

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



Título

ANÁLISIS DEL MODELO DE GESTIÓN DEL PROYECTO CONTROL INTEGRAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE KOICA (2014-2017) Y LOGROS OBTENIDOS EN RELACIÓN ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL CAD/OCDE Y ESTRATEGIAS DE ACCIÓN ENTRE LOS CENTROS DE SALUD DE INTERVENCIÓN Y CONTROL.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA SOCIAL CON MENCIÓN EN GERENCIA DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE DESARROLLO

AUTOR

SUNHA LEE

ASESOR:

CARLOS TORRES HIDALGO

Diciembre, 2017

RESUMEN

La evaluación del Modelo de Gestión del “Proyecto Control Integral de la Hipertensión Arterial” implementada durante 2014 al 2017 por la Agencia de la Cooperación Internacional de Corea - KOICA. El estudio refuerza la atención y gestión del primer nivel de atención en las actividades de promoción de vida saludable y prevención de riesgo relacionados la Hipertensión Arterial.

Objetivo: Analizar los logros obtenidos según estándares de Calidad de evaluación del Desarrollo del Comité de Ayuda al Desarrollo(CAD)/Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico(OCDE) y logros alcanzados mediante las estrategias de acción del Proyecto.

Material y Método: Se realiza una investigación de tipo longitudinal. La muestra se conforma 14 profesionales que relacionado el proyecto. La recolección de datos se realiza la entrevista individual que se utiliza un instrumento de la CAD/OCDE para evaluar los logros del Modelo y se analiza los documentos de gestión para determinar los logros por las estrategias del Modelo.

Resultados: El análisis del modelo cuenta con herramientas de organización de recursos humanos, financieros, materiales y aliados estrategicos y métodos de atención One stop Service. Este modelo muestra resultados significativos. 1,227 pacientes ingresaron al proyecto con una PAS(135.85 ± 20.29) y egresaron con(125.05 ± 17.64), estos logros acompañan la reducción de otros factores y se realiza entrevista de la percepción de logros tangibles e intangibles de los criterios de evaluación de la OEDC. Finalmente refiere que se necesita fortalecer la implementación del marco político de ENTs en el Primer Nivel de atención.

Conclusiones: El análisis del Modelo de gestión del Proyecto CIHTA según los criterios de evaluación de la OCDE se determina que el modelo de gestión es un modelo que debería ser replicable en Primer Nivel de atención en todo el Perú.

Palabras Clave: Gestión, Primer Nivel de Atención, Enfermedades No Transmisible, Hipertensión Arterial, Modelo Gestión, Proceso de Gestión

DEDICATORIA

A mis padres

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

A mi familia Coreana y Peruana

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor

Especialmente **Yul Daga Goicochea**, por haberme reforzado y tesón en momentos de decline y cansancio

Por ellos dedico esta tesis, ya que sin ellos, no hubiese podido ser.

AGRADECIMIENTO

A Mi familia coreana por siempre brindarme su apoyo y quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento.

A mi familia peruana depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

A mi asesor a quién le debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza especialmente garacias a Prof. Carlos Torres por su gran apoyo y motivación para la culminación la tesis.

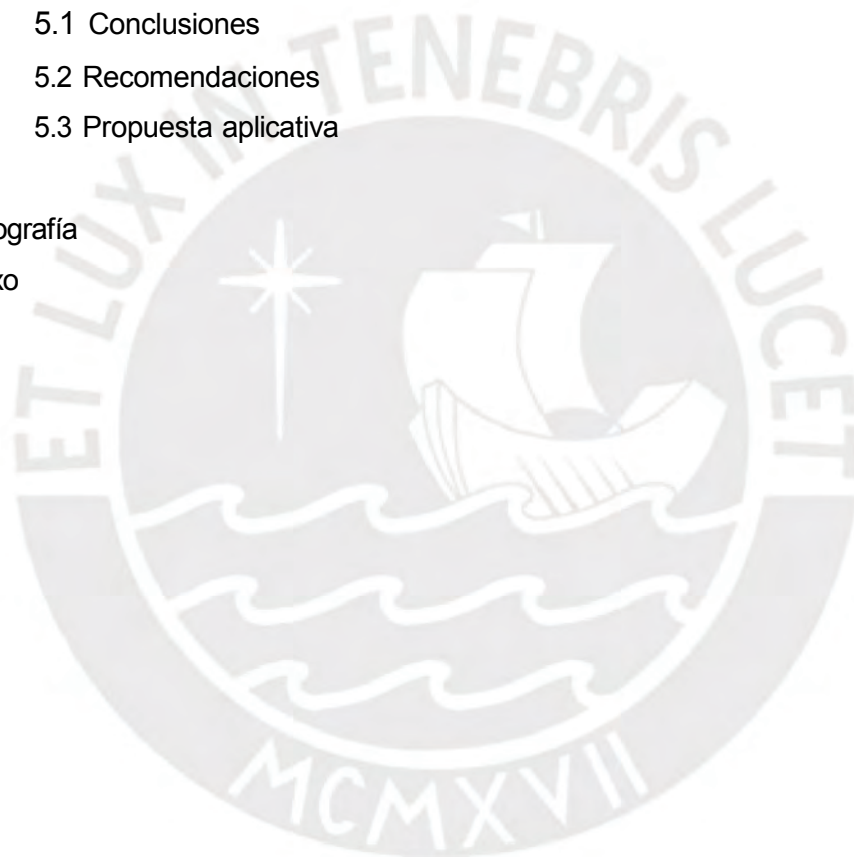
Los resultados de este proyecto, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son responsables de la culminación de está tesis. Mi sinceros agradecimientos están dirigidos hacia Prof.Eunwoo Nam, Prof.Jongkoo Kim, Dra.Dohyeong Kim, Yeseul Jung, Mg.Doris Vasquez Paja e investigadores de Yonsei Global Health Center; Dra.Hayoon Kim, Jinri Kim, Hocheol Lee y Hyeyeon Jo que me acompañaron en la elaboración de mi tesis brindándome información relevante.

Así mismo Equipo del Promoción de la Salud en el Centro de salud Bellavista, Laura Rodriguez y Santa Luzmila II : Sofia Calle, Julissa Guisada, Luz Cardenas, Ruth Huamaní, Sandra Velasquez, Rossemery Zamorra, Thania Varilla, los internos y agentes comunitarios que realizaron todas las actividades para lograr el éxito del Proyecto Control Integral de la Hipertensión Arterial de KOICA.

ÍNDICE

Resumen	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Listado de siglas y crónimos	
Introducción	
Capítulo I. Planteamiento del problema	
1.1 Justificación	14
1.2 Objetivos	17
1.3 Flujo de tesis	18
Capítulo II. Marco teórico referencial	
2.1 Marco contextual	
2.1.1 Diagnóstico situacional	19
2.1.2 Documentos normativos y lineamientos de la política	26
2.1.3. Síntesis de investigaciones relacionadas	28
2.2 Marco teórico	
2.2.1 Documentos de consenso	34
2.2.2 Conceptos teórico	36
Capítulo III. Diseño metodológico	
3.1 Estrategia Metodológica	41
3.2 Diseño Muestral	42
3.3 Variables e Indicadores	43
3.4 Unidad de Análisis y fuentes de información	44
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información	45
Capítulo IV. Resultados y análisis e interpretación de los hallazgos	
4.1 Descripción el Modelo de gestión del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA	51
4.2 Describir los logros obtenidos en relación a las estrategias de acción del Modelo Preventivo Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA	64
4.3 Descripción las causas más frecuentes de dificultades de gestión a nivel del establecimientos de salud, comunidad e	

individual/usuarios del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA	73
4.4 Descripción del nivel de satisfacción de los usuarios del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA	74
4.5 Describir los logros obtenidos en relación los Estándares de Calidad de la Evaluación del Desarrollo del CAD/OCDE: Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Sostenibilidad	75
Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones	
5.1 Conclusiones	89
5.2 Recomendaciones	93
5.3 Propuesta aplicativa	94
Bibliografía	96
Anexo	100



Listado de siglas y crónimos

Tabla de abreviaturas y siglas

KOICA	Agencia de Cooperación Internacional de Corea
PROYECTO CI-HTA	Proyecto Control Integral de la Hipertensión Arterial
YONSEI	Universidad de Yonsei
YGHC	Centro de Salud Global de la Universidad de Yonsei
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
DIRESA Callao	Dirección Regional de Salud del Callao
DIRIS Lima Norte	Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Norte
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
AVISA	Años De Vida Saludables Perdidos
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
SIS	Seguro Integral de Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ENT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Índice de Tablas

N°	Título de tabla	Página
Tabla 2.1.	Categorías de Carga de Enfermedad Región Callao 2004-2007	21
Tabla 2.2.	Categorías de Carga de Enfermedad Provincia Lima 2004-2007	22
Tabla 2.3.	Diez Primeras Causa de Mortalidad General en el Distrito de Bellavista, Comas y Ventanilla, 2006	23
Tabla 2.4.	Prevalencia de Enfermedades y Factores de Riesgo para el Callao y a Nivel Nacional(2004)	24
Tabla 2.5.	Mortalidad por 100,000 en el Callao y a Nivel Nacional	24
Tabla 2.6.	Diez primeras tasas de morbilidad de cuatro C.S.M.I Perú Corea, 2014	25
Tabla 2.7.	Costo de manjo clínico de Hipertensión Arterial(US\$) Perú,2014	28
Tabla 3.1.	Distribución de los profesionales de salud entrevistado por instituciones	43
Tabla 3.2.	Lista de preguntas para determinar la pertenencia	47
Tabla 3.3.	Lista de preguntas para determinar la eficacia	48
Tabla 3.4.	Lista de preguntas para determinar la eficiencia	49
Tabla 3.5.	Lista de preguntas para determinar sostenibilidad	49
Tabla 4.1.	Indicadores del producto del Proyecto CI-HTA	59
Tabla 4.2.	Resultados, productos, metas y logros	65
Tabla 4.3.	Total pacientes que finalizarón batería de intervención por centro de salud	66
Tabla 4.4	Pacientes que finalizarón la batería de intervención por sexo	66
Tabla 4.5	Total pacientes quienes recibieron la batería de intervención por estado de PA	67
Tabla 4.6.	Niveles de la Presión Arterial, IMC y CAB frente al ingreso y egreso	67

Tabla 4.7.	Niveles de la presión arterial de los pacientes al ingreso y egresos	68
Tabla 4.8.	Dificultades del Modelo de Gestión del Proyecto CI-HTA	73
TABLA 4.9.	PERTINENCIA	75
TABLA 4.10.	EFICACIA	77
TABLA 4.11.	EFICIENCIA	81
TABLA 4.12.	SOSTENIBILIDAD	86

Índice de Gráfico

N°	Título de infografía	Página
Gráfico.2.1.	Personas de 15 y más de años de edad con diagnóstico de Hipertensión, según sexo y región natural, 2014	19
Gráfico 2.2.	Efecto de la reducción de la PAS en el riesgo de mortalidad	29
Gráfico 4.1.	Número de Atendido y Atención a pacientes con hipertención arterial por centro de salud 2014-2017	69
Gráfico4.2.	Número de controles a pacientes con hipertención arterial por centro de salud 2014-2017	70
Gráfico4.3.	Número de controles realizados a pacientes con hipertención arterial no controlada 2014-2017	71
Gráfico 4.4.	Número de controles realizados a pacientes con hipertención arterial no controlada 2014-2017	71
Gráfico4.5.	Número de sesión de Grupo de Ayuda Mutua 2014-2017	72
Gráfico4.6.	Resultado de encuesta de satisfacción	74
Gráfico 4.7.	Flujo de atención de los servicios de salud por el MINSA y el Proyecto CI-HTA	84

Índice de Figura

N°	Título de Gráfico	Página
Figura1.1.	Variación en las Causas principales Años de Vida Perdidos por muerte prematura, Perú, 1990 - 2013	14
Figura1.2.	Flujo de la investigación	19
Figura 2.1.	Efecto de la reducción de la PAS en el riesgo de mortalidad	26
Figura 4.1.	Proceso del Modelo de gestión del Proyecto CI-HTA	51
Figura 4.2.	Mapa de la Jurisdicción del C.S.M.I Perú Corea Laura Rodriguez Dulanto, 2014	52
Figura 4.3.	Mapa de la Jurisdicción del C.S.M.I Perú Corea Santa Luzmila II, 2014	52
Figura 4.4.	Mapa de la Jurisdicción del C.S.M.I Perú Corea Bellavista, 2014	52
Figura 4.5.	Organización del Proyecto CI-HTA	54
Figura4.6.	Equipamiento de los Servicios de Proyecto CI-HTA	55
Figura 4.7.	Organización con los aliados contraparte peruana	55
Figura4.8.	Recursos de Procesos y Producto	56
Figura 4.9.	Etapas de Implementación y Monitoreo de Indicadores de Proceso del Proyecto CI-HTA	57
Figura 4.10.	Marco lógico del Proyecto CI-HTA	59
Figura 4.11.	Modelo de Intervención	61
Figura 4.12.	Método para el control de los pacientes con Pre-Hipertensión Arterial e Hipertensión Arterial	62
Figura 4.13.	Método para el seguimiento de los pacientes con Pre-Hipertensión Arterial y Hipertensión Arterial	62
Figura 4.14.	Manejo No farmacológico de pacientes con Pre-Hipertensión Arterial y Hipertensión Arterial	63
Figura 4.15.	Gestión Territorial del Proyecto CI-HTA KOICA	63
Figura 4.16.	Metodología del estudio caso control del Proyecto CI-HTA	64
Figura 5.1.	Recomendaciones por niveles de sector salud	93

INTRODUCCIÓN

La Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID) es importante no solo en función del volumen de los recursos financieros transferidos, sino también porque cumple un papel estratégico, debido a su efecto dinamizador para lograr cambios, incentivos e innovaciones en la lucha contra la pobreza y la disminución de brechas de desarrollo. Es por ello que mantiene su relevancia para países como el Perú en el siglo XXI.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), institución que tradicionalmente ha estado vinculada con la CID, define que la cooperación puede provenir de fuentes privadas u oficiales. La cooperación oficial, denominada Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), tiene como objetivo principal la promoción del desarrollo y el bienestar económico. A raíz de los cambios económicos, políticos y sociales ocurridos a nivel mundial durante los años noventa, la CID experimenta una continua transformación en su enfoque, adoptando marcos compartidos para aumentar su eficacia y asimismo orientar recursos en función de compromisos globales referidos a los derechos humanos, la gobernabilidad y la democracia.

El sector Salud ha cobrado significativa importancia para la AOD y se está convirtiendo en una tarea que debe ser realizada, teniendo como finalidad la reducción de la pobreza. (APCI, 2014)

En el mundo, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) matan a 40 millones de personas cada año, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen, de ellas, cada año mueren 15 millones de personas entre los 30 y 69 años de edad; donde más del 80% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos, como el Perú. (OMS, 2017)

Las responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras a nivel mundial son las ENT, siendo las enfermedades cardiovasculares la responsable de la mayoría de las muertes (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones) (OMS, 2017). En el Perú, el 66% de muertes es producido por estas

ENT y entre ellos un gran porcentaje mueren a causa de enfermedades cardiovasculares (OMS, 2014), siendo la Hipertensión Arterial(HTA), el mayor factor de riesgo.

El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una ENT. La detección, el control y el tratamiento, igual que los cuidados paliativos, son componentes fundamentales para dar lucha a estas ENT(OMS, 2017). En algunas publicaciones, se muestran estudios que evidencian la disminución de la presión arterial mediante un bajo consumo de sal en las comidas y haciendo ejercicios regularmente. Estas enfermedades crónicas se están incrementando rápida y silenciosamente a nivel mundial, creando un gasto innecesario al sector salud y a la economía de las personas que las padecen, sea por discapacidad y/o muerte prematura.

Por todo lo mencionado anteriormente, se observó la necesidad de introducir un proyecto al sistema de salud, que tenga un registro y control de la HTA de manera integral e inclusiva.

La Agencia de Cooperación Internacional de Corea(KOICA), en diciembre de 2014, presentó para el sector salud del gobierno peruano un informe que menciona un estudio realizado en Lima y Callao, localidades donde construyeron 4 establecimientos de salud. Este informe detalla que a pesar del crecimiento económico observado en los últimos años, aún se mantienen elevados niveles de pobreza en algunos sectores, debido a la constante migración de las provincias. Además que en estas localidades no hay un sistema de educación preventivo para muchas enfermedades, ni suficientes centros médicos para todos los habitantes. Algunos centros de salud están enfocados en la parte recuperativa del paciente, sólo ofrecen tratamiento medicinal o terapias, y no un programa preventivo de ENT, que mejore la alimentación desequilibrada de la población, ayude en la mejora de las personas con HTA, hipertensión gestacional, diabetes y anemia infantil, cuyas tasas de incidencia ha aumentado considerablemente en los últimos años.

Es así como KOICA junto a la Yonsei Global Health Center(YGHC) de la Universidad de YONSEI de Corea del Sur, siguiendo la metodología del Modelo

de Cuidados Crónicos de la Organización Mundial de la Salud(OMS), diseñaron el Proyecto de ENT, dirigido a mejorar la promoción de la salud en los ciudadanos adultos y materno-infantil, que habitan en las zonas vulnerables del Lima Norte y el Callao. Este proyecto contó con el apoyo técnico de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud(MINSA), Dirección Regional de Salud del Callao(DIRESA Callao) y la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Norte (DIRIS Lima Norte;antes, Red de Salud de Túpac Amaru), para realizar la adaptación al contexto socio-cultural del Perú.

El Proyecto Control Integral de la Hipertensión Arterial (ProyectoCI-HTA) se introdujo en mayo del 2015 y culminó en diciembre del 2017. Plantea una nueva estrategia para detectar nuevos casos de personas con hipertensión y controlarlos, así como reducir el incremento de casos nuevos donde personas con prehipertensión se conviertan en hipertensos, creando estilos de vida saludables.

La población que participó en el ProyectoCI-HTA, hasta el 2016, fueron 990 casos, de los cuales 146 fueron prehipertensos y 844 casos HTA. En el post-control, se logró observar que hubo una disminución de la arterial sistólica que al inicio era de 134.58 ± 20.29 y al final fue de 124.95 ± 18.18 , en cuanto a la presión arterial diastolica la disminución fue de 73.71 ± 11.42 a 71.35 ± 11.01 . Del mismo modo muchos de los usuarios bajaron su Índice de Masa Corporal(IMC) de 28.35 ± 4.16 a 27.72 ± 11.41 y su Circunferencia Abdominal(CAB)también la redujeron de 98.70 ± 9.67 a 97.23 ± 8.88 , siendo ello una reducción estadísticamente significativo y considerando el periodo de tiempo que fue de tres meses.

Frente a este problema de salud pública, el presente estudio tiene como propositoAnalisar el Modelo de gestión del ProyectoCI-HTA, implementado (2014-2017) en el primer nivel de atención y logros obtenidos en relación a sus estrategias de acción y estándares de calidad de la evaluación del desarrollo del CAD/OCDE, en Lima Norte y Bellavista – Callao, con el fin de contribuir en mejorar el diagnositico oportuno, el control y tratamiento de HTA a través del Primer Nivel de Atención.

CAPÍTULO I

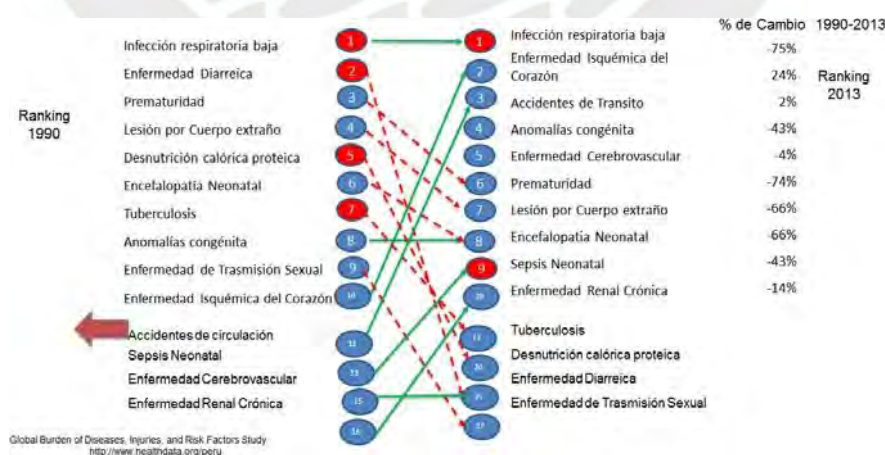
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Justificación

La HTA, es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, considerado ahora una epidemia mundial, de atención pública el cual está creando un gasto médico evitable al sector salud y al bolsillo de las personas vulnerables.

Por tal razón, urge una atención integral de las enfermedades crónicas no trasmisibles en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención para abordar los factores de riesgo de las ENT más aun por los cambios demográficos y socioculturales que vienen acompañados de un cambio dinámico en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población peruana, proceso conocido como transición epidemiológica, este proceso es heterogéneo en el país ¹, siendo más acentuado en los centros urbanos en donde las enfermedades crónicas no transmisibles han desplazado a las enfermedades transmisibles y en donde la morbilidad genera más años de vida saludable perdidos que la mortalidad.

Figura 1.1. Variación en las Causas principales Años de Vida Perdidos por muerte prematura, Perú, 1990 - 2013



Fuente: Global burden of Disiases, injuries and risk factor study

¹ MINSA. Análisis de situación de salud 2012.

El sistema de salud necesita contar con modelos de gestión en promoción de la salud, prevención de ENT, atención y gestión, que aborden la reducción de los factores de riesgos prevenible, causantes del desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles en los establecimientos de salud, de tal manera que ayude en la reducción de la mortalidad prematura y morbilidad de las enfermedades no transmisibles, y su pesada carga en el costo de los servicios de salud, especialmente en el gasto de tratamiento, que menoscaba el bienestar individual y familiar, la misma que amenaza con obstaculizar el desarrollo económico y social de los peruanos.

La incidencia de la morbilidad y mortalidad de las ENT como es la hipertensión arterial no permiten a las personas mejorar las esperanzas de vida ni gozar de una calidad de vida, lo cual, genera nuevas exigencias para atender a una población cada vez más adulta que demanda cuidados relativos especialmente desde los centros de salud del Primer Nivel de Atención. Las intervenciones que se realizaron través del Modelo de Gestión del Proyecto CI-HTA de KOICA ha permitido en los usuarios reduzcan los niveles de la Presión Arterial(PA) y otros factores de riesgo tales como el sobrepeso, obesidad, circunferencia abdominal entre otros, los cuales han ayudado en prevenir complicaciones cerebro cardiovasculares a causa de la HTA. Además ha permitido que los pacientes desarrollen capacidades y competencias para llevar estilos de vida saludable, habilidades para comprender e interpretar información y hacer uso eficiente del mismo.

La reducción de las ENT como la HTA sería más efectiva si se cuenta con el respaldo de Programas de Promoción de la Salud en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención el cual cuente con un equipo multidisciplinario enfocado, con refuerzos culturalmente apropiados para crear una cultura en el mantenimiento de la salud y prevención de ENT.

La investigación es oportuna para analizar cuáles son los aciertos que propone el la metodología del modelo de gestión del proyecto control integral de la hipertensión arterial de la Cooperación Internacional de Corea desarrollado en tres C.S.M.I Perú Corea, Bellavista, Laura Rodríguez Dulanto y Santa Luzmila II, en Lima Norte y el Callao, sus logros y

obstáculos, así como su real aporte en el aspecto social en el campo de la salud ya que es un tema de salud pública y de vital importancia para la reducción de la morbilidad de las ENT. Asimismo se analizará, como y si se lograron reducir los factores de riesgo entre la población objetivo pacientes captados y registrados con pre-hipertensión y con hipertensión, a través del análisis de las opiniones de los actores involucrados en la implementación y ejecución.

La investigación aspira aportar en la mejora de la gestión para la atención integral de las ENT en los establecimientos de salud del primer nivel de atención mostrando el modelo de gestión del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de KOICA que ha logrado un trabajo articulado y coyuntural con actores sociales, estándares de calidad en la atención, los cuales han ayudado en mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes.

El presente estudio tiene como fin beneficiar a las autoridades directivos, coordinadores y ejecutores operativos siendo los tomadores de decisiones en los establecimientos de salud, quienes podrán conocer sobre las metodologías del modelo de gestión y la intervención social que tuvo el proyecto CI-HTA el cual tuvo un claro enfoque hacia el propósito (Control Integral de la Hipertensión Arterial), que además contempla la participación de los pacientes y familiares, logrando alcanzar resultados significativos en la reducción de los factores de riesgo de la hipertensión arterial.

Es así como desde la Gerencia Social, se busca analizar, identificar metodologías de gestión y proponer mejoras en los procesos y estrategias de promoción de la salud, prevención de factores de riesgo de las ENT, detección oportuna y tratamiento y atención de calidad. Asimismo, cabe resaltar que el abordaje de los factores de riesgo de las ENT en los establecimientos de salud del primer nivel de atención es inusual, por lo que los hallazgos en esta investigación son de utilidad para afinar la articulación, organización, metodologías y estrategias de gestión en el control integral de las ENT como es la hipertensión arterial.

