atendidos en el EsSalud Víctor Larco Herrera, 2017.

## **1.7 OBJETIVOS**

### **1.7.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los efectos de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud en asegurados atendidos en el EsSalud Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017-2018.

### **1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar los efectos del Programa Reforma de Vida - EsSalud sobre las competencias para la detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico y su tratamiento oportuno.
- Determinar el efecto de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud sobre los estilos de vida saludables.
- Determinar el efecto de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud sobre el estado de salud a nivel general
- Determinar el efecto de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud sobre las ausencias laborales por enfermedad prevenible

## **II. METODOLOGÍA**

### **2.1 Tipo de Estudio**

Explicativo de carácter evaluativo, cuantificando frecuencia y estableciendo valoración estadística para determinar efectos de una intervención considerando a los que participaron del Programa Reforma de Vida y los que no lo hicieron. El objeto es explicar el efecto de la intervención como un fenómeno médico-social tal cual se da y se manifiestan al confrontar las dos poblaciones en estudio. En este proceso no se manipularon las variables y solo se determinaron fenómenos o hechos que ya pasaron (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

## 2.2 Diseño de la Investigación

Preexperimental con solo postprueba y grupo control, con diseño de corte transversal.

Diseño:

RG <sub>1</sub>	X	O <sub>1</sub>
RG <sub>2</sub>	-----	O <sub>2</sub>

Donde:

R = Asignación al azar de los sujetos.

G<sub>1</sub> = Grupo de sujetos que participaron del programa (Experimento).

G<sub>2</sub> = Grupo de sujetos que no participaron del programa (Control).

O<sub>1</sub> = Medición de la detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico, los estilos de vida saludables, el estado de salud y las ausencias laborales por enfermedades prevenibles en el grupo experimento.

O<sub>2</sub> = Medición de la detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico, los estilos de vida saludables, el estado de salud y las ausencias laborales por enfermedades prevenibles en el grupo control.

## 2.3 Variables, operacionalización

### 2.3.1 Identificación de Variables

**Variable I:** Aplicación del Programa Reforma de Vida.

- Subvariable 1.1  
Detección precoz del síndrome metabólico premórbido
- Subvariable 1.2  
Estilos de vida saludable
- Subvariable 1.3  
Estado de salud percibido

- Subvariable 1.4  
Ausencias laborales por enfermedades prevenibles

### 2.3.2 Operacionalización de Variables

Tabla 1

Variables/ sub variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
Aplicación del Programa Reforma de Vida	Conjunto de planes y acciones medico sociales para valorar y fortalecer los estilos de vida saludables del asegurado, especialmente del trabajador activo de las empresas, con el fin de contribuir a la formación de Empresas comprometidas con la Salud de sus trabajadores (EsSalud, 2015).	Participación o no en el Programa Reforma de Vida-EsSalud (SI) (NO)	Habilidades para la detección precoz de síndrome metabólico  Cambios en los estilos de vida  Cambios en el estadio de salud  Referencias de ausencias laborales	Participación del trabajador	Nominal (Si) (No)
Competencias para la detección precoz de síndrome metabólico pre mórbido	Percepción de las competencias para la detección precoz del síndrome metabólico (EsSalud, 2015)	Auto-referencia de pruebas tomadas según encuesta estructurada.	Cálculos de indicadores físicos para determinar síndrome metabólico	- IMC - DSA	Razón (Si) (No) (Si) (No)
			- Pruebas basales para determinar síndrome metabólico	- PA (S/D) - Glucemia Basal - Insulina basal - Proteinuria basal - Leptina basal - colesterol total - Colesterol –HDL - Colesterol –LDL - Triglicéridos - Resistencia a Insulina	Razón (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No)
			Diagnósticos	- Síntomas de diabetes - Síndrome de RI - Hipertensión - Displícemia - Obesidad central	Razón (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No)
			Antecedentes familiares	- Diabetes - Hipertensión - Dislipidemias	Razón (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No)
			Antecedentes personales	- Diabetes - Hipertensión - Dislipidemias	Razón (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No)



Estilos de Vida Saludable	Practica de alimentación celeste, terrestre y humana basada en los paradigmas ecológicos, hipocrático y arminia con la naturaleza (EsSalud, 2011)	Autoreferencia sobre estilos de vida según encuesta estructurada.	Consumo de tabaco, alcohol Consumo de productos azucarado y harinas Cambios de peso por dietas Descanso Actividad física	Grado percibido de estilo de vida . Muy Saludable . Saludable . No saludable	Intervalo (17-24 pts.) (8-16 pts.) (1-8 pts.)
Estado de salud percibido	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1990)	Valoración subjetiva del estado de salud individual	Problemas de salud física Problemas de salud mental Uso de servicios de salud Consumo de medicamentos Tareas domésticas Funcionalidad en la dinámica familiar	Grado percibido del estado de salud . Bueno . Regular . Malo	Intervalo (21-30 pts.) (11-20 pts.) (1-10 pts.)
Ausencia laboral por enfermedad prevenible	Ausentismo laboral por síntomas de síndrome metabólico premórbido (OIT, 2014)	Autoreferencia e absentismo según periodos de tiempo.	Ausentismo involuntario	Ausentismo en dos semanas Absentismo en los últimos 3 meses Absentismo en el año	Razón (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No)

## 2.4 Población, muestra y muestreo

### 2.4.1 Población

Población lo constituyeron los 12,700 asegurados (trabajadores activos) en EsSalud que se atienden en el Policlínico Víctor Larco Herrera.

### 2.4.2 Muestra

Población lo constituyeron los 120 asegurados en EsSalud (trabajadores activos) que se atienden en el Policlínico Víctor Larco Herrera: 60 que participaron del Programa Reforma de Vida EsSalud en el último año y 60 que no lo hicieron.

### **2.4.3 Muestreo**

Se usó un muestreo estratégico por asignación, no probabilístico. No se necesita fórmula probabilística para calcular una muestra. Es la decisión del investigador la que determina el tamaño de la muestra. Toma en consideración necesidad y posibilidad para el abordaje de la población en estudio.

### **2.4.4 Unidad de análisis**

Asegurados en EsSalud (trabajadores activos) que se atienden en el Policlínico Víctor Larco Herrera.

### **2.4.5 Criterios de inclusión**

- Trabajadores activos afiliados a EsSalud en el distrito Víctor Larco Herrera de la ciudad de Trujillo que participaron del programa Reforma de vida.
- Que no presentan problemas psicológicos al momento de la encuesta
- Que acepten voluntariamente colaborar con el estudio

### **2.4.6 Criterios de exclusión**

- Trabajadores que se encontraron viviendo situaciones que pueden alterar su autoreferencia o percepción: Ascitis, Hernia abdominal, Cirugía mayor abdominal en el último año, presencia de embarazo o parto en el último año, diagnóstico médico de insuficiencia cardiaca congestiva, personas institucionalizados (ingresados en hospital al momento del estudio), ganancia o pérdida de 5 o más kg. En los últimos 6 meses, diabetes en tratamiento insulínico si la edad de comienzo de la enfermedad es anterior a los 35 años
- No aceptar voluntariamente colaborar con el estudio.

## 2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

### 2.5.1 Técnica de recolección de datos

Aplicación de encuestas con abordaje persona a persona.

### 2.5.2 Instrumento

Test multidimensional para medir los efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida –EsSalud en asegurados del distrito Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017. (Chávez y Zavaleta, 2017). Este test consta de 57 ítems: 3 ítems corresponden a datos de filiación (sexo, edad y Estado civil); 24 ítems sobre la detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico; 12 ítems sobre estilos de vida saludables, 15 ítems sobre el estado de salud percibido y; 3 ítems sobre ausencias laborales.

### 2.5.3 Validación y confiabilidad del instrumento.

La validación y confiabilidad del Test multidimensional para medir los efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida –EsSalud en asegurados del distrito Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017, se realizó a través de un estudio psicométrico (estudio piloto) aplicado en 38 trabajadores activos asegurados en EsSalud y que se atienden en Policlínico Víctor Larco Herrera de Víctor Larco, Trujillo.

Tabla 2: Ficha Técnica de validación y confiabilidad del Test multidimensional para medir los efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida –EsSalud en asegurados, 2017.

Titulo:	Test multidimensional para medir los efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida –EsSalud en asegurados, 2017.
Autores:	Clara Milagros Chávez Yparraguirre Gladys Socorro Zavaleta Huaccha
Asesora	Dra. Miryan G. Lora Loza
Fecha	Julio-Agosto del 2017.

Contexto y población:	Población trabajador activo asegurado en EsSalud ciudad de Trujillo. 38 trabajadores de los cuales 21 fueron de sexo femenino y 17 masculino; 12 presentaron edades menores de 35 años y 26 de 35 a más años de edad; 13 eran solteros, 24 casados y 1 divorciado.
Estructura	<p>Se estructuró la prueba en 5 parcelas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datos de filiación 3 ítem (sexo, edad y Estado civil)</li> <li>- Detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico; 24 ítems</li> <li>- Estilos de vida saludables; 12 ítems</li> <li>- Estado de salud percibido; 15 ítems</li> <li>- Ausencias laborales por enfermedades prevenibles, con 3 ítems.</li> </ul>
Resultados de fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prueba total: Alfa de Cronbach 0,990; Total de elementos 54; media = 102,08; Varianza = 189,804; desviación estándar = 13,777; medias promedio 0,990; rango 0,985 – 0,994; Sig. 0,000.</li> <li>- Parcela: Detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico: Alfa de Cronbach 0,975; Total de elementos 24; media = 45,29; Varianza = 37,292; desviación estándar = 6,107; medias promedio 0,975; rango 0,962 – 0,985; Sig. 0,000.</li> <li>- Parcela: Estilos de vida saludables: Alfa de Cronbach 0,959; Total de elementos 12; media = 22,84; Varianza = 8,785; desviación estándar = 2,964; medias promedio 0,959; rango 0,937 – 0,976; Sig. 0,000.</li> <li>- Parcela: estado de salud percibido: Alfa de Cronbach 0,969; Total de elementos 15; media = 28,32; Varianza = 15,952; desviación estándar = 3,994; medias promedio 0,969; rango 0,952 – 0,981; Sig. 0,000.</li> <li>- Parcela: Ausencias por enfermedades prevenibles: Alfa de Cronbach 0,862; Total de elementos 3; media = 5,63; Varianza = 0,780; desviación estándar = 0,883; medias promedio 0,862; rango 0,764 – 0,924; Sig. 0,000.</li> </ul>
Conclusiones	La aplicación de la prueba es recomendada para realizar un análisis de tipo evaluativa; partiendo de la descripción de los resultados obtenidos en la toma de medidas psicométricas para la determinación de los efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida –EsSalud en asegurados atendidos en el EsSalud Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017.

## **2.6 Métodos de Análisis de Datos**

- Se establecieron categorías para cada subvariable que mide los efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida –EsSalud en asegurados del distrito Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017. Anexo 2.
- No se utilizaron caracteres especiales o espacios en blanco.
- Una vez establecidas las categorías de códigos se ingresaron los datos directamente a la computadora, utilizando como ayuda el programa estadístico SPSS /PC+V22.0
- Los datos se presentaran en tablas de doble y múltiple entrada, con frecuencia simple y ponderada.
- EL análisis estadístico giró en torno a la Prueba de Chi cuadrado ( $X^2$ ) para comparar la distribución de las frecuencias, según las variables y sus categorías, entre el grupo control y grupo experimento, bajo el supuesto de homogeneidad de los resultados en las poblaciones. Pues de acuerdo a los objetivos del estudio nos interesa determinar el efecto la aplicación del Programa Reforma de Vida –EsSalud en asegurados del distrito Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017. Se establece un nivel de significancia para una  $X^2$  de  $p < 0,05$ .

