



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

Conocimiento y aplicación de normas de promoción de la salud en
gestores de microneces y redes, San Martín 2020

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión Pública

AUTORA:

Salazar Astete, Paola Evelyn (ORCID: 0000-0002-2763-1510)

ASESOR:

Dr. Ramírez García, Gustavo (ORCID: 0000-0003-0035-7088)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Reforma y modernización del Estado

TARAPOTO – PERÚ

2021

Dedicatoria

A Dios nuestro creador por acompañarme y darme salud para alcanzar esta meta. A mis padres y familiares por quererme y apoyarme en todo momento en cada meta planteada.

Paola

Agradecimiento

A los profesores y compañeros de la maestría que día a día, compartieron largas jornadas de trabajo, cuyos resultados se plasman en la presente investigación, a ellos mi más profunda gratitud, porque con su trabajo diario nos demostraron, que no es indiferente hacer de nosotros profesionales ejemplares.

La autora

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCOTEÓRICO.....	8
III. METODOLOGÍA.....	25
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	25
3.2. Variables, Operacionalización.....	25
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	26
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	28
3.5. Procedimiento.....	31
3.6. Métodos de análisis de datos.....	32
3.7. Aspectos éticos	33
IV. RESULTADOS.....	34
V. DISCUSIÓN.....	36
VI. CONCLUSIONES.....	39
VII. RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS.....	41
ANEXOS.....	47

Índice de tablas

Tabla 1.	Nivel de conocimiento de las normas de promoción de la salud por gestores de microredes y redes de salud	41
Tabla 2.	Nivel de aplicación de las normas de promoción de la salud por gestores de redes y microredes de salud	41
Tabla 3.	Contingencia de calificación de los trabajadores en conocimiento de normas de promoción de la salud y calificación de los trabajadores en aplicación de normas de promoción de la salud	42
Tabla 4.	Prueba de chi – cuadrado para el conocimiento y aplicación de normas de promoción de la salud	42

Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de las normas de promoción de la salud en gestores de microredes y redes, San Martín 2020, se fundamenta a la normatividad generada por el ministerio de salud y las teorías de Mc Lalonde del autocuidado de la salud y prevención de la enfermedad, el estudio fue no experimental, cuantitativo de diseño correlacional, la población y muestra estuvo conformada por 60 responsables de promoción de la salud de microredes y redes de salud, la técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. En conclusión, existe asociatividad entre el nivel de conocimiento en normas de promoción de la salud de los responsables de promoción de la salud de las redes y microredes de salud en la región San Martín con el grado de aplicación de las mismas, con una significancia de la prueba de hipótesis de 0.021. Existe un alto nivel de conocimiento en normas de promoción de la salud en los gestores con 53.3%. El grado de aplicación de las normas de promoción de salud en los es medio, representado por el 70%.

Palabras clave: Conocimiento, normas, promoción de la salud.

Abstract

The study aimed to determine the relationship between the level of knowledge and application of health promotion standards in micro-network and network managers, San Martín 2020, based on the regulations generated by the Ministry of Health and Mc's theories Lalonde of the self-care of health and disease prevention, the study was non-experimental, quantitative correlational design, the population and sample was made up of 60 responsible for health promotion of micro networks and health networks, the technique was the survey and The instrument the questionnaire. In conclusion, there is an association between the level of knowledge in health promotion standards of those responsible for health promotion of health networks and micro-networks in the San Martín region with the degree of application of the same, with a significance of the hypothesis test of 0.021. There is a high level of knowledge in health promotion standards in managers with 53.3%. The degree of application of health promotion standards is medium, represented by 70%.

Keywords: knowledge, norms, health promotion.

I. INTRODUCCIÓN

En la primera conferencia internacional de Ottawa (1986) Canadá, nació la Carta de Ottawa para el fomento de la salud (PROMSA), existieron otras conferencias donde examinaron los temas tratados las cuales contribuyeron y aportaron herramientas de fomento de la salud. En la cuarta conferencia de Ottawa (1997) se dio inicio de la nueva era: Guiando la PROMSA hacia el Siglo XXI, paso fundamental para seguir en el camino antes mencionado. La OMS, implemento y desarrollo diferentes programas, planes para mejorar los conocimientos, herramientas y habilidades de la promoción de la salud en operaciones prácticas como por ejemplo las redes de salud en escuelas y hospitales, proyectos de ciudades, municipios, comunidades.

Sin embargo, las herramientas de los sistemas de salud a nivel del mundo has dado giros importantes, el nuevo enfoque que se tiene y la nueva orientación hacia las conclusiones ratifica la falta de los determinantes de salud por medio de los PROMSA. Se plantea: ¿Dónde se crea la salud? genera el debate sobre reforma y promover nuevas estrategias en salud pública. Diversos países has optado por la carta de Ottawa y la conferencia de PROMSA de Yakarta, adoptando así, la conducción de la PROMSA hacia el siglo actual. La definición de salud positiva y el discernimiento de la posibilidad de incitar los condicionantes del individuo con su entorno interactúan en el nivel de salud personal y se denomina “medicina constructiva”, concepto que fue adoptado y tomado por PROMSA.

Sin embargo, cuando se menciona la de PROMSA y de las actividades preventivas, no se pierde el cambio ocurrido en los patrones de defunción y morbilidad en el último tiempo en estados desarrollados: el dominio de padecimientos infecciosos ha pasado a la prevalencia de padecimientos crónicos y sobre todo degenerativas como las cardiovasculares, tumorales, etc. Que actualmente son las causas principales de defunción. Enfermedades que no son reversibles y solo tiene una perspectiva paliativa ya que la etiología es desconocida y tiene varios factores de riesgo. Es por ello que para aplicar los PROMSA y las actividades de prevención es fundamental tener conocimiento sobre la historia de la enfermedad y tiene 3

fases: 1. La exposición a los factores de peligro y termina con la presencia de golpes anatomopatológicas; es aquí que se debe iniciar el fomento de la salud con el propósito de revertir el padecimiento.

Cuando ya se desarrolla las contusiones anatomopatológicas, comienza el período dos, en donde el padecimiento será asintomático, posteriormente aparecerá la sintomatología. La posibilidad de prevención se basa en detectar tempranamente en el periodo asintomático, con la finalidad de reducir el efecto y la severidad de la enfermedad o de lo contrario prolongar la vida. Por último, la tercera fase se inicia con la terminación del padecimiento, que logra pasar desde la sanación total sin dejar huellas, o en finalmente en la defunción. En esta fase la prevención se basa en evitar complicaciones o secuelas irreversibles y si han avanzado tratar de frenarlas. Sin embargo, para el modelo actual el padecimiento prevalente ya no es infecciosa sino degenerativa y sobre todo crónica como (arterioesclerosis, artrosis, neoplasias, etc.), con factores causales tales como artificiales, ambientales y la forma de vida específico que uno lleva y de acción lenta pero mortal; la revolución epidemiológica es natural y única inclusive en las enfermedades infecciosas. En conclusión, el padecimiento prevalente está directamente ligada por: 1. El ambiente biológico, 2. El comportamiento, los orígenes más relevantes encontramos a la diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular, neumonías, accidentes, etc.

Además, los instrumentos y la estructura sanitaria siguen siendo las mismas como (hospitales, fármacos, tecnología, drogas, etc.). Por ello es que la eficacia ha disminuido porque las enfermedades actuales no se curan, se previenen. Las herramientas actuales revelan que existe ineficacia en las diversas patologías en cual nos lleva a la crisis del sistema y aparece la medicina alternativa (curanderos, dietas milagrosas, alimentación, sanadores, herboristería, etc.). Los sanitarios ven mermados su autoridad, casi prohibido y el personal de salud sienten rechazo y baja seguridad de la sociedad y él también entra en aprietos de poder y de identidad.

El problema de la participación comunitaria es un desafío para los gestores de la salud pública por ser el pilar fundamental para el fomento de la salud. Sin embargo,

es un término de muchas interpretaciones. Para el ciudadano medio que está acostumbrado a recibir cierta asistencia no imagina otra cosa más que no sea ayudar con gasto económico que causa el sistema o continuar el tratamiento brindado. Para la OMS, desde una apariencia universal considera a la participación comunitaria necesaria en el sector público y los recursos humanos. El rol de la colaboración en la sociedad se basa en proporcionar los recursos sumados precisos, porque no hay un modelo universal de ella, ya que cada país lo desarrolla a su manera, adecuado a su contexto y problemática que encuentre la misma.

En el Perú al realizar un análisis de los nudos críticos, es decir, consecuencias difíciles de abordar directamente, retrasando las metas de la posibilidad de las políticas de fomento de la salud y su función principal es generar procedimientos sindicales de la salud, considerando también un cuadro sistemático favorable y confortador en todos los niveles internacionales o nacionales las cuales se sientan las bases de las políticas del fomento de la salud en nuestro Estado. El argumento posee que estar posesionado y claro en las máximas autoridades de salud y que se relacione entre las autoridades públicas o privadas que cuenten con respaldo internacional. Pero llama poderosamente la atención que no se tome en cuenta los lineamientos de salud que se iniciaron en el 2002 y que hasta ahora no fueron puestos en prácticas por el Despacho Ministerial.

La PROMSA es un procedimiento que permite a las personas a acrecentar la inspección sobre los concluyentes de la salud, por lo tanto, tiene privilegio en la ciudadanía activa mediante la participación comunitaria, también pone en contexto que la salud se entienda como una situación complicada y como un procedimiento político y no limitada solo a una evaluación médica recuperativa. Es por ello, que se afirma que se trata de derribar el paradigma biomédico que aún existe el dominio de la comunidad para optimizar y ejercer la inspección de su salud misma, que esté encuadrado, en una orientación de crecimiento y de derechos de las personas, en el cual se toman compromisos compartidos entre la población y el País.

En el área de trayectoria de Fomento de la Salud, es observada como una dirección alejada, que a pesar de tener metas propias y tiene baja competitividad con las

direcciones del Ministerio de salud, postergándose la ruptura de las políticas de fomento de la salud y los encargados del boceto de la intervención en la salud. Además, se debe considerar que, en el tiempo pasado, existe un elevado cambio de los administradores con la siguiente modificación de todos los empleados, el cual afecta los procesos de planeamiento, conllevándolo al desconcierto en los diversos niveles activos y tener mayor separación con la dirección central generando desajustes en las políticas.

Sin embargo, las directivas que dan desde el nivel céntrico no son transmitidas visiblemente a los grupos que promocionan la salud, al mismo tiempo la entidad de la salud se encuentra directamente ligado a la recuperación del 1005 del sistema de registro principalmente medido en el cálculo del rendimiento de los empleados asistenciales, bajo esa perspectiva la PROMSA, está centrada en la comunidad documentada en la estrategia Perú - Vida 2018 como una interferencia programática y adoptándolo como una guía estratégica para la fomentación de la salud.

Además, el primer objetivo debe ser la promoción del modelo de salud, que promueva un esquema innovador de los protagonistas son los ciudadanos. El segundo objetivo es conseguir el fomento de la salud que no esté vista como un problema. El tercero es, priorizar la escasez de fijar una relación sincera con la comunidad y que la correlación sea fija independientemente a las modificaciones que ocurren en el Ministerio de salud y de la visión particular que puedan existir en el gobierno de turno. El cuarto es pensar la manera de relacionar con las agencias del ministerio de salud y predominar el espacio que se ve en la actualidad al no estar realizando los sucesos para evitar y promoción de la Dirección General de salud de los individuos. El numero 5 favorece el acto la mediación comunicada de entidades que representan distintos sectores sociales, una ocasión en la actualidad para la Dirección General de fomento de la Salud lo forman los regímenes locales, que tienen que ser los principiantes en participar en la habilidad de fomento de la salud en el Estado. Es de esta manera que la descentralización se debe tomar como una política que necesita crear competitividad de crecimiento a categoría a nivel de la localidad, de la región y de la nación. El reto número seis tomar en cuenta

la escasez de la capacitación de los empleados, no solo del campo de la salud más bien de los distintos campos sociales y políticas del estado.

Por lo antes mencionado, conocedores de las responsabilidades que ejercen los gestores de la PROMSA, es que se plantea la siguiente indagación , ya que en muchas ocasiones ejercen esta responsabilidad y con ellas sus funciones, se establece empleados que no cuentan con las habilidades adecuadas para la gestión del mismo, principalmente por que el conocimiento biomédico es adaptado y no se le da importancia correspondiente para complementarla correctamente, en diferentes ocasiones este cargo es ejercida por la fuerza y el individuo encargado no ha sido capacitado para ejercerlo.

El estudio formuló como problema general: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de las normas de promoción de la salud en gestores de micro redes y redes de salud, San Martín, 2020?, y como Problemas Específicos : i) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las normas de promoción de la salud por los gestores de micro redes y redes de salud, San Martín?; ii) ¿cuál es el grado de aplicación de la promoción de la salud por los gestores de micro redes y redes de salud, San Martín?.

El estudio se justifica porque es conveniente, ya que a nivel globalizado va obteniendo relevancia primordial del fomento de la salud, que abarca en el término primero la colaboración de la población, teniendo como primordial representante a los empleados de la salud, estando los empleados de la salud encargados de dirigir y guiar los procedimientos de la misma; existe el apuro de conocer el nivel de discernimiento y estudio de las pautas de fomento de la salud, para hacer la demostración de que los factores abarcan en la gestión del mismo para analizarlo, de esa manera , agarrar las estrategias correctivas basadas en antecedentes. La implicancia practica de esta investigación, consentirá una nueva comisión de los servicios de salud, el cual estará encargado de saber las carencias y la problemática de la población para enmarcar el fomento y prevención de la salud para ser más real, al mismo tiempo de respaldar una correcta evaluación de los beneficiarios con un trabajador de la salud envuelto en un prototipo saliente. De la

misma manera, la indagación fijara las características actuales de trances de desenvolvimiento en los administradores PROMSA de los servicios de salud para habilidades y acciones enmendadoras correctas y aptas, de esa manera estableciendo las situaciones del presente que logren ser consideradas como componentes de mandato en los servicios de salud.

