



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

UNAM IZTACALA

“EVALUACIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL, ASOCIADAS AL PERFIL DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD”

“Tesis Empírica”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

VÍCTOR JIMÉNEZ MARTÍNEZ

Director Dr. Arturo Silva Rodríguez
Dictaminadores: Lic. Guadalupe Moreno Arriaga
 Mtra. Consuelo Rubí Rosales Piña



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS.....	6
1.2 COMPOSICIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE OAXACA.....	9
1.3 ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD	11
1.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	12
1.5 PSICOLOGÍA DE LA SALUD	14
2.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
2.1 PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	18
2.2 PARTICIPANTES.....	19
2.3 RECURSOS UTILIZADOS	20
2.4 CONSTITUCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EL DIAGNÓSTICO (CÉDULA)	21
3.- RESULTADOS.....	24
3.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	25
3.2 ASOCIACIÓN DE VARIABLES CON LA MORBILIDAD	28
3.3 ASOCIACIÓN DE VARIABLES CON LA MORTALIDAD	32
4.- CONCLUSIONES.....	35
5.- DISCUSIÓN.....	38
5.1 INCORPORACIÓN DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	43
5.1.2 El perfil del Psicólogo para el primer nivel	44
5.1.3 Funciones del Psicólogo de la Salud en el primer nivel de atención	45
6.- REFERENCIAS.....	47

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo han surgido múltiples aproximaciones conceptuales de la salud y la enfermedad. Estas elaboraciones teóricas se han ido transformando acorde a los momentos históricos en las que vivían los autores que las pronunciaban. Es decir estos conceptos son el resultado de construcciones socioculturales que se consolidan en un determinado tiempo y lugar. Por lo tanto se trata de constructos que van adquiriendo diferentes significados a lo largo de la evolución histórica y científica del ser humano.

Silvina (2011) menciona que fue en la Grecia antigua en donde surgieron los dos paradigmas más significativos de la salud y de la enfermedad. Hipócrates decía que la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo y no una manifestación de espíritus malignos. Fue uno de los primeros en reconocer la influencia del medio externo en la salud y en la enfermedad, así como la importancia de las características individuales. Platón, por el contrario decía que tanto la salud como la enfermedad están determinadas por un principio no material: el alma, la alteración del alma debe provenir de un castigo divino. Se vinculaba a la voluntad de los Dioses. En la Edad Media, en el mundo árabe, de la mano de Avicena, reconoció la importancia de factores protectores de la salud tales como: los hábitos de alimentación, la recreación, el trabajo, el descanso y los factores climáticos.

En la actualidad, para Reynoso y Selligson (2005), refieren que desde el siglo XVII, la profesión médica percibía a la salud en gran medida como la evitación de enfermedades específicas, este enfoque, sin embargo, es deficiente en relación a la conceptualización de los problemas de salud, debido a que no considera de manera adecuada la complejidad de las enfermedades y menos aún

contempla el papel de la conducta humana en la promoción y mantenimiento de la salud.

Sobre conceptos más completos de lo que es la “Salud” las podemos citar a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual la define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Esta última definición pone de manifiesto que en el campo de la salud, existe relación entre educación, medio ambiente, salud y calidad de vida; y desafía al antiguo modelo estructurado sobre sólo el saber biomédico (Pelicioni, 1999). Bajo este mismo enfoque, pero más deductivo, Westphal (2001) señala que el envejecimiento, el embarazo precoz, el alcoholismo, el uso de drogas, las enfermedades de transmisión sexual, las causas externas de mortalidad como violencia y accidentes, cuestiones étnicas y éticas, factores y condiciones de riesgo de salud, tales como obesidad y desnutrición, contaminación del aire y del agua, control de vectores, inadecuado destino de los excrementos humanos, vivienda, actividad física, comportamientos y hábitos son algunos temas respecto a los cuales se han producido y divulgado muchos conocimientos nuevos sin embargo aún sigue existiendo un gran abismo entre lo que se piensa y se propone en una dimensión macro y los efectivos obstáculos que se les imponen en el día a día de la atención y educación de la población.

Sin embargo, y a pesar del progreso logrado en el campo de la salud, hasta el día de hoy, ésta no es una condición generalizada y al alcance de miles de millones de personas. “El aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con

estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones” (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, & Frenk, 2011, Introducción, 3).

¿Pero, qué programas y acciones se pueden aplicar a fin de ofrecer servicios preventivos e integrales que minimicen los riesgos de contraer enfermedades y potencialicen la salud individual y colectiva de las personas?; la prevención de enfermedades y la promoción de la salud son precisamente acciones fundamentales para atender muchas de las nuevas demandas epidemiológicas. Para promover la salud se debe ir más allá que sólo cuidar de la misma. Se deberá poner una mayor importancia a los determinantes causales de la salud en los que habrá que intervenir. En este sentido, el Sector Salud está llamado a diseñar y desempeñar políticas, programas y acciones que impacten en los determinantes de la salud de forma favorable.

El presente documento hace referencia a la participación del profesional de Psicología de la Salud en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el primer nivel de atención, a través del diagnóstico de la efectividad del programa Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud en unidades del primer nivel de los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca. Dicho Programa Nacional fue creado en el 2007 con la participación de todas las instituciones del Sector Salud. En él se agrupan las mejores prácticas de atención integrada de la salud, como son la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida, el programa PREVENIMSS y el Modelo Familiar Preventivo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

1.1 ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

EN MÉXICO

Las principales causas de morbilidad podrían ser prevenidas, evitando muertes o gastos innecesarios a las personas, a las familias y al Estado. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) se registra que existen en México 22.4 millones adultos mexicanos con hipertensión, 5.4 millones más de personas con sobrepeso y obesidad, 6.4 millones de adultos mexicanos que se saben diabéticos. Si bien la mortalidad en niños menores de cinco años ha descendido, en el último lustro prácticamente no se han modificado los índices de muertes ocasionadas por enfermedades respiratorias (31 de cada 100,000 niños mueren por ellas) y enfermedades diarreicas (20 de cada 100,000 niños fallecen por esta causa).

La Encuesta Nacional de Adicciones (2011) muestra que en cuanto al alcohol, el abuso/dependencia incrementó del 4.1% en el 2002 al 5.5% para el 2008. Por su parte el tabaquismo continúa siendo un grave problema de salud pública, con una tendencia al incremento en la frecuencia de consumo y la exposición al humo de tabaco. Las enfermedades relacionadas con el consumo directo e indirecto de tabaco, como el infarto agudo al miocardio, las enfermedades cerebro vasculares, las respiratorias crónicas y el cáncer de pulmón continúan en nuestro país dentro de las diez primeras causas de mortalidad.

EN EL ESTADO DE OAXACA

El estado de Oaxaca está localizado en la región sur oeste del pacifico mexicano: limita al norte con Puebla y Veracruz, al este con Chiapas, y al Oeste con Guerrero. Actualmente cuenta con una población total de 3, 946,853 habitantes distribuidos en 570 municipios; con una tasa bruta de natalidad de 20.9 por cada mil habitantes.

Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Oaxaca, con respecto de las 32 entidades, ocupó en el año 2012 el tercer lugar en porcentaje de población en pobreza y en porcentaje de población en pobreza extrema. Por lo tanto, se ubica dentro de las cinco entidades con mayor pobreza en el país. Oaxaca ocupa el primer lugar con la mayor población indígena, seguido de Yucatán y Chiapas.

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) la esperanza de vida al nacimiento fue de 72.65 años para hombres y 77.27 para las mujeres en el año 2012. En cuanto a la mortalidad, la Dirección General de Información en Salud (DGIS) informó que se registró una tasa de mortalidad de 6.1 por cada 1,000 habitantes en el 2010. Dentro de las principales causas de muerte en Oaxaca registradas en ese año, fueron las relacionadas a enfermedades del corazón (16.9%) y le siguieron las generadas por diabetes mellitus (11.18%) en edades promedio de 76.2 y 67.4 respectivamente (ver tabla 1). La Encuesta Nacional de Adicciones (2011) registra que en Oaxaca, la principal sustancia utilizada es el alcohol, y con porcentajes más bajos a éste, la mariguana.