## **2.7 Aspectos éticos**

Cumpliendo los principios básicos de la Declaración de Helsinki, el presente trabajo de investigación contempló los principios éticos del Reporte Belmont, de respeto a las personas, que trata de la protección a la autonomía de las personas, y de beneficencia, en la que se intenta acrecentar los beneficios y disminuir los daños posibles de una intervención. Todos los datos recolectados serán estrictamente confidenciales y anónimos, y sólo el personal investigador tendrá acceso a ellos.

Además contempló la Pauta 1 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (Ginebra; 2002); donde menciona que los investigadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos generalmente aceptados y se basen en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente.

También se consideró la Pauta 4 y 5 de CIOMS en el desarrollo de la investigación, mediante el Consentimiento Informado y que la participación es voluntaria. Así el individuo es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho.

Además, para garantizar la originalidad del presente trabajo se utilizó como herramienta de control al programa de investigación tipográfica "Turnitin", que controla los potenciales contenidos no originales mediante una comparación de los documentos enviados a varias bases de datos, utilizando un algoritmo propietario, mostrando las coincidencias de texto con otros documentos, así como un enlace al documento original.

### III. RESULTADOS

**Tabla 3.**

*Efectos del Programa Reforma de Vida - EsSalud sobre las competencias para la detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico y su tratamiento oportuno en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017.*

COMPETENCIAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES RELACIONADAS AL SÍNDROME METABÓLICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO		PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA REFORMA DE VIDA			
		SI		NO	
		(Experimento)		(Control)	
		Nº	%	Nº	%
<b>IMC</b>	SI	60	100,0	58	96,7
	NO	0	0,0	2	3,3
Total		60	100,0	60	100,0
<b>PAB</b>	SI	59	98,3	59	98,3
	NO	1	1,7	1	1,7
Total		60	100,0	60	100,0
<b>Presión Arterial</b>	SI	59	98,3	60	100,0
	NO	1	1,7	0	0,0
Total		60	100,0	60	100,0
<b>Glucemia Basal</b>	SI	58	96,7	56	93,3
	NO	2	3,3	4	6,7
Total		60	100,0	60	100,0
<b>Colesterol Total</b>	SI	60	100,0	59	98,3
	NO	0	0,0	1	1,7
Total		60	100,0	60	100,0
<b>Colesterol –HDL</b>	SI	60	100,0	60	100,0
	NO	0	0,0	0	0,0
Total		60	100,0	60	100,0
<b>Colesterol –LDL</b>	SI	60	100,0	60	100,0
	NO	0	0,0	0	0,0
Total		60	100,0	60	100,0
<b>Triglicéridos</b>	SI	60	100,0	60	100,0
	NO	0	0,0	0	0,0
Total		60	100,0	60	100,0
<b>Le Diagnosticaron Síntomas De Diabetes</b>	SI	3	5,0	0	0,0
	NO	57	95,0	60	100,0
Total		60	100,0	60	100,0
<b>Hipertensión</b>	SI	16	26,7	3	5,0
	NO	44	73,3	57	95,0
Total		60	100,0	60	100,0

Continuación Tabla 3

COMPETENCIAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES RELACIONADAS AL SÍNDROME METABÓLICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO		PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA REFORMA DE VIDA			
		SI		NO	
		(Experimento)		(Control)	
		Nº	%	Nº	%
<b>Dislipidemia</b>	SI	58	96,7	2	3,3
	NO	2	3,3	58	96,7
Total		60	100,0	60	100,0
<b>Obesidad Central</b>	SI	27	45,0	3	5,0
	NO	33	55,0	57	95,0
Total		60	100,0	60	100,0
Antecedentes familiares de Diabetes	SI	48	80,0	11	18,3
	NO	12	20,0	49	81,7
Total		60	100,0	60	100,0
Antecedentes familiares de Hipertensión	SI	12	20,0	8	13,3
	NO	48	80,0	52	86,7
Total		60	100,0	60	100,0
Antecedentes familiares de Dislipidemia	SI	0	0,0	1	1,7
	NO	60	100,0	59	98,3
Total		60	100,0	60	100,0
Antecedentes personales Diabetes	SI	1	1,7	0	0,0
	NO	59	98,3	60	100,0
Total		60	100,0	60	100,0
Antecedentes personales de Hipertensión	SI	2	3,3	0	0,0
	NO	58	96,7	60	100,0
Total		60	100,0	60	100,0
Antecedentes personales de Dislipidemia	SI	1	1,7	0	0,0
	NO	59	98,3	60	100,0
Total		60	100,0	60	100,0

La Tabla 3 nos muestra que los participantes del “Programa Reforma de Vida EsSalud” tienen mayores competencias, que quienes no participan en él, para detectar precozmente problemas de salud a través de indicadores como: Glucemia basal, colesterol total, diagnóstico de síntomas de diabetes, hipertensión, dislipidemia, obesidad central, antecedentes familiares de hipertensión, antecedentes personales de diabetes, antecedentes personales de hipertensión y antecedentes personales de dislipidemia.



**Tabla 4.** *Análisis estadístico de la varianza (F) entre grupos (Participantes y no participantes del Programa Reforma de Vida) sobre las competencias para la detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico y tratamiento oportuno en asegurados atendidos en el EsSalud Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017.*

VARIANZA (F) ENTRE GRUPOS SOBRE LAS COMPETENCIAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES RELACIONADAS AL SÍNDROME METABÓLICO Y TRATAMIENTO				
	OPORTUNO	X <sup>2</sup>	GI	Sig.
IMC		2,034	1	,154
PAB		,000	1	1,000
Presión Arterial		1,008	1	,350
Colesterol Total		xx	xx	xx
Colesterol –HDL		xx	xx	xx
Colesterol –LDL		xx	xx	xx
Triglicéridos		xx	xx	Xx
Le Diagnosticaron Síntomas De Diabetes		3,077	1	,079
Hipertensión		10,566	1	,001
Dislipidemia		104,533	1	,000
Obesidad Central		25,600	1	,000
Antecedentes Familiares De Diabetes		45,646	1	,000
Antecedentes Familiares De Hipertensión		,960	1	,327
Antecedentes Familiares De Dislipidemia		1,008	1	,315
Antecedentes Personales Diabetes		1,008	1	,315
Antecedentes Personales De Hipertensión		2,034	1	,154
Antecedentes Personales De Dislipidemia		1,008	1	,315

La Tabla 4, muestra que en cuanto a las competencias para identificar problemas de hipertensión, dislipidemia, obesidad central y antecedentes personales de diabetes no existe homogeneidad y por lo tanto que hay diferencias significativa favorable al grupo de participantes del Programa Reforma de Vida ( $p < 0,05$ ). Sobre el resto de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico las muestras son homogéneas ( $p > 0,05$ ). Se puede afirmar que el Programa Reforma de Vida, tiene un efecto positivo y significativo sobre la detección precoz y tratamiento oportuno de la hipertensión, dislipidemia, obesidad central y antecedentes personales de diabetes, con 0,001; 0,000; 0,000; y 0,000, posibilidades de equivocarnos.

**Tabla 5.** Efectos de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud sobre los estilos de vida saludables en asegurados atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE	PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA REFORMA DE VIDA			
	SI		NO	
	(Experimento)		(Control)	
	Nº	%	Nº	%
MUY SALUDABLE	60	100,0	56	93,3
SALUDABLE	0	0,0	4	6,7
NO SALUDABLE	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

X <sup>2</sup>	Gl	Sig.
4,138	1	,042

La Tabla 5 nos muestra que el 100% del grupo que participa en el “Programa Reforma de Vida” de EsSalud presenta un estilo de vida muy saludable, mientras que el grupo que no lo hace, el 93,3% presenta un estilo de vida muy saludable. No existe homogeneidad en la distribución de las muestras y por tanto hay diferencias significativa ( $X^2= 4,138$  con un Sig.  $p<0,05$ ). Es decir, se puede afirmar que el Programa Reforma de Vidas tiene un efecto positivo sobre el estilo de vida del asegurado con ,042 posibilidad de equivocación.

**Tabla 6.** Efecto de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud sobre el estado de salud a nivel general en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017.

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA REFORMA DE VIDA			
	SI (Experimento)		NO (Control)	
	Nº	%	Nº	%
BUENO	60	100,0	58	96,7
REGULAR	0	0,0	2	3,3
MALO	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

X <sup>2</sup>	Gl	Sig.
2,034	1	,154

La Tabla 6 nos muestra que el 100% del grupo que participa en el “Programa Reforma de Vida” de EsSalud percibe su estado de salud como bueno, mientras que el grupo que no lo hace, el 96,7% percibe su estado de salud como bueno. Las muestras son homogéneas, no hay diferencia significativa en la distribución de los resultados entre los grupos ( $X^2= 2,034$  con un Sig. ,154). Es decir, se puede afirmar que el Programa Reforma de Vidas no tiene efecto alguno sobre la percepción del asegurado respecto a su estado de salud.

**Tabla 7.** Efecto de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud sobre las ausencias laborales por enfermedad prevenible en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017.

AUSENCIAS LABORALES POR ENFERMEDADES PREVENIBLES		PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA REFORMA DE VIDA			
		SI		NO	
		(Experimento)		(Control)	
		Nº	%	Nº	%
AUSENTISMO EN EL AÑO	SI	53	88,3	13	21,7
	NO	7	11,7	47	78,3
Total		60	100,0	60	100,0
AUSENTISMO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES	SI	0	0,0	3	5,0
	NO	60	100,0	57	95,0
Total		60	100,0	60	100,0
AUSENTISMO EN DOS SEMANAS	SI	28	46,7	1	1,7
	NO	32	53,3	59	98,3
Total		60	100,0	60	100,0

	X <sup>2</sup>	Gl	Sig.
Ausentismo en el año	33,149	1	,000
Ausentismo en los últimos tres meses	3,077	1	,079
Ausentismo en dos semanas	53,872	1	,000

La Tabla 7 nos muestra que el ausentismo laboral durante el año es de (88,3%) en participantes del Programa y de 21,7% en no participante. El ausentismo en los últimos tres meses es de 0,0% en participantes del programa y de 5,0% en no participantes. El ausentismo en dos semanas es de 46,7% en participantes del programa y de 1,7% en no participantes. No existe homogeneidad en la distribución de las muestras en el ausentismo en el año (con  $X^2 = 33,149$  y sig. 0,000) y en las dos semanas (con  $X^2 = 53,872$  y sig. 0,000). Las diferencias significativas son favorables al grupo de no participantes del Programa. Existe homogeneidad en la distribución de las muestras entre grupo experimento y grupo control en cuanto a ausentismo en los últimos tres meses (con  $X^2 = 3,077$  y sig. 0,079) La diferencia es favorable al grupo que si participo del programa pero no es significativo.

#### IV. DISCUSIÓN

Enriquecer la actividad preventiva-promocional en los asegurados desde el campo de la educación, información y comunicación es una responsabilidad que atañe a cada uno de los operadores de la salud. Sin embargo, no se trata solo de educar, transferir información y conocimientos para llevarlos o encaminarlos a un cambio en sus estilos de vida por estilos de vida saludables y un mejor estado de salud, que sería lo ideal, pero finalmente utópico. Estos procesos por ser variados y cambiantes dependen de un conjunto de factores y elementos atravesados con rasgos de saber hacerlo con placer, con gusto, como un ejercicio de libertad y experiencia creadora (ONU, 2015).