Además, metodológicamente, la investigación, consentirá fortalecer metodologías y herramientas de desenvolvimiento laboral de los gestores PROMSA para ejercer sus responsabilidades, y de esta manera promover nuevas indagaciones que les ayudaran a crecer su desenvolvimiento como grupo de salud: los resultados de la investigación ayudaran a ser utilizados como herramientas para las siguientes indagaciones sobre los servicios de salud para perfeccionar el desenvolvimiento laboral en los gestores. El estudio de investigación ayudará a los gestores de salud a utilizar los resultados para ejercer disposiciones respecto al fomento de la salud y el desenvolvimiento de los empleados, que se refleja en el tipo de evaluación y existencia de la sociedad, disminuyendo la abertura entre la petición y los servicios de salud, en la cual el hogar estará favorecido por los responsables primordiales de la salud mediante el cuidado personal.

La investigación se propuso como objetivo general: establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de las normas de promoción de la salud por los gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020; y como objetivos específicos: i) identificar el nivel de conocimiento de las normas de Promoción de salud por gestores de micro redes y redes de salud. San Martín 2020; ii) identificar el grado de aplicación de las normas de promoción de la salud por gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020.

Además, se formuló como hipótesis general: Existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de las normas de promoción de la salud por los gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020. Y como hipótesis específicas: i) el nivel de conocimiento de las normas de promoción de la salud por gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020, el bajo; ii) el grado de aplicación de

las normas de promoción de la salud por gestores de micro redes y redes de salud,
San Martín 2020, es medio.

II. MARCO TEÓRICO

El estudio se sustenta en los siguientes antecedentes como: García, F. (2003). La misión de discernimiento: adaptación al fomento de la salud. (artículo científico), Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. La investigación fue estudio analítico aplicativo donde la población y muestra fue integrada por 80 trabajadores. La habilidad utilizada fue la encuesta y la herramienta el interrogatorio. Concluyó que, la promoción de la salud está basada significativamente en la transmisión de instrucciones y saberes a la sociedad y a los agentes promotores. Los conocimientos no han parado de extenderse a medida que el pensamiento e idea que se tiene por salud ha ido aumentando y expandiéndose a un objetivo de carácter más amplio como son psicológico y físico de los trabajadores. Sin embargo, este crecimiento debe ir de la mano con un buen manejo profesional para una excelente gestión de los conocimientos, por ello, la administración de la misma, permitirá que se pueda integrar planes bianuales y proyectos bien estructurados para una mejora continua de toda la organización y para el bien de todas las personas.

Además, Hernández, E., Díaz, D., e Isla, R. (2010). El fomento de la salud y la confianza en el lugar de trabajo: ¿podrían ser útiles los métodos de comisión del discernimiento? (artículo científico), Universidad de La Laguna, La Laguna – España. La investigación fue cualitativa. La población y muestra fueron 30 funcionarios de promoción de la salud, se manejó como técnica a la entrevista y como herramienta una pauta de entrevistas. Concluyeron, que la utilización del método de comisión de los conocimientos del fomento de la salud y la confianza en el empleo ayuda y beneficio para cada miembro de la organización, todo ello propiciando una mayor unificación de los datos de las diversas calificaciones de los diversos programas de intervención por una gestión más eficiente en los procedimientos de la empresa. No obstante, los aspectos culturales y sociales requieren un mayor estudio dentro de esta gestión, y con ella la psicología como ciencia tiene un importante desafío dentro de este tema.

Por su parte, Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. y Palacios, S. (2010). el fomento de la salud como destreza para fomentar los modos de vida sanos, Colombia, (artículo científico), Universidad de Caldas, Colombia. La indagación fue una exploración metodológica de las diversas publicidades científicas de las exploraciones minuciosas sobre el fomento de la salud y las formas de vida saludable. La población y muestra fueron 20 investigaciones. La técnica fue la revisión documentaria y el instrumento fue la ficha técnica de recojo de datos. Concluyeron, que la proporción de la salud es que la habilidad que lleva a generar procedimientos, tareas personales y también de grupo que necesitan ser intervenidos por los trabajadores de la salud con la intención de cambiar u optimizar aquellos comportamientos de peligro y adquirir modos de vida saludable.

Además, Carroll J. (2007). Conocimientos y creencias sobre el fomento de la salud y la vigilancia preventiva de la salud en mujeres somalíes en los estados unidos (artículo científico), Estados Unidos, la investigación fue descriptiva, la población y muestra fue 30 gestores de promoción de la salud, la técnica fue la entrevista y la herramienta fue la guía de entrevistas. Concluyó, que el 24.7% de los encuestados tenían una correcta higiene propia y de casa, el 59% respondieron sobre lo importante que es tener un acceso a un suministro de alimentos estable, el 7.21% respondieron que es importante realizar ejercicios regularmente para tener una buena salud y por último un 15% contestaron que están intranquilos por su propia salud. Y la conclusión fue: que las entrevistadas tienen diferentes creencias y opiniones sobre la promoción de la salud y agregan a ella varios métodos para prevenir enfermedades.

También, Galvez, M. (2013), grado de conocimiento y pericias en promoción de la salud en una asociación Callao – Perú. (artículo científico), Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Pru. La indagación fue observacional de tipo transversal donde la población y muestra fue formado por 79 jefes de la familia y la habilidad fue la encuesta y como herramienta el interrogatorio. Se concluyó que, el 64.6% de la población en el estudio el encargado de la casa fue el progenitor y la edad promedio fue 51 años. Además, el 24.5% de los jefes de familia tienen un nivel alto en promoción de la salud y 20.2% en prácticas, además se halló, que

concorre correlación entre el grado de discernimiento y destrezas en 5 de los 7 ejes temáticos. Determinaciones: contar con un nivel elevado de conocimientos y está relacionado a contar con un grado más de habilidades en el fomento de la salud, de la misma manera que el dinero que entra al mes personalmente.

Por su parte, Gonzales, L., Pineda, L. (2014). Conocimiento de los alumnos de ciencias de la salud, de acuerdo a su crecimiento académico en fomento de la salud, Universidad Nacional de Altiplano, Puno. (artículo científico), Universidad Nacional de Altiplano. Puno, Perú. La indagación fue de tipo descriptivo – comparativo, donde la población y muestra fueron 80 profesionales de la salud, la táctica fue la encuesta y como herramienta el interrogatorio. Concluyeron, el discernimiento de los alumnos de acuerdo su crecimiento académico en el fomento de la salud en las características globales fueron óptimas en las profesiones de enfermería, Medicina Humana y desfavorables en Ciencias Biológicas y Odontología; en los aspectos teóricos solo Enfermería adquirió un resultado óptimo, En aspectos prácticos la carrera profesional de Enfermería, Nutrición Humana y Medicina. En conclusión: La carrera de enfermería, Nutrición Humana y Medicina poseen un discernimiento propicio sobre la promoción de la salud.

También, Urquiaga, T. (2016). saberes y praxis de la licenciada en enfermería asociadas al fomento de la salud. (artículo científico), Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo Perú, la indagación era de tipo cualitativa de método descriptivo, la población y muestra fueron 40 profesionales licenciados en enfermería, la técnica fue la encuesta y la herramienta el interrogatorio. Concluyo, que las enfermeras conocen sobre el argumento de fomento de la salud, y en numerosas ocasiones no la ponen en práctica en sí mismas, generando una discrepancia entre lo que conocen y realizan, o lo que enseñan y lo que hacen, por ello esta razón es de esencial valor que se fortalezcan las habilidades en el fomento de la salud en las y los profesionales para luego enseñar a otros con el ejemplo.

Sin embargo, Reátegui, E. (2008). Tener conocimiento de fomento de la salud en familias y trabajadores de salud. (artículo científico), Universidad de Trujillo, Trujillo

Perú. La investigación fue de tipo cualitativo, la población y muestra era 40 familias, se manejó como técnica a la encuesta y como herramineta al interrogatorio. Concluyó, que se dividió en dos dimensiones, social y técnicas; El saber en la dimensión social para las familias refiere que es parte a su formación cultural y de creencias, donde señalan que la salud es el cumplimiento de los servicios basicos y el fomento de la salud es proteger el medio ambiente y prevenir las patologias. Y el conocer en la dimension social para los trabajadores de salud es parte de su desarrollo academico y a su filosofia como profesionales. El saber en su dimensión técnica para ambos (familias y personal de salud) la salud es conceptualizada como estar completamente bien física, mental y socialmente, y no sólo es desaparicion de patologias; y la conceptualización de prmocion de la salud se relaciona con orientar, educar, aumentar servicios de atención, control y prevención de enfermedades.

También, Vargas, L. (2006). impresiones y criterios en fomento de la salud en los empleados de nosocomios del nivel 1 de atención. Red Ventanilla. Dirección de Salud Callao, (artículo científico), Lima Perú, estudio de tipo descriptivo, transversal y exploratorio. La población y muestra fueron 50 personal de salud. Concluyó, que la impresión que poseen los expertos sobre el fomento de la salud se inclina en una orientación preventiva, son unos cuantos los profesionales que tienen una percepción acertada de promoción de la salud, un 53.1% contesto que el fomento de la salud es desigual a evitar la patología, por otro lado, un 20.4% refirió que no hay alguna diferencia y de igual manera un 20.4% dice estar en duda. La perspectiva de los profesionales es verdadera en su generalidad, el 100% busca prepararse constantemente para poner en marcha habilidades de fomento de la salud.

En relación a las teorías, podemos mencionar que el fomento de la salud coloca de notoriedad que a la salud tenemos que observarla a modo de situación poblacional difícil y también un procedimiento social- político, y no limitada solo a un análisis médico recuperativo. En el año 1945, Henry E. Sigerist manejó el vocablo de fomento de la salud para referirse a los actos del País y ejercer los modos de subsistencia y a los actos apoyadas en la enseñanza sanitaria; solicitando a la lucha

sistematizada de los gubernamentales, los centros de trabajo. En 1975, el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, planteó el objetivo “salud para todos”, testificando que se requería llegar a un grado de salud que permita en su totalidad, sin excepción alguna, tener una existencia social y económica, establemente remuneradora. En 1978, en su discurso Universal de Alma-Ata, se promulgó el convencimiento de que la salud no tiene que ser una recompensa sino como debe obtener durante cada etapa de su vida, sino que es un derecho humano universal y primordial. En 1986, en el cuadro del Parlamento número uno mundial basada en fomentar la Salud, se confeccionó la Carta de Ottawa en la cual se colocan significativos crecimientos en la definición del fomento de la salud, trazando la significación del ámbito material, monetario, social, cultural y ambiental como concluyentes para la salud.

El fomento de la salud nace como un modo nuevo de activar los procedimientos de acto intersectorial y las mediaciones en el campo de la política, según Brutland, confirma que coexisten elementos concluyentes para una mejora de la salud, las cuales no se hallan dentro del sistema sanitario. Entre estos factores relevantes, sobresale una excelente educación, un ámbito más séptico con la reducción de los riegos y la disminución permanente de la indigencia.

El fomento de la salud, consta de mayor independencia de las prestaciones de salud. Los concluyentes de la salud, mejor dicho, las circunstancias que establecen el escenario de salud son diferente en cada país, por lo que se necesitan investigaciones que nazcan de categorías sociales para obtener una situación realista de la problemática de salud. El Dr. Tejada mantiene que, conociendo a la salud como una situación social, su ambiente es inverosímil de una separación intacta de otros ambientes económicos y sociales, por ende, no tiene que limitarse a un campo administrador burocrático del País. Por ello mismo, a medida de proceso político, se debe tomar decisiones en base al Estado como un todo y no sectoriales, obteniendo la capacidad de comprometer a todos los sectores que conforman el Estado de manera obligatoria.

Por ende, se aprecia que la promoción de la salud tiene que moverse con dirección a los otros ambientes encargados de la mayor parte de los concluyentes de la salud, trabajo, domicilio, progreso humano, educación, etc. que se tiene que relacionarlos en el alcance de metas homogéneas; solo de esta manera se puede alcanzar el resultado de ambientes saludables como las instituciones saludables. Por ello es necesario realizar procedimientos claves que necesita están enfocados en los procedimientos para la descentralización y contribución de la ciudadanía. Para que el fomento de la salud sea efectivamente, se necesita de políticas públicas del País. Ese escenario magnifico que se necesita conseguir es conseguir el grado más elevado viable de salud en nuestro estado. Y de esta manera han entendido los funcionarios de salud del ámbito andino, incluido el Perú, en el momento que sellaron el encargo de ejecutar las comisiones adecuadas para involucrar el fomento del tipo de vida y la salud en el libro de Políticas de la Nación y como un eje estructural de las políticas sociales de sus Estados.

El fomento de la salud para optimizar la condición se le da el poder al pueblo para una participación activa entre el Estado y la ciudadanía, privilegiándose, una ciudadanía activa, mediante el empoderamiento individual y de la comunidad, así como la afirmación de la democracia no tienen la compatibilidad completa con un enfoque biomédico. La cooperación e integración de la ciudadanía con el estado tiene que ser relevado para mantener la democracia, Por lo tanto, el País tiene que aumentar el espacio de mesas de diálogo para legitimar las funciones del crecimiento social. Por ellos, el gran reto es un crecimiento multisectorial. Los procedimientos interactivos sobrellevan la confianza como elementos fundamentales para brindar mantenimiento a los propios. En tal sentido, es necesario que el País complete la separación con las políticas de los sectores y las sociales, para beneficiar la asociación intersectorial en el fomento de la salud.