Por lo tanto, la presente investigaciónn busca contribuir en la toma de decisiones de actores y gestores políticos brindando un modelo de gestión, detección oportuna, tratamiento médico y la prevención de HTA y sus complicaciones, la misma que pueden ser abordadas desde los centros de salud del primer nivel de atención. Su enfoque desde la Gerencia Social es porque su abordaje implica gestión territorial para abordar la enfermedad y la HTA. Asimismo, se propone posibles soluciones que expresen el rol que deben tomar las autoridades del nivel central, regional y a nivel local, así como los diferentes ministerios públicos.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

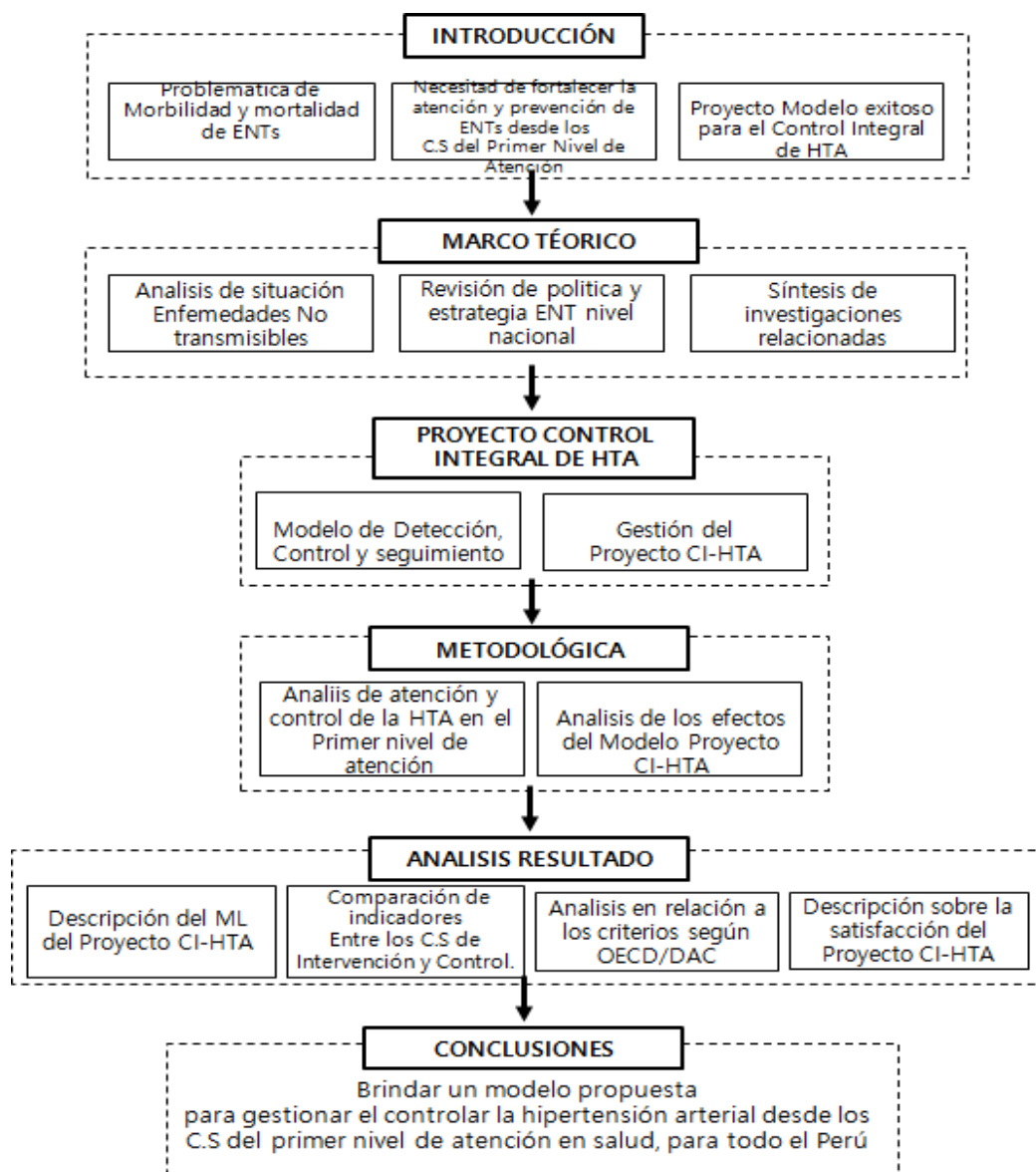
Análisis del Modelo de Gestión del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA (2014-2017) y logros obtenidos en relación Estándares de Calidad de la Evaluación del Desarrollo del CAD/OCDEy estrategias de acción entre los centros de salud de intervención y control.

1.2.2. Objetivos específicos

- Descripción el Modelo de gestión del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA.
- Describir los logros obtenidos en relación a las estrategias de acción del Modelo Preventivo Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA.
- Descripción las causas más frecuentes de dificultades de gestión a nivel del establecimientos de salud, comunidad e individual/usuarios del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA.
- Descripción del nivel de satisfacción de los usuarios del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA.
- Describir los logros obtenidos en relación los Estándares de Calidad de la Evaluación del Desarrollo del CAD/OCDE: Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Sostenibilidad.

1.3 Flujo de la investigación

Figura1.2. Flujo de la investigación



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Marco Contextual

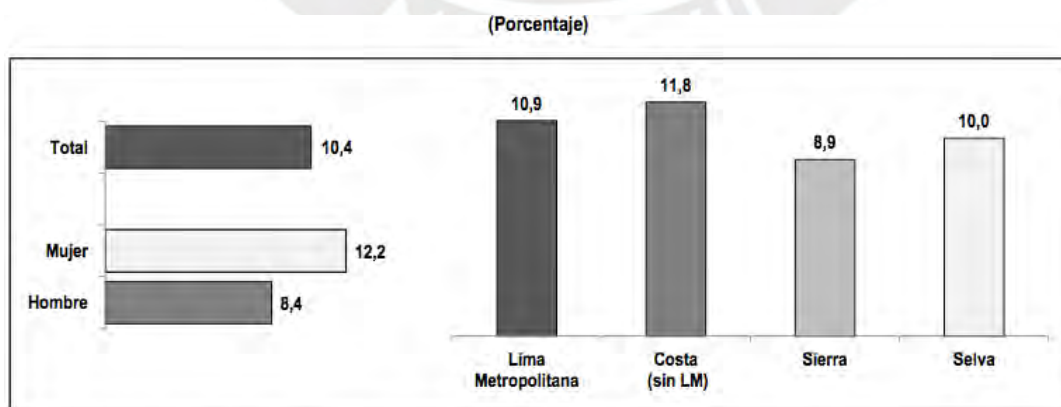
2.1.1. Diagnóstico situacional

En el Perú en el año 2014, según Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población de 15 y más años de edad a quienes se les midió la presión arterial el cual encontraron que un 14,8% de esta población tenían HTA; siendo los hombres más afectados (18,5%) que las mujeres (11,6%).

La prevalencia de HTA es mayor en Lima Metropolitana (18,2%), seguido por la Costa sin Lima Metropolitana (15,5%). La menor prevalencia se registró en la Selva (11,7%) y en la Sierra (12,0%).

De acuerdo a la medición efectuada, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad que presentaron PA fueron en los departamentos de Piura (18,6%), Lima (18,1%) y la Provincia Constitucional del Callao (17,6%). Los menores porcentajes se presentaron en Madre de Dios (7,0%), Ucayali (8,5%) y Pasco (9,6%).

Gráfico.2.1. Personas de 15 y más de años de edad con diagnóstico de Hipertensión, según sexo y región natural, 2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Asimismo en el Perú en el 2014 se realizó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar donde se encontró que el 10,4% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticada con HTA por un médico u otro profesional de la salud. La población femenina que padece la enfermedad alcanzó el 12,2% y la masculina 8,4%.

Los mayores porcentajes de la población con HTA se presentaron en la Costa sin Lima Metropolitana (11,8%) y Lima Metropolitana (10,9%); y, los menores porcentajes en la Sierra (8,9%) y la Selva (10,0%).

La carga de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el Perú:

En el Perú el perfil de la salud ha cambiado desde una transición epidemiológica. Durante los últimos 30 (Boletín epidemiológico, vol20, N°3.1990), años desde cuando predominaban las enfermedades transmisibles a las ENT.

Entre el 2008 y 2014, la rapidez del aumento de obesidad en el Perú es alarmante, la incidencia de sobrepeso y obesidad entre los niños y niñas de cinco a 9 años se duplicó en solo 6 años. El 18,3% de mayores de 15 años son considerados obesos.

La obesidad es un importante factor de riesgo para varias ENT: enfermedad coronaria, presión arterial alta, accidente cerebrovascular, diabetes tipo 2, grasas anormales en la sangre, síndrome metabólico, cáncer, trastornos musculoesqueléticos, osteoartritis, apnea del sueño, síndrome de hipoventilación por obesidad, problemas reproductivos cálculos biliares y problemas de la piel, entre otros (OMS). sin duda se trata de un problema de salud pública. Las cifras son muy altas.

La OMS muestra que el consumo de bebidas, alimentos ultra procesados y comida rápida creció entre el 2000 y 2003 de 107% a 256% en la última década.

La región del Callao tiene la más alta prevalencia de hipertensión en el país, la cual es del 34.5%, siendo que a nivel nacional es del 23.7%. Además la Provincia del Callao, de acuerdo al MINSA, tiene la tasa más alta de mortalidad

por ENT. Los resultados del estudio “Carga de Enfermedad de la provincia de Lima y de la Región Callao” son los siguientes:

Carga de Enfermedad en la Región Callao:

La carga de enfermedad para el período 2004-2007 en la región Callao fue de 563,016 años (una tasa de 163.4 AVISA por cada mil habitantes) de Vida Saludables Perdidos (AVISA), siendo el grupo de las ENT el que representa el más alto porcentaje, 64.5% del total de los AVISA en la región Callao.

En cuanto a la carga de enfermedad por categorías en la región Callao, las enfermedades neuropsiquiátricas representan la primera causa de carga de enfermedad; que para el período 2004-2007 produjeron una pérdida de 32.5 AVISA por cada mil habitantes, contribuyendo con el 19.9% del total de la carga. En esta categoría, la mayor pérdida de años está influenciada por el componente de discapacidad.

Las lesiones no intencionales ocupan el segundo lugar con 18.3 de AVISA por cada mil habitantes (11.2% del total de AVISA). En tercer lugar están los tumores malignos con un 14.2 AVISA por cada mil habitantes (8.4% del total de AVISA). La tabla 2.1 presenta las primeras 15 causas de carga de enfermedad.

Tabla 2.1. Categorías de Carga de Enfermedad Región Callao 2004-2007

	ENFERMEDADES POR CATEGORÍA	No	Tasa x 1000	%
1	Neuropsiquiátricas	112,122	32.5	19.9
2	Lesiones No intencionales	63,110	18.3	11.2
3	Tumores malignos	47,567	14.2	8.4
4	Enfermedades cardiovasculares	47,384	14.3	8.4
5	Condiciones perinatales	40,378	11	7.2
6	Infecciosas y parasitarias	38,353	10.9	6.8
7	Enfermedades osteomusculares y tejido conectivo	31,932	9.4	5.7
8	Diabetes	23,746	7	4.2
9	Infección respiratoria	23,197	6.8	4.1
10	Enfermedades órganos de los sentidos	22,544	6.7	4
11	Deficiencias nutricionales	21,995	6	3.9
12	Enfermedades respiratorias	20,444	6	3.6
13	Enfermedades aparato digestivo	15,774	4.7	2.8
14	Enfermedades orales	12,818	3.7	2.3
15	Anomalías congénitas	12,510	3.4	2.2

Fuente: La carga de enfermedad y lesiones en el Perú, 2008.

Carga de Enfermedad en la Provincia de Lima:

En la Provincia de Lima se estima que la carga de enfermedad para el período 2004- 2007 fue de 5'255,429 años de AVISA, lo que representa un promedio de pérdida de 1'292,964 AVISA por año y una tasa de 166.9 AVISA por cada mil habitantes(para el Perú, en el 2004 represento 2018). Respecto a la composición de la carga de enfermedad se observa que se pierde más años por discapacidad que por muerte prematura.

El grupo de las ENT representa el 65.8% del total de los AVISA en la provincia de Lima. Le siguen las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (21.9%) y en tercer lugar los accidentes y lesiones (12.3%) y en tercer lugar.

En la provincia de Lima, las enfermedades neuropsiquiátricas representan la primera causa de carga de enfermedad; que para el período 2004-2007 produjeron una pérdida de 32.5 AVISA por cada mil habitantes, contribuyendo con el 19.5% del total de la carga. En esta categoría, la mayor pérdida de años está influenciada por el componente de discapacidad.

Las lesiones no intencionales ocupan el segundo lugar con 19.0 AVISA por cada mil habitantes (11.5% del total de AVISA). En tercer lugar están los tumores malignos con un 9.3 AVISA por cada mil habitantes (15.0% del total de AVISA).

Tabla 2.2.Categorías de Carga de Enfermedad Provincia Lima 2004-2007

		Tasa x 1000	%
	ENFERMEDADES POR CATEGORÍA	No	
1	Neuropsiquiátricas	1'022,572	32.5 19.5
2	Lesiones No intencionales	604,909	19.0 11.5
3	Tumores malignos	490,222	15.0 9.3
4	Enfermedades cardiovasculares	438,155	13.2 8.3
5	Condiciones perinatales	355,732	12.0 6.8
6	Infecciosas y parasitarias	339,863	11.2 6.5
7	Enfermedades osteomusculares y tejido conectivo	308,169	9.6 5.9
8	Enfermedades órganos de los sentidos	215,736	6.7 4.1
9	Infección respiratoria	212,157	6.6 4.0
10	Diabetes	207,573	6.6 3.9
11	Enfermedades respiratorias	189,783	5.9 3.6
12	Deficiencias nutricionales	178,491	6.0 3.4
13	Enfermedades aparato digestivo	169,284	5.3 3.2
14	Enfermedades genitourinarias	123,275	3.5 2.3
15	Enfermedades orales	115,327	3.7 2.2

Fuente: Carga de enfermedad y lesiones en el Perú, 2008.

La carga económica de ENT

Un estudio conjunto de la Universidad de Harvard y el Foro Económico Mundial estimó que la carga de ENT costará a los países de ingresos bajos y medios casi US \$ 500 mil millones por año, lo que equivale al 4% de su Producto Interno Bruto(PIB) actual si no se toman medidas. En América Latina y el Caribe, se calcula que la diabetes por sí sola cuesta 65 mil millones de dólares estadounidenses al año. En los países de bajos ingresos, un promedio de 1% a 5% de reducción en el IMC durante este período podría resultar en un ahorro de US \$100 - 200 millones por año. Las ENT representan una alta carga de enfermedad y un costo económico muy alto para el sector salud. En el 2003 estimo que el Perú gasta 1,844 millones de dólares al año solo en atención de la diabetes. Este alto costo merma los recursos económicos que pudieran dedicarse a otros programas igualmente importantes como son la desnutrición infantil y la anemia, los cuales son una inversión en el capital humano y por ende para el desarrollo económico y bienestar de los peruanos.

En relación a las 10 causas de mortalidad, la Tabla 2.3 presenta información de los distritos de Bellavista, Ventanilla y Comas. De aquí se puede observar, que las primeras 10 causas de mortalidad por ENT para el caso de Bellavista representan el 70.4%, mientras que para Ventanilla el 50.2% y para Comas el 49.5%.

Tabla 2.3. Diez Primeras Causa de Mortalidad General en el Distrito de Bellavista, Comas y Ventanilla, 2006

Ord.	Causas	Bellavista		Ventanilla		Tupac Amaru Comas	
		%	Orden	%	Orden	%	Orden
1	Hipertension esencial (primaria)	13.7	1	7.2	1	3.5	3
2	Diabetes mellitus no especificada, sin mencion de complicacion	5.4	2			3.5	4
3	Neumonía, no especificada	5.1	3	4.2	5	7.8	1
4	Otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis	3.2	4			7.1	2
5	Tumor maligno del estomago, parte no especificada	3.0	5	5.5	3		
6	Otros recién nacidos pretermino	2.7	6				
7	Septicemia, no especificada	2.7	7	2.6	7		
8	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificacion	2.4	8	3.3	6	2.8	10
9	Otras cirrosis del higado y las no especificadas	2.4	9			3.3	5
10	Tuberculosis de pulmon, sin mencion de confirmacion bacteriologica o histologica	2.2	10	6.5	2		
11	Bronconeumonía, no especificada			4.6	4	2.8	9
12	Tumor maligno del utero, parte no especificada			2.3	8		
13	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificacion			2.3	9		
14	Insuficiencia cardiaca, no especificada			2.0	10		
15	Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad					3.3	6
16	Accidente vascular encefalico agudo, no especificado como hemorragico o iquemico					3.2	7
17	Hemorragia Encefalica, no especificada					3.1	8
18	Las demás causas	57.3		59.6		59.2	

Fuente: ASIS de Diresa Callao, Red de Salud Túpac Amaru, 2006

En cuanto a la prevalencia de algunos factores de riesgo, enfermedades (Tabla 2.4) y mortalidad (Tabla 2.5) se presenta la información disponible a nivel de urbano y departamental.

Tabla 2.4. Prevalencia de Enfermedades y Factores de Riesgo para el Callao y a Nivel Nacional (2004)

Enfermedad (Prevalencia)	Callao	Nacional
Sedentarismo		56.8%
Prevalencia Tabaquismo	32.1	26.1 %
Prevalencia de Obesidad	12.5 %	11.4 %
Prevalencia de Sobrepeso	38.3	34.6 %
Hipercolesterolemia	11.6 %	10.0 %
Diabetes	6.3 %	3.3 %
Hipertensión Arterial	34.5%	23.7 %
Fuente: Segura y otros (2006)		

Tabla 2.5. Mortalidad por 100,000 en el Callao y a Nivel Nacional

Tabla 5. Mortalidad por 100,000 en el Callao y a Nivel Nacional			
	Callao	Nacional	Año
Mortalidad No Trasmisibles	75 %		2006
Tasa Ajustada Mortalidad por Diabetes x 100,000 hab	16.3	17.7	2011
Tasa Ajustada Mortalidad por hipertensión arterial x 100,000 hab	48	28.7	2011
Tasa Ajustada Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón x 100,000	31.8	26.3	2011
*Lima y Callao			
Fuente: Ramos			

En cuanto a las causas de morbilidad que se presentan en los centros de salud del proyecto (tabla 2.6). Dentro de las ENT están el grupo de problemas de origen social que tienen también un impacto en la salud. Dentro de estos problemas están la violencia y la seguridad vial (tablas 2.5 y 2.6, al hacer un análisis de la información de los AVISA, la mortalidad y la morbilidad, se puede concluir lo siguiente:

- Las principales causas de morbilidad solo en 3 o 4 enfermedades son las mismas, en el resto son bastante variables;
- Existe una diferencia entre la atención en los centros de salud y la causa de muerte;
- La atención en salud está dirigida a la enfermedad del día a día y no a las que tienen un periodo de establecimiento largo (enfermedades crónicas);

- Se desconoce, en los diferentes ciclos de vida, los estilos de vida de la población y las determinantes sociales de la salud que están actuando sobre ellos;
- Se actúa sobre los factores de riesgo de la enfermedad, pero no en “las causas de las causas” de la salud

Tabla 2.6. Diez primeras tasas de morbilidad de cuatro C.S.M.I Perú
Corea, 2014.

			Bellavista HC			Pachacutec HC			Laura Rodríguez HC			Santa Luzmila HC		
			# Cases	%	Rank	# Cases	%	Rank	# Cases	%	Rank	# Cases	%	Rank
1	Enfermedades de la Cavidad Bucal y Glándulas Salivales	(K00-K14)	4042	39.1	1	3736	21.8	2	794	11.0	2	1698	30.0	1
2	Infecciones Agudas de Vías Respiratorias Superiores	(J00-J06)	1895	18.3	2	7130	41.5	1	2771	38.2	1	1494	26.4	2
3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	(J40-J47)	825	8.0	3	1060	6.2	5	622	8.6	4	459	8.1	4
4	Dorsopatías	(M40-M54)	669	6.5	4	1154	6.7	3	329	4.5	8			
5	Obesidad y otras hiperalimentaciones	(E65-E68)	660	6.4	5									
6	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	(J30-J39)	584	5.6	6				558	7.7	5			
7	Trastornos episódicos y paroxísticos	(G40-G47)	420	4.1	7									
8	Otras enfermedades de la madre que pueden afectar al feto	(O20-O29)	415	4.0	8	713	4.2	6						
9	Enfermedades hipertensivas	(I10-I15)	414	4.0	9									
10	Otras enfermedades del sistema urinario	(N30-N39)	413	4.0	10	690	4.0	7	231	3.2	10			
11	Enfermedades del esófago, estómago y del duodeno	(K20-K31)			11	1101	6.4	4	298	4.1	9			
12	Anemias Nutricionales	(D50-D53)			12	520	3.0	9				587	10.4	3
13	Enfermedades infecciosas intestinales	(A00-A09)			13	503	2.9	10	451	6.2	7			
14	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	(J20-J22)			14				715	9.9	3	259	4.6	6
15	Infecciones c/modo de transmisión predominante sexual	(A50-A64)			15				480	6.6	6	195	3.4	10
16	Micosis	(B35-B49)			16	562	3.3	8						
17	Dermatitis y eczemas	(L20 - L30)			17							284	5.0	5
18	Síntomas Y Signos Generales	(R50-R69)			18							236	4.2	7
19	Helminiasis	(B65-B83)			19							224	4.0	8
20	Enteritis y colitis no infecciosas	(K50-K52)			20							219	3.9	9

Fuente: Protocolo de investigación de la Línea de Base del Programa Promoción de la Salud Lima Norte y el Callao, 2014

La presión arterial sistólica alta, influye enormemente para desarrollar complicaciones de la hipertensión, tales como, el infarto al corazón, derrame cerebral, daño al riñón, etc. Por tal motivo, es la variable más importante a mejorar.

Figura 2.1.Efecto de la reducción de la PAS en el riesgo de mortalidad

Reducción de la Presión Arterial Sistólica en 2 mmHg disminuye el riesgo de muertes por eventos cardiovasculares en 7% a 10%

- **Meta-análisis de 61 estudios observacionales prospectivos**
- **1 millón de adultos**



Fuente :Lewington et al. Lancet. 2002;360:1903–1913

En un estudio internacional se demostró que por cada 2 mmHg de la PAS disminuida, logramos reducir en 7% mortalidad por infarto al corazón y 10% mortalidad por derrame cerebral.

2.1.2 Documentos normativos y lineamientos de la política

Resolución Ministerial N° 366-2017/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú". Está orientado a desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud, mejorar las condiciones del medio ambiente, fomentar la participación comunitaria y que los pobladores ejerzan la ciudadanía, además de reorientar los servicios de salud y las inversiones con un enfoque de promoción de la salud que conlleve al desarrollo local. Este documento tiene la finalidad de contribuir a mejorar la salud pública del país, fortaleciendo la promoción de la salud como función esencial de la salud pública en todas las políticas de las instituciones públicas y privadas del país.

Resolución Ministerial 229-2016-MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016 – 2020". Está orientado a contribuir la mejora de la calidad de vida de la población peruana a través de la disminución de la carga de morbilidad, discapacidad prevenible, así

como la muerte prematura debido a las enfermedades no transmisibles.

Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA que aprueba la Guía Técnica: “Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva”. Su finalidad es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de la enfermedad hipertensiva, estableciendo criterios técnicos para el diagnóstico, tratamiento y el control de la misma. Su ámbito de aplicación son los establecimientos de salud del MINSA, así como los establecimientos del Seguro Social del Salud (EsSALUD), de las instituciones armadas, de la Policía Nacional del Perú así como los establecimientos de salud privados. Detalla los factores asociados a esta enfermedad y en los cuales se puede realizar una intervención multidisciplinaria.

Resolución Ministerial N° 464-2011-MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en familia y Comunidad". La finalidad de este documento técnico es brindar los lineamientos para mejorar el nivel de salud de la población del país y la equidad en el acceso a la atención integral de salud. Uno de sus objetivos es el de fortalecer el diseño e implementación del modelo de atención integral de salud y que incorpore el abordaje de los determinantes de la salud desde una dimensión política que articule los niveles de gobierno y los sectores a través de una efectiva participación ciudadana tanto individual como colectiva. En este modelo se prioriza la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con un enfoque comunitario y donde la salud es vista desde un enfoque biosicosocial. Cuenta con principios y valores orientadores como son la integralidad, universalidad, calidad, corresponsabilidad, equidad, solidaridad, eficiencia.

Resolución Ministerial 209-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Gestión para la Promoción de la Actividad Física para la Salud". Tiene como finalidad contribuir a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población, mediante la promoción de la práctica regular de la actividad física en beneficio de la salud. Describe los aspectos conceptuales, así como las estrategias para que el equipo de promoción de la salud fomente la práctica. También está detallada el rol del municipio, de las comunidades así como el tipo de actividad física que podemos realizar en nuestra vivienda por grupo de edad,

en las instituciones educativas, centros laborales.

Resolución Ministerial N° 907-2016-MINSA que aprueba el "Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de avances de los Programas Presupuestales: Artículo Nutricional, Salud Materno Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Transmisibles, Prevención y Control de Cáncer y Reducción de Mortalidad y Discapacidad por Emergencias y Urgencias entre otros. Los programas presupuestales están orientados a proveer productos para lograr un resultado específico en la población y contribuir al logro de un resultado final que este asociado a un objetivo de la política pública. En cuanto a las ENT.

2.1.3. Síntesis de investigaciones relacionadas

Ecobedo Palza y at el. (2015), realizó un estudio sobre el costo de HTA en los establecimientos de salud del Perú. La población de estudio fue un cohorte hipotética de pacientes con HTA afiliados al Seguro Público de Salud en el Perú. El objetivo de la investigación fue estimar los costos de la HTA de los servicios a brindar a los establecimientos del MINSA del Perú. Los resultados de la cohorte hipotética de HTA fue sobre 359,672 personas para el año 2014 dando una incidencia de HTA: 27% en mayores de 30 años. El estudio estimó que el costo total para HTA es de 158,751,728 dólares correspondiendo a diagnóstico de HTA 5,098,754 dólares (3,2%), al tratamiento 136,381,652 dólares (85.9%), y para el seguimiento 17,271,321 dólares (10.9%).

Tabla 2.7. Costo de manejo clínico de Hipertensión Arterial(US\$) Perú,2014

Condición Específica	Población Objetivo	Costo Diagnóstico	Costo Tratamiento	Costo Seguimiento	Costo total
Hipertensión arterial	359,672	5,098,754	136,381,652	17,271,321	158,751,728

Fuente: Proyecto HFG-Perú,USAID

Asimismo, el costo fijo correspondió a 55,294,137 dólares (34.8%) y el costo variable a 103,457,589 dólares (65.2%).

Gráfico 2.2. Costos de Hipertensión Arterial según tipo de costos(US\$) Perú,2014



Fuente: Proyecto HFG-Perú, USAID

El estudio concluyó indicando que el costo anual total para HTA en el Perú se estima en 158,751,728 dólares. Este monto representa el 114.1% del presupuesto ejecutado el año 2014 en el Programa Presupuestal 2018 ENT.

KOICA (2015), realizó un estudio de viabilidad del microcrédito en AOD sobre el Proyecto elaborado por el Seon Woo Kim(2015), implementado en Tanzania. El estudio evaluó el “Proyecto de Préstamo de Cooperación Privada de KOICA”, que se llevó a cabo para desarrollar las competencias de las mujeres tanzanas y combatir la pobreza. El estudio realizó los siguientes métodos de evaluación i) análisis de los datos del Marco Lógico(ML), ii) evaluación según el estándar de evaluación CAD/OCDE y, iii) evaluación del índice básico del negocio de micropréstamos. A través del análisis de los datos, se examinaron la situación actual y la viabilidad del proyecto de micro préstamo de la AOD dirigido por instituciones coreanas y se sugieren las implicaciones. Además, propone mejorar el negocio de microcréditos como un proyecto de AOD centrado en la efectividad del desarrollo.