En el presente estudio, este precepto que pocos lo siguen y que muchos publican y “lo hacen suyo”, ha quedado demostrado suficientemente como una verdad y, para que podamos disfrutar de ello, hemos dividido imaginariamente nuestros resultados en dos planos: hallazgos descriptivo-comparativos (frecuencia simple y ponderada) y de aplicación de las medidas y pruebas estadísticas para determinar las diferencias de los resultados entre el grupo experimento y grupo control. Esta última opción está de acuerdo a los objetivos del estudio y a la necesidad de contrastación de la hipótesis de estudio. En este sentido, esperamos que cada resultado que repasemos, representen una oportunidad de un nuevo redimensionamiento de la labor preventiva promocional en EsSalud y específicamente en torno al “Programa Reforma de Vida”.

La **Tabla 3** nos muestra que los participantes del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud tienen mayores competencias, que los que no participan en él, para detectar precozmente problemas de salud a través de indicadores como IMC, glucemia basal, insulina basal, colesterol total, diagnóstico de síntomas de diabetes, hipertensión, dislipidemia, obesidad central, antecedentes familiares de hipertensión, antecedentes personales de diabetes, antecedentes personales de hipertensión y antecedentes personales de dislipidemia. Sin embargo, como se muestra en la **Tabla 4**, la diferencia entre grupos ( $X^2$ ) favorable al grupo de participantes del Programa Reforma de Vida, solo es significativa ( $p < 0,05$ ) en cuanto a las competencias para identificar problemas de hipertensión, dislipidemia,

obesidad central y antecedentes personales de diabetes. Sobre el resto de competencias para identificar enfermedades relacionadas al síndrome metabólico y tratamiento oportuno no existe una diferencia significativa entre los grupos ( $p > 0,05$ ). Consecuentemente, se puede afirmar que el “Programa Reforma de Vida” influye significativamente sobre las competencias del asegurado para la detección precoz de enfermedades del síndrome metabólico y tratamiento oportuno en lo relativo a hipertensión, dislipidemia, obesidad central y antecedentes personales de diabetes, con 0,001; 0,000; 0,000; y 0,000, posibilidades de equivocarnos.

Estos resultados, sin forzar demasiado la comparación, pueden considerarse similares a los reportados por Cáceres y Vásquez (Perú, 2016). Encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupo de participantes y no participantes del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud en las competencias para identificar indicadores del perímetro abdominal ( $p < ,05$ ), triglicéridos ( $p < ,05$ ), glicemia ( $p < ,05$ ), presión arterial sistólica ( $p < ,05$ ), presión arterial diastólica ( $p < ,05$ ) a excepción del colesterol (HDL ( $p < ,05$ )).

La explicación de estos resultados podemos encontrarla desde muchos puntos de vistas, sobre todo de aquellos asociados a distintas formas de valorar el papel de los programas de intervención basados en la educación, transferencia de información y conocimientos, cuya naturaleza es desarrollar procesos de pensamientos abiertos al cambio de estilos de vida saludables, porque estos marcan en el hombre sus necesidades de información en los distintos campos del conocimiento y practica preventiva y promocional en salud (OPS, 2014).

Pero no es un secreto que EsSalud no se caracteriza por el énfasis en la prevención y promoción de la salud. Sus prioridades son las atenciones curativas o reparativas de la salud; sin embargo, una serie de demandas sociales y culturales están alentando que los programas preventivos – promocionales de esta institución se desarrollen con mayor campo de acción y proyección; asimismo, muestren mayor evidencia de su eficacia (Merino, Arroyo y Silva, 2014). Las universidades acompañan estos procesos con la formación profesionales en salud que orientan su accionar en temas prioritarios de la prevención y promoción de la salud. Es más,

diríamos que estamos viviendo la era de la influencia más fuerte del pensamiento salubrista preventivo promocional. Esta corriente se aglutina en programas como “Reforma de Vida” de EsSalud y otros (OPS, 2014).

Esto demuestra que la prevención y promoción de la salud en instituciones como EsSalud ofrezcan la posibilidad de un cambio en la visión y misión de dicha institución y se ubiquen en mejor perspectiva en el ideario social o la agenda prioritaria de las políticas de dicha institución. No se trata de temas que mediáticamente interesan más al público o de temas que trabajen estrategias que hacen frente a “necesidades reales” que genera la vida en las grandes ciudades, pero sí ayudan a salvar vidas (Pineault, Daveluy, 1994).

Es decir, las necesidades de la prevención y promoción de la salud a través de programas como “Reforma de Vida” son importantes cuando podemos encontrar tiempos y espacios para pensar acerca de y dónde encontrar ayuda o soluciones a los problemas de la seguridad social y la atención de la salud. De hecho esta paradoja traza los procesos de atención asistencialista reparativa y dominadas por procesos culturales que unas veces significan reconversión a la “cultura” de la atención médica tradicional, y otras formas de alienación médico-social e incluso, del despilfarro, a la que podríamos llamar del “tírese después de usado” (OPS, 2014).

Es bien sabido que para los programas como “Reforma de Vida”, para ser eficaces tienen que convertirse en prioritarios en el sistema de atención o prestación de servicios en EsSalud (ya dijimos que se trata de una utopía) y que para un asegurado resulta muy difícil entenderlo, sobre todo cuando requiere de la atención asistencial de urgencia o emergencia. Adquirir el hábito de prevenir la enfermedad requiere estímulos: ¿qué hacer, cómo y para qué hacer? (Rodríguez y Bélanger, 2014). La atonía, el inmovilismo, la involución ideológica del mundo actual del asegurado en EsSalud, el nunca poder practicar un estilo de vida saludable para adquirir el hábito, hace más plena la indigencia de los programas como “Reforma de Vida” como para querer cambiar una discriminación de sus propósitos ante las oleadas de objetos, procesos sociales, naturales y del conocimiento que se vienen

encima en la era actual y demandan de reparación y atención a la demanda en salud (Repullo, 2013).

En muchas sociedades del mundo actual la población acepta y asume con satisfacción los límites que le marcan a los programas como “Reforma de Vida”. Es más, los medios de comunicación de masas terminan haciéndolos prisioneros de los silencios y los reducen a su propia capacidad de llegada a los asegurados. No hace falta decir que esta es la condición ideal para la manipulación de los pueblos, como señala Wright, (2008) abandonar estos programas médicos-sociales de prevención y promoción de la salud.

Los asegurados en la sociedad actual no solo han perdido el hábito de la prevención y promoción de la salud, sino que en su mayoría nunca oyeron hablar de ello y aunque sepan y sean capaces de prevenir una enfermedad por sentido común, no saben de qué se trata (Rodríguez y Bélanger, 2014). Pero, estos asegurados no sólo son incapaces de prevenir una enfermedad o promocionar salud con sus comportamientos y actitud individual y colectiva, sino que, son asimismo incapaces de seguir el desarrollo de los procesos preventivos promocionales en salud, esto es, son incapaces de seguir una lección, un discurso o una conferencia, porque o bien han perdido el hábito del pensamiento abstracto, o, porque nunca han tenido necesidad de cambiar sus hábitos y estilos de vida, puesto que también hay que aprender a seguir ejemplos en la vida, que de sobra hay en nuestro entorno inmediato (Petracci, Cuberli, Palopoli, 2010).

Si fuéramos más estrictos o más duros con nosotros mismos, diríamos que prevenir la enfermedad y promocionar salud con nuestro propio comportamiento y actitud hacia la vida, significa realizar actividades culturales, prácticas comunicativas insertadas en las formas de vida que siempre nos imaginamos pero nunca las seguimos. Prevenimos la enfermedad y promocionamos salud en nuestro entorno y transmitimos mensajes salubristas cuando hay algo que nos preocupa, nos interesa o tenemos algún interés particular por ello (Rodríguez y Bélanger, 2014). Sin embargo, en la medida que nuestro entorno y nuestra vida cambian dinámicamente, también se puede transformar nuestra manera de hacer



prevención y promoción de salud. De allí la existencia y sustento de programas como “Reforma de Vida” en EsSalud y otras instituciones prestadoras de servicios de salud (Solheim, McElmurry y Kim, 2007).

Esta percepción de los resultados de las tablas 3 y 4 se confirma al revisar los de la **Tabla 5**, en donde ambos grupos en estudio (experimento y control) presentan altos porcentajes de estilos de vida Muy Saludable. No existe homogeneidad en la distribución de las muestras entre ambos grupos, siendo las diferencias entre uno y otro significativas ( $X^2= 4,138$  Sig. ,042). Estos resultados se pueden explicar en la medida que aceptamos que las personas han aprendido a vivir saludablemente, posiblemente por las características mismas de la sociedad actual en donde las personas vivimos en una comunidad más electrónica, participamos en chats, escribimos con correo electrónico, visitamos webs, navegamos por Internet para consultar sobre qué hacer para no enfermarnos, preparar viajes, dar órdenes de transferencia al banco, hacer la compra, divertirnos, etc. Entonces debemos aprender que eso mismo se puede transformar en prevención y promoción de salud manejando nuestros mismos medios y géneros de comunicación e información (Starfield, 2001).

Esto, idealmente interpretado, debería representar un complemento natural para Programas como “Reforma de Vida”. Sin embargo, debemos aprender a luchar contra los peligros que acechan en la red: de todas maneras hay que distinguir las perlas (páginas de calidad, legitimadas por instituciones o editoriales) de la basura (webs incitadoras de la anorexia, las drogas, la violencia), detectar los internautas engañosos, evitar los virus y los gusanos que envían los piratas virtuales (Andrews y Hakken, 2007).

La vida en sociedades como la nuestra tiene sus propias normas para el cuidado de la salud. Disponemos de mayores facilidades para consultas e interconsultas, porque tenemos acceso a textos de diferentes culturas y ámbitos sociales, con estilos de vida diferentes y porque vivimos en un mundo más científico, rodeados de aparatos tecnológicos, atentos a los avances de la investigación (FAO, 2010; Petracci, Cuberli y Palopoli, 2010).

Por ello, la lectura de los resultados sobre los estilos de vida saludable, pasa por señalar la presencia de muchos conceptos y términos específicos y novedosos, exponen conocimientos especializados, pertenecientes a disciplinas científicas y debemos estar al corriente de ellos: los descubrimientos en genómica (clonación, alimentación transgénica), astronomía (viaje a Marte), informática o energías renovables. Ante un titular como Científicos coreanos logran clonar embriones humanos con fines médicos. El experimento que abre camino hacia la curación de la diabetes o el Parkinson (El País, 13-2-04), deberán entender que con fines médicos se refiere sólo a la curación de enfermedades —y no a la clonación de individuos— o que abre camino hacia lo que puede significar la práctica de décadas de investigación en laboratorio antes de alcanzar una medicina fiable (Andrews y Hakken, 2007).

Es decir, estamos ante un mundo que por sí mismo motiva los estilos de vida saludables, pero tenemos que saber llegar a él, aunque vivamos en sus entrañas. Esto no es ciencia-ficción. Somos ya muchos o las grandes mayorías los que hoy tenemos que vivir así... y seremos muchos más en el futuro (FAO, 2010). Hoy podemos experimentar en carne propia la fascinación y la dificultad de los estilos de vida saludables en el mundo virtual. Lo que antes solo se veía en las series televisivas de Viajes a las Estrellas, hoy nos engancha al camino de la superación para engendrar y nutrir las voces de las nuevas generaciones, para impedir que nadie quede callado, para fomentar que se puede llegar a explotar el mundo en que vivimos sin problemas ni excusas (ONU, 2015; Andrews y Hakken, 2007)).