Según Max, M., Elizalde, A., y Hopenhayn, M. (1996), se refieren que “existe una derivación social, financiera y política de la salud, nos acarrea a tener en cuenta que el fomento de la salud debe de encontrarse sumergida internamente de un proceso de crecimiento humanitario del Estado, que actualmente no se encuentra clara ni adecuadamente definido”. La proposición de crecimiento del Grado

Humano trazado por Max Neef y su grupo humano en 1986 marca que el procedimiento adecuado para el crecimiento vendría ser aquel que pueda llevar mayor calidad de vida a cada persona; la cual tendrá dependencia de los medios que poseen los individuos para compensar de manera oportuna sus necesidades humanas básicas y esenciales. También, Aliaga, E. (2005). Si se abarca desde un punto de crecimiento humanitario, el fomento de la salud mediante la “inspección de los concluyentes sociales, financieros que poseen injerencia negativa basado en la salud, trataría de aumentar la calidez de vida de la sociedad y, por consiguiente, ayudar al progreso del derecho a la salud, buscado, al goce del grado más elevado viable de salud que le consienta a la comunidad existir merecidamente”.

La Carta de Ottawa (1986), el procedimiento auxilia a las personas para elevar la salud para perfeccionarla es el fomento de la salud, el cual es un contribuyente de un procedimiento político y social global que incluye más allá de los actos dirigidos completamente a fortificar las destrezas y habilidades de los individuos, así mismo las encaminadas a cambiar las circunstancias sociales, ambientales y financieras. La OMS (1998), en la carta de Ottawa señala 3 tácticas primordiales para el fomento de la salud, ellas son: 1. El derecho a la salud con la finalidad de instaurar los escenarios sanitarios principales, 2. Facilitar que todos los individuos pueden dar su total capacidad de salud, 3. Terciar a apoyo de la salud en las diversas necesidades halladas en la población.

El marco normativo de fomento de la Salud, las referencias históricas y marco normativo mundial, según Gómez M. (1998), menciona en 1920, Winslow hace mención a la entidad de la sociedad para la formación de las personas dirigida a la salud propia y su crecimiento de la máquina social, con la finalidad de certificar individuo por individuo con un modelo de subsistencia para el sostenimiento o progreso de la salud. Según Henry E. Sigerist, quien precisó las 4 responsabilidades primordiales de la medicina: 1) La promoción de la salud, 2) La prevención de la enfermedad, 3) La restauración de los enfermos, y 4) La rehabilitación; y, testificó que la salud se origina permitiendo circunstancias de subsistencia recatadas, mejores situaciones de empleo, instrucción, cultura física y

maneras de entretenimiento y tregua, solicitando al valor sistematizado de los gubernamentales, los campos laborales e industriales, los pedagogos y el personal médico. Fue el número uno en utilizar el vocablo “promoción de la salud” para referirse a los actos del País y la mejora de las circunstancias de vida y a los actos basados en la educación sanitaria. En la lista de las características primordiales que se debe tener en cuenta un programa del Estado de salud; segerest, ubico en el puesto número uno a la formación sin costo a la totalidad de la comunidad.

Restrepo, H. (2001), en cuarto puesto, plantea un método de asociaciones de salud y de trabajador médico que sea accesible para todo el estado, encargado de la salud de la comunidad, capaces de proponer y apoyar su condición de salud al momento de fracaso de la prevención; y en el puesto número cinco hace mención al crecimiento de centros médicos de indagación y de preparación. Gómez, M. (1997), el Amorfo Lalonde, informado por el Gobierno de Canadá en 1974 y expuesto por Marc Lalonde, ex Ministro de Salud de los canadienses, lo toma como una habilidad del Estado. Además, Terris, M. (1999), asegura que la medicina se ha generado del 100% de los alcances de salud, se transitó a una percepción más extensa de “campo de salud”. La OMS (1994), se ocasionó un acontecimiento mundial que encajó a graduación universal, invenciones en la definición de la salud. Hacemos referencia al parlamento Universal basada en atención primaria de salud, ayudada por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF en alma -Ata, capital de la republica de Kazajstan, entonces Unión Soviética, a la que presenciaron 134 Naciones, 67 asociaciones universales y varias asociaciones no gubernamentales, la invención era promulgar la evidencia de que la salud no debe ser un derecho de algunos más bien un derecho humano mundial y principal. De no mínima validez en lo teórico fue el expresado que mantiene: La población posee el derecho y la obligación de cooperar de manera personal y colectiva en la planeación y diligencia de su cuidado en salud. Según Tejada de Rivero, la OMS, ha planteado el propósito salud para todos, aseverando que se buscaba conseguir un grado de salud que ayuda a la totalidad de la población, sin desigualdades, tener una subsistencia social y financieramente fructuosa, recalcando la notabilidad social y política de la salud.

Altobelli, L. (2002), según la Declaración de Alma -Ata compone es alguno de los más grandes acontecimientos para la salud de la población de la época XX. Constituyéndose en una estrategia nueva de crecimiento integra de las sociedades con la finalidad de salud y crecimiento, que incrusta, también, los principios de imparcialidad, prevención, promoción, incorporar. Tejada de Rivero, D. (2003), encargado de la coordinación general sobre Atención Primaria de Salud, toma en cuenta que, tomando algunas igualdades, las recomendaciones de Alma - Ata en la actualidad poseen mayor eficacia que antes. Sin embargo, asume que, a denominación de la atención primaria, se han ejecutado distintas transgresiones en el ámbito de la salud, como la formación de programas. Donde destaca que la Atención Primaria de Salud se la debe entender como una manera de dirigir el cuidado integral y no como un programa de tercera clase, exclusivo para las áreas periféricas y de indigencia. La Atención Primaria se enmarca en la evaluación de salud desde el nivel de cuidado integral de salud, y que no solo recae en responsabilidad el centro de salud, sino que es la familia, la escuela, el ambiente de empleo ciudadano.

Gómez, M. (1997), menciona que, en 1979, el Departamento de Salud de USA el informe de "Gente sana", un informe sobre el fomento de la salud como una habilidad de disposición que incentiven a los individuos a acoger formas de existencia saludables. Simultáneamente muestra a la prevención como las habilidades propensas al amparo de las intimidaciones ambientales a la salud. Los dos planeamientos de políticas de USA, Canadá, causarían diversas modificaciones en la ejecución de la salud publica en esos dos Estados. Restrepo, H. (2001), se centra en el programa de fomento de la Salud, entendiéndola no fija únicamente en las condiciones de vida y el compromiso propio, consideración del ámbito físico, financiero, social, cultural y ambiental como concluyentes de la salud.

En la asociación de Ottawa, primó la responsabilidad de los Estados que forman parte de la OMS para conseguir el propósito de: "Salud para todos en el año 2000", que no progresa como se tenía planeado. Por ello mismo, sale como un acontecimiento para reanudar los procedimientos de acto intersectorial y las mediaciones en el ámbito político, para alcanzar distintas circunstancias de salud

en el Universo. La OPS (1992), en las contribuciones de la Carta de Ottawa a un juicio más completo de fomento de la salud se resumen a en seguida: i) relieve en la apariencia sociopolítica de la salud: ii) Une lo personal y las circunstancias sociales: iii) Redimensiona el apoyo social como punto central del fomento de la salud: se constituye con la misma esencia de la colaboración en el fomento de la salud, tanto a grado individual como comunitario.

Establece el nuevo programa de Educación en Salud, donde para a educar a las personas y equipos para promover ver la intervención activa con el fomento de habilidades sociales y con destrezas en el manejo de la salud y todos los determinantes. Restrepo, H. (2001) en la carta de Ottawa se plantea 5 campos: 1. Elaboración de políticas públicas, 2. Nuevos ambientes favorables, 3. Acción comunitaria, 4. Habilidades personales, 5. Reorganización de las prestaciones de salud. En 1988 en Australia, se desarrolló “El II discurso universal de fomento de la salud”. Donde se priorizó establecer nuevas políticas saludables convirtiéndose en el camino ideal para promover acciones de disminuyen las injusticias sociales y económicas, también se establece que una política pública saludable esta para crear un ambiente correcto y adecuado para que los individuos consigan regocijarse de una subsistencia saludable y tener un impacto directo sobre la salud comunitaria.

La OPS/OMS (1992), la Declaración de Sundsvall, Suecia (1991) recalcó la dependencia de la salud y el ambiente de varios aspectos: económicos, físicos, sociales, culturales, políticos, las guerras, desarrollo demográfico incontrolable, la iliquidez y destrucción de la naturaleza que son dañinos para la salud. Además, en 1992 se desarrolla el Discurso universal de fomento de la salud, Bogotá – Colombia denominada “Promoción de la salud y equidad”, en donde se concretó la denotación del fomento de la salud en Latinoamérica. Las conclusiones parten de acuerdo problemática específica de Latinoamérica, se busca la implementación de condiciones que avalen el bienestar integral teniendo el fin principal de la mejora, tomando una relación directa entre la salud y el crecimiento. Para lo cual el desafío reside en convertir las asociaciones absolutistas acordando los beneficios monetarios.

En 1993 la OMS/OPS, en la XIII reunión de “Ministros encargados de la salud de Caribe”, se elaboró la Carta de fomento de la salud, posterior se celebró el mandato en Puerto España- Trinidad y Tobago, se desarrolla la “I discurso de fomento de la salud”, donde se detallan los problemas más recurrentes que están enmarcados en el componente económico y social donde es necesario adoptar un nuevo enfoque, además, por las consecuencias adversas en los programas de salud y la estructura de la economía.

Ministerio de Salud México (2000), en el Cuarto Discurso Universal de fomento de la Salud, 1997, en Lakarta, se expuso la capacidad de continuar en la contienda contra la indigencia y demás factores que condicionan la salud de las personas en los Estados en vías de desarrollo. En junio de 2000, en México, se ejecutó la “V Discurso Universal de fomento de la Salud”, donde se dar la razón a que el alcance inmenso de salud que se consiga lograr en un importante recurso para el goce de la vida, siendo de suma importancia para el crecimiento social y económico por lo cual se consigue al desenlace que el fomento de la salud tiene que ser un elemento principal de las políticas y programas de salud logrando la imparcialidad y una superior salud de todo.

Ministerio de Salud Chile (2003), se ejecutó un Debate de fomento de la salud denominado “Empoderando y formando alianzas para la salud”, llegando a concluir que se ratifica la Carta de Ottawa. El cual prioriza y aborda los concluyentes sindicales de la salud, por medio del apoyo y la participación del estado y la sociedad privada con el objetivo de fortalecer la descentralización de las políticas de salud, busca promover la calidez de vida y el crecimiento social añadiendo que el fomento de la salud es un elemento primordial en el procedimiento de mejora del ámbito de salud y como un componente primordial en la guía de los métodos de medicamentos primordiales.

Guerra de Macedo, C. (2002). Se celebró la “XXIV Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina” en Lima - Perú, llegando a Responsabilizándose los ministros firmantes a: i) Ejecutar las comisiones adecuadas para involucrar el fomento de la calidez de subsistencia y la salud en el Libro de Políticas de la nación,

ii) La vinculación del fomento de calidez de vida y la salud como eje estructural de las políticas, iii) Optimizar los regímenes de pesquisa, cuidado y estimación de las mediaciones de fomento de la salud, iv) Ayudar en los Estados en crecimiento del fomento de la salud en los prestaciones de salud. Recalcando los derechos internacionales y que la promoción de la salud está fuera de ese ámbito, dado que en 1948 se firmó la Afirmación mundial de los derechos humanos y la consagración de la OMS

La ONU (2000), el “Derecho a la Salud”, está respaldado en todos los convenios universales en donde Perú es un integrante. En el Artículo 12 del “Alianza Universal de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, se manifiesta a que la salud es un derecho humano primordial y vital para el entrenamiento de los otros derechos humanos. Toda persona posee un derecho a gozar y vivenciar del máximo grado alcanzable de la salud donde pueda vivir con dignidad. Determina como derecho tener agua séptica potable, mejora en las condiciones alimentarias, vivienda, sanitarias y accesibilidad a la educación la salud, enmarcada la salud sexual y reproductiva, todas ellas obligatoriamente de manera adecuada. Otro eje primordial es la colaboración de la sociedad en todo el procedimiento de aceptación de decisiones relacionado con la salud en el ámbito ciudadano, nacional y universal.

En el marco normativo nacional, cuando el entonces Ministro de Salud el Dr. Eduardo Pretell, se crea “Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud” como un organismo independiente del Ministerio de Salud, a través de Resolución Ministerial N° 343 – 2001 – ya que cuando lo presidio en el Ministerio de Salud del Gobierno, el Dr. Luis Solari, lo convierte en ley de Ministerio de Salud N° 27657, admitida por el parlamento de la república, creándose la Dirección General de Promoción de la Salud (Cap. X, Art. 27). Esta ley registra que la “Dirección General de Promoción de la Salud”, es el órgano técnico - normativo en la promoción de la salud en las comunidades, responsable de convenir la colaboración de los funcionarios y representantes competentes y sociales para alcanzar el sostenimiento de la salud de la comunidad y las circunstancias importantes para alcanzarlo y de guiar el procedimiento de fomento de la salud. Además, coordina el ámbito técnico-

normativo con las instituciones especializadas, las entidades públicas dispersados de salud, los órganos descentralizados y la sociedad científica nacional y mundial.