Factores relacionados con la salud que influyen en la calidad de vida de las personas de edad rural. Actividades de la vida diaria, funciones cognitivas, prevalencia de enfermedades crónicas y Evaluación Nutricional elaborado por la autora MeeSook Lee(2012) en Daejeon, Corea del Sur con el fin de proporcionar los datos de referencia para definir la calidad de vida de la población rural mayor de agricultura en la simplificación Pasos, los datos fueron recolectados mediante visitas personales a 232 personas mayores de 65 años (89 hombres y 143 mujeres) en el área de Sunchang. La encuesta se realizó con cuestionarios escritos sobre la calidad de vida, hábitos relacionados con la salud, física básica funciones y comportamiento cognitivo. La prevalencia de las

enfermedades degenerativas se evaluó por antropometría y determinaciones bioquímicas la calidad de vida general promedio representada por el índice EQ-5D con el modelo de Nam fue calculado para ser $0,865 \pm 0,1509$, y los porcentajes de personas por debajo del promedio fueron 38% (grupo de QOL bajo) y 62%(grupo de alto QOL) se encontraron por encima del promedio. En general, las asignaturas con género masculino, educación superior antecedentes, una mayor autoevaluación del estado de salud, las actividades sociales más elevadas pertenecían al grupo de alto QOL. La alta calidad de vida grupo tuvo puntajes más altos en las actividades de la vida diaria KADL e IADL, y menores riesgos en las funciones cognitivas K-MMSE y escala de depresión GDS. No hubo una correlación estadísticamente significativa entre los índices bioquímicos de sangre y cognitivos función y puntuaciones EQ-5D cuando los resultados se ajustaron por edad y sexo. Hubo diferencias significativas en evaluación nutricional determinada por el MNA entre los grupos de QOL altos y bajos. El bajo grupo de QOL mostró estado nutricional inferior. Los factores rápidamente mensurables de la calidad de vida de los ancianos rurales resultaron ser puntajes de actividad física y la medición simplificada del estado nutricional.

Galvez, Condor, Galvez y Camacho(2016), en la Ciudad de Mexico, realizaron un estudio sobre ***“El SPRINT en la práctica médica: ¿es momento de modificar el manejo de la hipertensión arterial en Latinoamérica.*** El objetivo fue analizar la factibilidad de reeplantear las guías de practicas clinicas para el manejo de la HTA y los costos asociados a su aplicabilidad. Este ensayo clinico se desarrollo en pacientes mayores de 50 años con riesgo de efectos cardiovasculares y una PA de 130 a 180 mmHg. Plantean la hipotesis que si la presion sistolica es menor de 120 mmHg disminuira la tasa de complicaciones cardiovasculares comparado con una presion arterial sistolica menor de 140 mmHg. En este estudio se incluye a pacientes con enfermedad renal pero se excluye a pacientes con diabetes, insuficiencia cardiaca, ictus previo, poliquistosis renal, consumo de alcohol e historia de poca adherencia al tratamiento. Uno de las limitaciones para aplicar el SPRINT es el uso de equipos para medir la PA ya que aun se sigue cuando el esfigmomanómetro de mercurio, en este estudio se realizaron tres mediciones a los pacientes sentados, despues de cinco minutos de reposo antes de la medición, sin conversaciones durante el

periodo de reposo o medición, algo difícil de conseguir en Latinoamérica. Medir la PA sin estas condiciones podría generar una sobreestimación de la PA conduciendo a un tratamiento más complejo, con mayor uso de medicamentos, acompañado de efectos adversos y elevación de costos.

La alta prevalencia implica el aumento anual de los costos directos e indirectos relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento así como el manejo de las secuelas y con morbilidades asociadas. El desabastecimiento de las farmacias del sector público afecta la factibilidad de implementar las recomendaciones del SPRINT a nivel poblacional, porque conseguir una presión que este por debajo de 120 mmHg requiere del uso de 3 a 4 medicamentos. El fracaso o abandono terapéutico también puede estar relacionado con el costo de las atenciones lo que ocasionará que el paciente abandone el tratamiento terapéutico.

En conclusión según el ensayo SPRINT ha demostrado su utilidad en personas mayores de 50 años provenientes de zonas urbanas sin comorbilidades asociadas, no es aplicable a todos los pacientes con HTA. En América Latina su aplicabilidad es limitada por el aumento de los costos asociados a la atención de salud integral del paciente hipertenso, la poca cobertura de atención y escasos programas integrales para la atención a los pacientes hipertensos.

La Sociedad Peruana de Cardiología realizó un estudio sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú, entre enero y diciembre del 2004, Estudio TORNASOL I, y posteriormente el segundo estudio de factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú, entre marzo 2010 y enero 2011, Estudio TORNASOL II con el objetivo de averiguar los cambios de la prevalencia de dichos factores de riesgo en nuestro país. Se repitió en los mismos lugares de todos los departamentos del territorio nacional incluyendo la provincia Constitucional del Callao y el puerto de Chimbote. Se utilizó la misma metodología de TORNASOL I; los cuestionarios, manómetros de mercurio calibrados, en residentes mayores de 18 años de ambos sexos, con un mínimo de 500 sujetos por ciudad, en la vía pública lejos de hospitales o centros de salud. Participaron parejas de encuestadores, uno para llenar el formato de la encuesta y luego el otro para medir el pulso, la PA y la CA.

Esta publicación presenta los resultados más relevantes de la HTA en 10 ciudades de la costa, 12 de la sierra (06 por encima de los 3,000 metros de altura sobre el nivel del mar) y 04 de la selva amazónica. Obtuvieron 14,675 encuestas, de las cuales 14,508 fueron válidas en T.II., después de una depuración minuciosa; en T.I., se estudiaron 14,256 encuestas válidas. Encontraron que el promedio de edad de la población fue 49.2 años (varones 44.8 y mujeres 42.1 años). La prevalencia de la HTA en el Perú ha subido de 23.7% según TORNASOL I (T.I.) a 27.3% en TORNASOL II (T.II.).

Consenso Latinoamericano de Hipertensión Arterial: Las recomendaciones basadas en evidencias tienen como objetivo mejorar la calidad de la asistencia médica en la práctica clínica y los resultados del tratamiento. En el campo de la hipertensión han sido publicados varios documentos, con algunas discrepancias entre los mismos. Actualmente la población de hipertensos tratados no ha alcanzado un control adecuado de la PA. Sin embargo, el estudio HOT (7) ha documentado que es posible cumplir con este objetivo en un alto porcentaje de pacientes. Las diferencias significativas entre los resultados de los ensayos y la práctica clínica pueden depender más de la conducta de los médicos que fallan al implementar medidas terapéuticas suficientes para corregir la hipertensión no controlada, que en la adherencia de los pacientes al tratamiento. Una falsa percepción de los médicos quizá pueda explicar estos resultados, como fue observado en el estudio Cardiomonitor, en el cual se encontró sólo un 37% de hipertensos controlados mientras los médicos consideraban que el objetivo había sido logrado en el 76% de los pacientes. Además, otras condiciones frecuentemente asociadas a la hipertensión, como la dislipidemia y la diabetes, de fuerte valor pronóstico tampoco son tratadas eficientemente a pesar de que los ensayos clínicos han probado que las intervenciones son altamente costo-efectivas. Por lo tanto se debe crear una herramienta para llenar el vacío existente entre la evidencia de los ensayos clínicos y la práctica clínica, y esta función puede ser llevada a cabo a través de la implementación de las guías o recomendaciones.

Medición de la satisfacción del paciente con el tratamiento de atención médica utilizando la evaluación corta de la medida de satisfacción del paciente elaborado por los autores Graeme Hawthorne, Jan Sansoni, Laura

Hayes, Nick Marosszeky, Emily Sansoni, Las revisiones de la satisfacción del paciente sugieren siete dimensiones, cada una de las cuales debe evaluarse. Este estudio informa el desarrollo de una medida breve de satisfacción genérica del paciente para su uso en la práctica clínica habitual. Los usuarios fueron reclutados aleatoriamente en dos clínicas australianas de incontinencia. Los usuarios completaron un cuestionario de seguimiento que incluye elementos de satisfacción del paciente. Los análisis Iterative Mokken y Rasch derivaron la escala de Evaluación Corta de Satisfacción del Paciente(SAPS) del banco de elementos. Las propiedades psicométricas de SAPS ilustraron las siguientes características, a saber, su sistema descriptivo cubre las siete dimensiones de satisfacción del paciente, no hubo elementos inadaptados, y la escala excedió los criterios de Loevinger H para una escala unidimensional fuerte. La fiabilidad del SAPS fue Cronbach $\alpha = 0,86$. Cuando se examinó la función discriminatoria, la escala SAPS fue más sensible que otros dos instrumentos genéricos de satisfacción del paciente. La escala de SAPS se basa en un modelo teórico firme de satisfacción del paciente y su sistema descriptivo cubre las dimensiones conocidas que contribuyen a la satisfacción del paciente. Sus propiedades psicométricas internas excedían los estándares psicométricos estándar, y discriminaba al menos tan bien como otras medidas más largas de satisfacción del paciente. Aunque necesita una mayor validación, los resultados del estudio sugieren que puede ser útil para evaluar la satisfacción del paciente con la atención médica.

Caceres, Marisol (2016), de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de la facultad de medicina, realizó un estudio de corte transversal, con objetivo fue determinar el estilos de vida del pacientes del programa de HTA del Hospital Carlos Alcántara- entre los meses de abril-julio de 2014,tuvo una muestra de 45pacientes que pertenecen al programa de HTA, los datos fueron recolectados a través de un cuestionario sobre alimentación y actividad física. Se concluye que el 71 por ciento de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 por ciento estilos de vida saludables. Los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios, el 93 por ciento consumen pollo tres veces por semana, el 80 por ciento consumen agua diariamente, el 78 por ciento consumen verduras diariamente, 62 por ciento consumen frutas

diariamente, el 51 por ciento consumen huevos tres veces por semana, sin embargo el 93 por ciento consumen sal más en 3 alimentos al día, el 89 por ciento preparan alimentos guisados. El 73 por ciento de los pacientes realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71 por ciento realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Documentos de consenso

Conferencia Mundial de la OMS sobre las ENT, 2017. Se realizó en Montevideo, Uruguay 18-20 Octubre 2017 en donde se enfatizó la Promoción de la coherencia de las políticas entre las diferentes esferas en las cuales se formulan políticas que influyen en el logro de la meta 3.4 de los Objetivo de Desarrollo Sostenible(ODS) sobre las ENT de aquí a 2030. Entre los principales objetivos fue i) ofrecer orientación a los estados miembros sobre cómo alcanzar los ODS, ii) Poner en marcha un conjunto de nuevas iniciativas mundiales sobre la reducción de la mortalidad prematura de ENT, iii) Intercambiar experiencias en la mejora de políticas ENT, y iv) Poner de relieve el sector de la salud como principal impulsor de la mejora de la coherencia de las políticas para el logro de la meta 3.4 de los ODS. Asimismo, se emitió una hoja de ruta sobre la ENT, donde resaltan que la creciente carga que representa las ENTs debe tomarse plenamente en cuenta en las políticas nacionales e internacionales de cooperación y desarrollo con miras a abordar las demandas insatisfechas de cooperación técnica para fortalecer las capacidades nacionales, con el involucramiento de los sectores y de todos los actores, la tasa actual de disminución de la mortalidad prematura por ENT es insuficiente para satisfacer la meta 3.4 de los ODS antes de 2030. Por lo tanto, para abordar la mortalidad prematura y el exceso de morbilidad causadas por las ENTs, se comprometen en impulsar las siguientes acciones:

- Revigorizar las acciones políticas
- Dotar a los sistemas de salud de capacidad para responder más eficazmente ante las ENT.

- Aumentar significativamente la financiación de las respuestas nacionales a las ENT y a la cooperación internacional.
- Aumentar los esfuerzos para involucrar a sectores más allá del sector salud.
- Reforzar el papel de los actores no estatales.
- Buscar medidas para abordar el impacto negativo de los productos y los factores ambientales nocivos para la salud y fortalecer la contribución y la rendición de cuentas del sector privado y de otros actores no estatales.
- Seguir confiando en el liderazgo y el papel clave de la OMS en la respuesta mundial a las ENT.
- Actuar en unidad.

Estrategía para la prevención y el control de la enfermedades no transmisibles, 2012-2025. Esta estrategia se centra en cuatro grupos de enfermedades, es decir, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, y cuatro factores de riesgo que son el tabaquismo, la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol identificados por la OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como los que causan la mayor carga. También se incluye la obesidad, puesto que la región de las Américas es la que presenta el mayor problema de obesidad de las seis regiones de la OMS. La OMS y ONU reconocen además la importancia que tiene la HTA, desde el punto de vista de la salud pública, como uno de los principales factores de riesgo de muerte por ENT.

Plan de acción para la Prevención y el Control de las ENT en las Américas 2013-2019. Su meta general es reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles, reducir al mínimo la exposición a factores de riesgo, aumentar la exposición a factores protectores y reducir la carga socioeconómica de estas enfermedades por medio de enfoques multisectoriales que promuevan el bienestar y reduzcan la inequidad en los Estados Miembros y entre ellos. Se basa en cuatro líneas estratégicas para la prevención y el control de las ENT; 1) Políticas y alianza multisectorial para la prevención y control de las ENT, 2) Reducir factores de riesgo y fortalecer los factores protectores de las ENT, 3) Mejorar la respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo, 4) Fortalecer la vigilancia e investigación de las ENT.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía. Mediante la ejecución del Proyecto CI-HTA los pobladores tienen la posibilidad de participar en todas las actividades del programa sin ningún tipo de distinción, tenemos pacientes con diferentes creencias pero no por ellos son excluidos.

Declaración Ottawa. Se estableció que 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 ; para lo cual es necesario condiciones y requisitos para la salud : la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, ingresos, una ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Declaración de los Objetivos de Desarrollo Sostenible(ODS). Es la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de la ONU y se componen de una declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030. La salud ocupa un lugar fundamental en el ODS 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», articulado en torno a 13 metas que cubren un amplio abanico de la labor de la OMS. La mayoría de los ODS están relacionados directamente con la salud o contribuirán a la salud indirectamente.

2.2.2. Conceptos teóricos

Hipertensión arterial: Enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos ; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la PAS(PAS) o Diastólica (PAD). En la población adulta (mayor de 18 años de edad), el punto

de corte para la PAS es mayor o igual 140 mmHg o para la diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

La HTA es una enfermedad controlable, de etiología múltiple, que disminuye la calidad y expectativa de vida. El valor de la PA parece asociarse en forma lineal y continua con el riesgo cardiovascular (MacMahon S, Peto R, Cutler J et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease, 1990). En función del significativo incremento del riesgo asociado con valores superiores a 140 y/o 90 mm de Hg de PAS y PAD respectivamente, se considera dicho límite como el umbral para el diagnóstico, si bien se reconoce que el riesgo es menor con valores inferiores de PA, admitiéndose categorías de PA óptima, normal, y limítrofe. El riesgo global es mayor cuando la HTA se asocia con otros factores de riesgo o enfermedades, y esta asociación es muy frecuente. Este padecimiento tiene gran repercusión tanto para el individuo como para la salud pública. Según los valores de presión arterial se clasifica a los pacientes en distintas categorías, lo que tiene interés pronóstico y clínico (Consenso Latinoamericano de HTA)

Pre Hipertensión Arterial: En la población adulta (mayor de 18 años de edad), el punto de corte para la PAS es mayor 120 hasta 139 mmHg o para la PAD mayor 80 hasta 89 mmHg.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) : Agrupa a 35 países miembros, su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo.

Apoyo Oficial Desarrollo (AOD) : Ayuda o asistencia, desembolsos netos de créditos y donaciones realizados según los criterios de la OCDE, busca la mejora de las economías de los países en vía de desarrollo mediante las políticas y préstamos de las instituciones de crédito del sistema de las ONU mundiales a causa de sus pobreza y endeudamiento externos .

Enfermedades No Transmisibles (ENT): Son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT

son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardiacos y accidentes cerebro vasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Atención primaria. Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es considerado el núcleo del sistema de salud del país.

Establecimiento I-4: Establecimiento de salud del primer nivel de atención con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, mediante acciones intramurales y extramurales y a través de estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, así como las de recuperación y rehabilitación de problemas de salud, para lo cual cuenta como mínimo con las UPSS consulta externa, patología clínica y farmacia. Estos establecimientos de salud ofertan atención de salud ambulatoria e internamiento.

Atendido: Se define como atendido a aquella persona que recibió una o más atenciones en un periodo determinado.

Atenciones: Son todas las personas que están programadas para recibir cualquier servicio.

Tasa de reconocimiento de la HTA: La tasa de diagnóstico de HTA que tiene PA alta(%)

Tasa de medir presión arterial regularmente: Personas respondieron en el encuesta, midieron PA regularmente durante 30 días.

Tasa de hipertensos controlado: Porcentaje de personas que tienen PAS es menor de 140 mmHg y para la PAD menor de 90 mmHg.

Número de registro de hipertensos en el proyecto: Número de personas registrado que tiene HTA en el Proyecto CI-HTA.

Tasa de realización de caminata: Porcentaje de personas que realizaron caminata más de 10 minutos una vez por 3 veces a la semana.

Tasa de realización de actividad física más de moderada: Porcentaje de personas que realizaron actividad física intenso durante 7 días, 20 minutos al día y 3 veces a la semana o actividad física moderada durante 7 días, 30 minutos al día y 5 veces a la semana.

Tasa de realización de hábito alimentación saludable: Porcentaje de personas que respondió frecuentemente a comer bajo en sal, frutas, verduras y evitando así el colesterol.

Tasa de estado de fumar: Tasa de fumadores que fumaron más de 100 cigarrillos en su vida y actualmente están fumando diariamente o ocasionalmente más de 1 cigarrillo.

Tasa de conocimiento sobre enfermedad HTA: Cambio de puntaje de examen sobre conocimiento de HTA según OPS/OMS.

Tasa de prehipertensos controlado: Porcentaje de personas que tienen presión arterial normal (PAS es menor de 120 mmHg y para la PAD menor de 80 mmHg) dentro de grupo prehipertensos (PAS es mayor 120 hasta 139 mmHg o para la PAD mayor 80 hasta 89 mmHg).

Número de registro de prehipertensos en el programa: Número de personas registrado que tiene prehipertensión en el Proyecto CI-HTA

Los criterios habituales del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos CAD: La evaluación se basa en una combinación de hechos y valores (principios, atributos o cualidades que se consideran intrínsecamente buenos, deseables, importantes y de utilidad general, por ejemplo «ser justos con todos») para calibrar el mérito de

una intervención (es decir, de un programa o una política). Los criterios de evaluación especifican los valores que se emplearán en esta.

Pertenencia: Es la medida en que los objetivos de la intervención son congruentes con los requisitos de los usuarios, las necesidades del país, las prioridades globales y las políticas de los asociados.

Eficacia: Medida en que se lograron o se espera lograr los objetivos de la intervención, tomando en cuenta su importancia relativa.

Eficiencia: Medida en que los recursos/insumos (fondos, especialización, tiempo, equipos, etc.) se han convertido económicamente en resultados.

Sostenibilidad: Continuación de los beneficios de la intervención después de que haya cesado la principal asistencia para el desarrollo. Las intervenciones han de ser sostenibles desde una perspectiva ambiental y financiera. Cuando el énfasis no se sitúa en la ayuda externa, cabe definir la sostenibilidad como la capacidad de los principales interesados para sostener los beneficios de una intervención, una vez que se interrumpe la financiación de los donantes, con medidas que utilizan los recursos disponibles en la zona.

Modelo de gestión: Proceso que inicia con la organización, proceso de los recursos, servicios y todo este sistema organizado para lograr resultados esperados.

Modelo Integral de Salud: El conjunto de lineamientos fundamentados en principios, que orienta la forma en el que se organiza en concordancia con la población, para implementar acciones del medio ambiente, proocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar un atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas con pertinencia cultural y enfoques de genero e interculturalidad a través del ejercicios de su papel rector, la gestión trasparente de los recursos y la participación social en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su red de servicios.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Estrategia Metodológica

La estrategia de investigación es un estudio mixto cualitativo y cuantitativo. Se buscó una perspectiva general donde se analizó los logros obtenidos en relación a las estrategias de acción del Modelo de gestión del Proyecto CI-HTA y su efecto en la reducción de los niveles de la hipertensión arterial y factores de riesgo prevenibles así como la mejora de los estilos de vida saludable de los pacientes registrados en el proyecto. Asimismo, se buscó profundizar el análisis de los logros del Proyecto CI-HTA de KOICA en relación a los criterios de evaluación del CAD/OECD.

La presente investigación podría considerarse un estudio comparativo porque se realizará un análisis del estudio caso control del Proyecto CI-HTA en cuanto a los logros entre los C.S.M.I Perú Corea de Intervención (C.S.M.I Perú Corea Santa Luzmila II. Bellavista y Laura Rodriguez Dulanto) y centros de salud de Control (Centro de Salud Alta Mar y El Progreso).

Para el desarrollo del estudio cualitativo debido a que construye la información, ha sido recolectada a través de los cuestionarios con preguntas abiertas, la misma que se procedió a codificar, procesar y presentar los datos analizados en cuanto a los criterios de la CAD/OCDE, de esta manera se busca responder cual es el alcance del Proyecto CI-HTA según criterios estándares de calidad de la evaluación del desarrollo del CAD/OCDE.

El análisis de los datos recolectados en las entrevistas fue personalizada de tipo fenomenológico, porque nos enfocamos en analizar las experiencias de los actores aliados involucrados en el proceso de ejecución de las actividades, monitoreo y seguimiento de los beneficiarios del Proyecto CI-HTA de KOICA.

3.2. Diseño Muestral

El diseño de estudio usado en la presente investigación es de tipo transversal no experimental, observacional y descriptiva, no existe intervención por parte del investigador, es decir no se manipula ninguna variable, sólo se describe, procesa, se analiza e interpreta la información recolectada para el estudio ya que se pretende conocer la percepción de los usuarios respecto a satisfacción de atención del Proyecto CI-HTA.

3.2.1 Tipo de muestra

El tipo de muestra para las entrevistas personalizadas es no probabilístico, ya que no toda la población de profesionales de la salud de los tres centros de salud de intervención tuvieron la oportunidad de ser seleccionados.

La selección se hizo en base a la gran participación que tuvieron los profesionales de la salud a nivel de Dirección, Jefatura (jefe médico del centro de salud), y a nivel del operativo (ejecutor directo de las actividades), involucrados durante todo el proceso de ejecución de las actividades y monitoreo de los factores de riesgo de los pacientes registrados en el Proyecto CI-HTA.

El tipo de muestra que realizó el Proyecto CI-HTA a 317 usuarios para conocer la satisfacción del paciente es no probabilístico. Los usuarios fueron reclutados aleatoriamente en tres centros de salud, a medida que culminaron su tratamiento, control y seguimiento con intervención del proyecto CI-HTA. Los usuarios completaron el cuestionario.

3.2.2. Población objetivo

La población de este estudio está representada por los profesionales de salud del Primer Nivel de atención y por los pacientes con pre hipertensión arterial y pacientes con la enfermedad hipertensión arterial.

3.2.3 Tamaño de muestra

El tamaño de muestra del presente estudio esta conformado por catorce(14) profesionales de la salud del Primer Nivel de Atención de tres centros de salud Materno Infantil Perú Corea Bellavista, Santa Luzmila II y Laura Rodriguez Dulanto, dentro del perfil de los profesionales de salud se tuvo ha el equipo operativo (9) entre Nutricionistas, Enfermero (as) y Trabajadora Social, Médicos jefe de Centro de Salud (2), Directora de Dirección Adjunta de DIRESA Callao(1), Directora Ejecutiva de Promoción de la Salud(1), Director Ejecutivo de la Dirección de Promoción de la Salud del MINSA(1).

Tabla 3.1 Distribución de los profesionales de salud entrevistado por instituciones

Institucion		Perfil del Cargo	Total tamaño de muestra
MINSA		Director Ejecutivo de la Dirección de Promoción de la Salud	1
Diresa Callao		Directora Adjunta	1
		Directora ejecutiva de Promoción de la Salud	1
C.M.I	Bellavista	Jefe médico	1
		Personal operativo	3
	Santa Luzmila II	Jefe médico	1
		Personal operativo	3
	Laura Rodriguez	Personal operativo	3
Total			14

Fuente : Elaboración propia

3.3 Variables e indicadores

- Modelo de gestión del Proyecto CI-HTA de KOICA.
- Logros obtenidos en relación a las estrategias de acción del Modelo de Gestión Proyecto CI-HTA de KOICA.
- Asimismo comparativo de los logros obtenidos entre el centro de salud de intervención y control

- Dificultades de gestión a nivel del establecimientos de salud, comunidad del Proyecto CI-HTA de KOICA.
- Satisfacción de los usuarios del Proyecto CI-HTA. Se refiere a medir la satisfacción de los usuarios del proyecto. Se obtuvo el índice de calificación de la satisfacción de los usuarios y expectativa del servicio.
- Logros obtenidos en relación los Estándares de Calidad de la Evaluación del Desarrollo del CAD/OCDE: Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Sostenibilidad.

3.4 Unidad de análisis y fuentes de información

- Gestión del Proyecto CI-HTA de KOICA.
- Tres centros de salud de intervención del primer nivel de atención y dos centros de salud de control.
- El muestreo sobre encuesta satisfacción sobre atención a los usuarios del Proyecto CI-HTA es de tipo aleatoriamente y personas que culminaron intervención del proyecto.
- El muestreo es de tipo no probabilístico, porque no se emplearon técnicas aleatorias en la selección de profesionales de la salud sino más bien se les realizó una entrevista personalizada.
- Criterios de los Estándares de Calidad de la Evaluación del Desarrollo del CAD/OCDE: Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Sostenibilidad. Se usó el modelo propuesto por los autores Arantzamendi, López y Vivar. Para lo cual debemos de codificar los datos y le asignaremos un nombre.

Para el análisis de los datos recopilados con los instrumentos aplicados para la evaluación de los criterios se utilizó el modelo planteado por el diseño fenomenológico de tal manera que nos ayude a recopilar información sobre realidades y vivencias de los profesionales de salud, la misma que se caracteriza de la siguiente manera:

Unidad de significado: En nuestra investigación se agrupó las respuestas en una frase que sintetice lo manifestado por los entrevistados. Logrando categorizar conjuntos de palabras relacionadas y que tienen el mismo significado.

Código: Se codificó a la unidad de significado, el cual nos permitió agrupar las respuestas en una frase de tal manera que estén relacionados entre sí.

Categoría: Es el grupo de contenido que agrupa varios códigos.

Tema: Es la agrupación de categorías en este caso nuestro tema es pertenencia y sostenibilidad. Lo que buscaremos en nuestro análisis son las categorías que están presentes en la presente investigación para responder si es que el proyecto ha logrado pertenencia en los usuarios y si es sostenible para mantenerse una vez culminado el apoyo extranjero.

3.5 Técnica e instrumentos de recolección de información

Descripción del Modelo de gestión del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA. Se revisó y analizó todos los documentos de gestión del Proyecto CI-HTA elaborados desde el 2013 hasta el 2017. Esto es para describir el Modelo de gestión del Proyecto.

Describir los logros obtenidos en relación a las estrategias de acción del Modelo Preventivo Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA. Se analizó los logros obtenidos en relación a las estrategias de acción del Modelo de Gestión del Proyecto CI-HTA y análisis comparativo de los logros obtenidos entre el centro de salud de intervención y control.

Descripción de las causas más frecuentes de dificultades de gestión a nivel de los establecimientos de salud, comunidad e individual/usuarios del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA. Se realizó una revisión documental en cuanto a reportes anuales y se analizaron las causas más frecuentes de dificultades de gestión a nivel de los establecimientos de salud, comunidad e individual/usuarios del Proyecto CI-HTA de KOICA.