Por otro lado, los resultados de la **Tabla 6** relativos a la percepción del asegurado sobre su estado de salud no muestra una distribución homogénea, es decir, existe homogeneidad en la distribución de las muestras y, por tanto, no hay diferencias significativas ( $X^2 = 2,034$  sig.  $p > 0,05$ ) entre el grupo control y grupo experimento. Esto nos dice que el programa “Reforma de Vida” de EsSalud no interfiere ni predice dicha percepción del asegurado sobre su estado de salud. No se han reportado estudios al respecto.

Estos resultados pueden deberse a que la percepción del estado de salud de las personas es un proceso para conseguir, de forma breve (normalmente no pasará de cinco minutos), una especie de precalentamiento de la mente antes de entrar de lleno en el estudio pormenorizado. Este paso es la mejor forma de entrar en materia, evitando distracciones iniciales, falta de ganas, falta de comprensión etc. Por lo tanto, esta fase es uno de los principales medios favorecedores de la concentración (Ugartetxea, 2001). No se trata de percibir un fenómeno y analizar todo el tema en profundidad, sino obtener una visión global del tema o cuestión, captar la idea general, ver de qué trata exactamente, y los aspectos en que se desglosan el desarrollo del mismo. Lo que sí se debe saber es que la percepción del estado de salud de las personas lo determina el estado de ánimo o estado de bienestar al momento de hacer el ejercicio de pensar o razonar al respecto (Wills, 2011; Ugartetxea, 2001).

Este proceso incluye la formulación de interrogantes basales ¿qué sé de este asunto?, ¿qué quiere decir la forma como me siento hoy?, ¿qué quiere decir que estoy bien de salud? ¿qué es lo más importante para definir que mi estado de salud es bueno?. Porque para conseguir el objetivo de esta primera fase no importa si el estado de salud no queda perfectamente delimitado, ya que será el objetivo de la siguiente fase, la racionalización del fenómeno (Asher et al, 2006). Sin embargo, la percepción implica el hecho de que ya sepamos de qué y de quién estamos hablando. El saber lo que estamos percibiendo o vamos a percibir nos lleva a pensar en generar o incentivar el hábito de autoexamen (Amin et al, 2011). Pero, ocurre que percibir no es un concepto unívoco. Encierra múltiples significados e involucra diversidad de aspectos. Se ha señalado, con gran acierto, que el verbo percibir es mucho más transitivo que el verbo definir, porque no solo se perciben hechos o fenómenos de la naturaleza la sociedad y el pensamiento, sino también las particularidades en las imágenes, escenas, rostros, gestos, etc., etc. (Asher et al, 2006; Amin et al, 2011)

Cuando decimos que aprender a percibir es condición previa para poder -en algún momento- lograr el hábito de percibir correctamente el estado de salud, nos estamos refiriendo a saber percibir cómo el proceso de bienestar biopsicosocial se

puede descodificar o descifrar. Se aprende a reconocer signos y síntomas de salud, a reconocer las relaciones entre las personas y su medio ambiente, etc. (Banissy, Walsh y Ward, 2009). Esta etapa inicial del aprendizaje perceptivo que se da -por lo general- desde la infancia, tiene su prehistoria en el entorno familiar. Esta fase previa posee una trascendental importancia para la creación del hábito de un estado de salud saludable (Amin et al, 2011).

Se puede afirmar que la escuela en ambos grupos en estudio cumplió a cabalidad con la enseñanza que la vida da para percibir las cosas y especialmente nuestro estado de salud como un estado de bienestar básicamente descodificado. Casi todos aprendemos a percibir correctamente las cosas en los primeros años de la niñez. Tenemos que reconocer que la escuela ha cumplido y cumple satisfactoriamente con esta misión importantísima (Repullo, 2013).

Aunque, como es ampliamente conocido, la metodología y la praxis sobre la percepción del estado de salud de las personas ha ido evolucionando y, desde decenios atrás, se encuentra fundamentada en valiosas investigaciones interdisciplinarias, las que han permitido una adecuada comprensión de cómo se producen estos complejos procesos de percibir y definir las cosas, las ideas y los conceptos que, guardando estrecha relación, difieren en todo ser humanos (Bor, Rothen, Schwartzman, Clayton y Seth, 2014).

Esta controversia acarreó múltiples aspectos, como es -por ejemplo- lo que se ha denominado el mito del aprender para percibir y del percibir para aprender, que hacía que la enseñanza del proceso descodificador de la percepción se centrara en los primeros años de vida de las personas, para continuar en los procesos de enseñanza aprendizaje escolarizados (Rodríguez y Belanger, 2014). Actualmente sabemos que ambos procesos son simultáneos y, sobre todo, permanentes. Sabemos que el aprender a percibir las cosas nunca termina. Esto determina que, por ejemplo, hoy sea mucho más claro que cada cosa tiene sus propias particularidades o rasgos diferenciales o comunes, dependiendo con quién se le compare. Que ello finalmente no se reduce al simple proceso decodificados de los

significados y formas, sino que va más allá utilizando nuestros referentes intelectuales y de experiencia ganada (Brem te al 2010).

Actualmente se tiene una visión más profunda y certera de los mecanismos que intervienen en los procesos que influyen en la percepción de los fenómenos, lo que tiene que ver con el desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Hoy en día comprendemos mejor que el percibir y definir los fenómenos en su contexto, son procesos productivos que implican complejas transacciones entre pensamiento y realidad al margen de la voluntad de las personas. Percibir las cosas son procesos psicosociales y culturales de índole tanto personales como sociales (Brem et al 2010).

Los resultados de la **Tabla 7** nos muestran que el ausentismo en el año y en las dos últimas semanas no presenta una distribución homogénea, es decir las diferencias son significativas ( $X^2 = 33,149$  sig, 0,000 y  $X^2 = 53,872$  sig. 0,000 respectivamente) No existen resultados de estudios empíricos con los cuales los podamos contrastar; sin embargo, se pueden explicar bajo los criterios de valoración positiva del trabajo dentro de nuestras formas de comprender la vida laboral. Una relación positiva con el centro laboral y su ambiente generan procesos de pertenencia y una relación especial con las cosas, con nuestro mundo, con los que nos rodean y con nosotros mismos. Al parecer, estos efectos se han dado en los asegurados que participaron en el grupo experimento. Los Talleres del Programa “Reforma de Vida” han resultado ser una herramienta y estrategia válida para disminuir el ausentismo laboral, es decir, se ha aprendido a saber cuándo, cómo y por qué se debe utilizar la ausencia laboral. Se asume con ello el hecho de que los asegurados hayan podido desarrollar una conciencia crítica y control de las actividades laborales y que a su vez han ajustado estas estrategias a su propósito de vida laboral (Serrat, 2014; Aguirre y Martínez, 2006).

Desde este punto de vista se asumen que la ausencia laboral no es asunto de faltar al trabajo por faltar, sino de un proceso en el cual se activan una serie de conocimientos utilizados por el trabajador y que puede refinarse y extenderse con nuevas motivaciones (Akerlof y Shiller, 2009). En este sentido, el ausentismo

laboral es un diálogo entre el trabajador y su posibilidad de generar ausentismo sin encontrar razón alguna en el contexto. Es un proceso de comprensión mediante el cual el asegurado encuentra una configuración de esquemas que ofrecen una explicación adecuada para una situación determinada. Si el asegurado carece de criterio crítico para confrontar una posibilidad de ausentismo laboral sin sentido, no podrá comprender ni su propia situación laboral (Aguirre y Martínez, 2006; Akerlof y Shiller, 2009).

Sin embargo, muchos asegurados olvidan que toda situación del ausentismo está definida por la integración de tres factores: necesidad, oportunidad y derecho, y no toman en cuenta la determinación que ejercen estos factores en dicho proceso, razón por la cual dependen mucho del proceso relacionado con el contexto y la oportunidad. Dejan de lado lo que ellos como trabajadores conocen previamente a través de sus experiencias vital y laboral. Es probable que el desafío de la enseñanza de vida sea desarrollar un saber- trabajar integrando criterios valorativos en su vida laboral, de la misma manera como integran en otros campos de su vida individual y social (Aguirre y Martínez, 2006; Serrat, 2014).

Al parecer el Programa “Reforma de Vida” inclina al asegurado hacia la independencia y la búsqueda de una expresión propia en términos laborales, cada participante en un Taller se hace representante de una idea particular del mundo laboral, de sus obligaciones y derechos, de sus valores y enseñanzas de vida, y a la vez aprende a convivir con las múltiples expresiones e ideas sobre el trabajo de los demás. Para muchos, el Programa “Reforma de Vida” se convierte de esa forma en una veta y en un semillero de voces, expresiones, sentimientos y sensibilidades (Akerlof y Shiller, 2009).

## V. CONCLUSIONES

- El “Programa Reforma de Vida”, tiene un efecto significativo sobre las competencias del asegurado para la detección precoz de enfermedades del síndrome metabólico y tratamiento oportuno en lo relativo a hipertensión, dislipidemia, obesidad central y antecedentes personales de diabetes, con 0,001; 0,000; 0,000; y 0,000, posibilidades de error.
- La aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud tiene un efecto significativo ( $p > 0,05$ ) sobre los estilos de vida del asegurado con 0,042 posibilidades de error..
- La aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud no tiene efecto significativo sobre la percepción de su estado de salud, la distribución de los resultados entre los grupos son homogéneos.
- La aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud tiene un efecto positivo sobre las ausencias laborales inmediatas (últimos 15 días) y el ausentismo durante el año y no sobre el ausentismo durante los tres últimos meses.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Promover el reforzamiento del “Programa Reforma de Vida”, mejorando sus estrategias de transferencias de información, educación y comunicación. El objetivo sería desarrollar las competencias del asegurado sobre otras enfermedades metabólicas como el índice de masa corporal, presión arterial, glucemia basal, insulina basal, etc.
- Promover programas específicos de vida saludable que involucre tanto al asegurado como a su familia. El objetivo sería reforzar sus estilos de vida saludables.
- Promover estrategias de sensibilización en los asegurados para motivarlos a conocer permanentemente su estado de salud general. El objetivo es generar mejores condiciones de aplicabilidad del “Programa Reforma de Vida”.
- Sensibilizar al asegurado sobre las implicancias negativas del ausentismo laboral sin motivo alguno. El objetivo es el redimensionamiento del valor del trabajo en el ideario laboral y social.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre Z y Martínez M. (2006). Influencia de la situación laboral en el ajuste familia-trabajo. España: MAPFRE MEDICINA.
- Akerlof G y Shiller J. (2009). Animal Spirits. Cómo influye la psicología humana en la economía. España: Editorial Planeta de Agostini, Barcelona.
- Amin M, Olu O, Claessen L, Sobczak M, Ward J, Williams A y Sagiv N. (2011) Comprender la personificación del grafema: ¿una sinestesia social?. Revista Europsychology, 2011: 5, 255-282.
- Andrews B, Hakken D. (2007). Educational technology: A theoretical discussion, en College English. EE.UU: UNESCO.
- Asher J, Aitken M, Farooqi N, Kurmani S, y Baron S. (2006). Diagnóstico y fenotipado de sinestesia visual: una evaluación preliminar de la prueba revisada de autenticidad (TOG-R). Cortex. 2006; 23(42): 137-146.
- Aschner P, Buendia R, Brajkovich I, Gonzalez A, et al. (2011). Determination of the cutoff point for waist circumference that establishes the presence of abdominal obesity in Latin American men and women. Diab Res Clin Practice. 2011; 93(2):243-7.
- Banco Mundial (2017). La red de asistencia social en el Perú: Hallazgos y Recomendaciones. Washington-EE.UU: BM.
- Banissy M, Walsh V, & Ward J. (2009). Percepción sensorial mejorada en sinestesia. Experimental Brain Research, 2009; 196, 565-571.
- Beunza J, Bes M, Barrio M, Fernández A, Fuente C, Moreno L, Martínez M. (2011). Validación de los componentes del síndrome metabólico autodeclarados en un estudio de cohortes. Gaceta Sanitaria, 2011. 25(4), 303-307