El MINSA (2003), la Ley de Salud N° 27657 se normaliza con el Decreto Supremo 013-2002-SA (19/11/2002), instruye que la “Dirección General de Fomento de la Salud”. En los Lineamientos de Política Sectorial para la etapa 2002-2012, se tiene en cuenta como el lineamiento número uno sobre el fomento de la salud y evitar las enfermedades, teniendo en cuenta el grado de estimular la salud de las habitantes del territorio como un derecho propio del individuo y la importancia de fundar una Cultura de la Salud, formándose una preferencia para el ámbito por su valor en el crecimiento social y en el progreso de los grados de vida. Los Acuerdos de Gestión, sellados por el MINSA y las DIRES regionales marcan como el primer objetivo el amparo del fomento de la salud.

El MINSA (2004), se solicitan 6 lineamientos ejes de las Políticas de fomento de la Salud con sus correspondientes metas, los que se especifican a continuación: Lineamiento 1: Ayudar al crecimiento del individuo completo, incentivando una cultura de vida y de la salud, en la cual los individuos, familias y sociedades tomen disposiciones comprometidos, respetando la modestia de los individuos e inclinados al crecimiento sostenible. Objetivo: i) Incentivar la salud como un mecanismo primordial e indispensable del crecimiento humano completo tanto para los individuos, familias y sociedades; ii) Ejercer destrezas, conductas para el cuidado personal y estilos de vida sana; Lineamiento 2: Establecer las circunstancias para que los individuos y la sociedades obtengan una máxima colaboración en las disposiciones y operaciones que conciernen su salud, con el Objetivo: Incentivar en la comunidad conductas, costumbres, destrezas sociales y formas de vida sanas que ayuden con la calidez de vida de la comunidad de acuerdo al periodo del período de vida; Lineamiento 3: Fortalecer y fomentar una mayor contribución comunitaria en la línea del perfeccionamiento constante de la salud personal y comunal. Objetivo: Alcanzar procedimientos de colaboración comunitaria apoyados para empoderar a la comunidad y con colaboración constante de los funcionarios poblacionales en salud. El cuarto Lineamiento: promocionar que las instituciones se edifiquen en ejes creadores de una cultura de

salud en la infancia y en la comunidad en su totalidad. Objetivo: poseer guías de instituciones fomentadoras de la salud que ayuden a optimizar la calidez de vida de los individuos. Lineamiento 5: dirigir la evaluación en las prestaciones y de los trabajadores de salud con juicios de fomento de la salud. Objetivo. Suscitar entre el trabajador de las prestaciones una vigilancia con énfasis de fomento de la salud, revalorando las prácticas extramurales de salud concretas; Lineamiento 6: Difundir y Generar certezas de la seguridad de la intervención en el fomento de la salud en todos los niveles. Objetivo: 1. Generar resultados positivos con pruebas que manifiesten la impresión de las mediaciones en fomento de la salud. 2. Crear y recolectar antecedentes y conclusiones de la certeza de las participaciones en fomento de la salud. 3. Propagar las conclusiones de las mediaciones en fomento de la salud. Según Fernando Carbone, Ministro de Salud del Perú en el 2003, siendo uno de los gestores la concreta la resolución de la cumbre andina: Resolución REMSAA XXIV. En este ámbito, tiene una filtraron por un procedimiento colaborativo de aclaración en el año 2002, no estuvieron acreditados ágilmente por el Despacho Ministerial.

En nuestro país, los últimos avances se han venido ejecutando sumando esfuerzos en la promoción de la salud y que el estado responda a la importancia de ir optimizando las circunstancias de salud de la comunidad. Para consecuencias claras, estas rutinas se han establecido a grado de ámbitos de ejercicio, tomando como centro, los ámbitos de Fomento de la Salud definidas en la Carta de Ottawa. Alessandro, L. (2002) hay dos empujes significativos para la formación de ambientes sanos en el Estado. Una de estas la simboliza constituir una red de comunidades y municipios sanos a nivel nacional, una Comisión Multisectorial de instituciones fomentadoras de la Salud.

Desde 1996, se fue incorporando en el País el impulso de municipalidades y poblaciones sanas para un crecimiento razonable, originada por el Ministerio de Salud, con la ayuda de OMS y otros organismos internacionales para ello MINSA (2003). Constantes sobre la importancia de agrupar esfuerzos y voluntades, de este modo, alcanzar el crecimiento de nuestras comunidades, ratificamos nuestra responsabilidad solidaria de cooperar al bienestar de nuestra comunidad,

permitiendo servicios eficaces, aumentando el progreso de las sociedades de vida, empleo y cultura, ante la institución de relaciones correctas con el medio ambiente, y reconsiderando la contribución social como medio primordial en la formación de municipalidades y sociedades salutíferas.

Declaración Red de Municipios Saludables (2003), en 1999 en una reunión de alcaldes y autoridades de la comunidad, así como instituciones públicas y privadas, llevaron a cabo una reunión denominada “Encuentro de Cambio de Prácticas de Municipios y Comunidades Saludables”. En ella, se expresa: Conformar una Red de Municipios y Comunidades Saludables a nivel nacional, para el progreso de la comunidad, relación y participación entre los diversos procedimientos. Considerando enmarcada la sugerida afirmación, se han ejecutado prácticas como la conservación de la construcción urbana, ayudando al ornato y la reproducción de ámbitos salutíferos; programas de salud encaminados al fomento de la concepción sana e indudable; acciones completas en áreas de mayor peligro sanitario, optimizando la evaluación a los infantes; instalación de comederos populares, talleres de capacitación en deberes y derechos de los pobladores y servicios elementales óptimos. Distintos programas primordiales son los que se ejecutan en el cuadro de los derechos humanos, como son las Defensorías Municipales del infante y el Adolescente, violencia familia, fomentar el empleo multidisciplinario, Programas del Adulto Mayor, Colaboración vecinal, Asistencia social y Organización del tiempo libre, etc.

Teniendo el asesoramiento de la técnica de la OPS/OMS, se está ejecutando un procedimiento de estimación colaborativa de las municipalidades y poblaciones sanas, en el cual han apoyado constantemente la Red de Tumbes y Piura, la Red de Arequipa y la Red de Lima y Callao, unificándose en general en este atrevimiento por alcanzar las metas y los problemas para alcanzar los objetivos por plazos. Una de las primordiales dificultades examinados es la escasez de recursos económicos para el crecimiento de planes y programas de fomento de la salud. EL estado se compromete a estimular y fortificar la maniobra de municipalidades saludables en el Estado, con el objetivo de alcanzar un crecimiento completo y humanitario apoyado en el inicio de igualdad y en una cultura de salud y paz. En la aludida

afirmación se registra que la Red de Municipios y Comunidades Saludables del País es una tendencia social de semiente local que se encuentra en el camino real de separación y regionalización que el régimen del Perú incentiva, ayudando a su especulación y consolidación. De la misma manera, se dice que es un compromiso insostenible concienciar a la población y a los mismos integrantes de las gobernabilidades locales.

Instituciones Fundadoras de Salud, el MINSA (2002). Las entidades Promotoras de Salud poseen una primordial meta afirmar el derecho a la salud y la educación de los infantes y la juventud en el País. Esta maniobra envuelve una valentía de coherencia para el alcance de metas habituales. En los últimos dos años se han formado lineamientos de política desde el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación que precisan un cuadro reglamentario extenso y propicio para seguir ejecutando la habilidad de fomento de salud en las instituciones educativas e inducir una Red de entidades Fomentadoras de la Salud a grado local, departamental y nacional. En agosto de 2002, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, asintieron el Acuerdo Cuadro de Colaboración Pericia, firmaron un pacto de ayudar al progreso de la mejora de vida del alumno en su ámbito de familia y social, a través del fomento de la salud y el insuperable de Instituciones Promotoras de la Salud a base del empleo de fomento que han ejecutado distintas entidades en áreas urbanas y rurales de la costa, sierra y selva del País.

Fortalecer la labor comunal, MINSA (2006). Se creo la colaboración social en las comunidades CLAS (Comunidad Local de Administración en Salud) se basa en la evaluación y la vigilancia social sobre la gerencia de las prestaciones de salud, con el propósito de avalar la eficacia propia. Mediante un convenio sensato sellado entre la entidad CLAS y la Dirección Regional de Salud se definen compromisos para la elaboración de un Programa de Salud Local (PSL) y una estrategia operativa anual ejecutado por los empleados de la entidad de salud, con la aceptación de los integrantes de CLAS. La colaboración de la comunidad civil da como conclusión una elevada claridad en la conducción de los recursos estatales.

Por otra parte, en la última década se ha fundado un sin número de ambientes de concertación que fue conformado por el Estado y la ciudadanía. Como: Mesa de Maternidad saludable y segura, red Sida Perú, mesa nacional multisectorial de evitar y atender el maltrato familiar, mesa por la educación de la niña rural, etc., etc. Se desarrolla por medio de un planteamiento establecido de acuerdo a diversos ejes: Educación, salud, medio ambiente, financiero, y cívico institucional, todos estos ejes están directamente relacionado al fomento de la salud. Se elaboró métodos de salud regional recogiendo desde la base de las necesidades. Actualmente se encuentran funcionando 900 mesas de trabajo con la participación del sector público y privado. Desde el 2002 comienza trabajando una mesa interinstitucional de fomento de la salud, que está constituida por la trayectoria de fomento de la salud, ONGs, como: ADRA, CARE, CARITAS, etc. Los alcances de la mesa están basados en el trabajo de los agentes comunitarios.

Por su parte Aliaga, A. (2005), mantiene en la integridad como uno de los principios más relevantes y se considere al individuo como modelo y centro para no generar daños y no causar enfermedades. Además, propone un abordaje multisectorial logrando la interacción de los sectores educación, trabajo, vivienda, transporte y comunicaciones y los gobiernos locales, como un modo de manifestar la problemática de salud y no solo las consecuencias. El abordaje de este tema contribuye a los ciclos de la vida descrito en el MAIS que se implementó desde el 2001 pero sin embargo no en todos los establecimientos están instalados. Por su parte EsSalud se propuso como objetivo específico se propuso reforzar y priorizar las tareas de fomento de la salud, por lo que ha compuesto un Comité Técnico de Fomento de la Salud. El objetivo es la valoración del fomento de la salud como instrumento para acrecentar la eficacia y eficiencia institucional, pero primordialmente como un intermedio para optimizar la salud y la mejora de vida de los fortalecidos.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de estudio

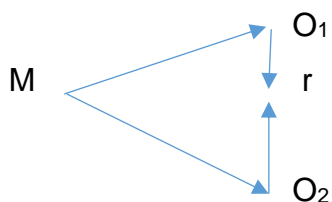
La investigación fue básica (CONCYTEC, 2018), por lo tanto, genera nuevo conocimiento de las variables y su relación a la comunidad científica.

.

Diseño de investigación

El diseño fue un estudio no experimental, descriptivo correlacional según Hernández et al. (2010).

Esquema:



Donde:

M: Muestra, gestores de las Micro Redes y Redes de salud de la Región San Martín.

O₁= Variable 1, conocimientos de las normas de promoción de la salud

O₂= Variable 2, aplicación de las normas de promoción de la salud de promoción de la salud de las Redes y Micro Redes de salud.

r = relación de las variables de estudio.

3.2 Variables y operacionalización

Variable 1: Conocimiento de las normas de promoción de la salud.

Variable 2: Aplicación de las normas de promoción de la salud.

3.3. Población, muestra y muestreo

Población

La población residió conformada por el total de gestores encargados del fomento de la salud en redes y micro redes de salud en el Departamento de San Martín, que son un total de 60 trabajadores (fuente: Recursos humanos DIRESA – San Martín).

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Gestores PROMSA, que laboran en las Micro Redes y Redes de salud en un lapso de 06 a más meses en el cargo.
- Gestores PROMSA que apetecen ser partícipes del estudio.
- Gestores PROMSA, que se halle trabajando el día de la ejecución del instrumento.

Criterios de exclusión

- Gestores PROMSA que laboren en las micro redes y red de salud por un tiempo menor a 06 meses.
- Encargado PROMSA que se halle en situación de suplencia o sustitución por licencia y/o licencias.

Muestra

La muestra fue compuesta por el 100% de la población, que son 60 gestores responsables PROMSA de las Redes y Micro Redes de salud en el Departamento de San Martín

Red de Salud	N°	Microrred de salud
San Martín	1	Banda de Shilcayo Tarapoto Morales Sauce Juan Guerra Chazuta Huimbayoc Papaplaya
Lamas	1	Hospital Lamas Cuñumbuque Caynarachi Tabalosos Barranquita Pacayzapa
El Dorado	1	San José de Sisa Agua Blanca San Martín de Alao
Picota	1	Picota Leoncio Prado Pucacaca
Moyobamba	1	Lluyllucucha Calzada Jerillo Alonso de Alvarado Roque Yantalo Soritor Jepelacio Pueblo Libre
Rioja	1	Nueva Rioja Segunda Jerusalén Yuracyacu Nueva Cajamarca San Juan del Rio Soritor San Fernando Naranjos Bajo Naranjillo
Mariscal Cáceres	1	Juanjuí Costa Rica Campanilla Tucungo
Huallaga	1	Saposoa Sacanche
Bellavista	1	Bellavista Bajo Biavo Alto Biavo San Pablo - Consuelo
Tocache	1	Tocache Nuevo Progreso Pólvora Uchiza

Muestreo

Fue no probabilístico por intención

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnica

La técnica usada fue la encuesta, la cual busca investigar sobre los datos que posee el encargado de PROMSA de las Micro Redes y Redes de salud de acuerdo al reconocimiento y ejecución de las reglas PROMSA.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado fue el interrogatorio que contiene interrogantes para contestar de acuerdo al nivel de discernimiento y ejecución de las reglas PROMSA. Para el cálculo de las variables conocimientos y ejecución de las reglas PROMSA.