Descripción del nivel de satisfacción de los usuarios del Proyecto Control Integral de la Hipertensión de Arterial de KOICA. Se realizó una encuesta para medir la satisfacción de la calidad del servicio a 316 usuarios que terminaron los controles en tres meses.

La evaluación breve de la satisfacción del paciente (SAPS) es una escala corta, confiable y válida de siete elementos que se puede utilizar para evaluar la satisfacción de los pacientes beneficiarios del Proyecto CI-HTA.

Los ítems de todas estas escalas de satisfacción del paciente se combinaron y el SAPS se desarrolló seleccionando los ítems con mejores propiedades de medición y la cobertura más completa de los dominios de satisfacción del paciente. Incluyen satisfacción con el tratamiento, explicación de los resultados del tratamiento, atención médica, participación en la toma de decisiones médicas, respeto por el clínico, tiempo con el clínico y satisfacción con la atención hospitalaria / clínica. Las escalas de respuestas son escalas de 5 puntos.

El SAPS ha sido validado en entornos clínicos (Hawthorne et al., 2006; Sansoni et al., 2011) con el apoyo del Departamento de Salud y Envejecimiento del Gobierno de Australia. Estos estudios han demostrado que el SAPS es una medida válida y confiable de la satisfacción del paciente. La fiabilidad es alfa de Cronbach $\alpha = 0,85$; se correlaciona altamente con otras medidas de satisfacción del paciente, y se correlaciona bien con otros indicadores de los resultados del tratamiento. Los puntajes de SAPS se pueden interpretar de la siguiente manera:

- **0 a 10 = Muy insatisfecho.** Para obtener un puntaje en este rango, una persona debe haber indicado que está insatisfecho o muy insatisfecho con cuatro o más elementos. Cualquier paciente que obtenga puntajes en este rango indica que su atención médica les ha fallado gravemente y que necesitan ayuda urgente.
- **11 a 18 = Insatisfecho.** Para obtener un puntaje en este rango, una persona debe haber indicado que está insatisfecho o muy insatisfecho con al menos dos elementos (es decir, dos aspectos de su atención médica), o que se ha negado a respaldar estar muy satisfecho con cualquier artículo. Los pacientes que obtienen puntajes en este rango indican una falla en la atención médica en varias áreas de su atención médica y necesitan ayuda en estas áreas.
- **19 a 26 = Satisfecho.** Para obtener un puntaje en este rango, una persona debe haber indicado que está muy satisfecho o satisfecho con más de la mitad de los artículos de SAPS (4/7). A estos pacientes se les debe preguntar sobre las áreas de atención médica que consideran insatisfactorias y los esfuerzos realizados para mejorar dichas áreas.

- **27 a 28 = Muy satisfecho.** Para obtener un puntaje en este rango, una persona debe haber indicado que está muy satisfecho o satisfecho con los siete artículos de SAPS. Estos pacientes están indicando que todos los aspectos de su atención médica han cumplido o excedido sus expectativas.

Describir los logros obtenidos en relación los Estándares de Calidad de la Evaluación del Desarrollo del CAD/OCDE: Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Sostenibilidad.

Para la recopilación de los datos se empleó el cuestionario de Criterios de los Estándares de Calidad de la Evaluación del Desarrollo del CAD/OCDE: Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Sostenibilidad.

Se realizó entrevistas individuales cara a cara a los 14 profesionales de salud quienes estuvieron involucrados en la ejecución monitoreo y seguimiento del Proyecto CI-HTA. En donde los entrevistados son quienes tiene la palabra, el que domina el tema por lo tanto debemos dejar que exprese todas sus experiencia pero siempre debemos de mantener nuestro objetivo. Para lo cual se usó una guía de preguntas.

Instrumento usado: Se usó el cuestionario de criterios de evaluación tomando a los criterios del CAD de la OCDE de UNICEF.

Pertenencia: En esta investigación se utilizó una encuesta a los 14 profesionales de salud el cual tuvo las siguientes preguntas:

Tabla 3.2. Lista de preguntas para determinar la pertenencia

N°	PERTINENCIA (PREGUNTAS)
1.	¿Porque la intervención del PROYECTO CI-HTA acorde con los compromisos y el plan estratégico del país encaminados a mejorar el bienestar de la población peruana?
2.	¿Porque fueron los objetivos de la intervención del Proyecto CI-HTA pertinentes a las necesidades y prioridades identificadas a nivel nacional, regional y a nivel del C.S?
3.	¿ Por que fue el diseño de la intervención correcto desde el punto de vista

	técnico?
4.	¿Porque, fueron los objetivos y el diseño de la intervención adecuados al contexto y a las necesidades de sus usuarios?
5.	¿ Porque, Siguió la intervención una lógica clara y disposición de una base de pruebas pertinente en la zona que vinculase sus actividades y operaciones con las realidades a que hacen frente sus usuarios?
6.	¿Porque, se justificaron de manera clara las actividades seleccionadas en el marco de la intervención?
7.	¿En qué medida tuvieron cabida en la intervención en actividades y procesos o mecanismos que favorecieran un diseño y una ejecución eficaces del programa y recabaran las impresiones de los interesados?
8.	En general que opina en nivel de calidad que tuvo el diseño de la intervención?

EFICACIA:

Se realizó las siguientes diezpreguntas de evaluación de nivel meso y micro para determinar la eficacia de manera subjetiva.

Tabla 3.3. Lista de preguntas para determinar la eficacia

N°	EFICACIA (PREGUNTAS)
1.	¿En qué medida facilitó la ejecución de la intervención los factores contextuales?
2.	¿En qué medida obstaculizaron la ejecución de la intervención los factores contextuales?
3.	¿Se tomaron medidas correctivas en el momento oportuno en caso necesario?
4.	¿Se identificó la necesidad de apoyo complementario o se facilitó para solventar problemas en la ejecución?
5.	¿Qué forma adopto tal apoyo, quien lo facilito y con qué efecto?
6.	¿Que riesgos amenazaban la consecución de los objetivos de la intervención?
7.	¿Se gestionaron esos riesgos de forma adecuada?
8.	¿Se lograron los resultados previstos?
9.	¿Cuáles fueron los factores que más favorecieron el logro de los objetivos?

10.	¿Cuáles fueron los factores que más impidieron el logro de los objetivos?
------------	---

Para complementar el criterio de evaluación Eficacia se realizó un análisis en cuanto a los logros de los objetivos de la intervención del Proyecto CI-HTA, tomando en cuenta su importancia relativa. Para el cual se realizó una **revisión documentaria** sobre cambios en los niveles de la PA, IMC, PAB y comparación inicio y final de los cambios en los usuarios.

EFICIENCIA:

En esta investigación se utilizó una encuesta a los 14 profesionales de salud el cual tuvo las siguientes preguntas:

Tabla 3.4. Lista de preguntas para determinar la eficiencia

N°	EFICIENCIA (PREGUNTAS)
1.	¿Dispuso la intervención de una dotación de personal suficiente y apropiada?
2.	¿Se utilizaron el tiempo y los recursos con eficacia para lograr resultados?
3.	¿En qué medida se persiguió y logró una coordinación y colaboración eficaz con las intervenciones en curso y los asociados?
4.	¿Se diseñó o corrigió la intervención a lo largo de la fase de ejecución en aras de la mejor relación calidad-precio?
5.	¿Fue la intervención eficiente en igual o mayor medida que otros planteamientos adecuados en el mismo contexto?
6.	¿Existen otros modos viables de ejecutar la intervención que resultaran más rentables?

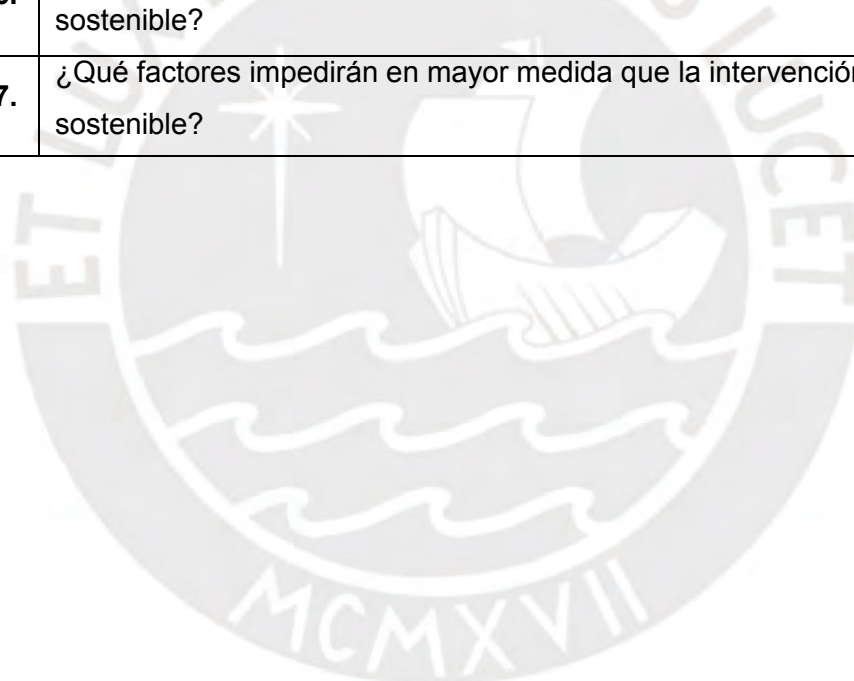
SOSTENIBILIDAD:

Para este criterio de evaluación se realizó **entrevistas individuales** a los personal de salud:

Tabla 3.5. Lista de preguntas para determinar sostenibilidad

N°	SOSTENIBILIDAD (PREGUNTAS)
1.	¿En qué medida pueden las actividades y los beneficios de la

	intervención pueden tener continuidad una vez que se interrumpa la financiación externa?
2.	¿Existen ámbitos de la intervención claramente sostenibles? De no ser así, ¿por qué?
3.	¿Qué lecciones se pueden extraer de esos ámbitos?
4.	¿En qué medida han asumido los beneficiarios de la intervención o los asociados nacionales el proyecto como propio y están dotados de la capacidad y los recursos necesarios para mantener los resultados de la actividad una vez que se interrumpa la financiación externa?
5.	¿Contribuyó la intervención a un aumento de la capacidad de las organizaciones locales para seguir brindando servicios de calidad dirigidos a los hipertensos y pre-hipertensos?
6.	¿Qué factores facilitará en mayor medida que la intervención fuera sostenible?
7.	¿Qué factores impedirán en mayor medida que la intervención fuera sostenible?

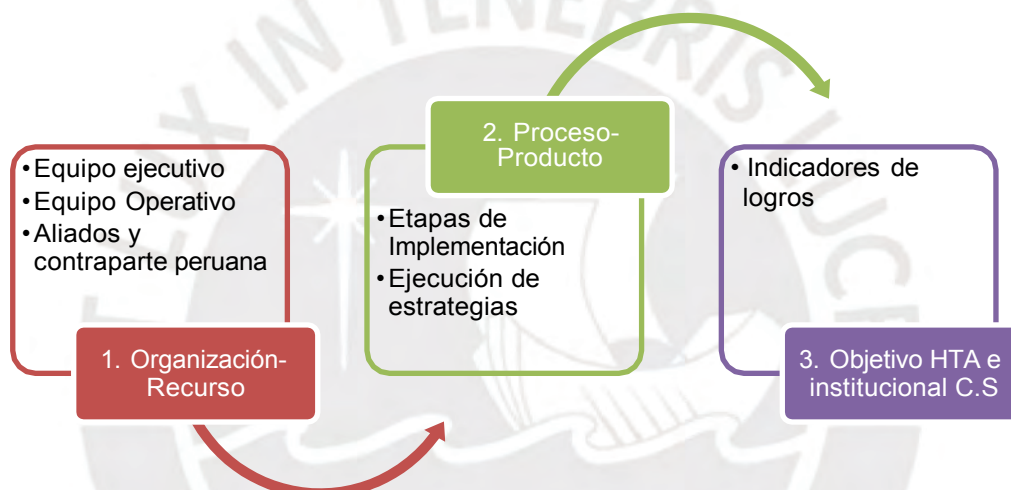


CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE LOS HALLAZGOS

4.1 Descripción del Modelo de Gestión del Proyecto Control Integral de la Hipertensión Arterial de KOICA

La descripción analítica del Modelo de Gestión del Proyecto CI-HTA se hará en cuanto ha la organización, proceso, producto y objetivo.

Figura 4.1. Proceso del Modelo de gestión del Proyecto CI-HTA



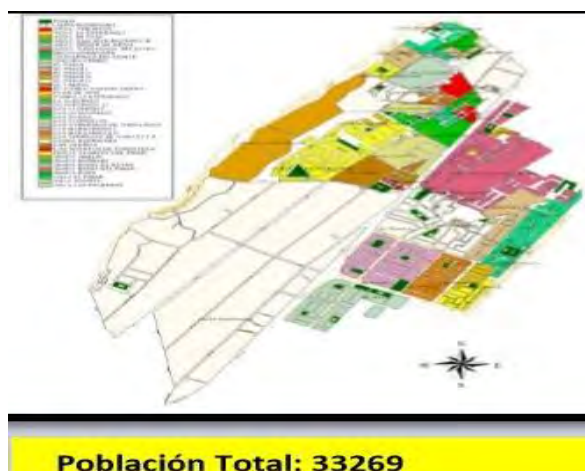
Fuente:Elaboración Propia

El Proyecto CI-HTA fue ejecutado en tres C.S.M.I Perú Corea del primer nivel de atención, dos C.S pertenecientes a laDIRIS Lima Norte y un C.S perteneciente a la unidad ejecuta DIRESA Callao. También se pudo apreciar entre los documentos de gestión del Proyecto CI-HTA que han usado el enfoque técnico, humano y estrategico.

Ámbito de Implemetación del ProyectoCI-HTA de KOICA

Corresponde a las jurisdicciones del C.S.M.I Perú-Corea Bellavista (Distrito de Bellavista, Callao), C.S.M.I Laura Rodriguez y C.S.M.I Santa Luzmila II (Distrito de Comas). El proyecto esta dirigido para todos los pobladores que viven en la jurisdicción de estos tres centros de salud que tengan el diagnostico de pre HTA o HTA.

Figura 4.2. Mapa de la Jurisdicción del C.S.M.I Perú Corea Laura Rodriguez, 2014



Fuente: Dirección de Redes Integradas de Salud DIRIS Lima Norte

Figura 4.3. Mapa de la Jurisdicción del C.S.M.I Perú Corea Santa Luzmila II, 2014



Fuente: Dirección de Redes Integradas de Salud DIRIS Lima Norte

Figura 4.4. Mapa de la Jurisdicción del C.S.M.I Perú Corea Bellavista, 2014



Fuente: DIRESA Callao

El Proyecto CI-HTA tuvo un periodo de ejecución de cuatro años desde el 2014 hasta el 2017. Su ámbito de ejecución fue en el Distrito de Comas para la población de la jurisdicción de dos C.S.M.I Perú Corea 1-4 y C.S.M.I Perú Corea Bellavista, Santa Luzmila II), y en la Región del Callao, para la población de la jurisdicción de un Distrito de Bellavista.

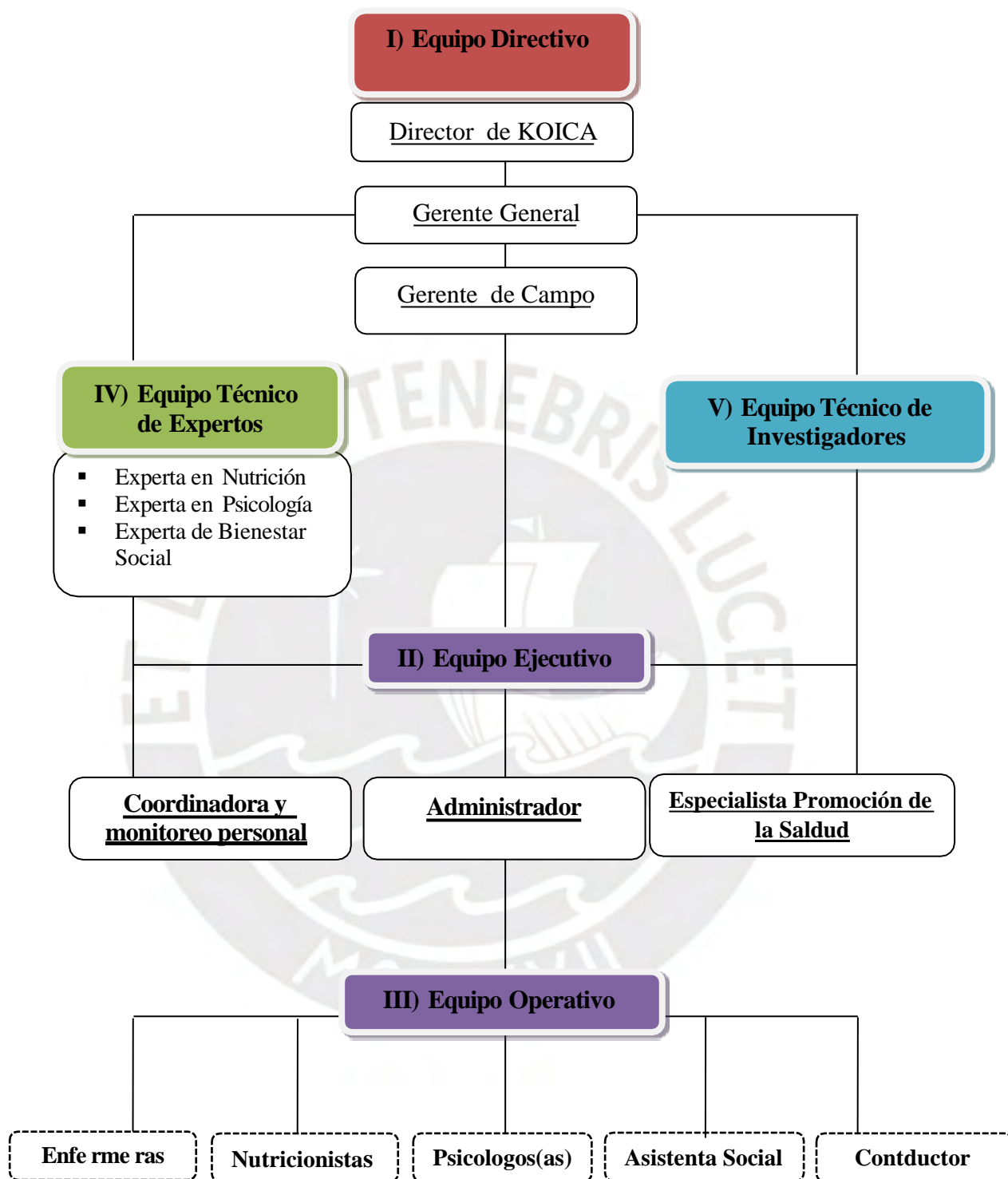
1. Organización – Recursos del PROYECTO CI-HTA

La implementación y ejecución del Proyecto CI-HTA estuvo organizado por recurso financiero y humano como: I) Equipo Directivo, II) Equipo Ejecutivo, III) Equipo Operativo, IV) Equipo de Expertos y V) Equipo Técnico de Investigadores.

El equipo directivo, estuvo encabezado por el actual Director de la Cooperación Internacional de Corea-KOICA, El gerente general Profesor y la gerente de campo, quién trabaja con el equipo de expertos y el equipo de investigadores de la Universidad de Yonsei u otros en Corea del Sur. El equipo ejecutivo trabaja directamente con el equipo con el equipo operativo en la implementación y ejecución de las estrategias, actividades de monitoreo, control y seguimiento de los pacientes con Pre-HTA y HTA.

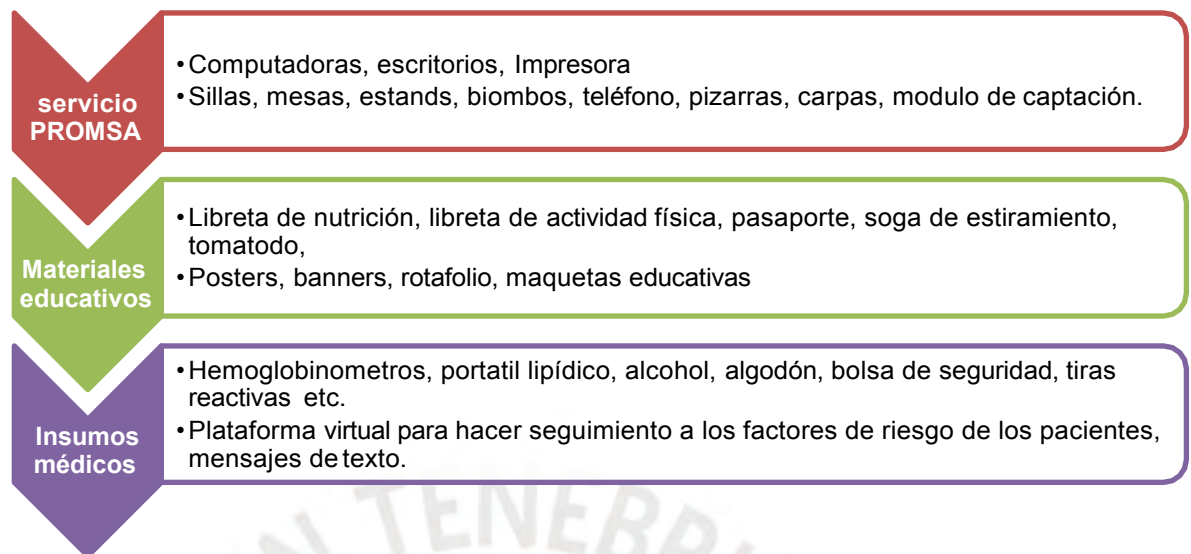
Asímismo, el Proyecto CI-HTA cuenta con un financiamiento propio con el cual se logro comprar los recurso materials y metodologicos que se necesitaron para el Proyecto.

Figura 4.5. Organización de recurso humano del Proyecto CI-HTA



Fuente: Elaboración Propia

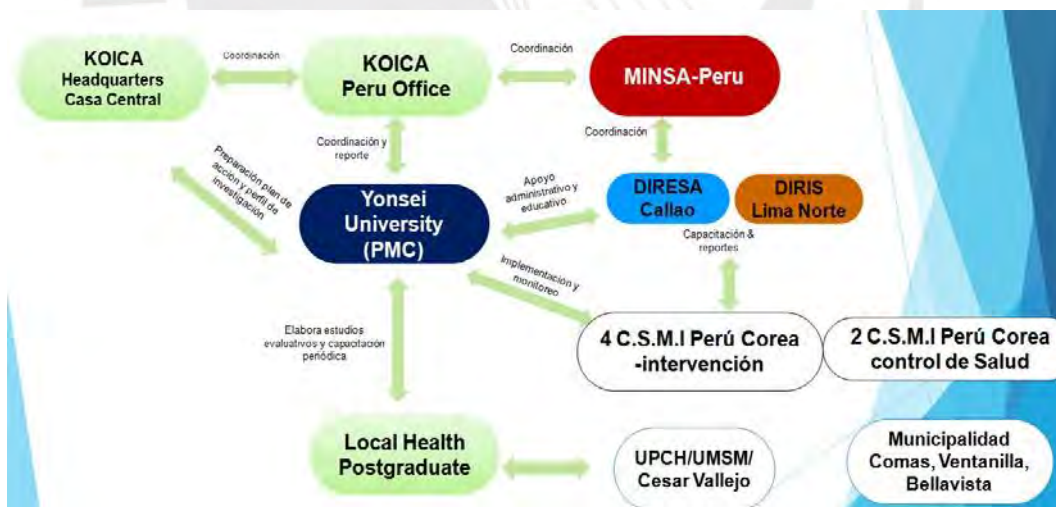
Figura 4.6. Equipamiento de los Servicios de Proyecto CI-HTA



Fuente: Elaboración Propia

Se muestra que el ProyectoCI-HTA equipó los servicios de promoción de la salud de los tres C.S.M.I Perú Corea Bellavista, Santa Sanluzmila II, Laura Rodriguez Dulanto en el año 2014.

Figura 4.7. Organización con los aliados contraparte peruana



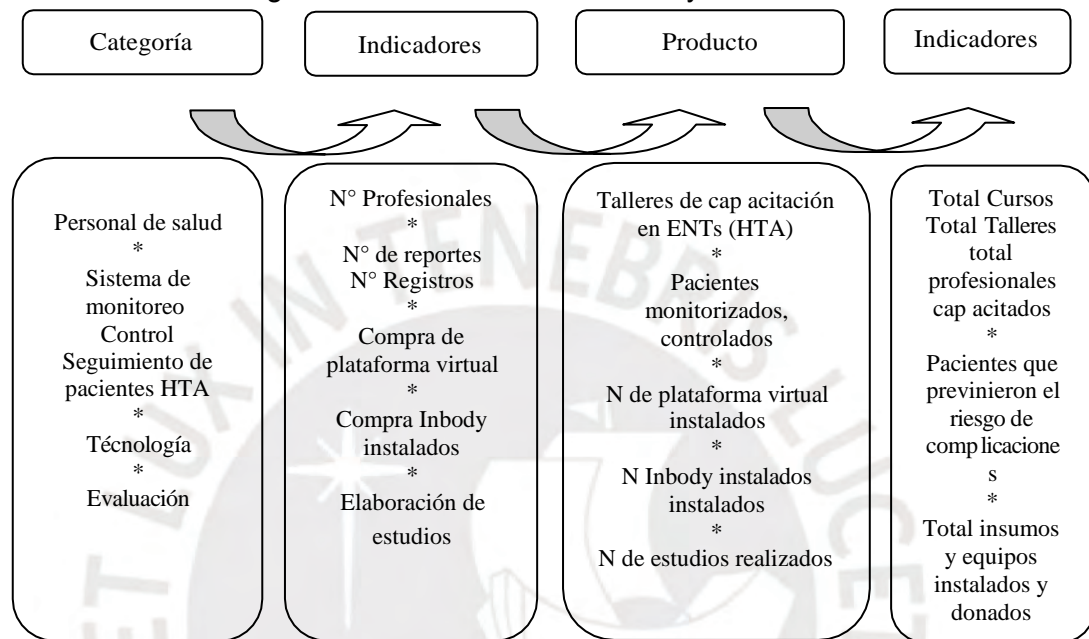
Fuente: Plan de acción del ProyectoCI-HTA

En la infografía que se presenta se puede apreciar claramente la línea de trabajo que se tiene con los 3 centros de salud de intervención y 2 C.S control, las unidades ejecutoras, el gobierno central MINSA con el equipo PMC de la Universidad de Yonsei, la oficina de KOICA y la casa central de Corea del Sur.

2. Proceso–Producto

El recurso humano más los recursos financieros y materiales permitieron transformar los recursos del proceso en productos que se entregó a los beneficiarios directos. Podemos ver los recursos del proceso que permitieron lograr la entrega de productos y servicios.