- Bor D, Rothen N, Schwartzman D, Clayton S, Seth A. (2014) Los adultos pueden ser entrenados para adquirir experiencias sinestésicas. *Sci. Rep.* 2014; 4(44) 122-150.
- Brem S, Bach S, Kucian K, Guttorm T, Martin E, Lyytinen H, Brandeis D, y Richardson U. (2010). La sensibilidad del cerebro a la impresión emerge cuando los niños aprenden la letra -correspondencias de sonido de voz. *Actas de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de América*, 107, 7939-7944.
- Cáceres K, y Vásquez S. (2016). Efectividad del programa “Plan de Reforma de Vida” en el síndrome metabólico en trabajadores de empresas privadas de Lima Este, 2015. Perú: UPU
- Coila, M. (2016). Actividad física y educación alimentaria en pacientes con síndrome metabólico, usuarios del Programa Reforma de Vida Renovada del Hospital III ESSALUD, Puno 2015. Perú: UNA-Puno.
- Consenso Latinoamericano de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) (2010). Epidemiología, diagnóstico, control, prevención y tratamiento del síndrome metabólico en adultos. *Rev Asoc Latinoam Diab.* 2010;18(1):25-44.
- Dennis, R. (2000). The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15, 355-367.
- EsSalud (2015). Programa “Reforma de Vida”. Perú: EsSalud. Informe Anual.
- Fernández D, Félix F, Lozano L, Pérez J, Sanz H, Cabrera A, Hidalgo A, Morcillo Y, Tejero V, Álvarez P. (2011). Prevalencia de síndrome metabólico según las nuevas recomendaciones de la OMS: Estudio HERMEX. Suiza: *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 519-524.

Fernández M. (2016). Factores de riesgo que influyen en la prevención y promoción de la salud del personal que labora en el Hospital I Moche, en el periodo de Abril – Noviembre en el año 2015. Perú: UNT

Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, Organización Mundial de la Salud, El Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas y División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (UNICEF/OMS/BM/ONU, 2017). Niveles y Tendencias de la Mortalidad Infantil. Informe 2017. Estimaciones elaboradas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la estimación de la mortalidad infantil. U.S.A.: UNICEF.

Gallegos, A. (2016). Influencia del tratamiento dietético en la recuperación de pacientes con Síndrome Metabólico del programa Reforma de Vida Renovada del Hospital II EsSalud Ilo, Agosto - Noviembre 2015. Perú: UNAP

Hernández R, Fernández C, Baptista P. (2012). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

Merino, B.; Arroyo, H. & Silva, J. (2014). La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Parte II: Libro de Evidencia. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2004). Formación en Promoción y Educación para la Salud. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Madrid: MINSACON.

Moleko, M. (2011). Influencia y originalidad en la evaluación centrada en la utilización de Michael Quinn Patton. Sur África: Universidad de Stellenbosch, Sur África.

NUTRINET. [Página Principal en Internet]. Lima: Nutrinet Perú [consultado 08 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://peru.nutrinet.org/politicas-publicas/programas-sociales>

Oficina Internacional del Trabajo y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (OIT/CEPAL, 2013). Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. Suiza: OIT/CEPAL, 2013.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT: 2016). Estudio General de las memorias relativas al Convenio sobre la inspección del trabajo, 1947 (núm. 81), y el Protocolo de 1995 del Convenio sobre la inspección del trabajo, 1947, y la Recomendación sobre la inspección del trabajo, 1947 (núm. 81), la Recomendación sobre la inspección del trabajo (minas y transporte), 1947 (núm. 82), el Convenio sobre la inspección del trabajo (agricultura), 1969 (núm. 129), y la Recomendación sobre la inspección del trabajo (agricultura), 1969 (núm. 133). Informe III (1B), Conferencia Internacional del Trabajo, 95.<sup>a</sup> reunión de Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2010). La carta de Toronto para la actividad física, un llamado global para la acción Toronto. Canadá: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). El Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud. Ginebra. Suiza, 2015.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Llamado a la acción de Toronto 2006-2015: hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Informe de la reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, 2015. Organización Panamericana de la Salud, 2015

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2010). Alimentación Saludable. Chile: FAO

Organización de las Naciones Unidas (2015). Informe del Equipo de Tareas sobre la Brecha de los ODM 2015.

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Toronto, Ontario, Canadá: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.

Organización Panamericana de Salud (2014). Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. Chile: OPS.

Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, 1994. 382 p

Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3rd Sage Publications; Thousand Oaks, CA: 2002.

Patton, M. (2010, setiembre). Evaluación centrada en la utilización con Michael Quinn. Recuperado de <http://ccer.org/service/documents/Michael%20Patton/U-FE%20workshop.pdf>

Patton, M. (2013). Evaluación de la Utilización (U-FE). Recuperado de: <http://www.wmich.edu/evalctr/wp-content/uploads/2013/05/UFE.pdf>

Patton, M. (2015). El Estado de los Métodos Cualitativos en el Siglo XXI: Los 10 Principales Desarrollos de la Última Década y Desafíos Emergentes. Evaluación 2015: Práctica de evaluación en el siglo XXI. España: EVAL.

Petracci M, Cuberli M, y Palopoli A. (2010). Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población, 1-23.

Publicaciones de Sage. (2015). Michael Quinn Patton. Recuperado de: <http://www.sagepub.com/authorDetails.nav?contribId=501968>

- Repullo, J. (2013). *Primaria y estrategias de crónicos: Venciendo reticencias propias e ignorando despropósitos ajenos*. Atención Primaria. España: Sociedad Española de Familia y Comunitaria.
- Robles J. (2013). *Síndrome Metabólico. Concepto y aplicación práctica*. Perú: UNMSM.
- Rodríguez C y Bélanger E. (2014). Historias y metáforas en el sentido de múltiples identidades organizacionales de atención primaria de salud. *BMC Family Practice*. Marzo, 2014, 15 (1) 41.
- Serrat M. (2014). *Estudio pluridisciplinar del absentismo laboral como consecuencia de riesgos y entornos empresariales física y psicológicamente nocivos*. Barcelona- España: UAB.
- Starfield, B. (2001). *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona, España: Masson.
- Ugartetxea, J. (2001) *Motivación y Metacognición, más que una relación*. España: Relieve.
- Wills, E. (2011). *El reto de construir socialmente el bienestar de las personas y de las sociedades*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

#### Test multidimensional para medir los efectos de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de ESSALUD en asegurados del Distrito Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017.

Estimado asegurado el presente estudio tiene por finalidad medir los efectos de aplicación del “Programa Reforma de Vida” de ESSALUD en asegurados del Distrito Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017, por lo que se le pide responder con toda sinceridad todas interrogantes planteadas.

#### A. DATOS DE FILIACIÓN

1. Sexo           ( ) Femenino   ( ) Masculino
2. Edad           ( ) < 35 a años   ( ) 35 - 64 años
3. Estado civil.  
( ) Soltero                   ( ) Casado o en pareja  
( ) Viudo                   ( ) Separado o divorciado

<b>B.</b>	<b>SOBRE DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES RELACIONADAS AL SÍNDROME METABÓLICO.</b>		
4	Le calcularon su índice de masa corporal (IMC)		
5	Le calcularon su perímetro abdominal		
6	Le calcularon su índice de Cocintura, Cociente/Cadera (Ci/Ca)		
7	Le tomaron la presión arterial (sistólica y diastólica)		
8	Le tomaron la prueba de Glucemia basal		
9	Le tomaron la prueba de Insulina basal		
10	Le tomaron la prueba de Proinsulina basal		
11	Le tomaron la prueba de Leptina basal.		
12	Le tomaron la prueba de Colesterol total		
13	Le tomaron la prueba de Colesterol-HDL		
14	Le tomaron la prueba de Colesterol-LDL		
15	Le tomaron la prueba de triglicéridos		
16	Le tomaron la prueba de resistencia a la insulina		
17	Le diagnosticaron síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso) más glucemia $\geq 200$ mg/dl (11,1 mmol/l)		
18	Le detectaron Síndrome de resistencia a la Insulina		
19	Le diagnosticaron hipertensión		
20	Le diagnosticaron dislipidemia (triglicéridos $\geq 180$ mg/dl, $\geq 2.0$ mmol/l y/o colesterol-HDL $< 40$ mg/dl, $< 1.0$ mmol/l)		
21	Le diagnosticaron obesidad central (en varones cociente cintura/ cadera $\geq 0.94$ y en mujeres $\geq 0.80$ )		
22	Tiene antecedentes familiares de diabetes		

23	Tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial		
24	Tiene antecedentes familiares de dislipidemias		
25	Tiene antecedentes personales de diabetes		
26	Tiene antecedentes personales de hipertensión arterial		
27	Tiene antecedentes personales de dislipidemias		
<b>C.</b>	<b>SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES</b>		
28	Es usted fumador desde temprana edad		
29	Es usted fumador desde hace poco menos de 5 años		
30	Consume bebidas alcohólicas muy a menudo		
31	Consume bebidas alcohólicas ocasionalmente		
32	Realiza actividad física habitualmente (ejercicios físicos diarios o una vez por semana)		
33	Realiza actividad física ocasionalmente (ejercicios físicos una o dos veces al mes)		
34	Promueve usted cambios de pesos a través de dietas alimenticias		
35	Consume diuréticos		
36	Hace uso de hormonas esteroideas por alguna razón		
37	Consume productos alimenticios bajos en azúcares y harinas		
38	Consume alimentos balanceados en su alimentación diaria		
39	Descansa lo suficiente con las horas que duerme		
<b>D.</b>	<b>SOBRE EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO</b>		
40	Ha tenido problemas de salud o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses		
41	Ha tenido problemas de salud o enfermedad no crónica con limitaciones		
42	Ha tenido problemas de salud o enfermedad sin limitaciones		
43	Considera que su salud mental es buena		
44	Ha tenido limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses		
45	Ha tenido restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas		
46	Ha hecho uso de servicios de salud y consumo medicamentos		
47	El tiempo desde la última consulta médica es de 1 año o más		
48	El tiempo desde la última consulta médica es de 4 semanas o menos		
49	El tiempo desde la última consulta médica es de Más de 4 semanas y menos de 1 año		
50	Ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses		
51	Ha usado servicios de Urgencias en los últimos 12 meses		
52	Ha consumido medicamentos en las últimas dos semanas		
53	Se ocupa de las tareas del hogar		



54	Es bueno el funcionamiento dentro de la dinámica de su familia		
<b>E.</b>	<b>AUSENCIAS LABORALES POR ENFERMEDAD PREVENIBLES</b>		
55	Ha tenido que ausentarse involuntariamente del trabajo por dolores o síntomas de enfermedades prevenibles en las últimas 2 semanas		
56	Ha tenido que ausentarse involuntariamente del trabajo por dolores o síntomas de enfermedades prevenibles en los últimos tres meses		
57	Ha tenido que ausentarse involuntariamente del trabajo por dolores o síntomas de enfermedades prevenibles en el último año.		