Para establecer el discernimiento de las reglas PROMSA, se apreció los grados: bajo, medio y alto, el cual se efectuará la calificación de mínimo y máximo que fluctúa entre 10 y 30 puntos en la cual se instauraron 3 intervalos de la misma dimensión fraccionando la disconformidad de los puntajes entre 3 y se expresa de la siguiente manera:

- Nivel bajo : de 10 a 16 puntos
- Nivel promedio : de 17 a 23 puntos
- Nivel alto : de 24 a puntos

En el caso de los ítems la calificación se hará de la siguiente manera:

- De acuerdo = 3
- Indiferente = 2
- En desacuerdo = 1

Aplicación de las normas PROMSA

Para establecer la realización de las reglas de PROMSA se instauró entre bajo, medio y alto grado. Se ara la puntuación mínima y la máxima dable entre

10 y 30 puntos en el que se instituyeron 3 intervalos de la misma manera fraccionando la disconformidad de los dos puntajes entre 3 a partir de un puntaje minúsculo se adiciona el resultado de esa manera se determinará la complacencia en el trabajo.

- Grado de aplicación bajo : 10 a 16 puntos
- Grado de aplicación medio : 17 a 23 puntos
- Grado de aplicación alto : 24 a 30 puntos

En el caso de los ítems la calificación se hizo de la siguiente forma:

- Siempre = 3
- A veces = 2
- Nunca = 1

Validez

El primer instrumento es de tipo interrogatorio con una graduación de Likert adaptador por Job Diagnostic Survey de Hackman y Oldham, el cual contiene 1° ítems que estarán ejecutados a los encargados de PROMSA con el propósito de evaluar las reglas PROMSA, el instrumento al ser apropiado tiene una aceptación por el juicio de expertos que sea ejecutado a los trabajadores de salud.

El segundo instrumento es un interrogatorio tipo Likert transformado acondicionado para realizar la ejecución de las reglas PROMSA, el cual consigna de 10 ítems que está encaminado a los encargados PROMSA para analizar la ejecución de las reglas establecidas, dicha fabricación demandando una confirmación por expertos para ser realizado por trabajadores de salud.

Para validar los instrumentos se tomó a expertos del tema por haber ejecutado indagaciones y por tener el grado de magíster o estudios de doctorado.

<i>Variable</i>	<i>Nº</i>	<i>Especialidad</i>	<i>Promedio</i>	<i>Opinión</i>
Variable 1	1	Metodólogo	4,7	Aplicable y coherente
	2	Especialista	4,7	Aplicable y coherente
	3	Especialista	5	Aplicable y coherente
Variable 2	1	Metodólogo	4,7	Aplicable y coherente
	2	Especialista	4,7	Aplicable y coherente
	3	Especialista	5	Aplicable y coherente

El resultado de la confirmación de la herramienta ejecutado por los expertos fue adecuado a las circunstancias de pertinencia entre los objetivos y las preguntas con variables, preguntas con las dimensiones e interrogantes con los indicadores, solo la situación de transcripción de las interrogantes fue enmendada el cuál se redactó las preguntas con más claridad, sencillez y precisión para una mejor comprensión en el instante de su ejecución.

Confiabilidad

Instrumento: Conocimiento

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,912	10

Instrumento: Aplicación de normas

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	10	100,0
Excluido ^a	0	,0
Total	10	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,745	10

3.5. Procedimiento:

Antes del recojo de información, se realizó la conversación con el administrador regional de salud de San Martín, para exhibir la investigación, objetivos, elaborar una síntesis del estudio con la finalidad de facilitar la aplicación.

Se hizo llegar los oficios pidiendo al departamento de preparación de enseñanza e indagación para que se dé permiso para la ejecución del instrumento con una copia a los jefes de salud de las diversas redes y micro redes de salud.

El grado de discernimiento, así como el nivel de ejecución de las reglas PROMSA será de acuerdo a las contestaciones que den los encargados PROMSA de las redes y Micro Redes de salud del departamento.

El cual se obtendrá mediante la escala Likert del 1 al 3, el que está constituido por una exposición, información total, e información con interrogantes o

enunciados de opciones diferentes, que poseen puntuaciones descriptos y estimados.

Consecutivamente se ejecutará el procedimiento de la información, se analizará por medio de la digitalización proporcionado en una base de datos SPSS v. 22 y se provendrá a analizar

Posteriormente, se realizará el informe de la investigación y se tratará de encontrar la aceptación para luego continuar con la exposición.

3.6. Método de análisis de datos

La información adquirida en el estudio es tabulada y analizada con el paquete estadístico v.22 el cual presentado por medio de cuadros y gráficos simples.

Para interpretar los resultados adquiridos se utilizará, la estadística descriptiva (Frecuencia porcentual), también, se usará las tablas de contingencia y la prueba de hipótesis de independencia de variables Chi Cuadrado de Pearson para identificar la asociación de las variables.

Tablas de contingencia

Para poder estudiar la asociación de dependencia o independencia entre las dos variables categóricas, es preciso analizar la repartición unida de contingencia.

La tabla de contingencia, en cada casilla figura la cantidad de casos de personas que tienen un grado de factor que son analizados el nivel del otro factor estudiado.

Las tablas de contingencia poseen dos objetivos primordiales:

Organizar los datos obtenidos de un experimento cuando este fue de carácter bidimensional, las dos variables (variables cualitativas).

Mediante la tabla de contingencia se puede establecer si hay cualquier asociación de dependencia o independencia entre los grados de las variables objeto de indagación.

Dependencia o Independencia de Variables en Tablas de Contingencia

La presencia o la inexistencia de algún tipo de asociación entre dos variables cualitativas X e Y se evalúa a través de oposiciones de hipótesis sobre la

libertad. El test de hipótesis usado diariamente es el de la Chi Cuadrado de Pearson. En dicho test la hipótesis nula es $H_0 = X$ e Y son independientes y la hipótesis alternativa $H_1 = X$ e Y son dependientes.

El test se enfoca en cotejar los perfiles fila y columna con los perfiles marginales proporcionados.

El estadístico del test viene dado por la siguiente expresión:

$$X_{obs}^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{n_{i.} \left(\frac{n_{ij}}{n_{i.}} - \frac{n_{.j}}{n_{..}} \right)^2}{\frac{n_{.j}}{n_{..}}} = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{n_{.j} \left(\frac{n_{ij}}{n_{.j}} - \frac{n_{i.}}{n_{..}} \right)^2}{\frac{n_{i.}}{n_{..}}}$$

Donde n_{ij} = frecuencia observada de la i -ésima fila y j -ésima columna.

$n_{i.}$ = frecuencia marginal de la i -ésima fila.

$n_{.j}$ = frecuencia marginal de la j -ésima columna.

$n_{..}$ = número total de casos

$$e_{ij} = E\langle n_{ij} | H_0 \text{ Cierta} \rangle = \frac{n_{i.} n_{.j}}{n_{..}}$$

Intuitivo, datos mínimos de X_{obs}^2 simbolizan que los valores de n_{ij} y e_{ij} son próximos y, por ende, que H_0 es cierta y, por el inverso, valores altos de X_{obs}^2 facilitarían la certeza de que H_0 es inexistente.

Bajo la hipótesis nula X_{obs}^2 se dispersa, asintóticamente según una $X^2_{(r-1)(c-1)}$ y el p-valor del test viene dado por:

$$P[X^2_{(r-1)(c-1)} \geq X_{obs}^2]$$

Donde X_{obs}^2 : es el valor observado en la muestra o población del estadístico X_{obs}^2 . Para un nivel de significancia $0 < \alpha < 1$ la hipótesis H_0 se rechaza si dicho p- valor es menor o igual que α .

Si la hipótesis nula se rechaza, las variables X E Y son dependientes.

3.7. Aspectos éticos

El presente estudio no necesita un consentimiento informado, pero cabe mencionar que los datos vertidos por los encargados PROMSA de las Redes y micro Redes de salud será utilizado de manera íntimo y solamente se utilizará para desenlaces del estudio.

IV. RESULTADOS

4.1. Conocimiento de las normas de promoción de la salud.

Tabla 1

Nivel de conocimiento de las normas de promoción de la salud por gestores de micro redes y redes de salud.

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Bajo	9	15,0
Medio	19	31,7
Alto	32	53,3
Total	60	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación.

Interpretación:

La tabla 1, nos muestra el nivel de conocimiento de las normas de promoción de la salud por los gestores de las micro redes y redes de salud es alto con 53,3% seguido de medio con 31,7%.

4.2. Aplicación de las normas de promoción de la salud.

Tabla 2

Nivel de aplicación de las normas de promoción de la salud por los gestores de las redes y microredes de salud.

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Bajo	7	11,7
Medio	42	70,0
Alto	11	18,3
Total	60	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación.

Análisis correlacional

Tabla 3

Contingencia de calificación de los trabajadores en conocimiento de las normas de promoción de la salud y calificación de los trabajadores en aplicación de normas de promoción de la salud

Tabla de Contingencia		Calificación de los trabajadores en aplicación de Normas de Promoción de la Salud			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Calificación de los trabajadores en Conocimientos de Normas de Promoción de la Salud	Bajo	3	6	0	9
	Medio	2	16	1	19
	Alto	2	20	10	32
Total		7	42	11	60

Fuente: Datos propios de la investigación.

Interpretación:

La tabla 3, nos muestra la tabla de contingencia de las variables conocimientos y aplicación de las normas de PROMSA, donde el mayor valor se concentra en conocimiento alto y aplicación de la norma medio con 20 casos.

Tabla 4.

Prueba de chi-cuadrado para el conocimiento y la aplicación de las normas de promoción de la salud.

	Valor	GL	Significancia Asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	11,599	4	0,021
N de casos válidos	60		

Fuente: Datos propios de la investigación.

Interpretación

La tabla 4, nos muestra los resultados del chi 2 ejecutado para contrastar la asociación entre las variables de estudio, siendo el valor $p= 0.021$ $p < 0.05$ por esta razón se admite la hipótesis de investigación

V. DISCUSIÓN

Para la presente investigación, se han tomado los datos de un total de 60 encargados de fomento de la salud de redes y micro redes de salud (10 redes y 50 micro Redes) a nivel de toda la región San Martín, distribuidos en sus 10 provincias. Se aplicaron cuestionarios para saber el grado de discernimiento en normas de fomento de la salud y el nivel de aplicación de las mismas, y determinar la asociación de ambas variables

Se puede observar en la tabla de contingencia las frecuencias cruzadas entre cada categoría de las variables de la investigación, en cuanto al grado de discernimiento de las normas de fomento de la salud, más del 50% de responsables (32 responsables), tienen un nivel alto, 19 responsables mostraron un grado de conocimiento intermedio y 9 responsables poseen un bajo grado de conocimiento; respecto a la variable de estudio aplicación de las normas de promoción, sólo 11 responsables mostraron un nivel alto, mientras que el 70% de responsables mostraron un nivel medio de aplicación de normas (42 responsables) y solo 7 responsables tienen un nivel bajo. Sin embargo, al observar las frecuencias cruzadas de ambas variables, nos da un indicio de asociatividad de las variables, dado que de los 32 responsables que tienen un elevado grado de conocimiento, 10 tienen un grado de aplicación alto y 20 un nivel de aplicación medio, sólo dos de ellos mostraron un nivel bajo; por otro lado, si observamos los 19 responsables que tienen un nivel de conocimiento medio, 16 de ellos también obtuvieron la misma calificación respecto a la realización de las normas de fomento de la salud, sólo uno de ellos obtuvo un nivel de aplicación de normas alto y 2 responsables obtuvieron nivel bajo. Por último, merece también analizar aquellos 9 responsables que obtuvieron un bajo grado de sensatez en normas de fomento de la salud, 6 de los cuales tienen un nivel medio de aplicación de normas, 3 con nivel bajo y ninguno de ellos obtuvo un nivel alto en realización de normas de fomento de la salud. Todo este análisis de frecuencias cruzadas nos da evidencias que coexiste una correlación recta entre las variables de estudio, o sea, mientras los responsables del fomentar la salud en la región San Martín poseen un alto nivel

de conocimiento de las reglas de fomento de la salud, mejor será la aplicación de las mismas.

La aplicación de la prueba de hipótesis para independencia de variables cualitativas “Chi Cuadrado de Pearson”, arrojó un valor del coeficiente de 11.599, mientras que el valor tabulado de la distribución Chi Cuadrado con probabilidad 0.95 y 4 grados de libertad es 9.488, por lo tanto, la hipótesis de independencia de variables se rechaza, es decir, existe relación o asociación entre el grado de conocimientos de las políticas de fomento de la salud y la aplicación de las mismas. De igual manera, se puede llegar a la misma decisión (rechazar la hipótesis nula), si analizamos la significancia que arrojó la prueba, que es igual a 0.021 comparada con un nivel de significancia de 0.05, se ubican en la región de repudio de la curva de la repartición Chi Cuadrado, llegando a la misma decisión y conclusión.