Tabla 1. Problemas de salud en Oaxaca

10 Principales causas de enfermedad		10 Principales causas de Mortalidad	
	Enfermedad		Muerte
1	Infecciones respiratorias agudas		Enfermedades del corazón
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas		Diabetes mellitus
3	Infección de vías urinarias		Tumores malignos
4	Úlceras, gastritis y duodenitis		Enfermedades del hígado
5	Amebiasis intestinal		Enfermedades cerebrovasculares
6	Conjuntivitis		Accidentes
7	Otitis media aguda		Agresiones (homicidios)
8	Gingivitis y enfermedades periodontales		Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
9	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas		Enfermedades Pulmonares
10	Hipertensión arterial		Neumonía e Influenza

FUENTE: SINAVE/DGE/Salud/Sistema de notificación semanal de casos nuevos/ Acceso al cierre de 2011.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)- Defunciones 2010. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud

Estas tendencias en la población y en sus demandas de atención a la salud, muestran la necesidad de retomar y ajustar las prácticas enfocadas a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

1.2 COMPOSICIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE OAXACA

Según el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), la atención integrada a la salud se deberá ofrecer a través de redes de servicios constituidas por un conjunto de unidades de atención a la salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutiva, que interactúan a través de la referencia y contrarreferencia de pacientes (fluctuación de pacientes en un proceso que asegure la continuidad de su tratamiento). Las unidades de atención a la salud que ofrecen estos servicios van desde las casas de salud hasta los hospitales de alta especialidad, pasando por los centros de salud, caravanas de la Salud, centros de salud con servicios ampliados (CESSA), hospitales comunitarios, hospitales generales, unidades de especialidades médicas (UNEMES), y diversas unidades de apoyo (centros de imagenología, laboratorios clínicos, laboratorios de patología).

Actualmente los Servicios de Salud de Oaxaca están constituidos por un universo de 816 unidades médicas; de las cuales, 733 corresponden al primer nivel de atención y de estas últimas, el 85% son *unidades médicas rurales de 01 núcleo básico* (ver tabla. 2). Estas unidades médicas tienen como objetivo, proporcionar asistencia médica y procedimientos preventivos de la salud; se encuentran distribuidas en 6 jurisdicciones sanitarias (subpoblaciones o estratos): Valles Centrales (Jurisdicción sanitaria N° 1); Istmo (Jurisdicción sanitaria N° 2); Tuxtepec (Jurisdicción sanitaria N° 3); Costa (Jurisdicción sanitaria N° 4); Mixteca (Jurisdicción sanitaria N° 5) y Sierra (Jurisdicción sanitaria N° 6).

Tabla 2. Tipología de unidades de primer nivel de atención por Jurisdicción Sanitaria

UNIDADES MEDICAS	N°
Rural de 01 núcleo básico	625
Rural de 02 núcleos básicos	61
Rural de 03 núcleos básicos y más	23
Urbano de 01 núcleos básicos	0
Urbano de 02 núcleos básicos	7
Urbano de 03 núcleos básicos	2
Urbano de 04 núcleos básicos	2
Urbano de 05 núcleos básicos	4
Urbano de 06 núcleos básicos	3
Urbano de 07 núcleos básicos	1
Urbano de 08 núcleos básicos	0
Urbano de 09 núcleos básicos	0
Urbano de 10 núcleos básicos	0
Urbano de 11 núcleos básicos	0
Urbano de 12 núcleos básicos y más	2
Centro de salud con hospitalización	3
TOTAL DE UNIDADES DE PRIMER NIVEL (CENTROS DE SALUD)	733
CESAS	10
CARAVANAS TIPO I, II Y III	23
Unidad de Especialidades Médicas (UNEMES)	16
Hospital integral (Comunitario)	16
Hospitales Generales	14
Hospitales de Alta Especialidad	4
TOTAL DE UNIDADES	816

Fuente: Dirección de Planeación. Servicios de Salud de Oaxaca 2012.

Julio, Vacarezza, Álvarez, y Sosa (2011) definen el primer nivel de atención como la puerta de entrada a los Servicios de Salud y comprenden acciones dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y medio ambiente. Los servicios están enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación. En este nivel se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes.

1.3 ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

A nivel mundial, constatamos el surgimiento de nuevos modelos de asistencia mediados por la comprensión de una salud comunitaria construida y asistida de modo interdisciplinario.

En la Conferencia de Alma Ata URSS (1978), la Atención Primaria a la Salud (APS), surge como una estrategia que intenta por superar los modelos biomédicos, por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. En dicha conferencia la APS fue definida como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Se destacan como elementos esenciales de la APS: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.

Entonces podemos afirmar que la APS es una estrategia de organización de servicios en salud que incluyen acciones de Prevención de las Enfermedades y de Promoción de la salud.

1.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

A nivel mundial y con la finalidad de dar respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud, en la Carta de Ottawa (1986) surge el concepto de Promoción de la Salud. En esta carta se le define: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (P. 20). La salud se percibe entonces, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales, del entorno y los personales. En el año 2000 se lleva a cabo en la Ciudad de México la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, en la cual se firmó la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud el 5 de junio de 2000, en árabe, chino, español, francés, inglés, ruso y portugués, versiones todas ellas igualmente auténticas.

Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011), señalan que: “la prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma” (p.7); cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud. Según la OMS (2008) se entiende como determinantes de la salud al conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones.

Oblitas (2006), marca la diferencia entre la prevención y la promoción, señala que la prevención es relativa a la enfermedad, enfoca a la salud desde un enfoque negativo; por el contrario la promoción, se refiere a la salud en un sentido positivo.

Continúa aclarando que la prevención pertenece al ámbito clínico y su objetivo es evitar una enfermedad específica, por ejemplo una vacuna trata de prevenir una enfermedad particular o una prueba diagnóstica trata de detectar una enfermedad de manera temprana. Por el contrario la promoción de la salud está relacionada con los ámbitos sociales y apunta hacia el bienestar comunitario, motiva a la exposición de factores protectores de la salud y promueve la adopción de estilos de vida saludables.

León (2004) señala que tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad tienen por objetivo capacitar a los individuos y a la comunidad para controlar los determinantes de la salud. Entre estos se encuentran el comportamiento, el medio ambiente, los socioeconómicos, los físico y sociales.

En la actualidad una educación para la salud efectiva no se concibe si no incluyen procesos de autorregulación de la conducta. No es casual que los psicólogos y especialistas en ciencias de la conducta hayan desarrollado investigaciones en la búsqueda de metodologías para desarrollar el autocontrol del comportamiento. Éste se define como "el manejo que el propio individuo realiza acerca de las circunstancias externas o internas, así como de las consecuencias asociadas a una determinada conducta, las cuales determinan su motivación hacia dicha conducta y la probabilidad de que se realice su ejecución (Guibert, Abalo & Prendes, 1999, p. 12).

Los programas de salud pública y de promoción de la salud pueden coadyuvar a mejorar la salud, el bienestar de individuos, familias, organizaciones y comunidades; reducir riesgos de enfermedades y tratar enfermedades crónicas. Pero no todos los programas e iniciativas de la promoción de la salud tienen igual éxito; los programas con más probabilidades de lograrlo éxito, son aquellos que basan en la comprensión de los comportamientos de salud a los que se quiere llegar así como su contexto ambiental.

1.5 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En la actualidad sabemos que todo lo que una persona piensa, hace o dice tiene una repercusión en su nivel de bienestar y de salud. Oblitas (2006) dice que los (inmunógenos conductuales) pensamientos lógicos y racionales, las emociones relajantes, la autoeficacia, el apoyo social, la alimentación adecuada, realizar ejercicio, la calidad del sueño, el sentido del humor, los pasatiempos, las actividades culturales, etc. influyen de forma significativa en el bienestar, la salud y la calidad de vida. De la misma forma pero en sentido inverso actúan los (patógenos conductuales) pensamientos irracionales, los estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, la ira el coraje, la falta de apoyo social, el tabaquismo, el alcoholismo, el estrés contribuyen a la pérdida de la salud y al desarrollo de enfermedades agudas, como pueden ser la gastritis, la migraña, el estreñimiento, colon irritable etc. y enfermedades crónicas como la diabetes, cardiovasculares, cáncer entre otras.

La Psicología de la Salud fue definida por la American Psychological Association (APA) en 1980, a partir de la proposición original de Joseph Matarazzo como: “La Psicología de la Salud es la suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como al análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud” (Pérez, 2003).

Sebastiani, Pelicioni y Chiattonne (2004) consideran que la psicología de la salud está conformada por las siguientes áreas: 1.- Promoción de la salud; 2.- Diagnóstico, tratamiento; 3.- Rehabilitación de la enfermedad y 4.- Mejora del sistema de cuidado de la salud.

Esto es congruente con Matarazzo (1980), que hace mención acerca de la psicología de la salud y sus funciones, en la que incluye acciones específicas de prevención y promoción, así como la formulación de políticas sanitarias que sustenten la creación de un sistema eficiente de salud pública.

Es así como podemos llegar a entender que la psicología de la salud, es el área de la psicología que se encarga del estudio científico de los factores psicológicos de la salud y la enfermedad, en términos de evaluación, prevención e intervención, y que difiere de la psicología clínica, la cual se encarga de la investigación de todos los factores que afectan la salud mental y las condiciones que puedan generar malestar o sufrimiento al individuo (Díaz y Nuñez, 2010, Introducción, 5).