## ANEXO 2

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO  
ESCUELA DE POS GRADO

PROTOCOLO DE MEDICIÓN DEL TEST MULTIDIMENSIONAL PARA MEDIR LOS EFECTOS  
DE LA APLICACIÓN DEL “PROGRAMA REFORMA DE VIDA” DE ESSALUD EN  
ASEGURADOS DEL DISTRITO VÍCTOR LARCO HERRERA, TRUJILLO, 2017.

### A. DATOS DE FILIACIÓN

1. Sexo           ( ) Femenino   ( ) Masculino                           (S/M)
2. Edad           ( ) < 35 a años ( ) 35 - 64 años                           (S/M)
3. Estado civil.   (S/M)
- ( ) Soltero                        ( ) Casado o en pareja
- ( ) Viudo                            ( ) Separado o divorciado

B.	<b>SOBRE DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES RELACIONADAS AL SÍNDROME METABÓLICO.</b>	SI	NO
4	Le calcularon su índice de masa corporal (IMC)	2	1
5	Le calcularon su perímetro abdominal	2	1
6	Le calcularon su índice de Cocintura, Cociente/Cadera (Ci/Ca)	2	1
7	Le tomaron la presión arterial (sistólica y diastólica)	2	1
8	Le tomaron la prueba de Glucemia basal	2	1
9	Le tomaron la prueba de Insulina basal	2	1
10	Le tomaron la prueba de Proinsulina basal	2	1
11	Le tomaron la prueba de Leptina basal.	2	1
12	Le tomaron la prueba de Colesterol total	2	1
13	Le tomaron la prueba de Colesterol-HDL	2	1
14	Le tomaron la prueba de Colesterol-LDL	2	1
15	Le tomaron la prueba de triglicéridos	2	1
16	Le tomaron la prueba de resistencia a la insulina	2	1
17	Le diagnosticaron síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso) más glucemia $\geq 200$ mg/dl (11,1 mmol/l)	2	1
18	Le detectaron Síndrome de Resistencia a la Insulina	2	1
19	Le diagnosticaron hipertensión	2	1
20	Le diagnosticaron dislipidemia (triglicéridos $\geq 180$ mg/dl, $\geq 2.0$ mmol/l y/o colesterol-HDL $< 40$ mg/dl, $< 1.0$ mmol/l)	2	1
21	Le diagnosticaron obesidad central (en varones cociente cintura/ cadera $\geq 0.94$ y en mujeres $\geq 0.80$ )	2	1
22	Tiene antecedentes familiares de diabetes	2	1
23	Tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial	2	1

24	Tiene antecedentes familiares de dislipidemias	2	1
25	Tiene antecedentes personales de diabetes	2	1
26	Tiene antecedentes personales de hipertensión arterial	2	1
27	Tiene antecedentes personales de dislipidemias	2	1
<b>C.</b>	<b>SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES</b>		
28	Es usted fumador desde temprana edad	1	2
29	Es usted fumador desde hace poco menos de 5 años	1	2
30	Consume bebidas alcohólicas muy a menudo	1	2
31	Consume bebidas alcohólicas ocasionalmente	1	2
32	Realiza actividad física habitualmente (ejercicios físicos diarios o una vez por semana)	2	1
33	Realiza actividad física ocasionalmente (ejercicios físicos una o dos veces al mes)	2	1
34	Promueve usted cambios de pesos a través de dietas alimenticias	1	2
35	Consume diuréticos	1	2
36	Hace uso de hormonas esteroideas por alguna razón	1	2
37	Consume productos alimenticios bajos en azúcares y harinas	2	1
38	Consume alimentos balanceados en su alimentación diaria	2	1
39	Descansa lo suficiente con las horas que duerme	2	1
<b>D.</b>	<b>SOBRE EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO</b>		
40	Ha tenido problemas de salud o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses	1	2
41	Ha tenido problemas de salud o enfermedad no crónica con limitaciones	1	2
42	Ha tenido problemas de salud o enfermedad sin limitaciones	1	2
43	Considera que su salud mental es buena	2	1
44	Ha tenido limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses	1	2
45	Ha tenido restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas	1	2
46	Ha hecho uso de servicios de salud y consumo medicamentos	1	2
47	El tiempo desde la última consulta médica es de 1 año o más	2	1
48	El tiempo desde la última consulta médica es de 4 semanas o menos	1	2
49	El tiempo desde la última consulta médica es de Más de 4 semanas y menos de 1 año	1	2
50	Ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses	1	2
51	Ha usado servicios de Urgencias en los últimos 12 meses	1	2
52	Ha consumido medicamentos en las últimas dos semanas	1	2
53	Se ocupa de las tareas del hogar	1	2
54	Es bueno el funcionamiento dentro de la dinámica de su familia	2	1

<b>E.</b>	<b>AUSENCIAS LABORALES POR ENFERMEDAD PREVENIBLES</b>		
55	Ha tenido que ausentarse involuntariamente del trabajo por dolores o síntomas de enfermedades prevenibles en las últimas 2 semanas	1	2
56	Ha tenido que ausentarse involuntariamente del trabajo por dolores o síntomas de enfermedades prevenibles en los últimos tres meses	1	2
57	Ha tenido que ausentarse involuntariamente del trabajo por dolores o síntomas de enfermedades prevenibles en el último año.	1	2

### ANEXO 3

#### RESULTADOS DE ESTUDIOS PSICOMETRICOS DEL TEST ULTIDIMENSIONAL PARA MEDIR LOS EFECTOS DE LA APLICACIÓN DEL “PROGRAMA REFORMA DE VIDA” DE ESSALUD EN ASEGURADOS DEL DISTRITO VÍCTOR LARCO HERRERA, TRUJILLO, 2017

#### POBLACIÓN EN PARTICIPANTE DEL ESTUDIO PILOTO: TRABAJADORES AFILIADOS A ESSALUD CON RESIDENCIA EN EL DISTRITO DE VÍCTOR LARCO HERRERA, 2017.

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>	Femenino	21	55,3
	Masculino	17	44,7
	Total	38	100,0
Edad	<35 años	12	31,6
	35 a mas	26	68,4
	Total	38	100,0
Estado Civil	Soltero	13	34,2
	Casado	24	63,2
	Divorciado	1	2,6
	Total	38	100,0

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,990	,990	54

#### Estadísticas de elementos

		Media	Desviación estándar	N
4	Le calcularon su índice de masa corporal (IMC)	1,92	,273	38
5	Le calcularon su perímetro abdominal	1,87	,343	38
6	Le calcularon su índice de Cocintura, Cociente/Cadera (Ci/Ca)	1,87	,343	38
7	Le tomaron la presión arterial (sistólica y diastólica)	1,87	,343	38
8	Le tomaron la prueba de Glucemia basal	1,87	,343	38
9	Le tomaron la prueba de Insulina basal	1,87	,343	38
10	Le tomaron la prueba de Proinsulina basal	1,92	,273	38
11	Le tomaron la prueba de Leptina basal.	1,89	,311	38
12	Le tomaron la prueba de Colesterol total	1,89	,311	38

13	Le tomaron la prueba de Colesterol-HDL	1,87	,343	38
14	Le tomaron la prueba de Colesterol-LDL	1,89	,311	38
15	Le tomaron la prueba de triglicéridos	1,87	,343	38
16	Le tomaron la prueba de resistencia a la insulina	1,92	,273	38
17	Le diagnosticaron síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso) más glucemia $\geq 200$ mg/dl (11,1 mmol/l)	1,89	,311	38
18	Le detectaron Síndrome de Resistencia a la Insulina	1,84	,370	38
19	Le diagnosticaron hipertensión	1,89	,311	38
20	Le diagnosticaron dislipidemia (triglicéridos $\geq 180$ mg/dl, $\geq 2.0$ mmol/l y/o colesterol-HDL $< 40$ mg/dl, $< 1.0$ mmol/l)	1,95	,226	38
21	Le diagnosticaron obesidad central (en varones cociente cintura/cadera $\geq 0.94$ y en mujeres $\geq 0.80$ )	1,87	,343	38
22	Tiene antecedentes familiares de diabetes	1,87	,343	38
23	Tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial	1,87	,343	38
24	Tiene antecedentes familiares de dislipidemias	1,82	,393	38
25	Tiene antecedentes personales de diabetes	1,92	,273	38
26	Tiene antecedentes personales de hipertensión arterial	1,89	,311	38
27	Tiene antecedentes personales de dislipidemias	1,95	,226	38
28	Es usted fumador desde temprana edad	1,95	,226	38
29	Es usted fumador desde hace poco menos de 5 años	1,87	,343	38
30	Consume bebidas alcohólicas muy a menudo	1,87	,343	38
31	Consume bebidas alcohólicas ocasionalmente	1,89	,311	38
32	Realiza actividad física habitualmente (ejercicios físicos diarios o una vez por semana)	1,89	,311	38
33	Realiza actividad física ocasionalmente (ejercicios físicos una o dos veces al mes)	1,89	,311	38
34	Promueve usted cambios de pesos a través de dietas alimenticias	1,92	,273	38
35	Consume diuréticos	1,92	,273	38
36	Hace uso de hormonas esteroideas por alguna razón	1,87	,343	38
37	Consume productos alimenticios bajos en azúcares y harinas	1,89	,311	38
38	Consume alimentos balanceados en su alimentación diaria	1,89	,311	38
39	Descansa lo suficiente con las horas que duerme	1,97	,162	38
40	Ha tenido problemas de salud o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses	1,92	,273	38
41	Ha tenido problemas de salud o enfermedad no crónica con limitaciones	1,87	,343	38
42	Ha tenido problemas de salud o enfermedad sin limitaciones	1,87	,343	38
43	Considera que su salud mental es buena	1,89	,311	38
44	Ha tenido limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses	1,89	,311	38

45	Ha tenido restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas	1,89	,311	38
46	Ha hecho uso de servicios de salud y consumo medicamentos	1,87	,343	38
47	El tiempo desde la última consulta médica es de 1 año o más	1,87	,343	38
48	El tiempo desde la última consulta médica es de 4 semanas o menos	1,89	,311	38
49	El tiempo desde la última consulta médica es de Más de 4 semanas y menos de 1 año	1,89	,311	38
50	Ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses	1,87	,343	38
51	Ha usado servicios de Urgencias en los últimos 12 meses	1,89	,311	38
52	Ha consumido medicamentos en las últimas dos semanas	1,87	,343	38
53	Se ocupa de las tareas del hogar	1,89	,311	38
54	Es bueno el funcionamiento dentro de la dinámica de su familia	1,92	,273	38
55	Ha tenido que ausentarse involuntariamente del trabajo por dolores o síntomas de enfermedades prevenibles en las últimas 2 semanas	1,87	,343	38
56	Ha tenido que ausentarse involuntariamente del trabajo por dolores o síntomas de enfermedades prevenibles en los últimos tres meses	1,89	,311	38
57	Ha tenido que ausentarse del trabajo por dolores o síntomas de enfermedades prevenibles en el último año.	1,87	,343	38