Figura4.8. Recursos de Procesos y Producto



Fuente: Elaboración Propia

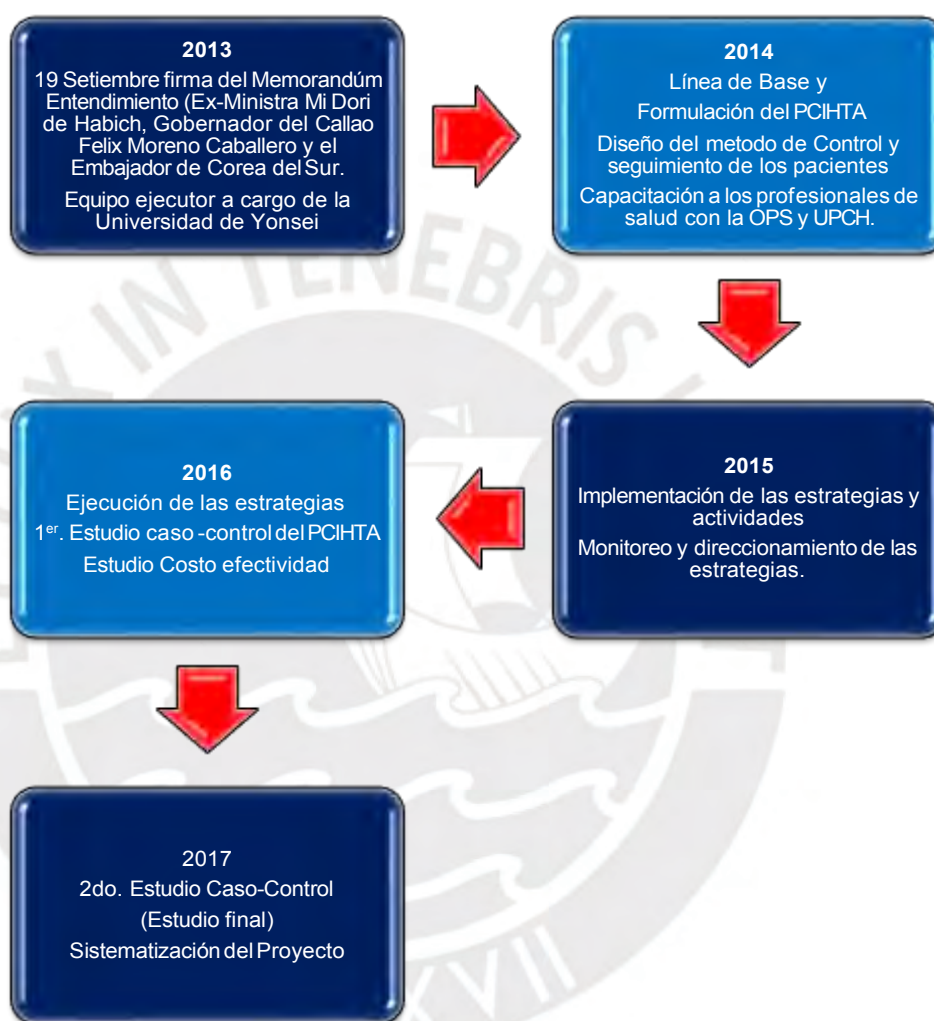
3. Etapas de implementación del ProyectoCI-HTA de KOICA

En el plan de acción del ProyectoCI-HTA se describe claramente las etapas de ejecución de las estrategias y monitoreo.

Se puede apreciar que el Proyecto CI-HTA tuvo varias etapa de implementación, el 19 setiembre se realizó la firma del memorandúm de entendimiento por la ExMinistra Midori de Hábitch, el Gobernador del Callao y él embajador de Corea del Sur y en los primeros meses del 2014 el equipo ejecutor PMC de la Universidad de Yonsei del programa promoción de la salud en Lima Norte y El Callao de KOICA, en la segunda etapa se realizó la línea de base para conocer los problemas de salud de los recidentes del ámbito del Programa de KOICA y por consiguiente se diseño el Plan de Acción del Proyecto CI-HTA. El 2015 en la tercera etapa se implemento las estrategias del plan de acción del 2015,

asimismo, en este mismo año realizó la primer estudio caso control del primero grupo de pacientes que terminaron los tres meses y cuatro meses de control y atención. De la misma forma se implemeto en el 2016 y 2017.

Figura 4.9. Etapas de Implementación y Monitoreo de Indicadores de Proceso del ProyectoCI-HTA



Fuente:Elaboración Propia -Plan de acción del ProyectoCI-HTA

4. Objetivos y componentes del ProyectoCI-HTA

Objetivo General

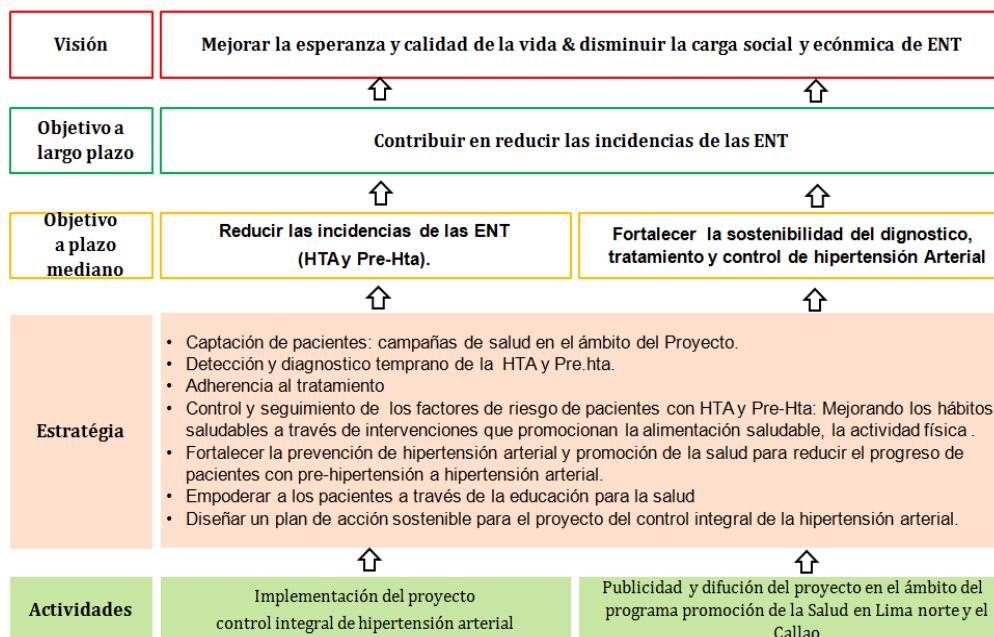
Mejorar la calidad de vida y reducir las complicaciones de HTA de los pacientes con PA alta, a través de un trabajo articulado entre la KOICA y actores aliados de las regiones de Lima Norte y el Callao.

Componentes Proyecto CI-HTA de KOICA

- 1) **Empoderamiento a los profesionales de salud:** Se realizó capacitación a los profesionales de salud de los tres C.S.M.I Perú Corea donde se implementó el Proyecto, con el propósito de, mejorar conocimientos, destrezas y capacidades en la detección de HTA, consejería clínica individual, tratamiento, control, seguimiento y promoción de la salud y, así contribuir en fortalecer la atención del primer nivel atención.
- 2) **Empoderamiento de los pacientes/usuarios:** Se realizó la toma de PA a todas las personas que visitan el centro de salud o que asistan a las campañas de salud ejecutadas en la comunidad local (comedores, mercados, asociaciones de base, etc.).
- 3) **Evaluación y registro de los pacientes:** Para identificar el nivel de conocimiento, hábitos de vida, frecuencia de consumo de alimentos y el estado de salud actual relacionado a los objetivos. Se aplicó la ficha de evaluación en el primer control realizado al paciente, con el fin de planificar las intervenciones posteriores con el equipo multidisciplinario.
- 4) **Control y seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial y Pre-hipertensos:** El equipo multidisciplinario (enfermeras, nutricionistas y trabajadora social) ejecutan 8 controles quincenales y seis seguimientos mensuales, a través de consejerías en donde se brinda educación sobre alimentación saludable, la importancia sobre el cumplimiento de sus medicamentos prescritos, disminución del consumo del tabaco y el alcohol, además de brindar un espacio para la actividad física semanal. En caso se requiera el paciente puede recibir soporte emocional individualizado.

Figura 4.10. Marco lógico del Proyecto CI-HTA

- **Ámbito de ejecución:** 3 C.S.M.I Perú Corea (Bellavista, Laura Rodriguez, Santa Luzmila II)
- **Población Objetivo:** > 18 -79 años Personas con HTA Y/O Pre-HTA.



Fuente: Plan de acción del Proyecto CI-HTA de KOICA.

Nos describe los objetivos a largo plazo, mediano y estrategias del Proyecto CI-HTA para ser logrados en un periodo de 3 años. Tiene como objetivo contribuir la reducción de ENT(HTA). Para ello busca reducir la incidencia y fortalecer la atención del primer nivel de atención.

Tabla 4.1. Indicadores del producto del Proyecto CI-HTA, 2014-2017

Resultado inmediata	Indicadores de Producto
1. Incrementar la tasa de diagnóstico de la HTA	Tasa nivel diagnóstico de la HTA
	Tasa sobre medirse regularmente la presión arterial
2. Incrementar la tasa de hipertensos controlado	Tasa de pacientes con hipertensión arterial controlados
	Número de pacientes con hipertensión arterial registrados en el Proyecto CI-HTA

	La tasa de realización de caminata
	La tasa de realización de actividad física más de moderada
	La tasa de hábitos alimentación saludables
	La tasa de consumo de cigarrillos
	La tasa del nivel de conocimiento sobre la enfermedad HTA
	La tasa de pre hipertensos controlado
3. Incrementar la tasa de pre hipertensos controlado	Número de registro de pre hipertensos en el programa
	La tasa de realización de caminata
	La tasa de realización de actividad física más de moderada
	La tasa de las prácticas sobre alimentación saludable
	La tasa de estado consumo de cigarrillos.

Fuente: Plan de acción del Proyecto CI-HTA de KOICA.

En la tabla se muestra los productos a lograr en base a los insumos usados en el proceso de ejecución de las estrategias y actividades del Proyecto CI-HTA. Busca incrementar la atención integral en los pacientes con la enfermedad de hipertensión y prevenir que los pacientes con PRE-HTA desarrollen la enfermedad, y esto lo lograrán a través de la reducción de los factores de riesgo.

Figura 4.11. Modelo de Intervención

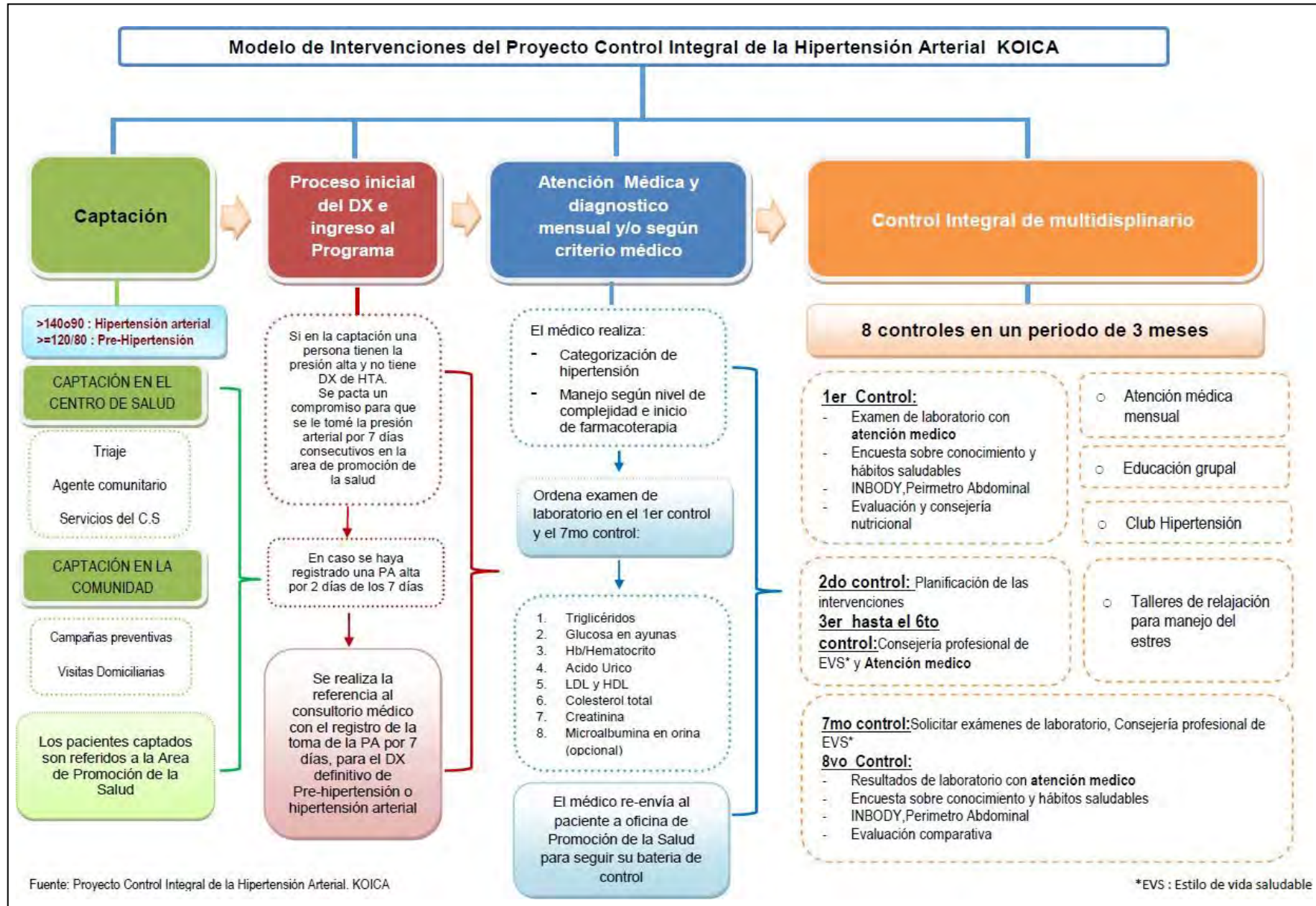
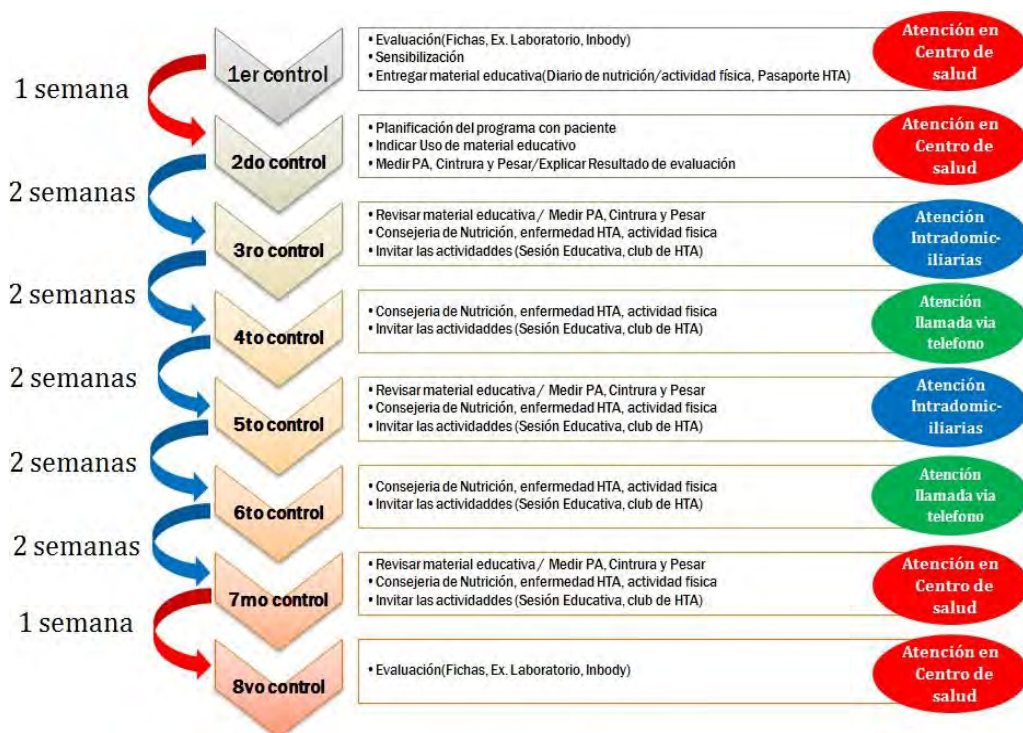
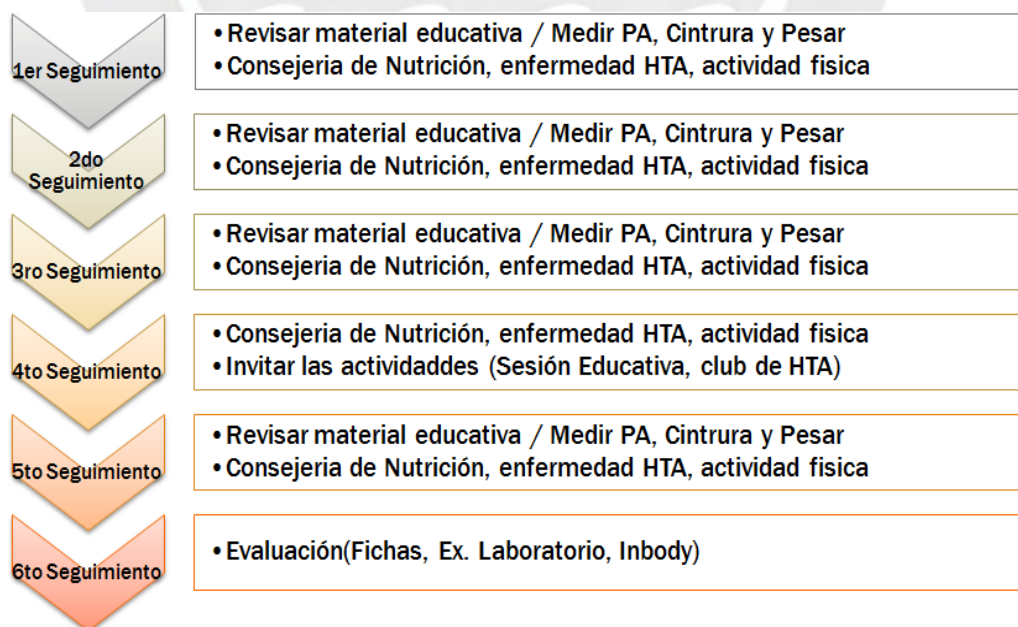


Figura 4.12. Método para el control de los pacientes con Pre-Hipertensión Arterial e Hipertensión Arterial



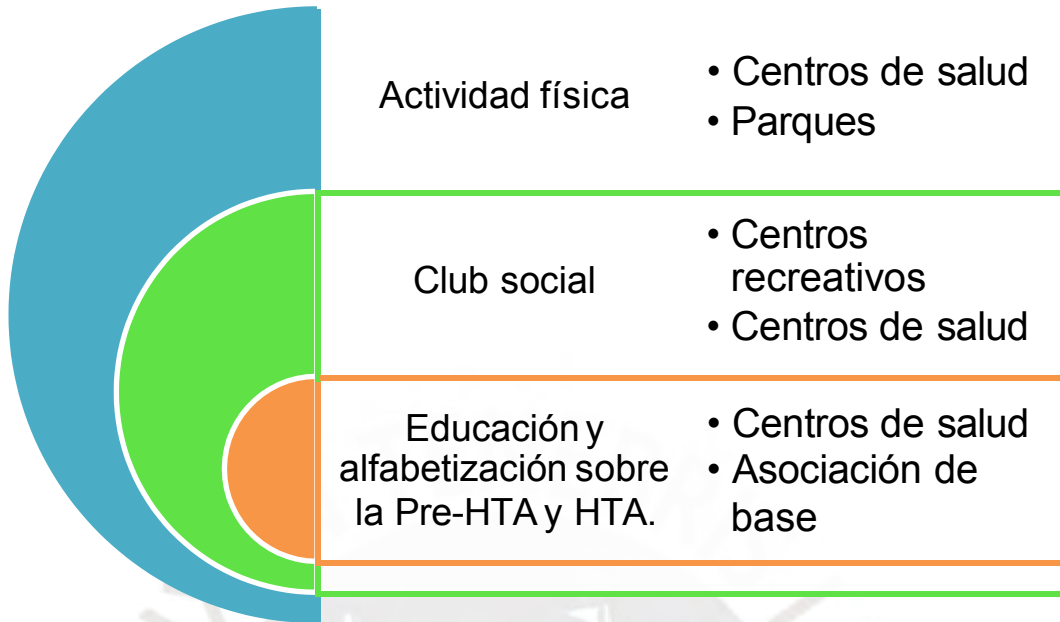
Fuente:Plan de acción del Proyecto CI-HTA de KOICA.

Figura 4.13. Método para el seguimiento de los pacientes con Pre-Hipertensión Arterial y Hipertensión Arterial



Fuente:Plan de acción del Proyecto CI-HTA de KOICA 2014-2017.

Figura4.14. Manejo No farmacologico de pacientes con Pre-Hipertensión Arterial y Hipertensión Arterial



Fuente: Elaboración Propia

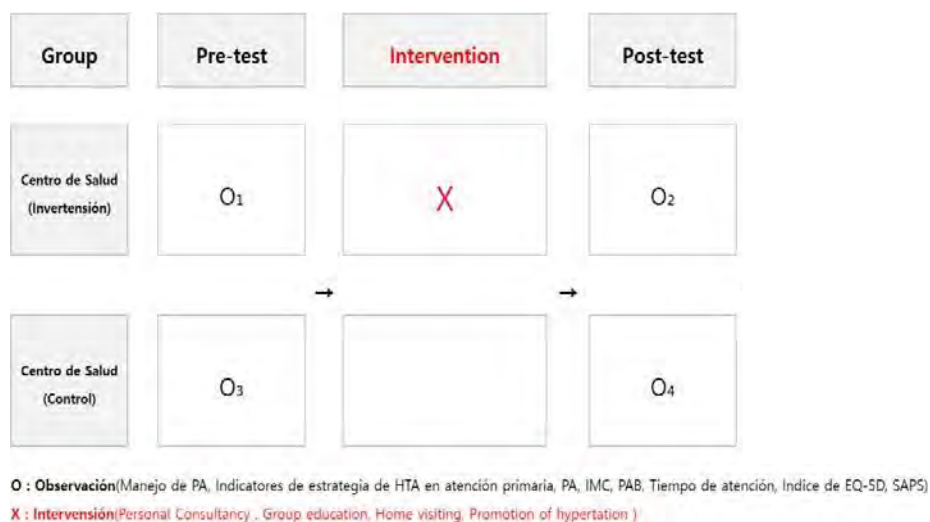
Figura4.15. Gestión Territorial del ProyectoCI-HTA KOICA
Prevenición de factores de riesgo de la hipertensión arterial y promoción de estilos de vida saludable desde el ámbito territorial



Instituciones responsable del mantenimiento de la Salud y Prevención de los factores de riesgo de la enfermedad.

Fuente: Elaboración Propia

Figura 4.16. Metodología del estudio caso control del Proyecto CIHTA 2014-2017



Fuente: Elaboración Propia

En el cuadro claramente se describe la metodología usada para el estudio caso control del Proyecto CI-HTA, el cual se llevo a cabo desde el año 2014 hasta el año 2017. En el Pre-test se realizó un anamnesis, se le aplicó una encuesta para medir conocimientos, se le realizó tamisajes para conocer los riesgos a la salud física y mental de los pacientes con PRE-HTA y HTA.

4.2 Describir los logros obtenidos en relación a las estrategias de acción del Modelo Preventivo Proyecto CI-HTA de KOICA.

El proyecto es un modelo que sirve para fortalecer el rol del primer nivel de atención primaria de salud, ya que uno de los pilares de atención es la promoción de la salud. En estos años se percibió que no existen profesionales de salud que se dediquen a la promoción de la salud y que aborden los factores de riesgo para evitar las enfermedades crónicas como la HTA y sus complicaciones, si realizaríamos esta intervención en todo el nivel primario se contribuiría a mejorar la calidad de vida de los habitantes. Además los centros de salud no están adecuadamente equipados para un abordaje integral y no se realiza capacitaciones al personal de salud concernientes a este tema.

Tiene como indicadores los siguiente puntos: Resultado inmediata 1.La tasa reconocimiento de hipertensión arterial 2.La tasa de tasa de hipertensos controlado 3. La tasa de pre-hipertensos controlado.

Tabla 4.2. Cuadros de resultados, productos, metas y logros

Resultado inmediata	Producto	Meta	Inicio	Final
1. Incrementar la tasa de reconocimiento de la HTA	La tasa de reconocimiento de HTA	19.2%	18.6%	20.3%
	La tasa de medir presión arterial regularmente.	71.9%	69.0%	70.8%
2.Incrementar la tasa de hipertensos controlado	La tasa de control de hipertensos controlado	76.7%	53.0%	76.9%
	Número de registro de hipertensos en el programa.	1,680	512	1,730
	La tasa de realización de caminata.	80.7%	73.6%	77.8%
	La tasa de realización de actividad física más de moderada.	12.7%	9.0%	11.6%
	La tasa de realización de hábito alimentación saludable.	52.3%	23.9%	61.5%
	La tasa de estado de fumar	3.4%	5.7%	3.2%
3.Incrementar la tasa de pre hipertensos controlado	La tasa de pre hipertensos controlado	47%	0.0%	49.5%
	Número de registro de pre hipertensos en el programa.	1200	226	1,106
	La tasa de realización de caminata.	73.9%	65.5%	71.2%
	La tasa de realización de actividad	7.9%	11.3%	13.8%

	física más de moderada.			
	La tasa de realización de hábito alimentación saludable.	53.3%	18.3%	54.1%
	La tasa de estado de fumar	3.5%	6.3%	2.9%

Fuente: Reporte anual del Proyecto CI-HTA de KOICA, 2014-2017.

Tabla 4.3. Total pacientes que finalizaron la batería de intervención, por centro de salud

C.S.M.I Perú Corea	Total pacientes Finalizarón batería de intervención	Porcentaje(%)
Bellavista	448	35.2
Laura Rodriguez	421	33.1
Santa Luzmila II	402	31.7
Total	1,271	100

Fuente: Reporte anual del Proyecto CI-HTA, 2014-2017.

1,271 pacientes finalizarón el paquete de control y se encontró que el 35.2%(448) pertenecieron al C.S.M.I Perú Corea Bellavista, 33.1%(421) son del C.S.M.I Perú Corea Laura Rodriguez y 31.6%(402) C.S.M.I Perú Corea Santa Luzmila II.

Tabla 4.4 Pacientes que finalizaron la batería de intervención por sexo

Sexo	
Masculino	Feminino
458(36.0%)	813(64.0%)

Fuente: Reporte anual del Proyecto CI-HTA

Entre el total de pacientes que finalizaron la batería de control 458(36.0%) fueron del sexo masculino y 813(64.0%) fueron del sexo femenino.

Tabla 4.5 Porcentaje de pacientes quienes recibieron la batería de intervención

Estado de Presión Arterial	
Hipertenso	Prehipertensos
1,071(84.3%)	200(15.7%)

Fuente: Reporte anual del Proyecto CI-HTA

En cuanto a la hipertensos 1,071(84.3%) y 200(15.7%) de pre-hipertensos.