Por lo anterior es importante analizar de forma sistemática las relaciones existentes entre el comportamiento y la salud, poniendo especial énfasis en la prevención de conductas relacionadas con la enfermedad. Hoy sabemos que la modificación de hábitos y estilos de vida conlleva grandes beneficios para la salud, ya que el sedentarismo, la dieta, el uso del tabaco y el abuso del alcohol son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países industrializados. Para Morrison y Bennett (2008) los modelos de comportamientos saludables han sido propuestos y verificados en términos de su capacidad para explicar y predecir la práctica o no práctica, ya sea una conducta de riesgo ya de promoción de la salud, a través del análisis de actitudes y creencias sobre la salud. A este respecto, existen actualmente una gran variedad de modelos psicológicos en el área de la salud que intentan evaluar, describir e incluso predecir en las personas, los comportamientos de riesgo con respecto al binomio salud-enfermedad (Modelo de Creencias en Salud; Teoría de la Acción Razonada y Planificada; Modelo de Procesamiento de la Información y Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio, entre otros).

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se enfocó en analizar la efectividad de 26 acciones del *Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud en unidades rurales del primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Oaxaca*; para después hacer pública la necesidad e importancia de incorporar la asistencia psicológica en salud dentro del primer nivel de atención. En consecuencia a los resultados obtenidos, expongo una propuesta metodológica de atención a la salud para este tipo de unidades médicas, en las que el psicólogo se integrará a la plantilla de los profesionales de salud como agente determinante en el otorgamiento de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con la finalidad de promover el desarrollo de habilidades en el individuo y las familias para el autocuidado de la salud como mecanismos de empoderamiento.

León (2004) dice que es innegable la importancia que tiene la evaluación de las políticas, programas, proyectos y de los servicios de salud para la obtención de información sobre su funcionamiento para su posterior mejora. Por lo tanto consideramos importante generar información que propicie escenarios de análisis sobre el funcionamiento de los programas de atención a la salud.

Esta investigación fue de carácter descriptivo, observacional y transversal. Se evaluó el grado de realización de 26 acciones de un total de 77 del *Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud a 31 unidades rurales del primer nivel de atención de un núcleo básico de los Servicios de Salud de Oaxaca*.

Se elaboró expresamente una cédula con las 26 acciones antes mencionadas y fue aplicada a cada una de las unidades seleccionadas. La cédula solicita el cumplimiento de cada una de estas 26 acciones; para la justificación de la existencia de estas acciones se recurrió a la verificación de documentos oficiales en cada unidad médica como fueron expedientes clínicos, diagnósticos de salud, hojas diarias de consulta y programas de trabajo (calendarización de pláticas de prevención y promoción).

También se revisaron documentos que marcan los lineamientos oficiales para unidades médicas, como el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) y el Manual de Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud 2007.

Esta investigación me permitió describir la efectividad del programa en las 31 unidades médicas, estableciendo su distribución según los diversos ítems que conforman la cédula para el diagnóstico y el resultado final por cédula aplicada. El levantamiento de los datos (aplicación de la cédula) se llevó a cabo durante el mes de abril y la primera semana de mayo del 2013.

2.1 PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El universo de unidades médicas del primer nivel de atención del área rural en los servicios de Salud de Oaxaca es de 625; por lo que aplicar de la cédula diagnóstica en todas las unidades no fue posible, debido a la falta de tiempo, la escasez de recursos y a las limitaciones de acceso para algunas localidades en donde se encuentran estos centros de salud. Por estas condiciones se aplicó un muestreo no probabilístico y se seleccionó un 5% para cada una de las seis jurisdicciones sanitarias, dando una muestra total de 31 unidades médicas.

Si bien los hallazgos esperados no me permitirán considerarlos como representativos del universo por la técnica de muestreo seleccionada, sí darán cuenta de la existencia de alguna variabilidad para conocer el desempeño de las acciones supervisadas en las unidades en cuestión.

2.2 PARTICIPANTES

Participaron en la investigación 31 unidades médicas del primer nivel de atención del área rural y de un núcleo básico de los Servicios de Salud de Oaxaca (ver tabla. 3).

Tabla 3. Unidades seleccionadas por jurisdicción sanitaria

Jurisdicción	Muestra
Valles Centrales	9
Istmo	5
Tuxtepec	2
Puerto	3
Mixteca	7
Sierra	5
Total	31

2.3 RECURSOS UTILIZADOS

- Cédula diagnóstica para medir la eficacia de 26 acciones del *Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud (ver anexo)*.
- Tres equipos de 2 auditores estatales de los Servicios de Salud de Oaxaca para la aplicación de la cédula.
- Paquete estadístico SPSS versión 18.
- Paquetería office Word y Excel 2010

2.4 CONSTITUCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EL DIAGNÓSTICO (CÉDULA)

Para el diseño cuantitativo de esta investigación construí una cédula exprofeso para el diagnóstico, tomando como base el *Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud*, que la Secretaría de Salud establece que deberá ser proporcionado a todos los usuarios de las unidades de salud del primer nivel de atención de todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, independientemente del motivo de la consulta, edad, sexo, religión, derechohabiencia, situación económica y lugar de residencia.

La cédula está constituida por los siguientes apartados (puede verse completa en el apartado de Anexos):

- Recién nacida/o
- Niñas y niños menores de 5 años.
- Niñas y niños de 5 a 9 años.
- Adolescentes de 10 a 19 años.
- Mujeres y Hombres de 20 a 59 años.
- Mujeres y hombres de 60 años y más.

Seleccioné 26 acciones de un total de 77 que conforman el *Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud* ya que nuestro interés fue conocer el grado de cumplimiento de aquellas relacionadas al ejercicio profesional del Psicólogo, las 51 restantes son relacionadas al ejercicio médico y de enfermería. Para la selección de estas 26 acciones ocupé como referencia los 15 objetivos específicos medibles para mejorar la salud de los estadounidenses que Matarazzo escribió en 1990, principalmente el apartado “C. Promoción de la salud”.

A. Servicios preventivos de salud.

1. Control de la presión sanguínea
2. Planeación familiar
3. Embarazo y salud infantil
4. Inmunización
5. Enfermedades de transmisión sexual

B. Protección de la salud

6. Control de agentes tóxicos
7. Seguridad y salud ocupacional
8. Prevención de accidentes y control de lesiones
9. Fluoración y salud dental
10. Vigilancia y control de enfermedades infecciosas

C. Promoción de la salud

11. Tabaquismo y salud
12. Abuso de alcohol y drogas
13. Nutrición
14. Figura física y ejercicio
15. Control de estrés y comportamiento violento

Elaboré un sistema de captura en Microsoft Excel versión 10 para suministrar los datos que se obtuvieron de la aplicación de las cédulas por cada unidad médica diagnosticada. Esta cédula se aplicó en 31 unidades rurales de primer nivel de atención de un núcleo básico de los Servicios de Salud de Oaxaca, y me permitió evaluar si las 26 acciones son aplicadas en cada una de las unidades médicas.

La cédula consta con un encabezado (Anexo 1) que requiere el *nombre de la unidad*; clave única de establecimientos de salud (CLUES); número y nombre de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad; tamaño de la población de responsabilidad; promedio de consultas por día y las tres principales causas de morbilidad y de mortalidad.

La cédula está dividida en seis secciones y cada sección en 5 ítems o criterios a evaluar, excepto la sección “1.1. Recién nacida/o” que indaga sólo uno, dando un total de 26 criterios evaluados que se detallan en el Anexo 2.

La metodología para evaluar el cumplimiento de cada “acción/actividad”, consistió en la revisión de expedientes, diagnósticos de salud, programas de trabajo y en las hojas diarias de consulta. Si la “acción/actividad” se cumplía en la cédula se le dejaba el valor de “1”, de lo contrario se remplazaba por “0”; es decir se utilizó en un código binario “Sí=1 o No=0”. Los datos recolectados fueron vertidos en el sistema de captura, el cual emite automáticamente el dictamen de “ACREDITADO” o “NO ACREDITADO” por cada unidad, si la calificación final de ésta fue $\geq 85\%$ o $< 85\%$, respectivamente. La cédula diagnóstica, así como el sistema de captura fueron diseñados para evaluar 6 centros de salud en un solo reactivo o cédula (Anexo 3).

3.- RESULTADOS

Se describen los resultados más representativos de la investigación, que permiten conocer el desempeño de las acciones evaluadas en las 31 unidades del primer de atención del área rural y de un núcleo básico de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Los datos obtenidos de la cédula fueron codificados, transferidos a una matriz, se generó una base de datos y se analizaron en el programa SPSS Versión 18. Aquí los resultados:

3.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Los resultados obtenidos muestran poca efectividad en la realización de las actividades evaluadas, solo el 69% realiza alguna actividad y el 31% restante no realiza ninguna de ellas (ver tabla 4).

Al relacionar los resultados con el instrumento encontramos por ejemplo que en niñas y niños menores de 5 años no se identifican factores de mal pronóstico del entorno familiar; es importante realizar esta actividad porque permite identificar si una niña o niño, tiene mayor probabilidad de desarrollar complicaciones graves durante el curso de una enfermedad. El interrogatorio acerca de estos factores es una actividad básica de la consulta, a fin de determinar el tipo de intervención en relación con la capacitación de la madre o del responsable del menor, así como el tratamiento y la periodicidad de seguimiento.