#### Estadísticas del total de elementos

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
4	100,16	185,434	,577	,990
5	100,21	181,738	,861	,990
6	100,21	181,684	,867	,990
7	100,21	181,630	,873	,990
8	100,21	181,576	,879	,990
9	100,21	183,468	,670	,990
10	100,16	183,001	,910	,990
11	100,18	183,992	,677	,990
12	100,18	183,938	,684	,990
13	100,21	181,630	,873	,990
14	100,18	183,073	,788	,990
15	100,21	181,684	,867	,990
16	100,16	183,650	,821	,990
17	100,18	183,938	,684	,990
18	100,24	181,969	,772	,990
19	100,18	183,830	,697	,990
20	100,13	185,198	,740	,990
21	100,21	181,522	,885	,990
22	100,21	181,630	,873	,990
23	100,21	181,738	,861	,990
24	100,26	181,929	,729	,990
25	100,16	183,001	,910	,990
26	100,18	183,181	,775	,990
27	100,13	186,063	,598	,990
29	100,13	185,198	,740	,990

30	100,21	181,738	,861	,990
31	100,21	181,522	,885	,990
32	100,18	183,181	,775	,990
33	100,18	183,181	,775	,990
34	100,18	181,452	,985	,990
35	100,16	183,758	,806	,990
36	100,16	183,001	,910	,990
37	100,21	181,738	,861	,990
38	100,18	183,289	,762	,990
39	100,18	183,181	,775	,990
40	100,11	187,502	,512	,990
42	100,16	185,542	,563	,990
43	100,21	181,630	,873	,990
44	100,21	181,576	,879	,990
45	100,18	183,235	,769	,990
46	100,18	183,992	,677	,990
47	100,18	183,992	,677	,990
48	100,21	181,630	,873	,990
49	100,21	181,738	,861	,990
50	100,18	181,452	,985	,990
51	100,18	181,452	,985	,990
52	100,21	181,684	,867	,990
53	100,18	183,235	,769	,990
54	100,21	181,684	,867	,990
55	100,18	183,181	,775	,990
56	100,16	183,650	,821	,990
58	100,21	181,576	,879	,990
59	100,18	183,181	,775	,990
60	100,21	181,522	,885	,990

#### Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
102,08	189,804	13,777	54

#### Coefficiente de correlación intraclass

	Correlación intraclass <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,648 <sup>a</sup>	,548	,756	100,390	37	1961	,000
Medidas promedio	,990 <sup>c</sup>	,985	,994	100,390	37	1961	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.



**ESTADÍSTICA DE FIABILIDAD DE LA PERCEPCIÓN SOBRE LA DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES RELACIONADAS AL SÍNDROME METABÓLICO.**

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,975	,975	24

**Estadísticas de elemento**

Ítems	Media	Desviación estándar	N
4	1,92	,273	38
5	1,87	,343	38
6	1,87	,343	38
7	1,87	,343	38
8	1,87	,343	38
9	1,87	,343	38
10	1,92	,273	38
11	1,89	,311	38
12	1,89	,311	38
13	1,87	,343	38
14	1,89	,311	38
15	1,87	,343	38
16	1,92	,273	38
17	1,89	,311	38
18	1,84	,370	38
19	1,89	,311	38
20	1,95	,226	38
21	1,87	,343	38
22	1,87	,343	38
23	1,87	,343	38
24	1,82	,393	38
25	1,92	,273	38
26	1,89	,311	38
27	1,95	,226	38

**Estadísticas de total de elemento**

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
4	43,37	35,374	,567	,975
5	43,42	33,764	,857	,973
6	43,42	33,764	,857	,973
7	43,42	33,710	,871	,973
8	43,42	33,710	,871	,973
9	43,42	34,575	,645	,975
10	43,37	34,401	,879	,973
11	43,39	34,678	,687	,975
12	43,39	34,624	,703	,975
13	43,42	33,656	,885	,973
14	43,39	34,408	,764	,974
15	43,42	33,764	,857	,973
16	43,37	34,563	,826	,974
17	43,39	34,678	,687	,975
18	43,45	33,876	,763	,974
19	43,39	34,570	,718	,974
20	43,34	35,312	,717	,975
21	43,42	33,656	,885	,973
22	43,42	33,656	,885	,973
23	43,42	33,764	,857	,973
24	43,47	33,878	,713	,975
25	43,37	34,401	,879	,973
26	43,39	34,462	,749	,974
27	43,34	35,637	,594	,975

**Estadísticas de escala**

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
45,29	37,292	6,107	24

**Coefficiente de correlación intraclase**

	Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,619 <sup>a</sup>	,513	,735	40,061	37	851	,000
Medidas promedio	,975 <sup>c</sup>	,962	,985	40,061	37	851	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

## ESTADÍSTICA DE FIABILIDAD SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,959	,960	12

### Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
29	1,95	,226	38
30	1,87	,343	38
31	1,87	,343	38
32	1,89	,311	38
33	1,89	,311	38
34	1,89	,311	38
35	1,92	,273	38
36	1,92	,273	38
37	1,87	,343	38
38	1,89	,311	38
39	1,89	,311	38
40	1,97	,162	38

### Estadísticas del total de elementos

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
29	20,89	7,772	,762	,957
30	20,97	7,161	,822	,955
31	20,97	7,161	,822	,955
32	20,95	7,349	,795	,955
33	20,95	7,349	,795	,955
34	20,95	7,132	,937	,951
35	20,92	7,588	,745	,957
36	20,92	7,318	,942	,952
37	20,97	7,161	,822	,955
38	20,95	7,349	,795	,955
39	20,95	7,349	,795	,955
40	20,87	8,225	,573	,960

**Estadísticas de escala**

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
22,84	8,785	2,964	12

**Coefficiente de correlación intraclase**

	Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,661 <sup>a</sup>	,552	,771	24,367	37	407	,000
Medidas promedio	,959 <sup>c</sup>	,937	,976	24,367	37	407	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

## ESTADÍSTICA DE FIABILIDAD SOBRE ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,968	,969	15

### Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
42	1,92	,273	38
43	1,87	,343	38
44	1,87	,343	38
45	1,89	,311	38
46	1,89	,311	38
47	1,89	,311	38
48	1,87	,343	38
49	1,87	,343	38
50	1,89	,311	38
51	1,89	,311	38
52	1,87	,343	38
53	1,89	,311	38
54	1,87	,343	38
55	1,89	,311	38
56	1,92	,273	38

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00042	26,39	14,678	,573	,969
VAR00043	26,45	13,659	,859	,966
VAR00044	26,45	13,659	,859	,966
VAR00045	26,42	14,142	,732	,968
VAR00046	26,42	14,304	,659	,969
VAR00047	26,42	14,196	,708	,968
VAR00048	26,45	13,605	,882	,965
VAR00049	26,45	13,659	,859	,966
VAR00050	26,42	13,602	,982	,963
VAR00051	26,42	13,602	,982	,963
VAR00052	26,45	13,659	,859	,966
VAR00053	26,42	14,142	,732	,968
VAR00054	26,45	13,659	,859	,966
VAR00055	26,42	14,088	,757	,967
VAR00056	26,39	14,245	,791	,967

**Estadísticas de escala**

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
28,32	15,952	3,994	15

**Coefficiente de correlación intraclase**

	Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,673 <sup>a</sup>	,569	,779	31,871	37	518	,000
Medidas promedio	,969 <sup>c</sup>	,952	,981	31,871	37	518	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

**ESTADÍSTICA DE FIABILIDAD SOBRE AUSENCIAS LABORALES POR ENFERMEDAD  
PREVENIBLE**

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,862	,862	3

**Estadísticas de elemento**

	Media	Desviación estándar	N
58	1,87	,343	38
59	1,89	,311	38
60	1,87	,343	38

**Estadísticas del total de elementos**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
58	3,76	,348	,778	,769
59	3,74	,415	,667	,862
60	3,76	,348	,778	,769

**Estadísticas de escala**

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
5,63	,780	,883	3

**Coefficiente de correlación intraclase**

	Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,676 <sup>a</sup>	,519	,802	7,258	37	74	,000
Medidas promedio	,862 <sup>c</sup>	,764	,924	7,258	37	74	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.



**ANEXO 4.**

**BASE DE DATOS DEL ESTUDIO PILOTO**

N o	S	E	E C	Percepción sobre detección precoz de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico																							
				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	
2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
5	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	
7	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
8	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
9	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
10	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
11	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
12	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1
13	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2
14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
16	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
17	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
20	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
22	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
24	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
25	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
26	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
27	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
28	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
29	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
31	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
32	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
33	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
34	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
35	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
36	1	2	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
37	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
38	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2



## ANEXO 5

### PRUEBA DE NORMALIDAD PARA DETERMINAR EL USO DE T STUDENT O WILCOXON

	PARTICIPA DEL PROGRAMA	Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>		
		Estadístico	gl	Sig.
IMC	NO	,540	60	,000
PAB	SI	,535	60	,000
	NO	,535	60	,000
Presión Arterial	SI	,535	60	,000
Glucemia Basal	SI	,540	60	,000
	NO	,538	60	,000
Insulina Basal	SI	,535	60	,000
Colesterol Total	NO	,535	60	,000
Resistencia a la Insulina	SI	,535	60	,000
	NO	,540	60	,000
Le diagnosticaron síntomas de Diabetes	SI	,540	60	,000
Hipertensión	SI	,458	60	,000
	NO	,540	60	,000
Dislipidemia	SI	,540	60	,000
	NO	,540	60	,000
Obesidad Central	SI	,365	60	,000
	NO	,540	60	,000
Antecedentes familiares de Diabetes	SI	,490	60	,000
	NO	,497	60	,000
Antecedentes familiares de Hipertensión	SI	,490	60	,000
	NO	,518	60	,000
Antecedentes familiares de Dislipidemia	NO	,535	60	,000
Antecedentes personales Diabetes	SI	,535	60	,000
Antecedentes personales de Hipertensión	SI	,540	60	,000
Antecedentes Personales de Dislipidemia	SI	,535	60	,000
Estilo De Vida Saludable	NO	,538	60	,000
Estado De Salud Percibido	NO	,540	60	,000
Ausentismo en dos Semanas	SI	,357	60	,000
	NO	,535	60	,000
Ausentismo en los últimos tres meses	NO	,540	60	,000
Ausentismo en el año	SI	,524	60	,000
	NO	,482	60	,000

ANEXO 6



**SOLICITA PERMISO PARA  
APLICACIÓN DE ENCUESTAS  
CON FINES DE INVESTIGACIÓN**

Víctor Larco, 14 de noviembre de 2017

Dra. Roció Azabache Sánchez

Directora Policlínico Víctor Larco Herrera

Es grato dirigirnos a usted para expresarle nuestro fraternal saludo y asimismo informarle que por razones académicas es necesario aplicar encuestas a los usuarios del Programa de Reforma de Vida adscritos al Policlínico de su dirección, en el marco del Proyecto de Investigación: "Efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida en los pacientes del Policlínico Víctor Larco Herrera del distrito de Víctor Larco Herrera del año 2017" a presentar a la Universidad César Vallejo, dentro de la maestría de Gestión de Servicio de Salud.

En atención a lo expuesto, mucho apreciaremos se nos brinde facilidades a las investigadoras: Clara Milagros Chávez Yparraguirre y Gladys Socorro Zavaleta Huaccha, autoras del Proyecto, según el cronograma que a continuación se indica:

Días: del 04 al 22 de diciembre, en el horario de 10 a.m. hasta las 13 p.m.

Encuestadoras: Clara Chávez Yparraguirre y Gladys Zavaleta Huaccha

Esperando contar con su apoyo nos despedimos de usted.