Cambios en factores de riesgo prevenibles: 1,271 fueron los usuarios directos del Proyecto CI-HTA. En las siguientes tablas se demuestran los cambios alcanzados en los pacientes quienes finalizaron la batería de control.

Tabla 4.6.

Niveles de la Presión Arterial, IMC y CAB frente al ingreso y egreso

N=1,271

	Ingreso del Paciente	Egreso del Paciente	T
PAS(mmHg)	135.85±20.29	125.05±17.64	19.417***
PAD(mmHg)	74.87±18.08	71.29±11.04	7.433***
IMC	29.51±5.05	28.94±4.93	14.376***
CAB(cm)	96.77±10.84	95.67±10.53	6.583***

Fuente: Reporte anual del Proyecto CI-HTA

P<.001

Se aprecia que hubo una reducción significativa de la presión sistólica de 10mmHg, y en cuanto la presión diastólica hubo una reducción de 3 mmHg. De la misma manera en el IMC hay una reducción significativa de la misma forma en cuanto a la circunferencia abdominal .

Tabla 4.7. Niveles de la presión arterial de los pacientes al ingreso y egresos

N=1,271

Ingreso			Egreso		
Categorías	Número de Usuarios	Porcentaje (%)	Categorías	Número de Usuarios	Porcentaje (%)
Pre HTA	200	15.7	Normal	99	49.5
			Pre-HTA	82	41.0
			HTA	19	9.5
					100%
HTA controlada	574	45.2	Controlado	498	86.8
			No controlado	76	13.2
					100%
HTA No controlada	497	39.1	Controlado	333	67
			No Controlado	164	33
					100%

Fuente: Reporte anual 2017 del Proyecto CI-HTA, 2014-2017.

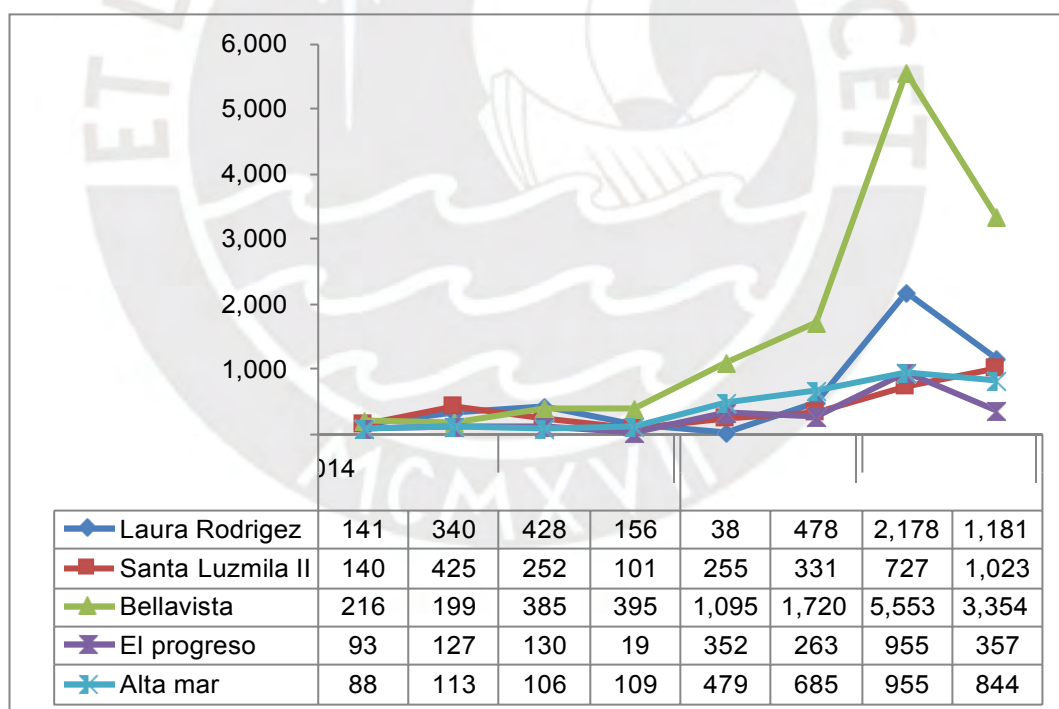
Se describe que al ingreso del Proyecto CI-HTA se detectaron 200 personas con la pre-hipertensos y luego de haber sido expuestos alas intervenciones y batería de control se logro que un 49.5% de ellos pase a condición de sano.En cuanto a los pacientes con hipertensión arterial “no controlada”, es decir aquellos de difícil manejo, lograron ser controlados por el Proyecto CI-HTA, en un 66.9%.

Comparación de los logros obtenidos entre los C.S de intervención del Proyecto CI-HTA y Control.

El Gráfico nos muestra que desde el 2014 hasta el 2017 se incremento el registro de pacientes en los C.S.M.I Perú Corea Laura Rodriguez, Santa Luzmilall y Bellavista a diferencia de los centros de salud El Progreso y Alta Mar en donde se ve claramente que no hay actividades de captación, control, seguimiento y evaluación de pacientes con pre-HTA y HTA según indicadores de sector salud y el proyecto apoyado mejorar estadística a los centros de salud intervenciones.

Asimismo el proyecto ha contribuido en incrementar las atenciones de pacientes con pre-hta y pacientes con la enfermedad de HTA. Sin embargo, también podemos notar que hay un leve aumento de atenciones en los centros de salud de control.

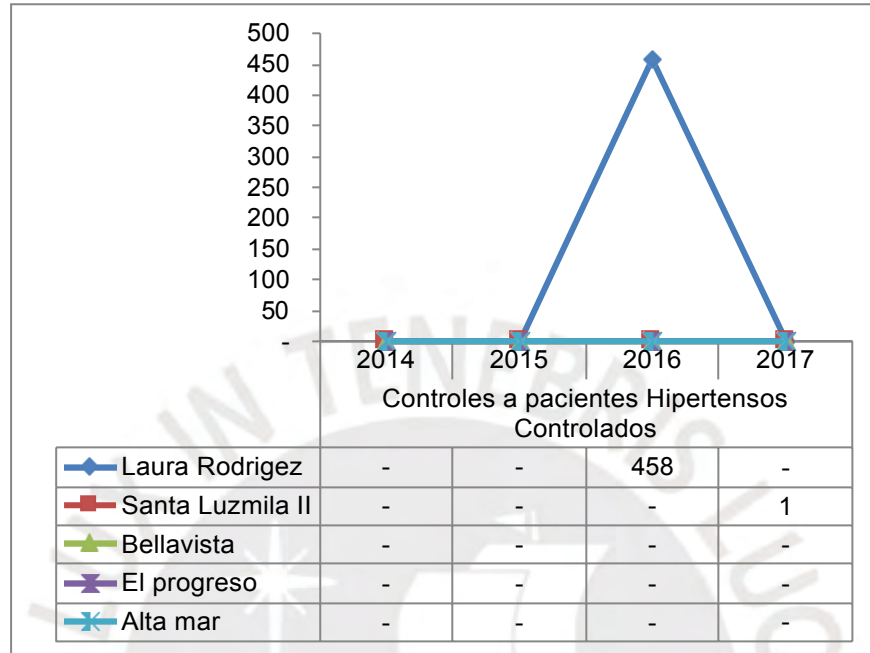
Gráfico 4.1.
Número de Atendidos y Atención a pacientes con hipertensión arterial por centro de salud 2014-2017



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico4.2

Número de controles a pacientes con hipertensión arterial por centro de salud 2014-2017



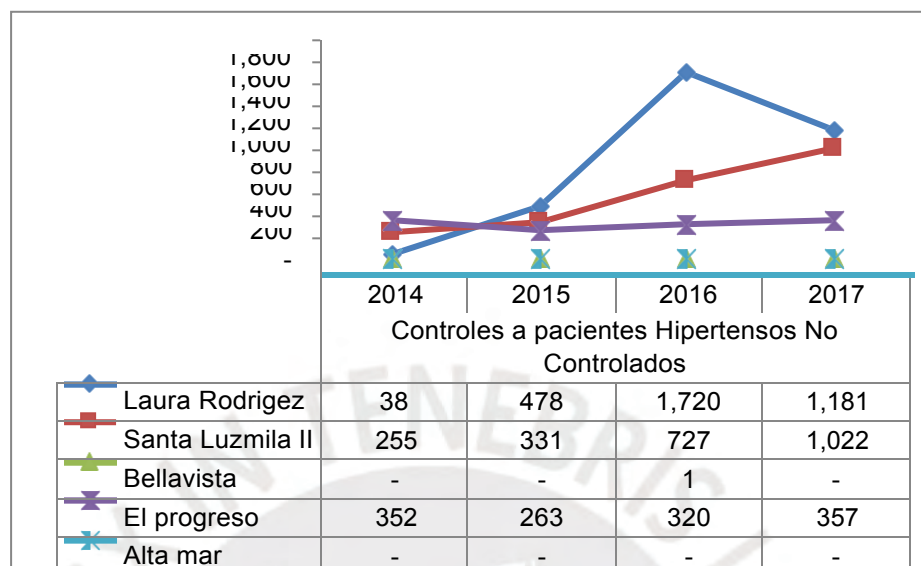
Fuente: Elaboración Propia

Nos demuestra que no existe un manera efectivo de registro de controles ambos centro de salud. Aun el proyecto propia registrado 831 pacientes hipertensión controlado.

El Gráfico nos muestra que los centros de salud de intervención el proyecto no solo lleva un registro del total de usuarios que han recibido sesiones educativas. Asimismo, se aprecia que el C.S.M.I Bellavista de la DIRESA Callao es quién parece tener un buen sistema de registro ya que han llegado 2,090 personas quienes han participado en las sesiones educativas ejecutadas por los profesionales de salud quienes laboran en los centros de salud del primer nivel e atención.

Gráfico4.3

Número de controles realizados a pacientes con hipertensión arterial no controlada 2014-2017

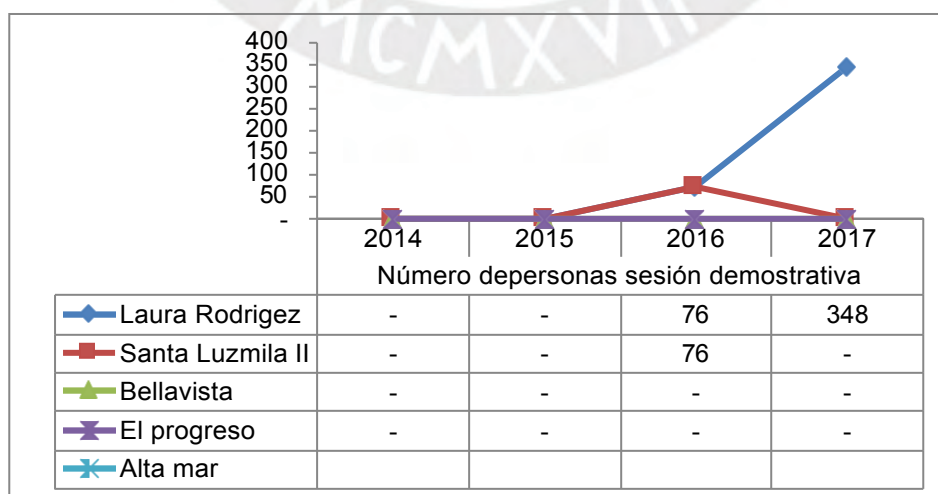


Fuente: Elaboración Propia

El centro de salud de intervención fue quién logro registrar a 348 personas quienes han recibido talleres demostrativos de alimentos saludables en el 2017. No se aprecia de los otros dos centros de salud de intervención debido a que no siempre registran en el HIS y en el sistema las actividades intramural y extramural relacionadas a la promoción de la salud y prevención de riesgos.

Gráfico 4.4

Número de controles realizados a pacientes con hipertensión arterial no controlada 2014-2017

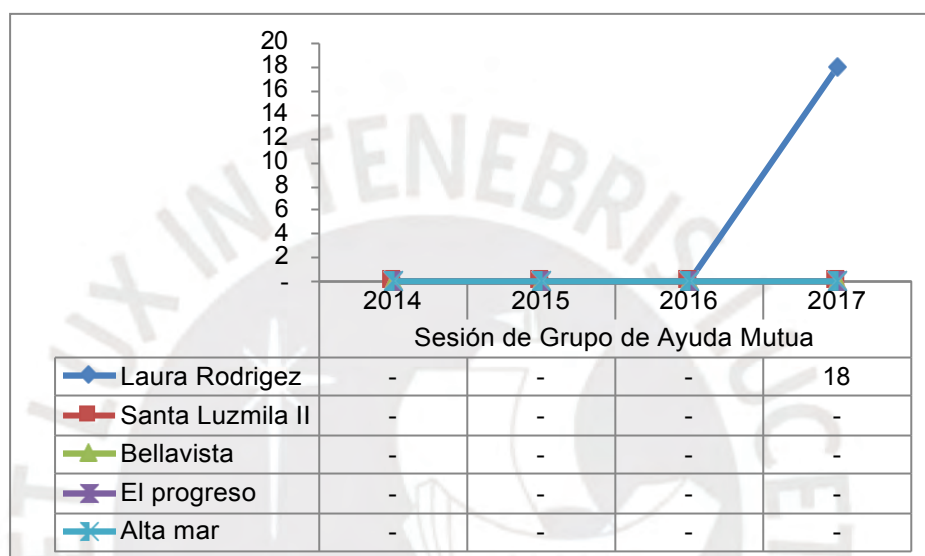


Fuente: Elaboración Propia

En el Gráfico nos indica que solo se aprecia un registro de 18 reuniones grupales de los pacientes con Pre-HTA y HTA en el C.S.M.I Perú Corea Laura Rodriguez. Porque 2014 al 2016 no existía este indicadores como estrategia. Aun esta faltando mejorar registro de dato.

Gráfico4.5

Número de sesión de Grupo de Ayuda Mutua 2014-2017



Fuente: Elaboración Propia

Descripción de las dificultades del modelo de gestión a nivel de establecimiento de salud, comunidad, e individual/usuarios del Proyecto CI-HTA.

Tabla 4.8

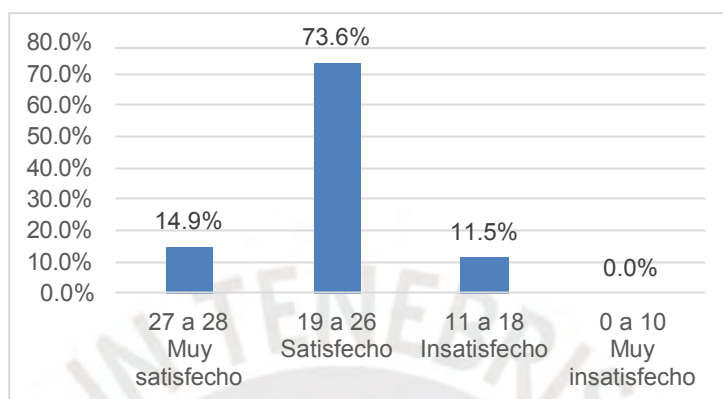
Dificultades del Modelo de Gestión del Proyecto CI-HTA

Nivel	Dificultad
Centros de Salud del Primer Nivel de Atención	<ul style="list-style-type: none"> ○ Resistencia y poca colaboración de los profesionales de salud al abordaje de las estrategias de promoción de estilos de vida saludable y prevención de riesgos ○ Alta rotabilidad de los profesionales de salud ○ Desconocimiento de la guía clínica de HTA por parte de los profesionales de salud ○ Pocos recursos financiero, humano, insumos y movilidad para realizar actividades extramurales por parte de los profesionales de salud ○ Limitado disponibilidad de insumos en los laboratorios ○ Limitado reserva de medicamentos para los pacientes con hipertensión ○ Sistema de atención limita la atención del Genero Masculino
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ○ Poca cultura de chequeo médico anual sin necesidad de tener ningún signo o síntoma de enfermedad ○ Desconocen modos de llevar un estilo de vida saludable ○ Percepción que puede tener un costo ○ Algunos lugares de la comunidad son muy peligrosos como para realizar visitas domiciliarias ○ Muchos usuarios no tienen casa propia viven alquilados
Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> ○ Una buena proporción de los usuarios tuvieron otras enfermedades crónicas como diabetes, cancer, etc. ○ Un pequeña proporción no cuentan con el SIS ○ La mayoría son adultos mayores que no trabajan, por lo que la asistencia de jóvenes y adultos económicamente activos no se involucran debido a los horarios del C.S son los mismo a sus horarios de trabajo

Fuente: Elaboración propia

Descripción del nivel de satisfacción de los usuarios del Proyecto CI-HTA

Gráfico4.6
Resultado de encuesta de satisfacción
(N=316)



Fuente: Reporte de evaluación del Proyecto CI-HTA

El Gráfico nos muestra que el 85% de 316 pacientes indicaron estar satisfechos con la atención del proyecto, esto significa que el nivel de satisfacción del proyecto está por encima del estándar nacional que es 80% para centros de salud y hospitales.

Descripción de los logros obtenidos en relación a los Estándares de Calidad de la Evaluación del Desarrollo del CAD (Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos): Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Sostenibilidad.

TABLA 4.9. PERTINENCIA

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS DE MAYOR RELEVANCIA	INTERPRETACIÓN
1.	¿Porque la intervención del ProyectoCI-HTA acorde con los compromisos y el plan estratégico del país encaminados a mejorar el bienestar de la población peruana?	Logró cambios sorprendentes y notorios en la reducción de factores de riesgo de los beneficiarios y mejoras de sus estilos de vida para el control de hipertensión arterial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los objetivos de intervención del modelo de gestión del ProyectoCI-HTA es relevante a la demanda de los problemas de salud de los residentes de la jurisdicción de los C.S de intervención del primer nivel de atención.
2.	¿Porque fueron los objetivos de la intervención del ProyectoCI-HTA pertinentes a las necesidades y prioridades identificadas a nivel nacional, regional y a nivel del C.S?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Logro que el centro de salud incremente su producción en cuanto al indicador de atendidos y atenciones de pacientes con HTA ○ Los usuarios están contentos con la atención integral, control y seguimiento personalizado por el equipo multidisciplinario dedicado únicamente a los pacientes con HTA y Pre- 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asimismo, resaltaron que se logró cambios sorprendentes y notorios en la reducción de factores de riesgo de los

		HTA	
3.	¿ Por que fue el diseño de la intervención correcto desde el punto de vista técnico?	Cuentan con una metodología de evaluación a los pacientes – antes y después de las intervenciones para monitorear y visualizar los cambios en los pacientes	<p>beneficiarios y mejoras de sus estilos de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los pacientes también se sintieron importantes al ver que los profesionales de salud los visitaban en sus hogares y o cuando los llamaban vía teléfono para que asista a sus controles o para recordarles la importancia de las prácticas de nutrición saludable y actividad física . ○ Todos estas percepciones de los profesionales de salud encuestados se reflejan en los logros de los resultados esperados del Proyecto.
4.	¿Porque, fueron los objetivos y el diseño de la intervención adecuados al contexto y a las necesidades de sus usuarios?	Los pacientes se sintieron importantes al ver que los profesionales de salud los visitaban en sus hogares y cuando los llamaban vía teléfono	
5.	¿ Porque, Siguió la intervención una lógica clara y disposición de una base de pruebas pertinente en la zona que vinculase sus actividades y operaciones con las realidades a que hacen frente sus usuarios?	Cada paciente recibía una evaluación integral para detectar sus factores de riesgo y determinar su plan de intervenciones acorde a la necesidad de cada paciente	
6.	¿ Porque, se justificaron de manera clara las actividades seleccionadas en el marco de la intervención?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Las estrategias tenían congruencia con los objetivos del Proyecto ○ Los profesionales de salud realizaban actividades con el objetivo de reducir los factores de riesgo de los pacientes y mejorar 	

		la salud y bienestar de los mismos	
7	¿En qué medida tuvieron cabida en la intervención en actividades y procesos o mecanismos que favorecieran un diseño y una ejecución eficaces del programa y recabaran las impresiones de los interesados?	En todo momento y en todas las etapas del Proyecto se estuvo abierto a sugerencias del personal de salud como opinión de los mismos pacientes del programa.	
8	En general que opina en nivel de calidad que tuvo el diseño de la intervención?	El 70% de los entrevistados opinaron que el nivel de calidad del diseño de intervención del Proyecto CI-HTA fue bueno.	

Tabla 4.10. EFICACIA

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS DE MAYOR RELEVANCIA	INTERPRETACIÓN
1.	¿En qué medida facilitaron y/o obstaculizaron la ejecución de la intervención los	<ul style="list-style-type: none"> ○ En un inicio hubo resistencia por parte de los profesionales de salud en cuanto a apoyar en la captación y atención de los pacientes con Pre-HTA y HTA. ○ El Plan operativo del C.S anual contemplaba 	<p>Entre los factores contextuales que facilitaron la intervención fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se contó con el apoyo del médico jefe y del sistema del Seguro Integral de la Salud (SIS).

	factores contextuales?	<p>metas que son cubiertas con limitado presupuesto y insumos, e inestabilidad de personal de salud por la alta rotabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beneficiarios se convierten en fuente de información y promotores de la salud en sus hogares. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Beneficiarios se convierten en promotores de la salud en sus hogares. Predisposición por aprender sobre su enfermedad, de como prevenirla, y de mejorar sus estilos de vida en cuanto a nutrición y actividad física.
2.	<p>¿Se tomaron medidas correctivas en el momento oportuno en caso necesario? ¿Porque?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ En cuanto a la demora en el pago y contratación de personal de salud nuevo, se elevó la queja y se concertó reuniones a nivel MINSA y DIRESA Callao sobre la falta de pago y demora en la Contratación del Servicio de Asistente(CAS), mantenimiento de la movilidad y reconocimientos para los agentes comunitarios. ○ Se impartieron cursos y talleres de capacitación para los profesionales de salud sobre abordaje de las ENT y los determinantes de salud. 	<p>Entre los factores contextuales que limitaron la intervención del proyecto fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los centros de salud cuentan con limitado acceso en cuanto a horarios diferenciados para el genero masculino. Asimismo, los horarios del personal de salud limitan actividades extramurales como visita domiciliaria. ○ El C.S cuenta con un plan operativo anual que contemplaba metas que son cubiertas con limitado presupuesto y insumos, e inestabilidad de personal de salud por la alta rotabilidad. Muchas veces fueron poco colaborativos en la captación y atención de los pacientes.
3.	¿Se identificó la necesidad de apoyo	Se realizó convenio con las universidades como UNMS para contar con el apoyo de internos del	

	complementario o se facilitó para solventar problemas en la ejecución? ¿Porque?	último año en psicología y nutrición para cubrir con la demanda de captación, control y atención de los pacientes con HTA.	La población que no tiene la enfermedad no toman conciencia la importancia de la prevención y no tienen una cultura del auto-cuidado.
4.	. ¿Qué forma adopto tal apoyo, quien lo facilito y con qué efecto?	Apezar de contar con un convenio con las municipalidad no se logro una articulacion completa	Entre las medidas que se tomo para reducir los factores contextuales que obstaculizaron la intervención fueron: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se elevo la queja y se concerto reuniones a nivel MINSA y Diresa Callao sobre la falta de pago y demora en la contratación CAS, mantenimiento de la movilidad y reconocimientos para los agentes comunitarios. ○ Se mejoro las estrategias de captación, control, tratamiento no farmacologico, monitoreo médico y evaluación de los pacientes registrados en el PROYECTO CI-HTA .
5.	¿Que riesgos amenazaban la consecución de los objetivos de la intervención?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alta rotación del personal de salud del C.S (Jefe médico del C.S, Encargados de PROMSA, Coordinadores de ENT). ○ Desconocimiento de la guía técnica de HTA por parte de algunos profesionales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se mejoro las estrategias de captación, control, tratamiento no farmacologico, monitoreo médico y evaluación de los pacientes registrados en el PROYECTO CI-HTA .
6.	¿Se gestionaron esos riesgos de forma adecuada?	El 70% de los entrevistados respondieron que se gestionaron apropiadamente los riesgos	Se financió capacitación con la UPCH y especialista sobre abordaje de ENT (HTA) en el primer nivel de atención a los todos.
7.	¿Se lograron los resultados previstos?	El 75% de los entrevistador refirieron que se logró apropiadamente los resultados previstos.	

8.	¿Cuáles fueron los factores que más favorecieron y/o impidieron el logro de los objetivos?	<p>Personal propio del PROYECTO CI-HTA capacitado y comprometido.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuenta con equipos e instrumentos tecnológico ○ Manejo de presupuesto propio ○ Las capacitaciones constantes a los profesionales de salud de todo el C.S, QUIENES recibieron capacitaciones con la UPCH y OPS sobre ENT y determinants sociales de la salud ○ Poca cultura institucional en el abordaje de los factores de riesgo de las ENT y en cuanto a promoción de la salud, prevención de riesgos ○ Poca participación de actores aliados locales y poco voluntariado de agentes promotores de la salud 	<p>Los factores que favorecieron el logro de los objetivos fue:</p> <p>Contar con un equipo propio para las actividades de captación, evaluación, tratamiento médico, seguimiento, monitoreo y evaluación de los pacientes con Pre-HTA y HTA. asimismo cuenta con, presupuesto e insumos médico.</p>
----	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4.11. EFICIENCIA

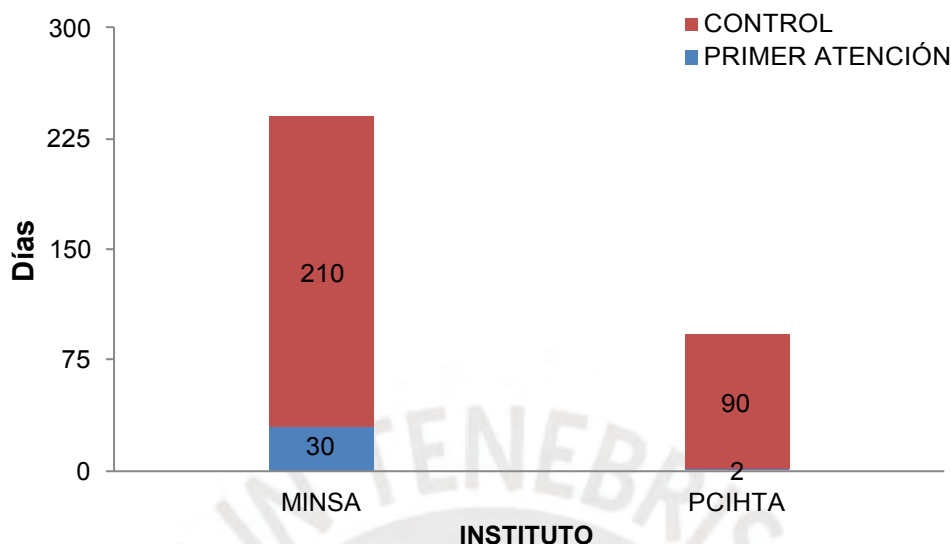
N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS DE MAYOR RELEVANCIA	INTERPRETACIÓN
1.	¿Dispuso la intervención ProyectoCI-HTA de una dotación de personal suficiente y apropiada?.	El 80% de los entrevistados indicaron que la intervención contó con un equipo multidisciplinario apropiado pero insuficiente.	La mayoría de encuestados respondió que la dotación de personal para la ejecución del proyecto control integral de la HTA fue el apropiado. Se cuenta con una nutricionista, enfermera, psicólogo y trabajadora social (equipo multidisciplinario) destinado a realizar promoción de la Salud.
2.	¿Al ejecutar la intervención, ¿Se utilizaron el tiempo y los recursos con eficacia para lograr resultados?	El 65% de los entrevistados indicaron que si se utilizaron apropiadamente el tiempo y recursos para lograr los resultados esperados.	Además contamos con la infraestructura adecuada y el apoyo económico para la ejecución de las actividades.
3.	¿En qué medida se persiguió y logró una coordinación y colaboración eficaz con las intervenciones en curso y los asociados?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Coordinación permanente con profesionales de salud del centro de salud para mejorar las actividades de captación, evaluación inicial, tratamiento médico, control nutricional, control y evaluación final de los pacientes con HTA ○ Se sostuvo reuniones mensuales y/o semanales con el equipo de salud del Centro de Salud, y a nivel de DIRESA 	La mayoría de los encuestados respondió que se uso el tiempo y el recurso de manera apropiado para el logro de las metas. Además debemos tener presente que quien estuvo a cargo de la logística y de la administración de los recursos económicos es la corporación Coreana KOICA.