No se encontraron evidencias que se estén realizando detecciones para el Trastorno por Déficit de Atención (TDA), es muy importante la aplicación del reactivo CONNER para padres y maestros ya que se pueden detectar casos de trastornos que limiten el desarrollo y el aprendizaje por inatención e impulsividad; puede darse con actividad en diversos grados o sin ella; perjudica el rendimiento escolar de 7 de cada 10 niños afectados; existe comorbilidad con trastornos conductuales, como el síndrome oposicionista desafiante, trastorno disocial, afecciones del estado de ánimo, ansiedad y aprendizaje.

Para la detección de violencia, sólo se encontraron algunas “encuestas” realizadas al azar para adolescentes y mayores de 60 años. No utilizan la Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil de la Secretaría de Salud.

En cuanto a Adicciones no se encontraron registros que indiquen detecciones. La detección temprana es de gran importancia para prevenir y evitar la adicción. No se aplica ninguno de los cuestionarios AUDIT, FAGERSTROM y CAD-20 y sin embargo en los diagnósticos de salud de algunas unidades se encontraron registros de atenciones por consumo de drogas y defunciones por alcoholismo.

La depresión es el trastorno psíquico más frecuente de las y los adultos mayores; las personas afectadas suelen presentar ánimo abatido, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que les rodea, trastornos de sueño y apetito, pérdida de autoestima, incluso ideas de suicidio. Tampoco encontramos registros en expedientes en donde el médico le pregunta al paciente si se encuentra triste o sin ganas de hacer algo y en caso afirmativo, aplicar el cuestionario Minimental.

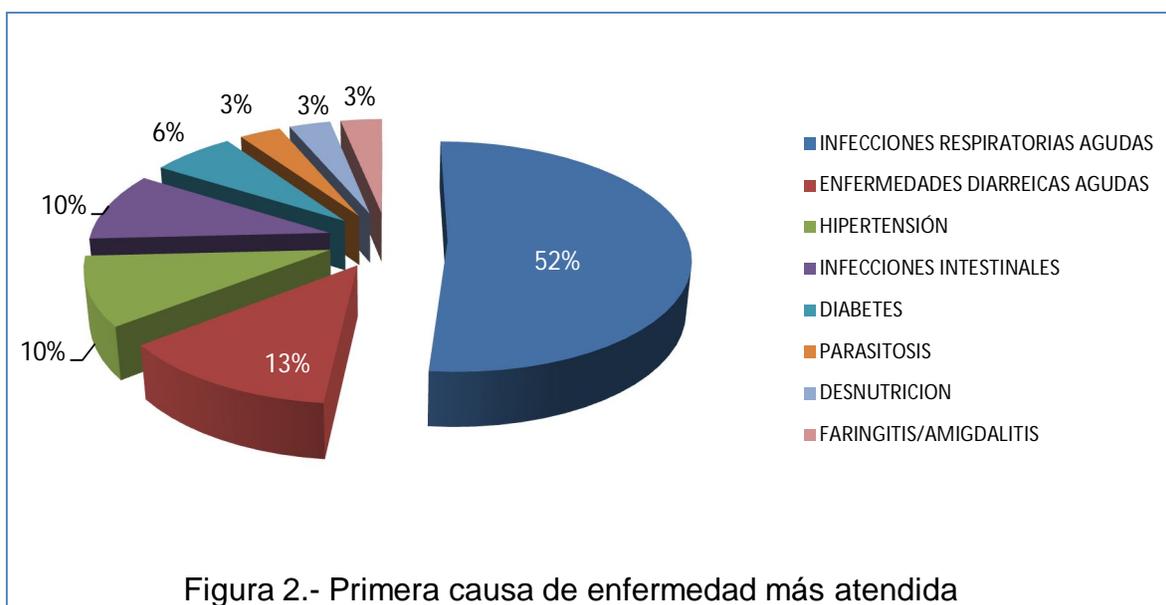
Tabla 4. Porcentajes de acciones que sí son realizadas.

	Acciones Verificadas	Realizadas (%)
1.1. Recién nacida/o		
C1	Capacita a la madre y al padre sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana	25.8
1.2. Niñas y niños menores de 5 años		
C2	Identifica factores de mal pronóstico del entorno familiar	0
C3	Evalúa el desarrollo psicomotor	51.6
C4	Capacita a la madre y al padre en el cuidado de la niña o niño, alimentación y estimulación temprana	32.3
C5	Promueve la actividad física y la prevención de accidentes	29.0
C6	Promueve la prevención de violencia familiar y detecta casos (ANEXO 2)	6.5
1.3. Niñas y niños de 5 a 9 años		
C7	Detecta otros trastornos que limiten el desarrollo y el aprendizaje (ANEXO 3. CONNERS para Padres y Maestros)	0
C8	Promueve la actividad física y la prevención de accidentes	19.4
C9	Promueve la higiene personal y familiar	32.3
C10	Promueve la prevención de violencia familiar y detecta casos (ANEXO 2)	0
C11	Promueve la prevención de consumo de alcohol y drogas; refiere a Centros Nueva Vida del CONADIC	0
1.4. Adolescentes de 10 a 19 años		
C12	Orienta sobre salud sexual y reproductiva	58.1
C13	Informa sobre métodos anticonceptivos y promueve el uso de condones	61.3
C14	Detecta e informa sobre riesgos por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Anexo 7. AUDIT, 8.FAGERSTROM y Anexo 9.CAD-20)	0
C15	Promueve actividad física y prevención de accidentes	25.8
C16	Detecta violencia, orienta y refiere casos (Anexo 10. Herramienta de detección de violencia en adolescentes)	3.2
1.5. Mujeres y Hombres de 20 a 59 años		
C17	Proporciona orientación sobre salud sexual y reproductiva	67.7
C18	Brinda información sobre planificación familiar y promueve el uso de condones	67.7
C19	Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis; si corresponde, mide colesterol	45.2
C20	Detecta e informa sobre riesgos por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Anexo 7. AUDIT, 8.FAGERSTROM y Anexo 9.CAD-20)	0
C21	Detecta y refiere casos de violencia familiar o de pareja (Anexo 14.Herramienta para detección de violencia familiar o de pareja (20 a 59 años de edad)	0
1.7. Mujeres y hombres de 60 años y más		
C22	Identifica deficiencias visuales y auditivas, promueve la salud bucal	6.5
C23	Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis; si corresponde, mide colesterol	38.7
C24	Identifica signos de alarma por deterioro cognitivo y depresión (Aplica ANEXO 16. Cuestionario Minimental)	0
C25	Promueve actividad física y prevención de accidentes, con énfasis en caídas	16.1
C26	Detecta y refiere casos de violencia familiar	3.2

Fuente: Elaboración propia, basada en 26 acciones del *Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud (2007)*.

3.2 ASOCIACIÓN DE VARIABLES CON LA MORBILIDAD

Las primeras causas de enfermedad más atendidas en los centros de salud evaluados las ocupan las infecciones respiratorias y las diarreas agudas (ver figura 2). Estos resultados concuerdan con la Encuesta Nacional de Salud (2012).

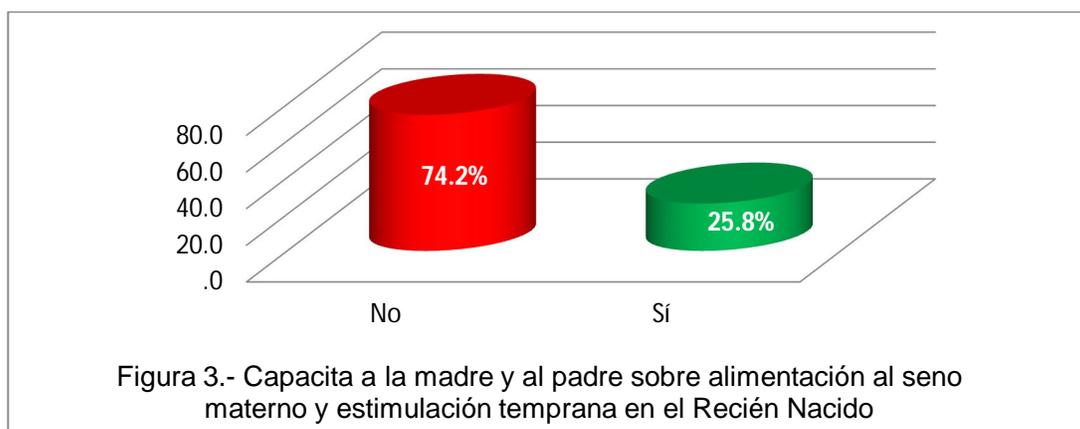


La Norma Oficial Mexicana NOM024SSA21994, para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas (IRAS) en la atención primaria a la salud, establece claramente medidas preventivas que se deben llevar a cabo a través de acciones de educación para la salud y promoción de la participación social. Las actividades estarán dirigidas a la población general con énfasis a procurar la atención a los niños menores de 5 años. Estas acciones estarán encaminadas a Informar y orientar a la comunidad sobre medidas preventivas que comprenden la aplicación del esquema completo de vacunación de acuerdo con la Cartilla Nacional de Vacunación, evitar el hábito de fumar cerca de los niños; evitar la quema de leña o el uso de braseros en habitaciones cerradas; evitar los cambios bruscos de temperatura; evitar el contacto con personas enfermas;