*[Signature]*  
**CLARA CHAVEZ YPARRAGUIRRE**  
DNI N° 17921237

*[Signature]*  
**GLADYS ZAVALA HUACCHA**  
DNI N° 18108371

OFICINA DE DIRECCIÓN  
RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD

PROVENIENDO N° *15/11/17*  
FECHA: *15/11/17*

PASE A:

PARA *Autorización*

*[Circular Stamp: DIRECTOR GENERAL DE ES SALUD]*

## ANEXO 7



### RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1159 -GG-ESSALUD-2007

Lima, 28 de Agosto del 2007

#### VISTA:

La Carta N° 4982-GCPS-ESSALUD-2007 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; y,

#### CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, establece que ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el inciso e) del artículo 2° del citado dispositivo, establece como una de las funciones del Seguro Social de Salud, el formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, de conformidad con lo establecido en el inciso a) del artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 338-PE-ESSALUD-2007, es función de la referida Gerencia Central, el formular y proponer a la Gerencia General los lineamientos de política, objetivos, estrategias, planes y programas de las prestaciones de salud a ser ejecutadas por las Redes Asistenciales, INCOR, Centro de Hemodiálisis y la Gerencia de Oferta Flexible;

Que, en el marco del Plan de Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Saludable, aprobado por Resolución de Gerencia General N° 784-GG-ESSALUD-2007 del 21 de mayo del 2007, se propone el desarrollo de un Programa de Reforma de Vida en el Asegurado: Empresas Saludables, dirigido al trabajador activo de la mediana y gran empresa, con la finalidad de intervenir integralmente en la modificación de sus estilos de vida;

Que, el literal b) del artículo 21° del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-ESSALUD-2007, establece que es competencia del Gerente General dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

#### SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el Programa de "Reforma de Vida en el Asegurado: Empresas Saludables", en el marco del Plan de Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Saludable que forma parte de la presente Resolución.
2. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la gestión y el control del cumplimiento del contenido del Programa aprobado.



**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1159 -GG-ESSALUD-2007**

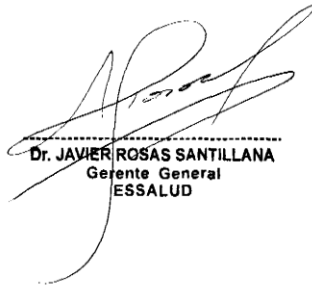
3. **ENCARGAR** a las Redes y Micro Redes Asistenciales, dentro del ámbito geográfico de su competencia, la ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades contenidas en el Programa, de conformidad con las fases de implementación del mismo, las cuales deberán ser coordinadas con la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.



4. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud coordine con la Gerencia Central de Finanzas, lo relacionado con la disponibilidad presupuestaria del presente Programa aprobado.

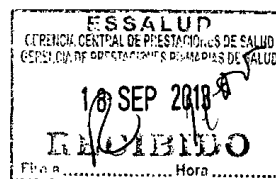


**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



Dr. JAVIER ROSAS SANTILLANA  
Gerente General  
ESSALUD

## ANEXO 8



### RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1207 -GG-ESSALUD-2013

Lima, 17 de setiembre del 2013

#### VISTOS:

La Carta N° 7471-GCPS-ESSALUD-2013, de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, y el Informe Técnico N° 03-GPPS-GCPS-ESSALUD-2013, y;

#### CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de acuerdo con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-ESSALUD-2007, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (ESSALUD), considerando a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud como órgano de línea de la Gerencia General;



Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-ESSALUD-2010, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, en cuyos literales b) y h) del artículo 4° se establece que dicha Gerencia Central tiene por funciones, formular y proponer el desarrollo de modelos, niveles de atención, complejidad y organización a la que deberán ceñirse los Órganos Desconcentrados para ejecutar acciones de prevención, promoción, fomento y recuperación y rehabilitación de la salud; y establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud en sus diferentes niveles y modalidades a fin de garantizar prestaciones de calidad requerida;



Que, el literal d) del artículo 25° del citado Reglamento de Organización y Funciones, establece como una de las funciones de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, el conducir la formulación, implementación y actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de ESSALUD, documentos técnicos, herramientas e instrumentos de gestión, procesos, procedimientos, indicadores sanitarios y criterios técnicos sobre las prestaciones primarias que corresponden a actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y actividades recuperativas y de rehabilitación básica en los Centros Asistenciales que brinden prestaciones de salud del Primer Nivel de Atención, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud;



Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 700-GG-ESSALUD-2005 se aprobó el documento técnico normativo "Modelo de Atención Integral de Salud", definido como el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que garantizan la prestación de una atención integral, continua y de calidad orientada a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud para las personas sus familias y comunidades;

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

17 SEP 2013

JOSE TERRONES CELIS  
FEDATARIO SUPLENTE  
REGISTRO N° 003-SG-ESSALUD-2012

165-2013-015

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1207 -GG-ESSALUD-2013**

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 109-GG-ESSALUD-2008 se aprobó el documento técnico "Cartera de Servicios de Atención Primaria de ESSALUD";

Que, el cuarto objetivo estratégico de ESSALUD trazado dentro del marco del Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012 es "Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS"; razón por la cual, resulta necesario actualizar la cartera de servicios de atención primaria para adecuarla al marco de los avances y modernidad de los servicios de salud y al fortalecimiento de la atención primaria en la Institución;

Que, con la Carta de Vista, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite el proyecto de "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", documento técnico que tiene como objetivo establecer las actividades estandarizadas por etapa de vida, en los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud - ESSALUD, con población adscrita;

Que, en tal sentido, resulta necesario actualizar el catálogo de actividades de la cartera de servicios de atención primaria de salud de ESSALUD, a efectos de contar con un instrumento de gestión que permita estandarizar las intervenciones a la persona, a la familia y a la comunidad en el marco del Modelo de Atención Integral y de las políticas del sector;

Que, el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, establece que le compete al Gerente General dirigir el funcionamiento de la institución, emitir las directivas y los Procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y de la Presidencia Ejecutiva; y

Con las visaciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, y la Oficina Central de Asesoría Jurídica, y;

Estando de acuerdo a lo propuesto y en uso de sus facultades conferidas;

**SE RESUELVE:**

1. **APROBAR** el documento técnico "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", que forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, a través de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, se encargue de la difusión, asesoría técnica, así como la implementación del documento técnico antes mencionado, en el ámbito nacional.
3. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Finanzas, en coordinación con la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la asignación de la disponibilidad presupuestal necesaria para la implementación y ejecución del presente documento técnico, en concordancia con la normatividad vigente.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

1.7 SEP 2013

JOSE TERRONES CELIS  
FEDATARIO SUPLENTE  
REGISTRO N° 003-SG-ESSALUD-2012

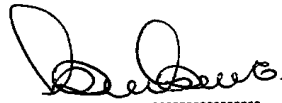


**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1207 -GG-ESSALUD-2013**

4. **DISPONER** que la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones, y Gerencia Central de Prestaciones de Salud, según el ámbito de sus competencias, realicen las medidas de gestión que garanticen la disponibilidad de los recursos necesarios para el otorgamiento de las prestaciones de salud integral en el marco de la presente Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente.
5. **DISPONER** que los Gerentes y Directores de las Redes Asistenciales adopten las acciones de gestión permanentes a fin de operativizar los aspectos técnicos asistenciales de la presente Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente, en Centros Asistenciales del Primer Nivel de Atención del ámbito de su jurisdicción con población adscrita, así como efectuar el control correspondiente que garantice la calidad y oportunidad de las prestaciones de salud integral brindadas a los asegurados y sus derechohabientes.
6. **ENCARGAR** a la Oficina de Relaciones Institucionales, el diseño y difusión de los materiales de comunicación intrainstitucionales y extrainstitucionales que contribuyan con la transmisión del contenido de la presente Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente.
7. **DEJAR SIN EFECTO** el documento técnico "Cartera de Servicios de Atención Primaria", aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 109-GG-ESSALUD-2008, y todo aquello que se oponga a la presente Resolución.



**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

  
 RAMON HUAPAYA RAYGADA  
 GERENTE GENERAL  
 ESSALUD

**SEGURO SOCIAL DE SALUD**  
 GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD  
 GERENCIA DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD  
 Prov. N° ..... 18 SEP 2013 ..... del 20 .....  
 Fecha ..... 18 SEP 2013 .....  
 Tramitado: *SCANER Y DIAGONAL*  
 PARA:  Informe Proyecto de Carta  
 Atención Conocimiento y Fines  
 Opinión Coordinación  
 Archivo Cumplimiento  
 Dr. JULIO CÉSAR MEDINA VERASTEGUI  
 GERENTE

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
 Seguro Social de Salud

17 SEP 2013

JOSE TERRONES CELIS  
 FEDATARIO SUPLENTE  
 PCCO... 003-SG-ESSALUD-2012

### ANEXO 9

Nº	ACTIVIDADES	2017																												2018					
		JUN	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOV				DIC				ENERO				FEBRERO				MARZO
		4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1				
1	Planteamiento del problema, objetivos y justificación	■																																	
2	Elaboración del marco teórico		■	■																															
3	Elaboración de hipótesis y marco metodológico			■	■																														
4	Elaboración y validación del instrumento				■	■																													
5	Presentación del primer avance					■	■																												
	Reuniones de asesoría personalizada					■	■																												
6	Designación del jurado						■	■																											
7	Presentación del proyecto de investigación para su revisión y aprobación							■	■																										
8	Presentación del proyecto de investigación con observaciones levantadas								■	■																									
9	Sustentación del proyecto de investigación									■	■																								
10	Recolección de datos																					■	■	■	■										
11	Procesamiento de los datos.																						■	■	■	■									
12	Análisis de los resultados y contrastación de hipótesis																									■	■	■	■						
13	Elaboración de conclusiones y recomendaciones																										■	■	■	■					
14	Redacción del informe																																		
15	Presentación del informe de tesis																														■				

## ANEXO 10

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente instrumento, certifico que he tomado conocimiento de ser partícipe de una investigación desarrollada por las licenciadas de la Escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo, sobre la tesis Efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida de EsSalud, en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo 2017.

Declaro haber sido informado que las respuestas que proporcionaré a través de un cuestionario, serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados para los fines de la referida investigación.

  
Firma del Participante

  
Firma del Investigador

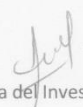
## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente instrumento, certifico que he tomado conocimiento de ser partícipe de una investigación desarrollada por las licenciadas de la Escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo, sobre la tesis Efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida de EsSalud, en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo 2017.

Declaro haber sido informado que las respuestas que proporcionaré a través de un cuestionario, serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados para los fines de la referida investigación.



Firma del Participante

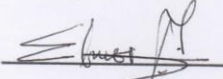


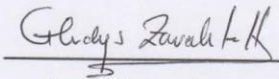
Firma del Investigador

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente instrumento, certifico que he tomado conocimiento de ser partícipe de una Investigación desarrollado por la licenciadas de la Escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo sobre la tesis Efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida de Essalud en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017

Declaro haber sido informado que las respuestas que proporcionare a través de un cuestionarios serán tratadas de manera anomia y los datos que aporte serán utilizados solo con las fines de investigación referida.

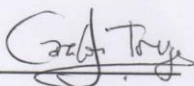
  
Firma del participante

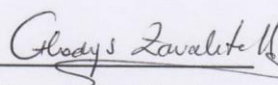
  
Firma del Investigador

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente instrumento, certifico que he tomado conocimiento de ser partícipe de una Investigación desarrollado por la licenciadas de la Escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo sobre la tesis Efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida de Essalud en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017

Declaro haber sido informado que las respuestas que proporcionare a través de un cuestionarios serán tratadas de manera anomia y los datos que aporte serán utilizados solo con las fines de investigación referida.

  
Firma del participante

  
Firma del Investigador