		<p>Callao y DIRIS para la ejecución de actividades y alcanzar las metas propuestas con el fin lograr lo planificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Coordinación permanente con profesionales de salud del centro de salud para mejorar las actividades de captación, evaluación inicial, tratamiento médico, control nutricional, control y evaluación final de los pacientes con HTA 	<p>El personal de salud operativo realizan la coordinación permanente con los profesionales de salud para mejorar las actividades de captación, evaluación inicial, tratamiento médico, control nutricional, control y evaluación final de los pacientes con HTA.</p> <p>Asimismo, el equipo ejecutivo de KOICA sostiene reuniones para abogar y mejorar las actividades para mejorar los estilos de vida saludable de la población.</p>
4.	¿Se diseñó o corrigió la intervención a lo largo de la fase de ejecución en aras de la mejor relación calidad-precio?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si se realizó, mejorando la permanencia en el tiempo ○ A medida de que el tiempo y los imprevistos pasaran se fueron rediseñando las intervenciones, adaptando de acuerdo a las demandas. ○ Se oferta un solo paquete el cual es gratuito a quienes cuentan el SIS. 	<p>Todos los encuestados indicaron que si se rediseño las intervenciones del Proyecto a lo largo de la fase de ejecución de tal manera que se difundio que el paquete de intervención del proyecto es completamente gratuito a quienes cuentan con el SIS.</p>
5.	¿Fue la intervención eficiente en igual o mayor medida que otros	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cuenta con un presupuesto independiente y su uso se aprecia en los logros y cambios sorprendentes. 	<p>Es la primera vez que se ejecuta un programa de promoción de la salud a nivel de los C.S enfocado</p>

	<p>planteamientos adecuados en el mismo contexto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los recursos económicos asignados están dirigidos a cumplir actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos. ○ Tiene un estudio costo efectividad donde demuestra que hay resultados que nos indican de su viabilidad . 	<p>en el control y prevención de la HTA por lo que no podría hacerse una comparación alguna.</p> <p>Mencionan que fue eficiente porque se logro resultados positivos. Además cuenta con un apoyo financiero que los respalda para el logro de las metas.</p>
6.	<p>¿Existen otros modos viables de ejecutar la intervención que resultaran más rentables?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tal vez si cuando captemos mas promotores de salud y logremos el compromiso de todos los profesionales de salud del C.S. ○ El ProyectoCI-HTA debería ser insertado de manera vertical y horizontal a los diferentes servicios sanitarios del C.S e involucrar a los profesionales de salud. ○ Si, se mejora el compromiso político para trabajar la reducción de las ENTs a través de los diferentes sectores públicos y privados. 	<p>Otros modos viables que resultaran más rentables para ejecutar la intervención del Proyecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Insertar de forma vertical y horizontal el proyecto a través de los servicios de salud y contar con el apoyo de todos los servicios del C.S y con más promotoras comunitarias. ○ Que exista un compromiso político que defienda la construcción de los estilos de vida saludable como estrategia para reducir las ENTs. <p>Contar con modelos de gestión de actividades para la promoción de la salud y prevención de riesgos.</p>

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4.7. Flujo de atención de los servicios de salud por el MINSA y el Proyecto CI-HTA



Fuente: Reporte 2016 del Proyecto CI-HTA

En el Gráfico se aprecia que el flujo de atención del MINSA tiene una demora en sus servicios en la primera atención el cual puede llevar hasta 30 días para su primera atención, y 210 días para estabilizar y controlar a los pacientes con HTA. Antes de la implementación del proyecto solo existía un sistema de atención médica, y las atenciones de mantenimiento de la salud, prevención de factores de riesgos, actividades para mejorar estilos de vida no eran actividades prioritarias para los servicios de salud del primer nivel de atención.

El sistema del MINSA demuestra que existe demora innecesaria en múltiples formas de atención como sacar citas (medicina, exámenes de laboratorio, lectura de resultados, atención médica y tratamiento), lo que generaba:

- Gastos y tiempo innecesario al paciente
- Gastos al sistema de salud
- Desmotivación y pérdida de pacientes

En cambio el Modelo de Gestión del Proyecto CI-HTA cuenta con un equipo operativo diferenciado que brinda una atención integral bajo el modelo: **One-stopService**. Todo el servicio en una misma atención (atención médica, exámenes de laboratorio, lectura de resultados, reevaluación médica).

Es importante resaltar que estas atenciones se hacen en la primera consulta, evitando que el paciente regrese otro día para que le realicen sus exámenes de laboratorio. A veces el paciente ya no retorna al centro de salud, hacer toda esta batería de exámenes y evaluaciones en la primera consulta se convierte de una oportunidad perdida a una oportunidad ganada. El Proyecto CI-HTA ha usado tecnología moderna como los inbodies, mapeos y método de gestión los cuales han permitido tener resultados en la primera atención. El modelo de gestión del Proyecto CI-HTA en el primer nivel de atención ha demostrado reducir costos, tiempos, mejora la calidad de vida de los usuarios, y aumenta la satisfacción de nuestros usuarios.



TABLA 4.12.SOSTENIBILIDAD

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS DE MAYOR RELEVANCIA	INTERPRETACIÓN
1.	¿En qué medida pueden las actividades y los beneficios de la intervención pueden tener continuidad una vez que se interrumpa la financiación externa?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar las funciones de un equipo de salud exclusivo dedicado a las actividades de promoción de estilos de vida saludable, prevención, tratamiento y seguimiento de factores de riesgos ○ Fortalecer e implementar un marco político institucional a favor de la mejora de estilos de vida saludable de la población para reducir las ENT desde el primer nivel de atención ○ Compromiso y decisiones política para que aboge por un incremento de presupuesto destinado a la promoción de la salud y prevención de riesgos de las ENTs (HTA, Diabetes Etc.) 	<p>Para que las actividades que pueden tener continuidad se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar las funciones de un equipo de salud exclusivo dedicado a las actividades de promoción de estilos de vida saludable. ○ Fortalecer e implementar un marco político institucional a favor de la mejora de estilos de vida saludable de la población para reducir las ENT desde el primer nivel de atención.
2.	¿Existen ámbitos de la intervención claramente sostenibles? De no ser así, ¿por qué?	Un personal capacitado asignado sólo a enfermedades no Transmisibles	
3.	¿Qué lecciones se pueden extraer de esos ámbitos?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Importante concientizar y socializar los planes de acción para reducir las ENT como el ProyectoCI- 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se cuenta con un equipo de salud ya capacitado

		<p>HTA no solo a los beneficiarios sino también a los profesionales de salud del C.S</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los pacientes con HTA son la mayoría adultos mayores quienes tienen otros ENT como diabetes etc. Por lo tanto, ampliar la intervención a otros daños no transmisibles: diabetes mellitus y cáncer. Importantes a nivel nacional y regional ○ La atención integral multidisciplinaria necesario para los pacientes crónicos quienes necesitan un monitoreo y seguimiento planificado, el cual debe contar con un tratamiento médico, visitas domiciliarias, sesiones educativas, actividades recreativas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los pacientes con HTA son a mayoría adultos mayores quienes tienen otros ENT como diabetes etc. Por lo tanto, ampliar la intervención a otros daños no transmisibles: diabetes mellitus y cáncer ○ La atención integral multidisciplinaria necesario ○ Ampliar la intervención a otros daños no transmisibles: Diabetes mellitus y cáncer. Importantes a nivel nacional y regional.
4.	<p>¿En qué medida han asumido los beneficiarios de la intervención o los asociados nacionales el proyecto como propio y están dotados de la capacidad y los recursos necesarios para mantener los resultados de la actividad una vez que se interrumpa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ampliar la intervención a otros daños no transmisibles: Diabetes mellitus y cáncer. Importantes a nivel nacional y regional ○ Que los pacientes crónicos necesitan un seguimiento, que no solo cuenten con un tratamiento médico, sino que les hagan visitas domiciliarias, sesiones educativas, actividades recreativas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Que los pacientes crónicos necesitan un seguimiento, que no solo cuenten con un tratamiento médico, sino que les hagan visitas

	la financiación externa?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los pacientes han asumido el proyecto como algo positivo, porque se trata de su salud y en la actualidad están dotados de muchas capacidades por que la mayoría de nuestros pacientes son promotores de su comunidad 	<p>domiciliarias, sesiones educativas, actividades recreativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Una mala administración de los recursos, la falta de voluntad de desarrollar un proyecto con el único fin de beneficiar a la población(sin querer sacar un beneficio propio)
5.	¿Contribuyó la intervención a un aumento de la capacidad de las organizaciones locales para seguir brindando servicios de calidad dirigidos a los hipertensos y pre-hipertensos?	Falta el compromiso de las organizaciones locales (Municipio, Centro de salud) en brindar una adecuada atención	
6.	¿Qué factores facilitará en mayor medida que la intervención fuera sostenible?	<ul style="list-style-type: none"> ○ El compromiso de las autoridades del gobierno local ○ El compromiso de las autoridades de salud ○ La capacitación constante y trabajo armonioso 	
7.	¿Qué factores impedirán en mayor medida que la intervención fuera sostenible?	Una mala administración de los recursos, la falta de voluntad de desarrollar un proyecto con el único fin de beneficiar a la población(sin querer sacar un beneficio propio)	

Fuente: Elaboración propia

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

1. El modelo de gestión del ProyectoCI-HTA ha demostrado tener un proceso de gestión que empezó desde la organización de los recursos humanos, financieros, materiales y aliados, haciendo uso del enfoque técnico, humano y estratégico. Asimismo, mostraron las etapas de implementación y los estudios de caso control que llevaron a cabo para monitorear las mejoras y logros. De igual forma, se encontró un marco de indicadores de proceso que les ha permitido entregar productos y servicios de calidad y conseguir metas anuales con el propósito de alcanzar los resultados esperados, los cuales tienen el fin de reducir los riesgos y mejorar los estilos de vida de los pacientes con Pre-HTA y HTA.
2. El modelo de gestión del PROYECTO CI-HTA realizó un estudio de 1,271 pacientes quienes finalizaron el método de controles one stop, procesos de seguimiento e intervenciones que son parte del modelo de gestión del ProyectoCI-HTA, logrando demostrar cambios y resultados estadísticamente significativos en cuanto a la PAS al ingreso de los pacientes (135.85 ± 20.29) y al egreso (125.05 ± 17.64), asimismo lograron reducir el IMC los pacientes al ingreso (29.51 ± 5.05) al egreso después de haber finalizado las intervenciones del Proyecto CI-HTA (28.94 ± 4.93). Por otro lado, se ingresó a 200 pacientes con pre-HTA, y luego de haber sido expuestos a la batería de control y seguimiento se logró que un 49% de ellos pasen a tener condiciones de salud saludable. Estos logros han demostrado la eficacia y efectividad del Modelo de gestión del ProyectoCI-HTA.
3. En cuanto al análisis de los logros obtenidos entre los centros de salud de control e intervención, se observó que en los centros de salud de intervención se incrementó el número de pacientes atendidos por hipertensión arterial logrando su mayor registro entre

350 a 450 pacientes registrados como atendidos, llegando a su pico más alto el 2015 para el C.S Laura Santa Luzmila II, seguido por el C.S Laura Rodríguez el 2016 y el 2017 el C.S Bellavista y en cuanto a los C.S de Control el número de pacientes con HTA se registra entre 88 ha 130 pacientes atendidos en el C.S de control.

4. Asimismo, el número de controles registrado a los pacientes con HTA no controlada del centro de salud se evidencia que hay una diferencia abismal entre los centros de salud de intervención del proyecto HTA de KOICA y de los centros de salud de control. Desde el año 2014 se logro 255 controles en el C.S Santa Luzmila II, para el 2015 los C.S de intervención lograron controlar entre 331 a 478 pacientes con HTA No controlados, para el 2016 y 2017 logrando controlar sobre 727 a 1,720.
5. También se observó que los centros de salud e control no registran el número de pacientes que reciben sesiones educativas, a diferencia del C.S Bellavista de intervención registro 902 personas que recibieron sesiones educativas en el año 2016, y en el 2017 logró registrar 2,090 personas que recibieron sesiones educativas.
6. Entre las dificultades más resaltantes que enfrente el Proyecto CI-HTA fue la alta rotabilidad de los profesionales de salud, el limitado suministro de insumos para el laboratorio y medicamentos para el trataiento de los paicentes diagnosticados con la HTA . Asimismo, se evidencio desconocimiento de los profesionales de salud sobre la guía clínica de HTA y de los lineamientos políticos para reducir las ENT, también desde el inicio se mostrarón con poco interés de organización e involucrarse en las actividades extra-murales para mejorar los estilos de vida de los residentes, no consideran lo importante que es la prevención y detección oportuna. Por parte de la comunidad y usuarios tienen poca cultura de prevención y mantenimiento de la salud.
7. En una encuesta realizada a 316 usuarios del ProyectoCI-HTA el 85% refirieron sentirse satisfechos con la intervención del Proyecto.

En cuanto a los criterios de evaluación de la CAD/OCDE la percepción de los profesionales de salud entrevistados declararon que en cuanto a:

- **PERTINENCIA:** Los objetivos de intervención del modelo de gestión del ProyectoCI-HTA fueron relevantes a la demanda de los problemas de salud de los residentes de la jurisdicción de los C.S de intervención del primer nivel de atención y que logró cambios sorprendentes y notorios en la reducción de factores de riesgo de los beneficiarios y mejoras de sus estilos de vida. Los pacientes también se sintieron importantes al ver que los profesionales de salud los visitaban en sus hogares y o cuando los llamaban vía teléfono para que asista a sus controles o para recordarles la importancia de las prácticas de nutrición saludable y actividad física.
- **EFICACIA:** Refirieron que el apoyo del médico jefe y el sistema del SIS fueron factores que apoyaron mucho la implementación del ProyectoCI-HTA. Asimismo los beneficiarios se convierten en promotores de la salud en sus hogares.

También indicaron que los centros de salud no cuentan con horarios diferenciados para el género masculino. Asimismo, los horarios del personal de salud limitan actividades extramurales como visita domiciliaria y los C.S cuenta con un plan operativo anual que contemplaba metas que son cubiertas con limitado presupuesto y insumos.

Resaltó que la población objetiva no tuvo una cultura del auto-cuidado y los que no tienen la enfermedad HTA no toman conciencia de la importancia de la prevención de riesgos.

También indicaron que el ProyectoCI-HTA mejoro las estrategias de captación, control, tratamiento no farmacológico, monitoreo médico y evaluación de los pacientes registrados en el ProyectoCI-HTA. El ProyectoCI-HTA financió la capacitación con la Universidad Peruana Cayetano Heredia(UPCH) y especialista sobre abordaje de ENT(HTA) en el primer nivel de atención a los todos.

Contó con un equipo propio para las actividades de captación, evaluación, tratamiento médico, seguimiento, monitoreo y evaluación de los pacientes con Pre-HTA y HTA. Se buscó conocer la percepción de los usuarios sobre el flujo de atención de los servicios de salud brindado por MINSA y el proyecto de KOICA, indicaron que para obtener su primera atención puede llevar hasta 30 días, y 210 días para estabilizar los niveles de la hipertensión arterial. El sistema del MINSA demuestra que existe demora innecesaria en múltiples formas de atención lo que genera gastos y tiempo innecesario al paciente y al sistema de salud. Sin embargo, el modelo de gestión del Proyecto CI-HTA cuenta con un equipo operativo diferenciado que brinda una atención integral bajo el modelo: **One-stop Service**. Todo el servicio en una misma atención (atención médica, exámenes de laboratorio, lectura de resultados, reevaluación médica). El Proyecto CI-HTA ha usado tecnología moderna como los inbodies, mapeos y método de gestión los cuales han permitido tener resultados en la primera atención.

- **EFICIENCIA.** La mayoría de encuestados respondió que la dotación de personal exclusivo para la ejecución del Proyecto CI-HTA fue el apropiado pero insuficiente para cubrir la demanda de pacientes con otras ECNTs como diabetes, cáncer etc..

Todos los encuestados indicaron que hubo un rediseño constante durante el proceso de implementación de las intervenciones del Proyecto CI-HTA a lo largo de la fase de ejecución de tal manera que se difundió que el paquete de intervención del proyecto es completamente gratuito a quienes cuentan con el SIS.

También indicaron que es la primera vez que se ejecuta un programa de promoción de la salud a nivel de los C.S enfocado en el control y prevención de la HTA por lo que no podría hacerse una comparación alguna. Mencionan que fue eficiente porque se logró resultados positivos. Además cuenta con un apoyo financiero que los respalda para el logro de las metas.

- **SOSTENIBILIDAD:** Indicaron que se debe de determinar las funciones de un equipo de salud exclusivo dedicado a las actividades de promoción de estilos de vida saludable.

Fortalecer e implementar un marco político institucional a favor de la mejora de estilos de vida saludable de la población para reducir las ENT desde el primer nivel de atención.

Los pacientes con HTA son la mayoría adultos mayores quienes tienen otros ENT como diabetes etc. Por lo tanto, ampliar la intervención a otros daños no transmisibles: diabetes mellitus, cáncer y que una atención integral multidisciplinaria es muy necesaria en el abordaje de las ENTs.

También resaltaron que los pacientes crónicos necesitan un seguimiento, que no solo cuenten con un tratamiento médico, sino que les hagan visitas domiciliarias, sesiones educativas, actividades recreativas.

Asimismo, se debe de mejorar la administración de los recursos financiero, humanos e infraestructura para el abordaje de las ENTs en el primer nivel de atención.

5.2 Recomendaciones

En base a las conclusiones en el apartado anterior se formula las siguientes recomendaciones por Ministerios:

1. **A nivel Ministerio de Economía y Finanzas :** Hacer énfasis en mejorar las partidas presupuestales y priorizar dentro de los planes institucionales del MINSALa mejora del presupuesto paraprevenir la demora de salarios del personal de salud,asicomo insumos y materiales para las actividades de promoción de los estilos de vida saludable y prevención de riesgos de la hipertensión arterial y otras ENT a través del primer nivel de atención.
2. **A nivel del MINSA:** Elaborar y actualizar manuales, guías y lineamientos politicos que permitan y priorizen actividades para mejorar los estilos de vida saludable y prevención de riesgos.

3. **A nivel del Instituto Ejecutivo:** Fortalecer las competencias de los profesionales de salud y priorizar actividades que promuevan estilos de vida saludable y prevención de riesgos de las ENT.
4. **A nivel de centros de salud del atención del primer nivel de atención:** Equipar el área/servicios de Promoción de la salud y prevención de ENTs y conformar un equipo de salud exclusivo para las actividades extramurales de promoción de los estilos de vida y prevención de riesgos.

5.3. Propuesta aplicativa

Formular una propuesta de solución y proponer el rol a cumplir para la difusión nacional, según puntos de vista de la agencia cooperante (KOICA) y los Usuarios (MINSa).

La baja calidad de atención sanitaria en los servicios del Primer Nivel de Atención para la prevención de factores de riesgos prevenibles relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles como el sobrepeso, obesidad, inactividad física, malos hábitos alimentarios, poco conocimientos e importancia en cuanto a la prevención y mantenimiento de la salud se debería ser una constante preocupación de todos los que intervienen en el proceso sanitario (consumidores, pacientes, profesionales, gestores, políticos).

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención es clave para la detección, control y seguimiento de la Hipertensión Arterial la cual constituye una prioridad en los servicios de salud por la demanda de atención urgente que puede suponer, por los recursos que consume, asimismo, debe garantizar la prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y promoción de la salud física, mental y social en el sistema sanitario ininterrumpidamente todo el año.

- El Proyecto CI-HTA de KOICA, propone un modelo de gestión con herramientas de organización, recursos, marco de resultados, estudios evaluativos y métodos para la detección oportuna de la hipertensión arterial,

evaluación de los pacientes, control y seguimiento metodológico de diseño, implementación, monitoreo y evaluación para prevenir que el desarrollo de la enfermedad hipertensiva en las personas con pre-hipertensión y aquellos con factores de riesgo prevenibles.

- Para reducir la carga de enfermedad por enfermedades no transmisibles es necesariamente urgente abordar la prevención de factores de riesgo relacionados y mejorar los estilos de vida de los residentes, de tal manera, que se construya una cultura en el mantenimiento y control de la salud, para ello es necesario incrementar conocimientos, comportamientos, actitudes, y prácticas saludables, de esta manera logrará reducir la mortalidad, morbilidad y el costo médico de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Para superar la insuficiente organización y atención a la demanda de personas con factores de riesgo prevenible relacionados a la enfermedad de la hipertensión arterial y otras ENTs es necesario que se determine un modelo de atención y gestión para su abordaje desde el primer nivel de atención ya que es el primer contacto que los residentes tienen con el sistema de salud.
- El Ministerio de Salud del Perú debe desarrollar un marco político donde no solo se mejore las competencias de los profesionales de la salud del primer nivel de atención, sino que es urgente ampliar el presupuesto asignado para actividades de prevención de riesgos relacionados a las ENTs como la hipertensión arterial, diabetes etc., presupuesto que debe hacer frente a las actividades extramurales de promoción integral de la salud, gestión territorial y articulación con la comunidad.
- El modelo de gestión del Proyecto CI-HTA es un modelo basado en evidencias científicas que cuenta con métodos y herramientas determinados para la detección, control, seguimiento y evaluación de los pacientes con pre-hta y con HTA en primer nivel de atención, asimismo ha demostrado la reducción de los factores de riesgo y ha mejorado conocimientos, niveles de la presión arterial y estilos de vida saludable, finalmente ha evidenciado que para entregar calidad de atención en One-stop-service se necesita un servicio de provención de riesgos y promoción de la salud dirigido por un equipo multidisciplinario de salud básico y propio.

Bibliografía

- Agencia Peruana de Cooperación Internacional
2016 *Situación y Tendencias de la Cooperación Internacional en el Perú 2011 -2014*. Lima: APCI
- ALFARO, RONALD
2012 Satisfacción laboral y su relación con algunas variables ocupacionales en tres Municipalidades. Tesis de Magister en Administración Estratégica de empresas. Lima:PUCP
- GOMEZ FERNÁNDEZ, Cleonize
2012 *Conocimientos sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren*. LILACS. Lima, vol., n°, pp 96 p .consulta: 23 de Junio del 2017
- GALVEZ OLORTEGUI, Jose
2016 El SPRINT en la práctica médica: ¿es momento de modificar el manejo de la Hipertensión arterial en Latinoamérica?”. Arch Cardiol,Mexico 2016,Vol 86, n°367-73.consulta: 23 de Junio del 2017
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
2017 Perú: enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2016:Lima
- LINARES DESPAIGNE, MANUEL
2016 Estrategia capacitante en pacientes con hipertensión arterial:Cuba, MEDISAN. vol.20, no.9 .consulta: 23 de Junio del 2017
- MINISTERIO DE SALUD
2017 Resolución Ministerial N° 366-2017/MINSA. Lima, 19 de mayo .Consulta: 22 de Junio del 2017
- MINISTERIO DE SALUD
2016 Resolución Ministerial N° 229-2016/MINSA. Lima, 6 de abril .Consulta: 22 de Junio del 2017;

<http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>

MINISTERIO DE SALUD

2015 Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA. Lima, 19 de enero .Consulta: 22 de Junio del 2017
<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>

MINISTERIO DE SALUD

2011 Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA. Lima, 14 de Junio .Consulta: 22 de Junio del 2017
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_legales/resoluciones_ministeriales/2011/02112011_RM464_2011_MINSA.pdf

MINISTERIO DE SALUD

2015 Resolución Ministerial N° 209-2015/MINSA. Lima, 1 de abril .Consulta: 22 de Junio del 2017
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3299.pdf>

MINISTERIO DE SALUD

2016 Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA. Lima, 21 de noviembre .Consulta: 23 de Junio del 2017
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_907-2016-MINSA.pdf

Eleni Rapsomaniki, PhD

2002 Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1·25 million people:Lancet, 360:1903–1913

NACIONES UNIDAS

2015 “Declaración Universal de los Derechos Humanos”. Naciones Unidas .Consulta: 26 de Julio del 2017

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>; Consulta: 28 de febrero de 2017

Yun Hwan Oh, Ji Hyun Moon, Mi Hee Kong, Bumjo Oh, Hyeon Ju Kim

- 2017 The Association between Hand Grip Strength and Health-Related Quality of Life in Korean Adults, The Korean Journal of Sports Medicine 2017;35(2):103-111
- Kim, Seon Woo
- 2015 Feasibility Study of Microcredit in ODA: Focusing in Tanzania KOICA Project, 한경대학교국제개발협력대학원석사학위논문
- Graeme Hawthorne, Jan Sansoni, Laura Hayes, Nick Marosszeky, Emily Sansoni
- 2014 Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates, Journal of Clinical Epidemiology, Volume 67, Issue 5, May 2014, Pages 527-537
- Krumholz HM, Larson M., Levy D.
- 1995 Prognosis of left ventricular geometric patterns in the Framingham Study. J. Am Coll Cardiol ; 25:879-884.
- Mendis S, Puska P, Norrving B editors
- 2011 Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control.. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (WHO)
- 2014 Non Communicable Diseases Country Profile 2014, <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.010>
- Escobedo Palza ; Timana Ruiz ; Sobrevilla Ricci ; Mosqueira Lovón ; Gutiérrez Aguado
- 2015 COSTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PERÚ: USAID http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/11/ASEGURA_Poster_HTA_ed_RM.pdf
- MacMahon S, Peto R, Cutler J et al.
- 1990 Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1: Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet; 335:765-774
- Van den Hoogen P, Feskens E, Nagelkerke N, Menotti A, Nissinen A, Kromhout

A, for the Seven Countries Study Group

2000 The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. New Eng JMed:342:1-8

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia(UNICEF)

2014 Criterios de evaluación; Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF

COMITÉ DE AYUDA AL DESARROLLO

2010 Serie: Directrices y Referencias del CAD Estándares de Calidad para la Evaluación del Desarrollo



ANEXOS I. Ficha de evaluación del Proyecto CI-HTA

FICHA DE CONSULTA PARA PARTICIPANTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Nro de Participante	Nro de HC	-
---------------------	-----------	---

Fecha de Apertura de la Ficha		
Día	Mes	Año
1	3	2017

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		
NOMBRE DEL PROFESIONAL:		
N° DE EVALUACIÓN		
NOMBRE(S) Y APELLIDOS:		
EDAD:		SEXO:
Distrito:		DNI:
DIRECCIÓN DE VIVIENDA:		
LUGAR DE NACIMIENTO:		TELÉFONO:
TIPO DE SEGURO:	SIS	Celular
El celular le pertenece?		Consentimiento SMS
¿Cómo se enteró del programa?		