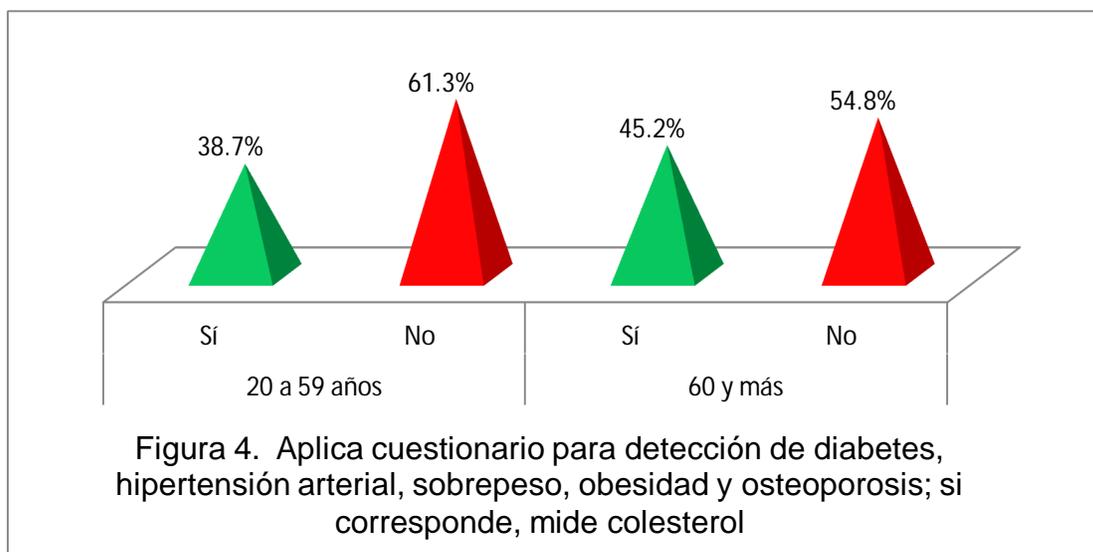
proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas o anaranjadas que contengan vitamina "A" y "C" y la alimentación al seno materno a los lactantes por un período mínimo de 6 meses y de preferencia hasta un año.

En relación con las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño establece tareas específicas para prevenir las enfermedades diarreicas: cloración del agua y procedimientos de desinfección; mejoramiento de las prácticas de ablactación, a partir de los cuatro a seis meses de edad; promoción de la higiene en el hogar, con énfasis en el lavado de manos, manejo higiénico de los alimentos y la eliminación correcta de las excretas en niños con diarrea; administración de vitamina "A" como suplemento, que juega un papel central en la resistencia inmunológica a la infección y lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

En las recomendaciones preventivas para ambas enfermedades (IRAS y EDAS), se hace referencia a la capacitación sobre la lactancia materna. Los resultados del análisis reflejan que sólo el 26% de las unidades evaluadas realizan capacitación sobre la alimentación al seno materno y estimulación temprana a padres de los recién nacidos (ver figura 3).



En relación a la hipertensión y a la diabetes, que ocuparon el tercero y quinto lugar en cuanto a demanda de atención, se encontró que el 38.7% aplica el cuestionario de detección de diabetes en el grupo de edad de 20 a 59 años y el 45.2% en personas que tienen 60 años (ver figura 4); se constató que no se realizan acciones preventivas que indaguen las causas o factores de riesgo, los factores de prevención y las posibles terapias no medicadas. Es importante mencionar que en las hojas de consulta diarias de las 31 unidades médicas no se encontraron registros de tratamiento para la obesidad, al parecer no se le conceptualiza como una enfermedad, sólo se atienden las complicaciones de ella.



En cuanto a la parasitosis, desnutrición y faringitis son enfermedades factibles de prevención o de fácil tratamiento, las sesiones educativas de la salud materno-infantil pueden ayudar en gran medida a la disminución de estos problemas. De las 31 unidades supervisadas sólo el 32% de ellas realiza esta actividad (ver figura 5).

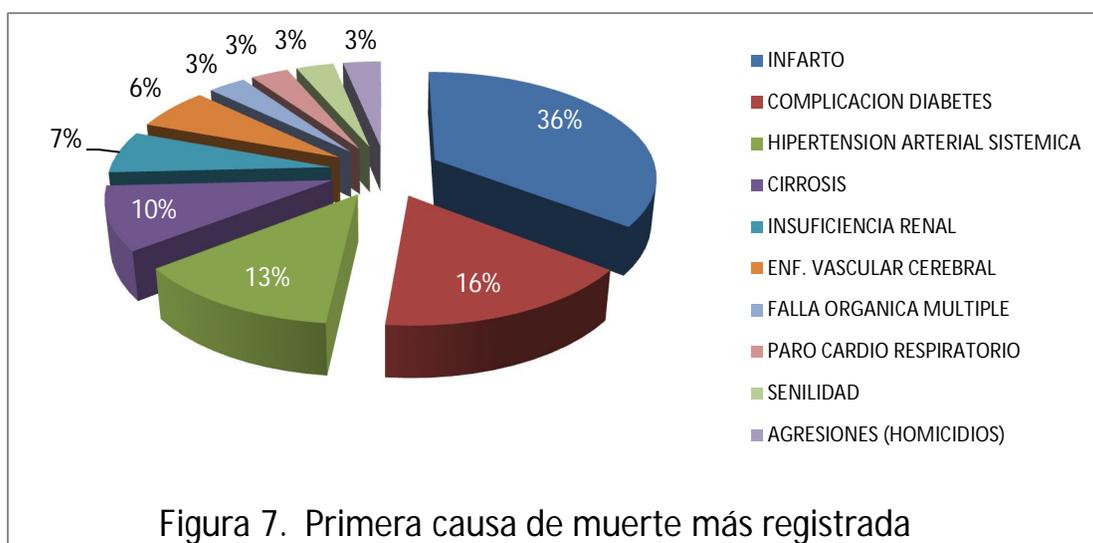


Se pudo observar que en algunos expedientes clínicos, que el médico registra la glosa en la que sugiere a los pacientes la realización de actividad física y prevención de accidente, pero no detalla se detalla en ella la explicación de cómo deberá realizarlos de acuerdo a su grupo de edad (ver figura 6).



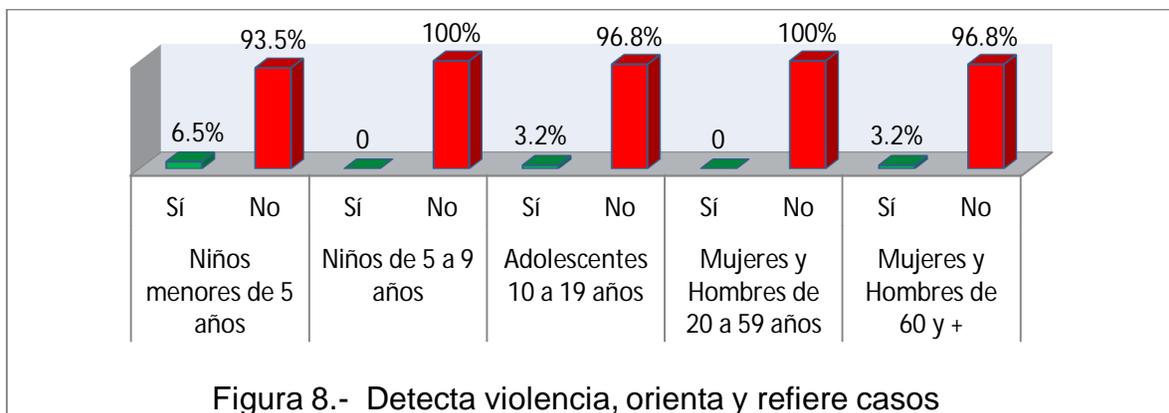
3.3 ASOCIACIÓN DE VARIABLES CON LA MORTALIDAD

En relación a las muertes causadas por infecciones, éstas han disminuido para dar cabida a las derivadas de las enfermedades crónico-degenerativas (ver figura 7). Los porcentajes de las principales muertes (tomados tal cual aparecen en los diagnósticos de salud) por infarto, complicaciones de diabetes, hipertensión arterial sistémica y vasculares cerebrales pueden estar asociadas al estilo de vida, al estrés, a los cambios ambientales, entre otros factores.