Es factible realizar la comparación de la investigación realizada por García, F. (2003), en la investigación “ la comisión del discernimiento: diligencia al fomento de la Salud”, Zaragoza España, la indagación fue analítico aplicativo que llegó a la conclusión que el fomento de la salud se ayuda de manera muy sustancial en el traspaso de instrucciones a la comunidad y a los funcionarios organizadores, mientras que la presente investigación identifica la asociación directa entre el conocimiento y realización de las normas de fomento de la salud obtenidos mediante la aplicación de instrumentos que midieron ambas variables a los encargados de promoción de la salud en la región de San Martín.

Análogamente, Hernández, E., Isla, R., (2010), en su trabajo “Promoción de la salud y la seguridad en el ámbito laboral”: ¿Podrían ser de utilidad de los sistemas de gestión del conocimiento?, investigación cualitativa cuya conclusión fue el uso de los regímenes de la comisión y discernimiento en el ámbito del fomento de la seguridad organizacional y el fomento de la Salud que presume un enorme beneficio para las organizaciones y sus órganos competentes, al beneficiar la composición de la pesquisa proveniente de las distintas estimaciones y sistemas de mediación aplacando una gestión más

poderosa, perdurable e iluminada en todos los procedimientos sociales y culturales necesitan una mayor profundidad teórica y metodológica, mientras que la presente investigación aterriza en que aquel responsable de promoción de la salud que tiene un alto grado de discernimiento de las reglas de fomento de la salud, efectúa una aplicación de las mismas de manera correcta o adecuada.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Hay correlación entre el grado de discernimiento y ejecución de las normas de promoción de la salud por los encargados del área de promoción de Salud de las redes y micro redes del Departamento de San Martín, con una significación de la prueba de hipótesis a través de la prueba chi cuadrado de Pearson de 11,59 con valor $p=0.021$. La relación es directa, es decir, mientras un responsable de promoción de la salud tenga una alta categoría de discernimiento de las normas de promoción de salud, procederá adecuadamente en la aplicación de las mismas.
- 6.2. Se evidencia un alto nivel de conocimiento en reglas de fomento de la salud en los responsables de las redes y micro redes de salud del Departamento de San Martín, el 53.3% posee un alto grado de discernimiento y un 31.7% posee un discernimiento promedio o regular.
- 6.3. El grado de ejecución de las reglas de promoción de la salud, en los responsables de las redes y micro redes de salud del Departamento de San Martín, es medio o regular, representado por el 70% de los responsables.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Al Director Regional y encargado de promoción de la Salud de la Dirección Regional de Salud San Martín reforzar el adecuado suministro de las reglas de promoción de la Salud por parte de los dirigentes de las micro redes y redes de salud de la Región San Martín
- 7.2. La Dirección Regional de Salud San Martín por medio del responsable de promoción de la salud debe realizar algún plan de inducción y capacitación dirigido al personal nuevo como responsable del fomento de la salud a nivel regional a las redes y micro redes de salud.
- 7.3. La persona responsable de la promoción de la salud de la Dirección regional de salud debe evaluar periódicamente al personal responsable de fomento de la salud en la región San Martín a las redes y micro redes en relación al discernimiento y ejecución de las reglas de fomento de la salud.

REFERENCIAS

- Aliaga, E. (2005). *Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: retos y perspectivas*. ForoSalud y Consorcio de Investigación Económico y Social - CIES. Cuaderno de trabajo N°04. auspicio de DFI, Fundación Ford y Proyecto POLICY de USAID. 07/02/15 2:53 pm. recuperado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/1002_CIES3.pdf
- Aliaga, A. (2005). *Información recabada durante la entrevista en CARE Perú*.
- Alessandro, L. (2002). *Municipios Saludables: Una opción de política pública. Avance de un proceso en Argentina*. Organización Panamericana de la Salud-Argentina, Gráfica Laf S.R.L.
- Altobelli, L. (2002). *Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS*, en Arroyo, Juan *La salud peruana en el siglo XXI*. Retos y propuestas de política. Lima, Perú
- Bustamante, M. (2003). *Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue*. (Entrevista realizada en mayo de 2003).
- Bustamante, M. (2002). *Certificado en Lima, Perú, el 5 de diciembre de 2002, Secretario Ejecutivo, Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue*.
- Carta de Ottawa (1986) para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, Recuperado de: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>.
- Caroll J. Epstein R. Knowledge and beliefs about health promotion and preventive health care among somali women in the United States. *Health care for women international*. 2007; 28(4):360-80. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399330601179935>

Declaración de Villa El Salvador (2003). Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú. Lima-Perú.

García, F. (2003), en su estudio “*La gestión del conocimiento: aplicación a la promoción de la salud*”, Zaragoza España, Área de Biblioteconomía y Documentación, Universidad de Zaragoza, Scire. 9 : 1 (jul.-dic. 2003) 151-170. 09/02/15 6:44 am. recuperado de: <http://ibersid.eu/ojs/index.php/scire/article/view/1463>.

Galvez, M. (2013). *Nivel de conocimiento y prácticas en promoción de la salud en una urbanización Callao-Perú*, 2013. Lima, Callao, Perú.

Giraldo, A.; Toro, M. Y.; Macías, A. M.; Valencia, C. A. y Palacios, S. (2010.). *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables*. Recibido en marzo 30. aceptado en abril 28. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, No.1, págs. 128 - 143 ISSN 0121-7577. 09/02/15 7:43 am. Recuperado de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15%281%29_9.pdf

Gonzales, L. & Pineda Medina, L. (2014). *Percepción de los estudiantes de ciencias de la salud, respecto a su formación academica en promoción de la salud*, Universidad Nacional del Altiplano, Puno-2013. Puno, Perú.

Gómez, M. (1997). *Teoría y guía práctica de promoción de la salud: intervenciones en Nicaragua*. Montreal. Universidad de Montreal. Unidad de Salud Internacional. P. 19. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=oq1pu6rq4KoC&pg=PA13&lpg=PA13&dq=G%C3%B3mez+Zamudio,+Mauricio,+op.cit&source=bl&ots=B4FXADcqiy&sig=vqB95u0uy3XigbUqqiMF45Zqxpw&hl=es&sa=X&ei=GJAWVaaiB4WmgwTdtIDoAQ&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=G%C3%B3mez%20Zamudio%2C%20Mauricio%2C%20op.cit&f=false>

Gómez, M. (1998). *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*. Montreal, Canadá. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal. Recuperado de: <https://www.deepdyve.com/lp/sage/teor-a-y-gu-a-practica-para-la-promoci-n-de-la-salud-intervenciones-en-B8wPdpzYEQ>

Guerra de Macedo, C. (2002). “*El Derecho a la Salud en América Latina en los albores del Siglo XXI*”. Ponencia presentada en la I Conferencia Nacional de Salud, Lima-Perú

Hernández, E.; Díaz, D. e Isla, R. (2010). “*La promoción de la salud y la seguridad en el entorno laboral: ¿pueden ser útiles los sistemas de gestión del conocimiento. La Laguna – España. Departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional - Facultad de Psicología – Universidad de La Laguna.* 09/02/15 7:33am. Recuperado de: http://www.psicologia.ull.es/archivos/revista/articulos%20ripla%2009/La%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y%20la%20seguridad%20en%20el%20entorno%20laboral_%20%C2%BFpueden%20ser%20%C3%BAtiles%20los%20sistemas%20de%20gesti%C3%B3n%20del%20conocimiento_.pdf

Kliksberg, (2002). “*Hacia una economía con rostro humano*”. Fondo de Cultura Económica. 07/02/15 3:15 pm. recuperado de: <https://www.fce.com.ar/ar/libros/detalles.aspx?IDL=2865>

Max-Neef, M.; Elizalde, A.; Hopenhayn, M. (1996). *Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro*. Fundación Dag Hammarskjod, Santiago de Chile. 07/02/15 3:57pm. Recuperado de: http://ipes.anep.edu.uy/documentos/unicef/materiales/cano/Desarrollo%20a%20escala%20humana_Max%20Neef.pdf

Ministerio de Salud. (2002). Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 y Fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio agosto 2001-Julio 2006

Ministerio de Salud. (2003). Plan Estratégico 2003-2006, Dirección General de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2003). Boletín No 2 de Promoción de la Salud. Lima, marzo 2003.

Ministerio de Salud . (2003). Modelo de abordaje para la promoción de la Salud. Lima, Perú.

Ministerio de Salud. (2004). Lineamientos de Políticas de Promoción de la Salud (versión en proceso de aprobación por el Despacho Ministerial)

Ministerio de Salud. (2006). Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. La Salud Integral: Compromiso de todos – El Modelo de Atención Integral de Salud.

Ministerio de Salud México. (2000). Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, Ciudad de México, junio de 2000

Ministerio de Salud de Chile (2003). [www. minsal.cl](http://www.minsal.cl). 06 junio de 2020

Naciones Unidas -Consejo Económico y Social, (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14. Ginebra

OMS. (1998). Promoción de la Salud Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ginebra. 07/02/15 8:38 am.
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

OMS. (2000). Promoción de la Salud Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ginebra. 07/02/15 8:38 am. recuperado de:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.

OPS/OMS (1999). Líneas de Investigación prioritarias en promoción de la salud. Washington, D.C.

OPS / OMS (1993). Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, en Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, del 1-4 junio de 1993, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "Promoción de la Salud: una antología", op.cit.

OPS-OMS. (1994). División de Promoción y Protección de la Salud. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina. Quito, Ecuador: Efecto Gráfico.

Quispe, D. (2010). *Política pública de salud con enfoque promocional*. 07/02/15 3:50pm. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos102/politica-publica-salud-enfoque-promocional/politica-publica-salud-enfoque-promocional.shtml>

Reátegui, E. (2008). *Saber sobre promoción de la salud en familias y personal de salud*. Trujillo, Perú.

Restrepo, H. (2001). *Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud*"; en Restrepo, Helena; Hernán Málaga. Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional Ltda. Recuperado de: http://books.google.com.pe/books/about/Promocion_de_la_salud.html?id=g4gU_P7vAEMC&redir_esc=y

Resolución REMSAA XXIV/386. (2002). Ministra y Ministros de Salud del Área Andina. Lima, Perú, noviembre 29. Mauricio Bustamante García. Secretario Ejecutivo. Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue.

Recuperada de: <http://www.orasconhu.org/documentos/REMSAA-XXIV-386.pdf>

Tejada de Rivero, D. (2003). *Veinticinco años después de Alma-Ata*. Documento publicado por la OPS-OMS en ocasión del veinticinco aniversario de la Conferencia de Alma-Ata. 07/02/15 3:50pm. Recuperado de: <http://www.orasconhu.org/documentos/Libro%20Estudio%20y%20Reformas%20vfinal.pdf>

Tejada de Rivero, D. (2003). ex Ministro de Salud de Perú, ex Sub Director General de la OMS, miembro de la Asociación de Consultores Internacionales en Salud y actual presidente de la Academia Peruana de Salud. (Entrevista realizada en abril de 2003)

Terris, M. (1999). “*Conceptos de promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública*”, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, “Promoción de la Salud: una antología”. Washington, DC, EUA. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021214>.

Universidad de Cantabria. (2010). *Ciencias de la salud - Promoción de la salud*. Aula virtual. 07/02/15 12:47 m. recuperado de: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/introduccion#indice>

Urquiaga, T. (2016). *Saberes y prácticas de la enfermera relacionadas a la promoción de la salud*. Trujillo, Perú.

Vargas, L.(2006). *Percepciones y perspectivas en promoción de la salud en el personal de establecimientos del primer nivel de atención*. Red Ventanilla. Dirección de salud Callao. Lima, Perú.

Anexos

Matriz de operacionalización de variable

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
V 1: Nivel de conocimiento de las normas de PROMSA	Es la información acumulada en promoción de la salud que tienen los gestores de salud en el ejercicio de sus funciones y tareas que exige su cargo, lo cual permite demostrar su idoneidad (MINSA, 2003)	Es la información acumulada en normas y políticas de promoción de la salud que tiene el trabajador de salud en el ejercicio de sus funciones y tareas que exige su cargo y corresponde a bajo, promedio y alto	Nivel bajo: Si el conocimiento del trabajador no alcanza las expectativas establecidas.	Nivel bajo: Si el conocimiento del trabajador no alcanza las expectativas establecidas.	Ordinal
			Nivel promedio: Si el conocimiento del trabajador alcanza un grado intermedio de las expectativas establecidas.	Nivel promedio: de 11 a 20 puntos	
			Nivel alto: Si el conocimiento del trabajador coincide con las expectativas establecidas	Nivel alto: de 21 y 30 puntos.	
V2: Aplicación de las normas de PROMSA	Aplicación de las normas de promoción de la salud por el trabajador de salud en su puesto de trabajo, lo cual permite establecer la calidad de su trabajo (MINSA, 2003).	Aplicación de las normas y políticas de promoción de la salud por el trabajador de salud en su puesto de trabajo, lo cual permite establecer la calidad de su trabajo.	Grado de aplicación bajo: Si la aplicación de las normas PROMSA del trabajador no alcanza las expectativas establecidas.	Grado de aplicación bajo: de 1 a 10 puntos	Ordinal
			-Grado de aplicación medio: Si la aplicación de las normas PROMSA del trabajador alcanza un grado intermedio de las expectativas establecidas.	Grado de aplicación medio: de 11 a 20 puntos	
			Grado de aplicación alto: Si la aplicación de las normas PROMSA del trabajador coincide con las expectativas establecidas	Grado de aplicación alto: de 21 y 30 puntos	

Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e Instrumentos										
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de las normas de promoción de la salud en gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las normas de promoción de la salud por los gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020?</p> <p>¿Cuál es el grado de aplicación de las normas de promoción de la salud por los gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020?</p>	<p>Objetivo general Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de las normas de promoción de la salud por los gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020.</p> <p>Objetivos específicos Identificar el nivel de conocimiento de las normas de promoción de la salud por los gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020</p> <p>Identificar el grado de aplicación de las normas de promoción de la salud por gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020.</p>	<p>Hipótesis general Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de las normas de promoción de la salud por gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020.</p> <p>Hipótesis específicas H1: El nivel de conocimiento de las normas de promoción de la salud por gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020, es bajo.</p> <p>H2: El grado de aplicación de las normas de promoción de la salud por gestores de micro redes y redes de salud, San Martín 2020, es medio.</p>	<p>Técnica La técnica empleada en el estudio es la encuesta</p> <p>Instrumentos El instrumento empleado es el cuestionario</p>										
Diseño de investigación	Población y muestra	Variables y dimensiones											
<p>El estudio de investigación es de tipo básico, con diseño correlacional.</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>M: muestra O₁ =Variable 1, conocimiento de las normas de promoción de la salud. O₂ =Variable 2, aplicación de las normas de promoción de la salud. r: relación de variables de estudio.</p>	<p>Población La población objeto de estudio, estuvo constituido por 60 gestores responsables de promoción de la salud.</p> <p>Muestra La muestra del estudio fue compuesta por el 100% de la población, que son 60 gestores responsables de promoción de la salud.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Variables</th> <th style="width: 50%;">Dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">Conocimiento de las normas de promoción de la salud</td> <td style="text-align: center;">Nivel bajo:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nivel promedio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nivel alto</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">Aplicación de las normas de promoción de la salud</td> <td style="text-align: center;">Grado de aplicación bajo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Grado de aplicación medio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Grado de aplicación alto</td> </tr> </tbody> </table>		Variables	Dimensiones	Conocimiento de las normas de promoción de la salud	Nivel bajo:	Nivel promedio	Nivel alto	Aplicación de las normas de promoción de la salud	Grado de aplicación bajo	Grado de aplicación medio	Grado de aplicación alto
Variables	Dimensiones												
Conocimiento de las normas de promoción de la salud	Nivel bajo:												
	Nivel promedio												
	Nivel alto												
Aplicación de las normas de promoción de la salud	Grado de aplicación bajo												
	Grado de aplicación medio												
	Grado de aplicación alto												

Instrumento de recolección de datos

Instrumento de medición nivel de conocimiento - Cuestionario

El presente instrumento es de carácter anónimo y tiene como objetivo conocer el nivel de conocimiento sobre las normas de Promoción de la salud del Ministerio de Salud, aplicadas por los coordinadores y responsables de Promoción de la Salud de las Redes y Microredes de Salud. Por ello se le solicita responda los siguientes enunciados con veracidad.

Agradeciéndole respetuosamente su colaboración.

DATOS GENERALES:

Red () MR () Nombre

Tiempo en el cargo:.....

Edad:..... Sexo:.....

Nombrado(a): Si () No () Contratado(a): Si () No ()

Instrucciones:

A continuación, se presenta una serie de enunciados a los cuales usted deberá responder marcando con un aspa (X) de acuerdo a lo que considere conveniente.

CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN NORMAS DE PROMOCION DE LA SALUD

N°	ENUNCIADO	En desacuerdo (1)	Indiferente (2)	De acuerdo (3)
1.	PROMSAL según su marco conceptual es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar mecanismos administrativos y políticos que faciliten a las personas y grupos para tener mayor control sobre su salud y mejorarla.			
2.	Se consideran como enfoques de PROMSAL: equidad en salud, equidad de género, interculturalidad, ciudadanía, derechos en salud			
3.	Las estrategias que promueve PROMSAL son: Intersectorialidad, desarrollo de alianzas, descentralización y desarrollo local, comunicación y educación para la salud y abogacía.			
4.	Los lineamientos de política de PROMSAL que establece la RM 111-2005 MINSA son 10			
5.	Los ejes temáticos que aborda PROMSAL comprenden: Alimentación y nutrición, Higiene y ambiente, Actividad física, Salud sexual y reproductiva, Habilidades para la vida, Seguridad vial			

	y cultura de tránsito, Promoción de la salud mental buen trato y cultura de paz			
6.	La RM N° 402-2006- MINSA aprueba el programa de familias y viviendas saludables			
7.	En la Carta de Bangkok se establecen las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud			
8.	La RM N° 464 MINSA establece el modelo de atención integral basado en familia y comunidad			
9.	La RM N° 638-2006-MINSA aprueba la transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.			
10.	Conoce de los Decretos Supremos del Ministerio de Economía y Finanzas que Aprueba los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal.			

¡Muchas gracias!

Instrumento de medición aplicación de normas de PROMSAL – Ficha de Observación

El presente instrumento es de carácter anónimo y tiene como objetivo conocer la aplicación de las normas de Promoción de la salud del Ministerio de Salud, las cuales deben ser aplicadas por los coordinadores y responsables de Promoción de la Salud de las Redes y Microredes de Salud. Por ello se le solicita se brinde seguridad en el recojo de la información.

DATOS GENERALES

Red () MR () Nombre

Tiempo en el cargo:.....

Edad:.....Sexo:.....

Nombrado(a): Si () No () Contratado(a): Si () No ()

Instrucciones:

A continuación, se presenta una serie de enunciados que permitirán verificar el cumplimiento de las normas de PROMSAL durante la actividad de monitoreo y supervisión de los coordinadores y responsables PROMSA.

FICHA DE OBSERVACIÓN DE LAS NORMAS DE PROMOCION DE LA SALUD

N°	ENUNCIADO	Nunca (1)	A veces (2)	Siempre (3)
1.	El coordinador o responsable PROMSAL conoce y difunde el marco conceptual de PROMSAL: “Proceso que busca desarrollar habilidades personales, generar mecanismos administrativos y políticos que faciliten a las personas y grupos para tener mayor control sobre su salud y mejorarla”			
2.	El coordinador o responsable de PROMSAL aplica los enfoques de la promoción de la salud como: equidad en salud, equidad de género, interculturalidad, ciudadanía.			
3.	El coordinador o responsable PROMSAL aplica las estrategias de promoción de la salud: Intersectorialidad, desarrollo de alianzas, descentralización y desarrollo local, comunicación y educación para la salud y abogacía.			
4.	El coordinador o responsable PROMSAL aplica los lineamientos de política que establece la RM 111-2005 MINSA que son 05.			
5.	El coordinador o responsable PROMSAL aplica los ejes temáticos que aborda promoción de salud como: Alimentación y nutrición, Higiene y ambiente, Actividad física, Salud sexual y reproductiva, Habilidades para la vida, Seguridad vial y cultura			

	de tránsito, Promoción de la salud mental buen trato y cultura de paz			
6.	El coordinador o responsable PROMSAL aplica la RM N° 402-2006- MINSA que aprueba el programa de familias y viviendas saludables			
7.	El coordinador o responsable PROMSAL aplica el acuerdo de la Carta de Bangkok que establece “las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud”			
8.	El coordinador o responsable PROMSAL aplica la RM N° 464 MINSA establece el modelo de atención integral basado en familia y comunidad			
9.	El coordinador o responsable PROMSAL aplica la RM N° 638-2006-MINSA que aprueba la transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.			
10.	El coordinador o responsable PROMSAL aplica los Decretos Supremos del Ministerio de Economía y finanzas, que aprueba “Los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal”			

¡Muchas gracias!

Ficha de validación de expertos



INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Dr. Delgado Bardales, José Manuel
 Institución donde labora : Universidad César Vallejo
 Especialidad : Doctor en gestión universitaria
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: conocimiento PROMSA
 Autor del instrumento : Salazar Astete, Paola Evelyn

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1)	DEFICIENTE (2)	ACEPTABLE (3)	BUENA (4)	EXCELENTE (5)					
CRITERIOS	INDICADORES				1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.							X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Conocimiento PROMSA en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.								X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Conocimiento PROMSA .								X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: Conocimiento PROMSA , de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.								X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.								X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.							X	
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.								X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Conocimiento PROMSA								X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.							X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.								X
PUNTAJE TOTAL								47	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

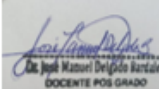
III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4.7

Tarapoto, 6 de febrero de 2021.



Dr. José Manuel Delgado Bardales
DOCENTE POS GRADO

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Dr. Delgado Bardales, José Manuel
 Institución donde labora : Universidad César Vallejo
 Especialidad : Doctor en gestión universitaria
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: aplicación de normas PROMSA
 Autor del instrumento : Salazar Astete, Paola Evelyn

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN
MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: aplicación de normas PROMSA en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: aplicación de normas PROMSA .					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: aplicación de normas PROMSA , de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.				X	
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: aplicación de normas PROMSA					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL						47

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

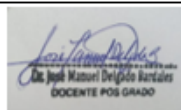
III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4.7

Tarapoto, 6 de febrero de 2021.


 Dr. José Manuel Delgado Bardales
 DOCENTE POS GRADO

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Dr. Sánchez Dávila, Keller
 Institución donde labora : Universidad César Vallejo
 Especialidad : Doctor en gestión pública y gobernabilidad
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: Conocimiento PROMSA
 Autor del instrumento : Salazar Astete, Paola

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	MUY DEFICIENTE (1)	DEFICIENTE (2)	ACEPTABLE (3)	BUENA (4)	EXCELENTE (5)	INDICADORES				
						1	2	3	4	5
CLARIDAD									X	
OBJETIVIDAD										X
ACTUALIDAD										X
ORGANIZACIÓN										X
SUFICIENCIA										X
INTENCIONALIDAD									X	
CONSISTENCIA										X
COHERENCIA										X
METODOLOGÍA									X	
PERTINENCIA										X
					PUNTAJE TOTAL					47

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor, al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4.7

Tarapoto, 6 de febrero de 2021.



Dr. Keller Sánchez Dávila
DOCENTE POS GRADO

Sello personal y firma

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Dr. Sánchez Dávila, Keller
 Institución donde labora : Universidad César Vallejo
 Especialidad : Doctor en gestión pública y gobernabilidad
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: Aplicación de normas PROMSA
 Autor del instrumento : Salazar Astete, Paola

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	DEFICIENTE (2)	ACEPTABLE (3)	BUENA (4)	EXCELENTE (5)	INDICADORES								
					1	2	3	4	5				
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.							X					
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: aplicación de normas PROMSA en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.								X				
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: aplicación de normas PROMSA .								X				
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: aplicación de normas PROMSA , de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.								X				
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.								X				
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.						X						
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.								X				
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: aplicación de normas PROMSA								X				
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.						X						
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.								X				
PUNTAJE TOTAL													47

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)


III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4.7

Tarapoto, 6 de febrero de 2021.



Dr. Keller Sánchez Dávila
DOCENTE POS GRADO

Sello personal y firma



INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Vargas Bourguet, José Yvan
 Institución donde labora : Docente Universitario Toribio Rodríguez de Mendoza
 Especialidad : Egresado de Doctorado en Educación
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: conocimiento PROMSA
 Autor del instrumento : Salazar Astete, Paola Evelyn

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Conocimiento PROMSA en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Conocimiento PROMSA .					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: Conocimiento PROMSA , de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Conocimiento PROMSA					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL						50

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

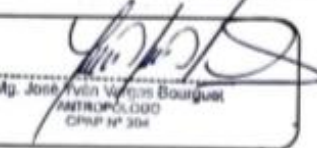
III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

5

Tarapoto, 6 de febrero de 2021.


 Mg. José Yvan Vargas Bourguet
 ANTROPÓLOGO
 CPNP N° 304

Sello personal y firma

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Vargas Bourguet, José Yvan
 Institución donde labora : Docente Universitario Toribio Rodríguez de Mendoza
 Especialidad : Egresado de Doctorado en Educación
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: aplicación de normas PROMSA
 Autor del instrumento : Salazar Astete, Paola Evelyn

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN
 MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: aplicación de normas PROMSA en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: aplicación de normas PROMSA .					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y los ítems del instrumento respecto a la variable: aplicación de normas PROMSA , de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: aplicación de normas PROMSA					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL						50

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

5

Tarapoto, 6 de febrero de 2021.



Mg. José Yván Vargas B.
 ANTRÓPOLOGO
 CPAP N° 304

Constancia de autorización

 **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD**
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ANEXO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

Exp. N° 030-2020 624783

Moyobamba, 20 de enero del 2021.

CARTA N° 012 -2020-GRSM-DIRESA/DBRH

Señor (a).
PAOLA EVELYN SALAZAR ASTETE
Estudiante de Maestría de la Escuela de Post Grado César Vallejo.
Jr. San Carlos N° 222
CIUDAD:

 **ASUNTO** : Autorización de Aplicación de Encuesta.

REFERENCIA : Carta S/N
Trámite N° 030-2021547782

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente, asimismo en atención al documento de la referencia, se **AUTORIZA** la aplicación de Encuestas de investigación a Responsables de la Salud, denominada "Conocimiento y Aplicación de Normas de Promoción de la Salud en Gestores de Micro redes y Redes, San Martín 2020".

Sin otro particular, encuentro propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi consideración más distinguida.

Atentamente,

 
M.C. LESLIE CAROL ZEVALLOS QUINTEROS
DIRECTORA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
DRE 0101-198.1007.

