

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

Salazar Astete, Paola Evelyn

ORCID: 0000-0002-2763-1510

paola_2708@hotmail.com

Universidad César Vallejo

Tarapoto - Perú

Dr. Delgado Bardales, José Manuel

ORCID: 0000-0001-6574-2759

jmdelgadob@ucvvirtual.edu.pe

Universidad César Vallejo

Tarapoto – Perú

Scopus autor ID: 24070333700

Código Renacyt: P0050554

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 PROMSA en los es medio, representado por el 70%.

Palabras claves: Conocimiento, normas, promoción de la salud

Knowledge and application of health promotion standards in microgrid and network managers, San Martín 2020

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

Artículo recibido: 15 abril 2021
Aceptado para publicación: 19 abril 2021
Correspondencia: paola_2708@hotmail.com
Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

1. 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.

Diversos países han adoptado por la carta de Ottawa y la conferencia de Yakarta, la conducción de la misma 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”. Sin embargo, cuando se menciona la PROMSA y 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. Por ello aplicar la PROMSA y la prevención es fundamental tener conocimiento sobre la historia de la enfermedad en 3 fases: 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 finalmente en la defunción.

La revolución epidemiológica es natural y única inclusive en las enfermedades infecciosas. el padecimiento prevalente está directamente ligado: 1. El ambiente biológico, 2. El comportamiento, los orígenes más relevantes encontramos a la diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular, neumonías, accidentes, etc. Además, 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. 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 humano 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, 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. 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, 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.

Sin embargo, las directivas 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 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 quinto favorece el acto de 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. 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 mencionado y concedores 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?, 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. El estudio se sustenta en antecedentes como: García, F. (2003). 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). 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), concluyeron que la proporción de la salud es 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), concluyó, que 24.7% de los encuestados tenían una correcta higiene propia y de casa, 59% respondieron sobre lo importante que es tener acceso al suministro de alimentos estable, 7.21% respondieron que es importante realizar ejercicios regularmente para tener una buena salud y por último 15% están intranquilos por su propia salud. Además, 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), concluyó que, 64.6% de la población refiere el encargado de la casa fue el progenitor y la edad promedio fue 51 años. Además, 24.5% de los jefes de familia tienen nivel alto en promoción de la salud y 20.2% en prácticas, además se halló, quhay 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), concluyeron, el discernimiento de los alumnos de acuerdo su crecieminto académico en el fomento de la salud en las características globales fueron optimas en las profesiones de enfermería, medicina humana y desfavorables en ciencias biológicas y odontología; en los aspectos teóricos solo Enfermería adquirido un resultado optimo eEn aspectos prácticos la carrera profesional de Enfermería, Nutrición Humana y Medicina. También, Urquiaga, T. (2016), concluyó, que conocen 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), 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 básicos y el fomento de la salud es proteger el medio ambiente y prevenir las patologías. Y el conocer en la dimensión social para los trabajadores de salud es parte de su desarrollo académico y a su filosofía 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 desaparición de patologías; y la conceptualización de promoción de la salud se relaciona con orientar, educar, aumentar servicios de atención, control y prevención de enfermedades.

También, Vargas, L. (2006), 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, 53.1% contestó que el fomento de la salud es desigual a evitar la patología, por otro lado, 20.4% refirió que no hay alguna diferencia y de igual manera 20.4% dice estar en duda. La perspectiva de los profesionales es verdadera en su generalidad, 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. Según Henry E. Sigerist (1945) 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. 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 el Parlamento número uno mundial (1986) 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. 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, 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.

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.

Según Max, M., Elizalde, A., y Hopenhayn, M. (1996), establece “existe una la 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 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. Restrepo, H. (2001), 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 UNICCEF 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. Altobelli, L. (2002), según la Declaración de Alma Ata es uno 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 pública 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.

Establece el nuevo programa de Educación en Salud, donde para 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) recalco 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.

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.

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.

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. 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 comprometidas, 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.

En nuestro país, los últimos avances se han venido ejecutando sumando esfuerzos en la PROMSA 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 saludíferas.

Declaración Red de Municipios Saludables (2003), en el “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 saludíferos; 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.

Con 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. De la misma manera, se dice que es un compromiso insostenible concienciar a la población y a los mismos integrantes de las gobernabilidades locales.

También en las 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. Fortalecer la labor comunal, MINSA (2006). Se creó 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.

2. METODOLOGÍA

La investigación fue básica (CONCYTEC, 2018), por lo tanto, genera nuevo conocimiento de las variables y su relación a la comunidad científica. El diseño fue un estudio no experimental, descriptivo correlacional según Hernández et al. (2010). 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). 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. El muestreo fue no probabilístico por intención. 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. 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

Para la aplicación de las normas 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

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

Tabla 1. Nivel de conocimiento de las normas de promoción de la salud por gestores de micro redes y redes de salud.

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

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

Fuente: Datos propios de la investigación.

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%.

Tabla 2. Nivel de aplicación de las normas de promoción de la salud por los gestores de las redes y microredes de salud.

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

Fuente: Datos propios de la investigación.

La tabla 2, nos indica la categoría de ejecución de las reglas de fomento de la salud por gestores de micro redes y Redes de Salud, fue medio con 70,0% seguido de alto con 11,7%

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 CONOCIMIENTO DE LAS 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 χ^2 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.*

La tabla 4, nos muestra los resultados del χ^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

3.2. Discusión

En la investigación, se han tomado datos de 60 encargados de fomento de la promoción 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 “Chi² de Pearson”, arrojó un valor del coeficiente de 11.599, mientras que el valor tabulado de la distribución Chi² 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 Chi², 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 llego 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.

4. CONCLUSIONES

Existe correlación entre el grado de discernimiento y ejecución de las normas de promoción de la salud por los encargados del área de PROMSA de las redes y micro redes del Departamento de San Martín, con una significación de la prueba de hipótesis a través de la prueba χ^2 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 PROMSA, procederá adecuadamente en la aplicación de las mismas.

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.

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.

5.REFERENCIAS

- Aliaga, E. (2005). *Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: retos y perspectivas*. Foro Salud 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.; Macías, A.; Valencia, C. 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%20promo>

ci%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: Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.

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 de los veinticinco aniversarios de la Conferencia de Alma-Ata. 07/02/15 3:50pm. Recuperado de: <http://www.orasconhu.org/documentos/Libro%20Estudio%20y%20Reformas%20final.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.