Los casos encontrados de muerte por alcoholismo son del promedio del 10%. La cirrosis, las agresiones, violencia u homicidios, problemas cerebrales y también del corazón pueden estar íntimamente ligados al consumo de drogas como el alcohol, tabaco, marihuana etcétera; sin embargo los datos muestran que tanto para hombres y mujeres de 20 a más de 60 años no se aplican los cuestionarios AUDIT (prueba para identificar trastornos por consumo de alcohol), FAGERSTROM (cuestionario para detectar dependencia a la Nicotina) y el CAD-20 (cuestionario de abuso de drogas), esto imposibilita tener un diagnóstico real de la situación epidemiológica de los efectos por adicciones y por consiguiente

que los centros de salud desarrollen e implanten estrategias de intervención personal y comunitaria. Sería de gran valor realizar estudios con variables psicológicas como factores emocionales, conductuales y afectivos, partiendo del supuesto que el uso y abuso de las drogas suelen estar precedidos por algún tipo de malestar emocional (Camacho, 2005). El uso de drogas puede ser determinante de casos de violencia con actos hostiles y en ocasiones terminar en homicidios. Los datos recabados indican que no se están haciendo detecciones tempranas, al no indagar o buscar anticipadamente factores predisponentes de violencia (ver figura 8).



Finalmente el análisis de los resultados generales obtenidos por el levantamiento de la cédula indica que ninguna unidad obtuvo una calificación igual o mayor al 85% de las acciones solicitadas en la cédula, por lo tanto ninguna acreditó (ver tabla 5). La conclusión es que se deberá exigir que las políticas de salud, especialmente la de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, sean más incisivas en la educación para la salud, así como valorar y fomentar la práctica de auditoría interna para que sea incorporada con mayor continuidad en la evaluación de programas y proyectos de promoción en salud, y proponer al psicólogo para contribuir a mejorar la gestión de los programas de éste tipo.

Tabla 5

Porcentaje de calificaciones finales

Calificación final por unidad según cédula	Frecuencia
3.8	1
19.2	1
30.8	2
34.6	2
38.5	2
53.8	2
7.7	3
.0	4
26.9	5
23.1	9
Total	31

Los resultados finales mostraron que ninguna unidad acreditó como mínimo un 85% de las acciones evaluadas.

De estas 26 acciones o actividades valoradas, sólo se comprobó una realización del 69%.

4.- CONCLUSIONES

Rodríguez (2010) menciona que en relación al sistema sanitario, la Psicología es particularmente vulnerable porque sus servicios posibles no son correctamente entendidos. Para los profesionales de la salud oficialmente reconocidos como tales actualmente la actividad de un psicólogo se concibe como estrechamente relacionada con, y limitada a, la salud mental, entendida en su sentido más estrecho, y dentro de un modelo médico, que se centra fundamentalmente en la enfermedad.

Existen tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud y que, por tanto, requieren atención. Primero, el modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención. En segundo lugar, no han permeado políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En este sentido, destaca como un reto a enfrentar la diversidad de hábitos y costumbres de la población en materia de conocimiento y cuidado de la salud. Tercero, en la rectoría y arreglo organizacional vigentes, donde prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública. (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018).

Los resultados aquí mostrados nos invitan a la reflexión y a la exposición de propuestas para mejorar la gestión de los programas de promoción de la salud. Es importante valorizar y fomentar a la herramienta de auditoría interna para la evaluación de las políticas, los programas y las acciones; que nos permita incidir en la toma de decisiones y cumplir los principios que orientan a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud.

Con la aplicación de este estudio se pudo obtener una visión panorámica de la eficacia con que se aplican las 26 acciones de prevención y promoción atención de las enfermedades en 31 unidades médicas rurales del primer nivel. Se pudo concluir que existe una disparidad entre lo que los programas establecen y lo que sucede en la realidad.

El personal adscrito a estos centros de salud, continúan sustentando la atención a la salud principalmente con la prescripción de medicamentos para atender causas orgánicas, es decir se continua practicando el modelo biomédico, el cual excluye los factores psicológicos y socioculturales que modulan nuestro comportamiento y constituyen nuestro estilo de vida (incluidos en el modelo biopsicosocial). No omito aclarar que no se trata de abandonar un modelo por otro, más bien de incorporar las ventajas de ambos. Ahora no sólo se trata de curar la enfermedad, sino de preservar la salud.

Sebastiani, Pelicioni y Chiattonne (2004) mencionan que es significativo el número de profesionales de la salud que actúan en hospitales, centros de salud, clínicas, etc. que siguen insensibles a las necesidades de la población asistida en esas instituciones e insisten en imponer el antiguo modelo médico.

El Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) establece hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.

- Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.
- Reducir la carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente diabetes e hipertensión.

- Instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes.
- Reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
- Controlar las enfermedades de transmisión sexual, y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable.
- Fortalecer programas de detección oportuna de cáncer de mama, de cáncer cérvico-uterino y de cáncer de próstata.
- Privilegiar acciones de regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios, así como acciones que fortalezcan el Sistema Federal Sanitario en general.
- Coordinar actividades con los sectores productivos para el desarrollo de políticas de detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral.

Rodríguez (2010) pronuncia que la presencia de los psicólogos de la salud en los sistemas de atención deberá aumentar en los próximos años, especialmente en el primer nivel con una práctica profesional orientada a la prevención atendiendo al perfil epidemiológico de cada país.

5.- DISCUSIÓN

El trabajo aquí descrito presenta diversas interrogantes sobre el cumplimiento de las 26 acciones seleccionadas del *paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud en los 31 centros de salud*. Este estudio propone inquietudes para posteriores investigaciones en torno a la relevancia y éxito de las políticas e intervenciones en este campo. Será interesante conocer, no sólo la eficacia, sino la eficiencia y efectividad de este programa. De tal forma, se vuelve primordial disponer de información para la toma de decisiones Informadas y fundamentadas con evidencias reales y no realizadas desde el escritorio.

Son el médico y la enfermera de los centros de salud de un núcleo básico del área rural quienes deben de proporcionar la atención curativa y de rehabilitación, así también propiciar la participación comunitaria y realizar actividades de prevención y promoción. Dentro de éstas últimas se encuentran atender o canalizar problemas por déficit de atención, violencia, adicciones, depresión, deterioro cognitivo entre otras, sin que necesariamente tengan la formación específica y profesional para ello (no disponen del conocimiento sobre los problemas psicológicos ni sobre técnicas de intervención psicológicas), esto puede contribuir a la sobrecarga laboral, a riesgos para el paciente, al incremento y desarrollo de enfermedades prevenibles y a la mala calidad del servicio.

Será de suma importancia la información que se brinde a las personas sobre el origen de su problema o el modo de afrontarlo. De lo contrario, se podrían estar sentando las bases para una posible recaída y cronificación del problema, asimismo de los efectos secundarios perniciosos que puedan derivar un deficiente apego al tratamiento.

Como consecuencia de su cercanía con la población, es fundamental asegurarse que los servicios de atención primaria respondan adecuadamente y de

forma integral a las necesidades y expectativas de sus usuarios. Por consiguiente, es necesario reestructurar las plantillas de recursos humanos y las labores que en materia de salud y muy particularmente de promoción de la salud, se brindan en los establecimientos del primer nivel de atención.

Como respuesta a esta situación y con el objetivo de contribuir a la mejora en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud en unidades de primer nivel, me permito proponer un modelo de atención primaria en la que sea incorporado el Psicólogo de la Salud en la oferta de servicios.

Es innegable la aportación que el psicólogo como profesional y la Psicología como ciencia tienen que ofrecer a las cuestiones cotidianas que involucran a individuos, comunidades y sociedades en la búsqueda del tan deseado bienestar biopsicosocial. Sin embargo, y desafortunadamente en el campo real de las actividades de atención a la salud a la población, la participación del Psicólogo de la Salud es todavía incipiente.

Si bien es cierto que el psicólogo de la salud puede tener un amplio campo de acción dentro del sistema sanitario, es importante recalcar que hasta nuestros días, no se le ha concedido una clara ubicación dentro del sistema. Piña (2010) afirma que hasta el momento el campo de la actuación de la psicología y la salud están lejos de haber alcanzado un desarrollo particular en términos de una interdisciplinar, que existe ausencia de una clara propuesta de trabajo interdisciplinario, y que es preciso entender que desde el campo de la actuación no se obtendrán soluciones satisfactorias a los problemas de salud, hasta en tanto no se sienten las bases de un verdadero y eficiente quehacer interdisciplinario.

En los Servicios de Salud de Oaxaca, específicamente en las unidades de primer nivel de atención, no se considera en la plantilla oficial de recursos humanos una plaza para el psicólogo. Actualmente los pocos psicólogos que

trabajan en el área de la salud, no cuentan con funciones bien definidas de su actuar y muchos de ellos sustentan códigos que no corresponden a su formación profesional.