*Usa correctamente tu mascarilla
y respeta el distanciamiento social.*

LCZQ/MAV asch
Cc-
Archivo

"El Dengue Comienza en tu Casa.....Elimina los Criaderos"

Av. Grau Cdra. 01 – Moyobamba – San Martín
Email: dirección_recursoshumanos@diressanmartin.gob.pe

Teléfono (042) 563113 (Anexo 104)

Base de Datos

Conocimientos de las normas de promoción de la salud

N R O	RED/MICRORED	NOMBRE	TIEMPO_CARGO	EDAD	SEXO	SITUACIÓN LABORAL	PREG_01	PREG_02	PREG_03	PREG_04	PREG_05	PREG_06	PREG_07	PREG_08	PREG_09	PREG_10	PUNTAJE	CALIFICACIÓN
1	RED	RED SAN MARTIN	1	35	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	27	3
2	MICRORED	MR BANDA DE SHILCAYO	1	30	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	12	1
3	MICRORED	MR TARAPOTO	1	27	2	1	2	2	2	3	2	1	2	1	1	2	18	2
4	MICRORED	MR MORALES	1	36	2	2	2	3	2	2	1	1	3	1	2	2	19	2
5	MICRORED	MR SAUCE	1	44	2	2	3	2	1	2	3	3	2	3	2	3	24	3
6	MICRORED	MR JUAN GUERRA	2	25	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	28	3
7	MICRORED	MR CHAZUTA	0	39	1	2	2	1	1	2	2	1	3	2	2	1	17	2
8	MICRORED	MR HUIMBAYOC	1	30	1	2	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	27	3
9	MICRORED	MR PAPAPLAYA	1	45	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2	24	3
10	RED	RED LAMAS	2	47	2	2	3	2	2	3	1	3	2	2	3	2	23	2
11	MICRORED	MR HOSPITAL LAMAS	0	28	2	1	3	3	2	2	3	1	2	3	3	3	25	3
12	MICRORED	MR CUÑUMBUQUE	2	42	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	17	2
13	MICRORED	MR CAYNARACHI	4	52	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3
14	MICRORED	MR TABALOSOS	2	35	2	2	3	2	3	3	2	1	3	3	2	3	25	3
15	MICRORED	MR BARRANQUITA	3	48	2	1	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	27	3
16	MICRORED	MR PACAYZAPA	1	30	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	25	3
17	RED	RED EL DORADO	3	46	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	26	3
18	MICRORED	MR SAN JOSE DE SISA	0	31	1	2	2	2	2	3	1	3	2	2	2	1	20	2
19	MICRORED	MR AGUA BLANCA	2	46	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	16	1

20	MICRORE D	MR SAN MARTIN DE ALAO	1	34	2	2	1	3	1	2	2	1	1	3	2	1	17	2
21	RED	RED PICOTA	1	37	1	2	3	2	1	3	2	2	2	3	3	2	23	2
22	MICRORE D	MR PICOTA	3	48	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3
23	MICRORE D	MR LEONCIO PRADO	0	25	2	2	2	1	2	3	2	2	1	1	2	1	17	2
24	MICRORE D	MR PUCACACA	0	32	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	27	3
25	RED	RED MOYOBAMBA	4	44	2	2	2	3	3	3	1	3	3	3	2	2	25	3
26	MICRORE D	MR LLULLUCUCHA	3	52	1	2	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	26	3
27	MICRORE D	MR CALZADA	0	33	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	26	3
28	MICRORE D	MR JERILLO	0	34	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	11	1
29	MICRORE D	MR ROQUE ALONSO DE ALVARADO	1	44	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	26	3
30	MICRORE D	MR YANTALO	1	38	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	25	3
31	MICRORE D	MR SORITOR	0	29	2	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1	2	16	1
32	MICRORE D	MR JEPELACIO	2	47	2	2	2	3	2	3	1	1	3	2	3	3	23	2
33	MICRORE D	MR PUEBLO LIBRE	0	25	1	2	3	2	2	1	3	3	1	3	2	3	23	2
34	RED	RED RIOJA	1	30	1	1	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	24	3
35	MICRORE D	MR NUEVA RIOJA	0	24	2	2	1	2	1	3	1	2	1	3	2	1	17	2
36	MICRORE D	MR SEGUNDA JERUSALEN	1	36	2	2	3	3	3	2	2	2	1	3	2	2	23	2
37	MICRORE D	MR YURACYACU	0	25	1	2	2	2	3	3	1	2	1	3	2	2	21	2
38	MICRORE D	MR NUEVA CAJAMARCA	1	48	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	27	3
39	MICRORE D	MR SAN JUAN RIO SORITOR	2	36	2	2	3	3	2	3	2	1	3	2	3	3	25	3
40	MICRORE D	MR SAN FERNANDO	0	25	2	2	3	3	2	3	3	2	1	3	1	3	24	3
41	MICRORE D	MR NARANJOS	2	49	2	2	2	2	1	1	1	2	3	3	3	1	19	2
42	MICRORE D	MR BAJO NARANJILLO	2	52	2	1	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	25	3
43	RED	RED MCAL CACERES	1	35	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	26	3

44	MICRORE D	MR JUANJUI	1	28	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1
45	MICRORE D	MR COSTA RICA	0	25	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	26	3
46	MICRORE D	MR CAMPANILLA	1	34	2	2	2	1	3	1	1	1	2	3	2	2	18	2
47	MICRORE D	MR HUICUNGO	1	46	1	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	24	3
48	RED	RED HUALLAGA	2	42	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	13	1
49	MICRORE D	MR SAPOSOA	1	28	2	2	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	14	1
50	MICRORE D	MR SACANCHE	1	49	1	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	26	3
51	RED	RED BELLAVISTA	3	52	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	28	3
52	MICRORE D	MR BELLAVISTA	1	37	2	2	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	27	3
53	MICRORE D	MR BAJO BIAVO	1	42	2	2	2	2	2	1	3	3	1	1	2	1	18	2
54	MICRORE D	MR ALTO BIAVO	0	29	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	27	3
55	MICRORE D	MR SAN PABLO-CONSUELO	0	27	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	3	2	17	2
56	RED	RED TOCACHE	2	36	2	2	1	1	2	2	1	3	2	2	1	1	16	1
57	MICRORE D	MR TOCACHE	2	52	1	2	3	2	2	2	1	3	3	3	3	2	24	3
58	MICRORE D	MR NUEVO PROGRESO	1	28	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	26	3
59	MICRORE D	MR POLVORA	0	26	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	12	1
60	MICRORE D	MR UCHIZA	0	32	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	19	2

Aplicación de las normas de promoción de la salud

NR O	RED/MICRORED	NOMBRE	TIEMPO CARGO	EDAD	SEXO	SITUACIÓN LABORAL	PREG _01	PREG _02	PREG _03	PREG _04	PREG _05	PREG _06	PREG _07	PREG _08	PREG _09	PREG _10	PUNTAJE	CALIFICACIÓN
1	RED	RED SAN MARTIN	1	35	2	2	2	3	2	3	3	2	2	1	3	3	24	3
2	MICRORED	MR BANDA DE SHILCAYO	1	30	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	12	1
3	MICRORED	MR TARAPOTO	1	27	2	1	3	1	3	2	1	2	1	2	2	1	18	2
4	MICRORED	MR MORALES	1	36	2	2	2	1	1	3	2	2	1	1	3	3	19	2
5	MICRORED	MR SAUCE	1	44	2	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	27	3
6	MICRORED	MR JUAN GUERRA	2	25	2	2	2	3	3	3	1	2	3	2	1	3	23	2
7	MICRORED	MR CHAZUTA	0	39	1	2	3	2	3	2	3	3	1	3	1	1	22	2
8	MICRORED	MR HUIMBAYOC	1	30	1	2	3	1	3	3	2	3	3	1	2	1	22	2
9	MICRORED	MR PAPAPLAYA	1	45	2	2	3	3	2	2	1	2	3	3	3	2	24	3
10	RED	RED LAMAS	2	47	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	26	3
11	MICRORED	MR HOSPITAL LAMAS	0	28	2	1	3	1	3	2	2	3	3	3	2	2	24	3
12	MICRORED	MR CUÑUMBUQUE	2	42	2	2	1	1	3	2	2	3	1	1	1	1	16	1
13	MICRORED	MR CAYNARACHI	4	52	2	2	3	3	1	2	3	2	3	3	1	3	24	3
14	MICRORED	MR TABALOSOS	2	35	2	2	3	3	2	2	1	2	1	3	3	2	22	2
15	MICRORED	MR BARRANQUITA	3	48	2	1	2	1	1	3	3	3	1	2	3	1	20	2
16	MICRORED	MR PACAYZAPA	1	30	2	2	3	2	1	3	3	2	2	3	2	1	22	2
17	RED	RED EL DORADO	3	46	2	2	2	2	1	1	3	2	1	3	2	1	18	2
18	MICRORED	MR SAN JOSE DE SISA	0	31	1	2	1	3	1	2	3	2	3	2	3	2	22	2
19	MICRORED	MR AGUA BLANCA	2	46	2	2	3	3	1	2	2	3	1	3	2	3	23	2
20	MICRORED	MR SAN MARTIN DE ALAO	1	34	2	2	3	2	2	2	2	1	3	3	1	1	20	2
21	RED	RED PICOTA	1	37	1	2	3	2	2	1	2	1	3	3	1	3	21	2

22	MICRORE D	MR PICOTA	3	48	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	16	1
23	MICRORE D	MR LEONCIO PRADO	0	25	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	14	1
24	MICRORE D	MR PUCACACA	0	32	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	1	3	18	2
25	RED	RED MOYOBAMBA	4	44	2	2	2	2	1	2	3	1	2	2	3	2	20	2
26	MICRORE D	MR LLULLUCUCHA	3	52	1	2	3	1	1	2	3	2	2	1	1	3	19	2
27	MICRORE D	MR CALZADA	0	33	2	2	1	2	3	2	3	1	3	2	3	1	21	2
28	MICRORE D	MR JERILLO	0	34	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	13	1
29	MICRORE D	MR ROQUE ALONSO DE ALVARADO	1	44	2	2	3	1	2	1	1	1	3	2	1	1	16	1
30	MICRORE D	MR YANTALO	1	38	2	2	2	1	1	3	2	1	1	3	3	2	19	2
31	MICRORE D	MR SORITOR	0	29	2	1	3	1	1	3	1	2	1	3	3	3	21	2
32	MICRORE D	MR JEPELACIO	2	47	2	2	3	3	3	2	1	2	2	1	2	2	21	2
33	MICRORE D	MR PUEBLO LIBRE	0	25	1	2	2	3	2	2	3	3	2	1	2	3	23	2
34	RED	RED RIOJA	1	30	1	1	3	3	3	3	3	1	3	2	2	2	25	3
35	MICRORE D	MR NUEVA RIOJA	0	24	2	2	2	1	3	2	2	1	3	2	1	1	18	2
36	MICRORE D	MR SEGUNDA JERUSALEN	1	36	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1	2	18	2
37	MICRORE D	MR YURACYACU	0	25	1	2	1	2	2	2	3	1	2	2	1	1	17	2
38	MICRORE D	MR NUEVA CAJAMARCA	1	48	2	1	3	1	1	1	3	3	1	2	3	1	19	2
39	MICRORE D	MR SAN JUAN RIO SORITOR	2	36	2	2	2	3	3	3	3	2	3	1	2	1	23	2
40	MICRORE D	MR SAN FERNANDO	0	25	2	2	2	3	3	2	3	3	1	2	2	3	24	3
41	MICRORE D	MR NARANJOS	2	49	2	2	1	2	1	2	3	3	3	1	2	3	21	2
42	MICRORE D	MR BAJO NARANJILLO	2	52	2	1	2	3	2	3	3	1	1	3	3	3	24	3
43	RED	RED MCAL CACERES	1	35	2	2	2	1	3	1	3	3	1	2	1	3	20	2
44	MICRORE D	MR JUANJUI	1	28	2	2	1	2	3	3	1	3	3	1	1	2	20	2
45	MICRORE D	MR COSTA RICA	0	25	2	2	2	1	3	3	3	1	1	3	2	3	22	2

46	MICRORE D	MR CAMPANILLA	1	34	2	2	1	3	2	3	3	1	3	2	2	2	22	2
47	MICRORE D	MR HUICUNGO	1	46	1	2	1	3	3	3	3	2	1	2	3	2	23	2
48	RED	RED HUALLAGA	2	42	2	2	3	2	2	3	2	1	2	3	1	1	20	2
49	MICRORE D	MR SAPOSOA	1	28	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	14	1
50	MICRORE D	MR SACANCHE	1	49	1	2	2	3	3	2	1	1	2	1	3	1	19	2
51	RED	RED BELLAVISTA	3	52	2	2	2	3	3	1	2	2	3	3	3	1	23	2
52	MICRORE D	MR BELLAVISTA	1	37	2	2	2	3	1	2	3	2	3	1	2	2	21	2
53	MICRORE D	MR BAJO BIAVO	1	42	2	2	3	1	3	2	2	1	1	1	1	3	18	2
54	MICRORE D	MR ALTO BIAVO	0	29	1	2	2	3	3	3	2	3	1	3	3	2	25	3
55	MICRORE D	MR SAN PABLO-CONSUELO	0	27	2	2	2	2	3	1	1	2	3	3	2	1	20	2
56	RED	RED TOCACHE	2	36	2	2	3	1	2	2	2	3	1	2	2	3	21	2
57	MICRORE D	MR TOCACHE	2	52	1	2	1	2	3	2	2	2	1	1	2	3	19	2
58	MICRORE D	MR NUEVO PROGRESO	1	28	2	2	1	2	3	1	3	3	2	3	3	3	24	3
59	MICRORE D	MR POLVORA	0	26	2	2	2	2	2	3	2	1	3	3	1	2	21	2
60	MICRORE D	MR UCHIZA	0	32	2	2	2	3	1	2	3	2	3	1	2	2	21	2