Sin lugar a dudas, los psicólogos se encuentran en franca desventaja frente a otros profesionales a la hora de ubicarse laboralmente en el sector salud, veamos esto último con detenimiento; el *Modelo Integrador de Atención a la Salud* (MIDAS) señala que el núcleo primario de los centros de salud deberá estar constituido por un médico (o médico pasante) y una enfermera clínica (o enfermera pasante). En las poblaciones rurales dispersas que carecen de personal profesional de planta, la unidad básica puede ser una casa de salud atendida por un técnico en atención primaria a la salud, que es visitada periódicamente por una brigada móvil que cuenta con un médico, una enfermera y un trabajador comunitario. No se contempla la figura del Psicólogo.

El Manual de Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud (2007), tampoco vislumbra al profesional de psicología en las unidades de primer nivel (tabla. 6). Propiamente la aparición de este profesional se registra hasta el segundo nivel de atención (para hospitales de 90, 120 y 180 camas), pero sólo se solicita al Psicólogo Clínico, la especialidad más conocida de la Psicología en materia de salud (tabla. 7). Esto concuerda con Fernandes, Eulalio y Jiménez (2009) que señalan que el modelo psicológico predominante es el de la psicología clínica que evidencia el carácter curativo desbordando el preventivo.

Tabla 6. Recursos Humanos para centros de salud por núcleo básico y número de habitantes.

Centro de salud (número NBSS)	Población de responsabilidad (habitantes)	Personal que lo atiende
Área Rural		
1	3,000	Un médico, dos enfermeras
2	6,000	Dos médicos, dos enfermeras
3	9,000	Tres médicos, tres enfermeras, Cirujano Dentista
Área Urbana		
1	3,000	*Un médico, dos enfermeras
2	6,000	* Dos médicos, cuatro enfermeras
3	9,000	**Cirujano Dentista
4	12,000	**Auxiliar administrativo, auxiliar de intendencia, enfermera para CEyE, vacunación y curaciones; enfermera para estomatología
5	15,000	**Técnico en estadística en salud,
6	18,000	**Director, administrador, auxiliar de almacén y farmacia, taquimecanógrafas, chofer, técnico laboratorista, trabajadora social.
7	21,000	**Técnico radiólogo.
8	24,000	
9	27,000	
10	30,000	**Médico epidemiólogo.
11	33,000	
12	36,000	**Químico.

Fuente: Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud (2007)

* Se incrementa el recurso, según múltiplos de población.

** Se agrega a la plantilla.

Tabla 7. Plantilla de personal para Hospitales Generales de 90, 120 y 180 camas

Categoría	H. G. 180 camas		H. G. 120 camas		H. G. 90 camas	
	Cantidad	Turno	Cantidad	Turno	Cantidad	Turno
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA						
Jefe	1	1 Matutino	1	1 Matutino	1	1 Matutino
Secretaria		1 Matutino	1	1 Matutino	1	1 Matutino
Médico Internista	8	2 Matutino, 2 Vespertino	6	1 Matutino, 1 Vespertino	5	1 Matutino, 1 Vespertino
		1 Nocturno A, 1 Nocturno B		1 Nocturno A, 1 Nocturno B		1 Nocturno A, 1 Nocturno B
		1 S.D. y F., 1 6a Guardia		1 S.D. y F., 1 6a Guardia		1 S.D. y F.
Cardiólogo	1	1 Matutino	1	1 Matutino	1	1 Matutino
Dermatólogo	1	1 Matutino	1	1 Matutino	1	1 Matutino
Nefrólogo	1	1 Matutino	1	1 Matutino	1	1 Matutino
Psiquiatra	1	1 Matutino	1	1 Matutino	1	1 Matutino
Psicólogo Clínico	1	1 Matutino	1	1 Matutino	1	1 Matutino
Técnico en Electrodiagnóstico	1	1 Matutino	1	1 Matutino	1	1 Matutino

Fuente: Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud (2007)

El contar con suficientes psicólogos y mejor aún con psicólogos de la salud, deberá ser un requisito para los centros de salud en un futuro no muy lejano. Aquí se recomienda la presencia de un psicólogo por cada núcleo básico o al menos por cada unidad de atención. Es deseable alcanzar este nivel, cosa que se puede lograr recuperando las plazas del personal de psicología, ubicadas en otros ámbitos y funciones, así como capacitando al personal en materia de salud y expandiendo sus códigos laborales y funcionales. El incorporar al psicólogo en el primer nivel asistencial traerá como consecuencia muchos beneficios, posibilitando el acceso a intervenciones psicológicas a la población en general y produciendo un gran ahorro económico para el estado, al trabajar en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario.

5.1 INCORPORACIÓN DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La intervención primaria del psicólogo en el equipo de salud aunque desempeñe un papel específico, deberá apuntar hacia prácticas interdisciplinarias y multiprofesionales, es decir, todo el trabajo necesita ser comprendido, planeado y ejecutado en equipos multiprofesionales. En este caso, no se trata apenas de realizar unas consultas en equipos multiprofesionales, sino de incrementar cada vez más la mirada del proceso salud-enfermedad-cuidado-vida-muerte como un fenómeno comunitario que se revela en las personas individualmente.

Por ello, para trabajar en este nivel de atención de la salud, el psicólogo necesita un conocimiento más amplio de epidemiología, políticas sociales, antropología de la salud, sociología de la salud etc.

En este nivel de atención las intervenciones del psicólogo deberán priorizar la salud general y no la salud mental. A este nivel la salud de un individuo en su colectivo social deberá considerarse como un todo y comprendida desde los distintos contextos biológico, psicológico, social, antropológico etc. (Fernandes, Eulalio &, Jiménez, 2009).

5.1.2 El perfil del Psicólogo para el primer nivel

Para atender a estas acciones de salud el psicólogo preferentemente deberá ser un profesional que contemple los conocimientos teóricos y técnicos en psicología de la salud, así también en epidemiología, salud comunitaria, políticas sociales, políticas públicas de salud, índices de desarrollo humano (IDH), calidad de la atención y seguridad del paciente; además de una amplia gama de conocimientos sobre la estructura y administración de los servicios de salud.

5.1.3 Funciones del Psicólogo de la Salud en el primer nivel de atención

Para Durán, Hernández y Becerra (1995, p.3) las funciones del psicólogo pueden estar englobadas en los siguientes cuatro puntos:

- Abordar el problema de Salud-Enfermedad de manera integral. Se deberán tomar en cuenta todos los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad
- Trabajar en la comunidad con grupos de alto riesgo, es decir identificar grupos de alto riesgo en los cuales se pueda implementar estrategias de acción bajo un enfoque preventivo
- Aplicar instrumentos de evaluación para identificar factores de riesgo. El objeto es que el profesional de la psicología de la salud, utilice los resultados como información base para su intervención.
- Aplicar metodologías educativas y de concientización social a fin de que la comunidad participe en el cuidado de su salud. Es necesarios ejecute estrategias de prevención de la enfermedad y promoción a la salud, que promuevan la participación organizada y activa de la comunidad.

El psicólogo de la salud también podrá realizar actividades como el promover entre los usuarios del sistema de salud, el desarrollo de habilidades para la vida, las cuales son habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permitan a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie. Como ejemplos de habilidades de vida individuales se pueden citar la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés.

Otras funciones que se proponen:

1. Participar y actuar de forma colegiada en los equipos de servicios de Salud del primer nivel de atención.
2. La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
3. Atención a los trastornos psicológicos o su referencia al siguiente nivel
4. Proponer programas de trato digno, humanización de la atención y mejora de la calidad de los servicios
5. Estudiar el perfil epidemiológico de los colectivos sociales bajo su responsabilidad profesional que le permita elaborar un plan de intervención
6. Trabajo con pacientes con enfermedades crónica degenerativas, aplicando técnicas de dinámica de grupos en Club de diabéticos e hipertensos
7. Trabajo en escuelas de la comunidad bajo su responsabilidad a través de orientación y de elaboración de programas de educación para la salud
8. Realizar visitas domiciliarias y asistencias a familiares entre otras.
9. Realizar y colaborar en acciones de Gestoría de la calidad y seguridad del paciente.
10. Dirigir y participar en la realización auditorías para el mejoramiento continuo del esquema sanitario, que conduzcan a la acreditación y certificación de unidades médicas.

A pesar del panorama que se acaba de describir, parece que el Sistema de Salud no tiene previsto un incremento de plantilla ni la incorporación de más psicólogos. Será una obligación del Psicólogo de la Salud, buscar y ganar espacios, que lo posicionen como un elemento más dentro del sistema sanitario, no solo físicamente laborando dentro de un centros de salud, hospital u otra unidad médica, sino colaborando con idéntico estatus al del personal médico, estomatológico y de enfermería en equipos multidisciplinarios.

6.- REFERENCIAS

Camacho, I., A. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: *Relación funcional con los factores sociodemográficos. Las expectativas y la ansiedad social. Colombia. P.p. 02-05.* Recuperado el 09 febrero de 2013 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v8n1/v8n1a06.pdf>

Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos básicos 2006-2012. Consultado el 08 de febrero de 2013, disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_demograficos_2006-2012.

Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población en México 2010-2050. Consultado el 08 de febrero de 2013, disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL 2012). Diagnóstico del avance en monitoreo y evaluación en las entidades federativas 2011. México, D.F. CONEVAL. Consultado el 10 de febrero de 2013 en: www.coneval.gob.mx/.../IEPDS2012/Pages-IEPDSMex2012-12nov-VFinal

Díaz, M. & Núñez P. (2010). Psicología Clínica: ¿Qué es?, ¿Qué hace?, ¿Cómo lo hace?, ¿Para qué sirve?”. Universidad Autónoma Metropolitana. Introducción, 5.

Díaz, B., Pérez R., Báez J. F. & Conde M. M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2012;28(3): 299-308. Consultada el 16 de febrero en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300009

Durán G., Hernández R. y Becerra A. (1995). La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. *Salud Pública.* México (p.3).

Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Recuperado el 08 de febrero de 2013 de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Recuperado el 08 de febrero de 2013, de:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Fernandes, Eulalio & Jiménez (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=229019248009>

Gómez, D., Sesma, S., Becerril, M., Knaul, M., Arreola, H. & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. INSP. Recuperado el 08 de febrero de 2013 de:
http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/17Mexico%281%29.pdf.

Guibert, R. W, Abalo J. G. & Prendes L.M. (1999). ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?. Revista Cubana v.15 n.2 Ciudad de La Habana. 6.

Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int.vol.33. no.1. Montevideo. Recuperado el 14 de febrero de:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162011000100003&script=sci_arttext

León, (2004) Psicología de la salud y calidad de vida. Barcelona: Editorial UOC. Cap. 4. 2, 17

Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. American Psychologist, 37, 1-14.

Morrison V. y Bennett (2008). Psicología de la Salud. Madrid España. PEARSON. P. 135.

Oblitas, (2006). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Edit. Thomson. México. P. 57.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Consultado en:
<http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>

Pelicioni, M.C.F. (1999). As Interrelações Entre a Educação, Saúde e Meio Ambiente. *O Biológico*, 61, 1-4.

Piña, (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e investigación en Psicología*. Vol. 15, Num. 2:233-255. Recuperado el 17 de febrero de 2013.
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29215980001.pdf>

Pérez, L., R. (2003). La psicología de la salud en Cuba. Recuperado el 19 de marzo de 2013 de: <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-en-cuba/>

Rodríguez, (2010). Una alternativa para uno de los futuros posibles de la psicología. Informe sobre el "II International Seminar on Health Psychology", Sao Paulo, Brasil. Recuperado el 19 de marzo de 2013 de:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=351>

Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. Declaración ministerial de México para la promoción de la salud. Recuperado el 20 de mayo de 2013.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/declaracion.htm>

Reynoso, & Selligson, (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Universidad de Guadalajara, Facultad de Psicología UNAM y Manual Moderno. 5.

Sebastiani R. W., Pelicioni M. F., & Chiattoni H. B. (2004). La psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. Sao Paulo Brasil. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Recuperado el 19 de marzo de 2013 de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-35.pdf

Secretaría de Salud. *Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud*. México. Primera edición, agosto 2011. 5-206.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. SINAVE (2012). *Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México 2010*. 18-101.

Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS). Recuperado el 19 de febrero de 2013 de: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/educacion/ra_12.pdf.

Secretaría de Salud. Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado el 16 de febrero de: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf

Secretaría de Salud. Carta de Ottawa (1986) para la Promoción de la Salud. Consultada el 16 de febrero en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.

Secretaría de Salud (2010). Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud. 100, 101, 130.

Silvina Valeria Caballero (2011). Un recorrido sobre el concepto de salud. Universidad Nacional de Tucuman. Facultad de Psicología. 1. Recuperado el 20 de enero el 2013 de: http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=264:un-recor

Westphal, M.F. (2001). A Nova Saúde Pública. Jornal da USP, 545, 2.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Consultado el 23 de mayo de 2013 en: <http://pnd.gob.mx/>

ANEXOS

Anexo 1.- Encabezado

ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL. CENTROS DE SALUD

FORMATO DE CAPTURA ELECTRÓNICA PARA LA AUDITORÍA DE PROCESOS DE 26 ACCIONES DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	CS1	CS2	CS3	CS4	CS5	CS6
Nombre deSI Establecimiento:						
Clave CLUES.						
Nombre de Jurisdicción Sanitaria						
Tamaño de población						
Promedio de consulta diaria						
Tres principales causas de MORBILIDAD						
Tres principales causas de MORTALIDAD						

Anexo 2. Cédula

FORMATO DE CAPTURA ELECTRÓNICA PARA LA SUPERVISIÓN DE 26 PROCESOS DE ATENCIÓN DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD (Centros de Salud de Un Núcleo Básico).

<i>Criterios de Verificación</i>		CS1	CS2	CS3	CS4	CS5	CS6
		Calif.	Calif.	Calif.	Calif.	Calif.	Calif.
1.1. Recién nacida/o							
C1	Capacita a la madre y al padre sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana	1	1	1	1	1	1
1.2. Niñas y niños menores de 5 años							
C2	Identifica factores de mal pronóstico del entorno familiar	1	1	1	1	1	1
C3	Evalúa el desarrollo psicomotor	1	1	1	1	1	1
C4	Capacita a la madre y al padre en el cuidado de la niña o niño, alimentación y estimulación temprana	1	1	1	1	1	1
C5	Promueve la actividad física y la prevención de accidentes	1	1	1	1	1	1
C6	Promueve la prevención de violencia familiar y detecta casos (ANEXO 2)	1	1	1	1	1	1
1.3. Niñas y niños de 5 a 9 años							
C7	Detecta otros trastornos que limiten el desarrollo y el aprendizaje (ANEXO 3. CONNERS para Padres y Maestros)	1	1	1	1	1	1
C8	Promueve la actividad física y la prevención de accidentes	1	1	1	1	1	1
C9	Promueve la higiene personal y familiar	1	1	1	1	1	1
C10	Promueve la prevención de violencia familiar y detecta casos (ANEXO 2)	1	1	1	1	1	1
C11	Identifica casos de adicciones y refiere a Centros Nueva Vida del CONADIC (Anexo 7. AUDIT , 8.FAGERSTROM y Anexo 9.CAD-20)	1	1	1	1	1	1
1.4. Adolescentes de 10 a 19 años							
C12	Orienta sobre salud sexual y reproductiva	1	1	1	1	1	1
C13	Informa sobre métodos anticonceptivos y promueve el uso de condones	1	1	1	1	1	1
C14	Identifica casos de adicciones y refiere a Centros Nueva Vida del CONADIC (Anexo 7. AUDIT , 8.FAGERSTROM y Anexo 9.CAD-20)	1	1	1	1	1	1
C15	Promueve actividad física y prevención de accidentes	1	1	1	1	1	1
C16	Detecta violencia, orienta y refiere casos (Anexo 10. Herramienta de detección de violencia en adolescentes)	1	1	1	1	1	1

1.5. Mujeres y Hombres de 20 a 59 años							
C17	Proporciona orientación sobre salud sexual y reproductiva	1	1	1	1	1	1
C18	Brinda información sobre planificación familiar y promueve el uso de condones	1	1	1	1	1	1
C19	Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis; si corresponde, mide colesterol	1	1	1	1	1	1
C20	Identifica casos de adicciones y refiere a Centros Nueva Vida del CONADIC (Anexo 7. AUDIT , 8.FAGERSTROM y Anexo 9.CAD-20)	1	1	1	1	1	1
C21	Detecta y refiere casos de violencia familiar o de pareja (Anexo 14.Herramienta para detección de violencia familiar o de pareja (20 a 59 años de edad)	1	1	1	1	1	1
1.6 y 1.7. Mujeres y hombres de 60 años y más							
C22	Identifica deficiencias visuales y auditivas, promueve la salud bucal	1	1	1	1	1	1
C23	Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis; si corresponde, mide colesterol	1	1	1	1	1	1
C24	Identifica signos de alarma por deterioro cognitivo y depresión (Aplica ANEXO 16. Cuestionario Minimental)	1	1	1	1	1	1
C25	Promueve actividad física y prevención de accidentes, con énfasis en caídas	1	1	1	1	1	1
C26	Detecta y refiere casos de violencia familiar	1	1	1	1	1	1

Anexo 3.- Hoja de Resultados

**RESULTADOS PARA LAS 26 ACCIONES SELECCIONADAS DEL PAQUETE
GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA
MEJOR SALUD**

CS1	CENTRO DE SALUD:		0					
	CLUES:	0	JURISDICCIÓN SANITARIA:	0				
Posibles resultados			Evaluación					
Acredita			≥ 85%					
No Acredita			< 85%					
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 40%;">Puntaje esperado</td> <td style="width: 10%; background-color: #90EE90;">26</td> <td style="width: 40%;">Puntaje alcanzado</td> <td style="width: 10%; background-color: #90EE90;">26</td> </tr> </table>					Puntaje esperado	26	Puntaje alcanzado	26
Puntaje esperado	26	Puntaje alcanzado	26					
Calificación	100.0%							
LA UNIDAD		ACREDITA						