1. Tamizaje

Año cuando le diagnosticaron hipertensión	-	Presión arterial actual(mmHg)	1°	112/83
			2°	112/83
			Sistólica (Promedio)	112
			Diastólica (Promedio)	83
Talla(cm)		Peso(kg)	61.4	
IMC	31.42	Peso ideal(kg)	43.78	
Cintura(cm)	88	Cadera(cm)	102.00	
ICC (Índice Cintura/Cadera)	0.86	Pulso (FC/min)	79	
Sabía que tenía presión alta antes de iniciar nuestro programa?				

2. Antecedentes relevantes de Enfermedades No Transmisibles

#	Tipo de ENT	Clasificación	Fecha del diagnóstico	Tratamiento de la Enfermedad
1	Enfermedad cerebro vasculares	Infarto cerebral		
		Hemorragia cerebral		
		Otros:		
2	Enfermedades cardio vasculares	Angina de pecho		
		Infarto agudo de miocardio		
		Insuficiencia cardíaca		
		Otros:		
3	Enfermedad renal	Enfermedad renal por diabetes		
		Insuficiencia renal		
		Otros:		
4	Retinopatía hipertensiva			
	Enfermedad vascular periférica			
	Diabetes			

3. Antecedentes familiares

Padre	
Madre	HTA,
Hermanos	

4. Síntomas

En la última semana, ¿usted ha sentido algunos de estos síntomas?

5. Uso de servicio de salud

	Razón por la que debe de tomar	Medicamento indicados que debe de tomar actualmente	Dosis por un día	Cumplimiento de medicamentos indicados
1	Hipertensión	LOSARTAN	1	4. Siempre toma
2	Hiperlipidemia	ATORVASTATINA	1	2. Casi no toma
3				
4				
5				
6				
7				

De los medicamentos PARA LA HIPERTENSIÓN arterial que usted ha recibido CON RECETA MÉDICA ¿cuántos días ha tomado en los últimos 7 días?			
Total	7 días	Frecuencia	1 veces por día
¿Está tomando usted algún medicamento PARA LA HIPERTENSIÓN SIN RECETA MÉDICA?			
Respuesta:	No	¿Qué medicamento toma sin receta medica?	

Hospitalización

	Razón de la hospitalización	Nombre del hospital	Días hospitalizados	Costo total promedio
1				
2				
3				
4				
5				
Total veces hospitalizados (en los ultimos 12 meses)			-	
Total días hospitalizado (en los ultimos 12 meses)			-	

En los últimos 6 meses ¿qué consulta externa ha usado?

	Nombre de la enfermedad	Nombre del establecimiento de salud	Días que toma medicamento	Costo total promedio (S./)
1	INFECCION URINARIA	CENTRO DE SALUD PERU COREA		
2				
3				
4				
5				
6				
Total veces que usó el servicio de salud(consulta externa) en los últimos 6 meses			2 veces	

5.2. Cuestionario Morisky

Preguntas	Si	No
¿Alguna vez usted se ha olvidado de tomar sus medicamentos?		
¿En ocasiones usted descuida la toma de sus medicamentos?		
¿Cuando se siente mejor a veces deja de tomar su medicamento?		
¿Si usted se siente mal a pesar de tomar su medicamento, deja de tomarlo?		
¿Sabe usted el beneficio de tomar a largo plazo su medicamento, como se lo dijo su médico o farmacéutico?		
¿A veces se le olvida retomar sus medicamentos como indica la receta a tiempo?		

6. Cuestionario sobre Hipertensión arterial

1. Indique Usted. ¿Cuál es la presión arterial deseable para una persona (el promedio de medir dos veces en un mismo momento)?	
180/110mmHg	
140/80mmHg	
130/90mmHg	
120/80mmHg	X
80/60mmHg	
No Sabe	
2. Indique lo que usted considera cierto o verdadero:	
Cuando una persona es mayor, incrementa el riesgo de tener presión alta (hipertensión)	
¿Ha consumido bebidas azucaradas en los últimos 7 días? como gaseosas, frugos etc.	
La hipertensión es hereditaria, entonces lo mejor es tomar medicamentos.	
La sal contiene muchos minerales, entonces es bueno para la HTA.	
El sobrepeso no esta relacionado con la HTA.	
3. El riesgo de desarrollar la HTA se puede disminuir por: (Elija todas las alternativas que usted considere que ayudan a disminuir la HTA)	
Reducir el consumo de sal.	X
Comer una dieta balanceada.	X
Reducir el consumo excesivo de alcohol	X
Hacer actividad física regularmente	X
Mantener un peso saludable	X
Evitar el consumo de tabaco	X
4. ¿Qué tipo de actividad física puede ayuda a prevenir y controlar la HTA? Elija las alternativas que usted considere conveniente.	
Levantar el máximo de peso en barras cada 2 semanas	
Trotar 45 minutos una vez al mes	
Manejar en bicicleta por una hora la mayor cantidad de días a la semana	
Nadar por 30 minutos diariamente.	
Caminar activamente por 30 minutos al menos 5 veces a la semana	X
5. Elija frases verdaderas	
Si su padre o madre son hipertensos, entonces usted también desarrollará la hipertensión.	
Los jóvenes no tienen presión alta.	
Usted no necesita informar a los profesionales de salud, si algún miembro de su familia es hipertenso.	
Si usted tiene 4 hermanos y dos de ellos son hipertensos, es necesario prestar más atención a su salud.	X
6. ¿Cuales son los signos y síntomas de la HTA? Elija todas las alternativas que considere correcto o cierto.	
La HTA no tiene síntomas.	
Dolor de cabeza.	
Falta de aire.	
Mareos.	
Dolor de pecho.	
Palpitación.	
7. Seleccione todas las alternativas que considere correcto o cierto:	
Si usted fuma cigarrillos y es hipertenso/a, tiene una alta posibilidad de desarrollar complicaciones.	
Comer carne de cerdo frecuentemente es bueno para prevenir HTA.	

Comer bonito no es recomendable porque es un pescado grasoso.	X
Una persona obeso/a tiene alta posibilidad de desarrollar la HTA.	
Es importante tomar los medicamentos para la HTA de forma regular.	X
8. ¿Que órganos son afectados por la HTA? Elija todas las alternativas que considere correcto o cierto:	
Los ojos.	
El riñón.	
El corazón.	X
El cerebro.	X
Los pulmones.	
El estómago.	
9. ¿Que comidas son recomendables para una persona con HTA? Elija todas las alternativas que considere correcto o cierto:	
Consumir alimentos ricos en fibra.	
Alimentos bajos en sal.	X
Consumir menos carne roja (especialmente carne procesada).	
Consumir fruta, verdura, y lácteos bajo en grasa.	
Reducir el consumo de alimentos que son altos en grasa saturada, colesterol, y grasas trans.	
Consumir mas pescado, aves y semillas tales como el maní, pecana, almendra, etc.	

7. Perfil de estilos de vida saludable del paciente con HTA

Durante los último los 30 días		Frecuencia
1	¿se ha pesado para controlar su peso?	A veces
2	¿Hecha menos sal cuando cocina y/o antes de comer su comida?	A veces
3	¿Has comido más frutas o verduras que carnes?	A veces
4	¿Evita comer frituras y/o comida chatarra?	A veces
5	¿Ha medido su presión arterial regularmente?	A veces
6	¿Ha hecho alguna actividad para reducir estrés?	Nunca

Hábito de Tabaquismo

¿Usted Fuma?	No
Número de cigarrillo que fuma a la semana: N°	y al mes: N°

Hábito de consumo de alcohol

¿Usted Consume Alcohol?	No
Frecuencia:	Cuántos vasos en promedio toma, cada vez que se tome alcohol: (vasos de 200ml)

Actividad Física

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios, aeróbicos o andar rápido en bicicleta? (durante al menos 10 minutos seguidos)			No
Frecuencia	-	Tiempo	-
"Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? (durante al menos 10 minutos seguidos) No incluya caminar."			No
Frecuencia	-	Tiempo	-
Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?			Si
Frecuencia	7 días por semana	Tiempo	0 horas y 30 minutos por día
Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?			
Tiempo	-		

¿Dónde hace actividad física generalmente?

Lugar:	
--------	--

Nutrición

Durante los últimos 7 días, ¿Cuántas veces consumió frituras?			Si
Frecuencia	1	veces por semana	
2 ¿Ha consumido bebidas azucaradas en los últimos 7 días? como gaseosas, frugos etc.			Si
Veces por semana	1	Su tipo de bebida preferida:	GASEOSA

8. Conocimiento sobre actividad física y nutrición

Actividad Física	
1. ¿Podemos realizar actividad física solo con ejercicios?.	
Si	X
No	
No Sabe / No Responde	
2. ¿Realizar actividad física puede ayudar a reducir la presión arterial?	
Si	X
No	
No Sabe / No Responde	
3. ¿Debemos realizar actividad física intensa cada 2 semanas?	
Si	X
No	
No Sabe / No Responde	
4. ¿Cuánto tiempo debemos realizar actividad física?	
Treinta minutos tres veces por semana	
Treinta minutos diariamente	X
No Sabe / No Responde	
5. ¿Debemos hacer estiramiento antes y después de hacer actividad física?	
Si	X

No Sabe / No Responde	
6. ¿Tiene que dejar de hacer actividad física cuando tiene dolor a nivel de corazón, hombros y espalda?	
Si	X
No	
No Sabe / No Responde	
Nutrición	
7) Una persona con hipertensión arterial(HTA) debe disminuir su consumo de sal.	
Si	X
No	
No Sabe / No Responde	
8) Una persona con HTA debe disminuir su consumo de friutras, embutidos y carnes grasosas para reducir sus niveles de colesterol malo.	
Si	X
No	
No Sabe / No Responde	
9) Una persona con HTA debe evitar consumir grandes cantidades de harinas(arroz, papa, trigo, camote, menestras) para reducir sus niveles de triglicéridos.	
Si	X
No	
No Sabe / No Responde	
10) Una persona con HTA debe reducir su consumo de azúcares, gaseosas, refrescos envasados, postres, pasteles para reducir sus niveles de glucosa en sangre.	
Si	X
No	
No Sabe / No Responde	
11) Una persona con HTA debe incrementar su consumo diario de frutas y verduras crudas.	
Si	X
No	
No Sabe / No Responde	
12) Una persona con HTA debe reducir el consumo de alimento procesado o envasado o industrializados para reducir su consumo de sodio.	
Si	X
No	
No Sabe / No Responde	

Anexo II. EQ-5D

9. Calidad de vida

1. Movimiento físico	
No tengo problemas para caminar	X
Tengo algunos problemas para caminar	
Tengo que estar en la cama	
2. Cuidado-Personal	
No tengo problemas con el cuidado personal	X
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	
Soy incapaz de lavarme o vestirme	
3. Actividades de Todos Los Días(ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)	
No tengo problemas para realizar mis actividades	X
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días	
Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días	
4. Dolor/Malestar	
No tengo dolor ni malestar	X
Tengo dolor moderado o malestar	
Tengo mucho dolor y malestar	
5. Ansiedad/Depresión	
No estoy ansioso/a ni deprimido/a	X
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	



Anexo III. Cuestionario de satisfacción



Cuestionario de satisfacción del servicio al participante del Programa Control de la Hipertensión Arterial

Por favor responda las preguntas indicadas a continuación marcando con una X la respuesta en el

recuadro "X".

1. ¿Se siente satisfecho con el efecto de su tratamiento?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Mas o menos
- Insatisfecho

5. ¿Por cuánto tiempo se sintió cómodo durante la atención de la enfermera y la nutricionista?

- Muy Insatisfecho 0
- Todo el tiempo 0
- 1 La mayoría del tiempo 1
- 2 La mitad del tiempo 2
- 3 Poco tiempo 3
- 4 Nunca 4

2. ¿Se siente satisfecho con las consejerías (explicaciones de sus resultados de laboratorio y otros temas) brindadas por la enfermera y la nutricionista?

- Muy Insatisfecho
- Insatisfecho
- Mas o menos
- Satisfecho
- Muy satisfecho

6. El tiempo que tuvo con la enfermera o la nutricionista era demasiado corto.

- 0 Muy de acuerdo 0
- 1 De acuerdo 1
- 2 Mas o menos 2
- 3 Desacuerdo 3
- 4 Muy en desacuerdo 4

3. La enfermera y la nutricionista fueron muy atentas durante de la atención.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Mas o menos
- Desacuerdo

7. ¿Está satisfecho con la atención que recibió en el CENTRO DE SALUD?

- Muy en desacuerdo 0
- Muy satisfecho 0
- 1 Satisfecho 1
- 2 Mas o menos 2
- 3 Insatisfecho 3
- 4 Muy Insatisfecho 4

4. ¿Que tan satisfecho está con las elecciones

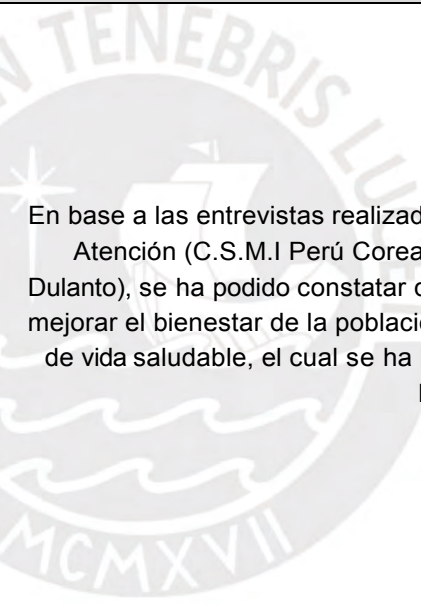
que realizó para el cuidado de su salud?

- Muy Insatisfecho 0
- Insatisfecho 1
- Mas o menos 2
- Satisfecho 3
- Muy satisfecho 4

| GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN !

ANEXO IV. CUENSTIONARIO DE ENTREVISTA Y PROCEDIMIENTO

Pertinencia: 01. ¿Porque la intervención del PROYECTO CI-HTA acorde con los compromisos y el plan estratégico del país encaminados a mejorar el bienestar de la población peruana?, 2017

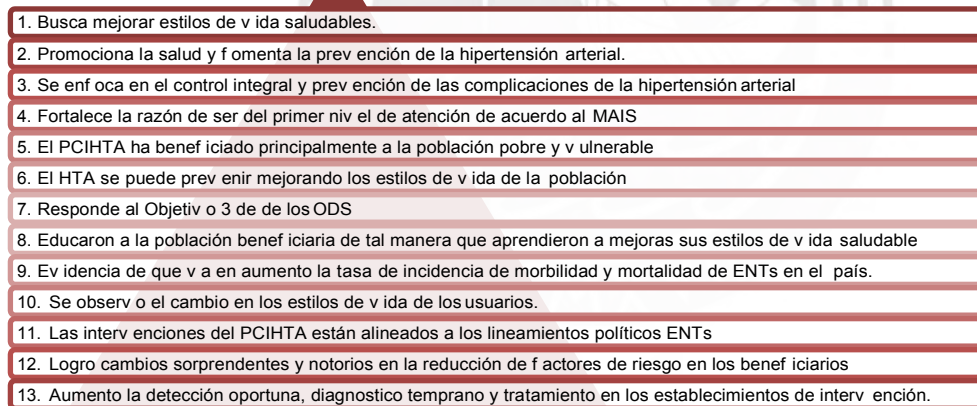
Respuestas de mayor impacto	Interpretación
<ul style="list-style-type: none"> ○ Se enfoca en el control integral y prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial además de modificar los malos estilos de vida. 	 <p>En base a las entrevistas realizadas a los profesionales de salud del Primer Nivel de Atención (C.S.M.I Perú Corea Bellavista, Santa Luzmila II y Laura Rodriguez Dulanto), se ha podido constatar que el PROYECTO CI-HTA ha estado encaminado en mejorar el bienestar de la población beneficiaria en cuanto mejoras de salud y estilos de vida saludable, el cual se ha logrado porque ha reforzado los pilares del Primer Nivel de Atención.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fortalece la razón de ser del primer nivel de atención de acuerdo al MAIS, Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades. 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ El PROYECTO CI-HTA ha beneficiado principalmente a la población pobre y vulnerable que vive en los sectores marginales. 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Educaron a la población beneficiaria de tal manera que aprendieron a mejorar sus estilos de vida saludable. 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Logró cambios sorprendentes y notorios en la reducción de factores de riesgo de los beneficiarios y mejoras de sus estilos de vida para el control de hipertensión arterial. 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aumentó la detección oportuna, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en los establecimientos de intervención. 	

Fuente: Elaboración Propia

Se aprecian las características en cuanto al criterio de “La pertinencia” relacionado a la propiedad de cada persona de formar parte de un grupo, equipo, y/o comunidad, en este caso es el PROYECTO CI-HTA de KOICA.

Con respecto a la pregunta número uno del criterio de Pertenencia, **si ¿la intervención del PROYECTO CI-HTA fuen acorde con los compromisos y el plan estratégico del país encaminados a mejorar el bienestar de la población peruana?**, los 13 profesionales de salud encuestados emitieron una respuesta afirmativa (Si), el cual significa que hay una pertenencia al 100% y, cuando se les pregunto ¿porque? resaltaron ciertas características relacionadas a la pregunta. Tales como se señala en la siguiente Gráfico:

Respuestas del ¿Porque? ¿la intervención del PROYECTO CI-HTA acorde con los compromisos y el plan estratégico del país estan encaminados a mejorar el bienestar de la población peruana?

- 
1. Busca mejorar estilos de vida saludables.
 2. Promociona la salud y fomenta la prevención de la hipertensión arterial.
 3. Se enfoca en el control integral y prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial
 4. Fortalece la razón de ser del primer nivel de atención de acuerdo al MAIS
 5. El PCIHTA ha beneficiado principalmente a la población pobre y vulnerable
 6. El HTA se puede prevenir mejorando los estilos de vida de la población
 7. Responde al Objetivo 3 de los ODS
 8. Educaron a la población beneficiaria de tal manera que aprendieron a mejorar sus estilos de vida saludable
 9. Evidencia de que va en aumento la tasa de incidencia de morbilidad y mortalidad de ENTs en el país.
 10. Se observó el cambio en los estilos de vida de los usuarios.
 11. Las intervenciones del PCIHTA están alineados a los lineamientos políticos ENTs
 12. Logro cambios sorprendentes y notorios en la reducción de factores de riesgo en los beneficiarios
 13. Aumento la detección oportuna, diagnóstico temprano y tratamiento en los establecimientos de intervención.

Fuente: Elaboración Propia

En este Gráfico, se presenta un resumen de las respuestas de la primera pregunta del criterio de pertinencia si ¿la intervención del ProyectoCI-HTA acorde con los compromisos y el plan estratégico del país están encaminados a mejorar el bienestar de la población peruana? , las respuestas reflejan los objetivos de la intervención y su congruencia con la necesidad de la población peruana en los ámbitos de la Jurisdicción de los Centros de Salud Peru Corea de Intervención i) C.S.M.I Perú Corea Bellavista, Laura Rodríguez Dulanto y Santa Luzmila II.

Asimismo en la categoría de Identificación, código, relacionado a la categoría dimensión social la entendemos como el impacto que el ProyectoCI-HTA tiene en la vida de las personas. Abarca aspectos relacionados estilos de vida saludable, inclusión, seguridad, promoción de la salud, prevención de enfermedades, control de HTA, MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA, Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, beneficiarios, empoderamiento entre otros, que se puede apreciar en el siguiente Gráfico:

Entre las objeciones más mencionadas fue que el ProyectoCI-HTA ha reforzado las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades pilares del Primer Nivel de Atención.

Las razones más mencionadas es porque se enfocó en la prevención y promoción de la salud, que es el rol de todo centro del primer nivel de atención. Además, el proyecto se ejecutó en vista de alto porcentaje de morbi – mortalidad a causa de la hipertensión arterial. Responde a uno de los objetivos del milenio y de los lineamientos de política de salud de Daños no transmisibles

Pertinencia: 2. ¿Porque fueron los objetivos de la intervención del ProyectoCI-HTA pertinentes a las necesidades y prioridades identificadas a nivel nacional, regional y a nivel del C.S?

Respuestas de mayor impacto	Interpretación
<ul style="list-style-type: none"> ○ La hipertensión y sus complicaciones tienen un gran índice de prevalencia en nuestro país. 	Uno de los efectos del ProyectoCI-HTA a nivel de los C.S de intervención ha sido su contribución en mejorar la

<ul style="list-style-type: none"> ○ Logro prevenir que los pre hipertensos desarrollen la enfermedad de la hipertensión arterial y en el hipertenso es controlar la enfermedad y prevenir complicaciones cerebrovasculares. 	<p>producción de los C.S en cuanto a los indicadores de atendidos (pacientes con HTA) y el indicador de atenciones, el cual se logró a través de las actividades de</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Logro que el centro de salud incremente su producción en cuanto al indicador de atendidos (pacientes con HTA) y el indicador de atenciones, el cual se logró a través de las actividades de la detección oportuna de casos, ya que hubo personas que desconocían que tenían los niveles de la presión arterial alta y en muchos casos no sabían que eran hipertensos. 	<p>la detección oportuna de casos, ya que hubo personas que desconocían que tenían los niveles de la presión arterial alta y en muchos casos no sabían que eran hipertensos</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Antes de la implementación del PROYECTO CI-HTA en nuestros centros de salud no se le dio la debida importancia a esta enfermedad HTA ni el debido abordaje de detección, prevención y tratamiento tal como el PROYECTO CI-HTA de KOICA lo ha realizado 	<p>El total de entrevistados manifiestan que los objetivos de la intervención del PROYECTO CI-HTA responden a las necesidades y prioridades a nivel local, regional y nacional. Asimismo, evidencian que antes de la implementación del PROYECTO CI-HTA de KOICA, en</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Han logrado mejorar la salud física y emocional de los beneficiarios y la de sus familias . 	<p>nuestros centros de salud no se le dio la importancia a esta enfermedad HTA ni el debido abordaje de detección,</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los usuarios están contentos con la atención integral, control y seguimiento personalizado por el equipo multidisciplinario y los logros alcanzados en relación a su bienestar y salud integral. 	<p>prevención y tratamiento tal como el PROYECTO CI-HTA de KOICA lo ha realizado.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Pertinencia: 03. ¿Porque fue el diseño de la intervención correcto desde el punto de vista técnico?

Respuestas de mayor impacto	Interpretación	Categoría	Código
o Cuenta con el Modelo de ENT	Control de pacientes.	Detección de casos.	Dimensión Social
o Están dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad de las ENT (HTA).	Detección precoz de casos	Control de salud	
o Dentro del diseño de las intervenciones tuvieron planificado las capacitaciones de los profesionales de la salud en OMS/OPS, UPCH-FM.	Ejecutado bajo un plan de acción previo diagnóstico Partió de una línea de base	Plan de acción en base a diagnóstico. Servicio integral.	
o Tiene un equipo de salud asignado únicamente para la ejecución de las intervenciones del PROYECTO CI-HTA.	Servicio integral. Cuenta con infraestructura, recurso humano y material	Disponibilidad de recursos. Falta de sensibilización a la población.	
o Cuentan con una metodología de evaluación a los pacientes – antes y después de las intervenciones para monitorear y visualizar los cambios en los pacientes.	La población aun no está preparada para un programa de promoción Se debió contar con personal del C.S dentro del proyecto.	Involucrar personal del C. S Personal competente.	
o Cuenta con un presupuesto, insumos médicos y servicios diferenciados para la atención de los pacientes con Pre-HTA y HTA.	Gradual, Priorizado	Priorización de problemas	
o Cuenta con un equipo multidisciplinario (Nutricionistas, psicólogos, enfermeras, Médicos, etc), encargados de brindar un servicio integral.	Modelo basado en evidencias Aborda un problema de salud No existe cultura de prevención	Falta de sensibilización.	

Pertinencia: 04 ¿Porque, fueron los objetivos y el diseño de la intervención adecuados al contexto y a las necesidades de sus usuarios?

Respuestas de mayor impacto	Interpretación	Categoría	Código
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cuentan con una intervención integral y holística. 	<p>La mayoría de los entrevistados respondieron que los objetivos y el diseño fueron adecuados al contexto, necesidad t y demanda de los pacientes con Pre-HTA y Hta.</p>		<p>Dimensión Social</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ El EE.SS nunca tuvo ningún plan de intervención sobre la hipertensión, desconoían la demanda y la necesidad de educación sobre los factores de riesgo de las ENT como la obesidad etc. 			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los pacientes se sintieron importantes al ver que los profesionales de salud los visitaban en sus hogares y cuando los llamaban vía teléfono para que asista a sus controles y recordarle la importancia de las prácticas de nutrición y actividad física . 			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los pacientes del Proyecto refieren estar satisfechos con la atención personalizada tipo clínica particular. 			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Falto un poco adaptarlo al sistema de salud carente de personal de salud e insumos y a la necesidad de aquellos pacientes que tienen otras enfermedades crónicas como diabetes y/o cancer. 			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Demostraron que había una gran demanda de educación sobre la alimentación saludable en los pacientes con HTA, actividad física y la correcta medicación. 			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los pacientes fueron atendidos por un equipo de salud peruano multidisciplinario capacitado y conocedor de la pluriculturalidad del Perú. 			

Pertinencia: 05 ¿Porque, Siguió la intervención una lógica clara y disposición de una base de pruebas pertinente en la zona que vinculase sus actividades y operaciones con las realidades a que hacen frente sus usuarios?

Respuestas de mayor impacto	Interpretación	Categoría	Código
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cada paciente recibía una evaluación integral para detectar sus factores de riesgo y determinar su plan de intervenciones acorde a la necesidad de cada paciente. 	<p>La mayoría de usuarios manifestó que la intervención siguió una lógica clara, donde las actividades desarrolladas estaban de acuerdo a las realidades de cada comunidad. Todo el proceso de atención se realizó de manera planificada, Abarco una dimensión social ya que hay facilidades en la atención para los pacientes y los resultados obtenidos fueron positivos lo que crea en ellos un sentimiento de confianza que es necesario para que haya un sentimiento de pertenencia hacia el programa.</p>	Alta prevalencia de la HTA	Dimensión Social
<ul style="list-style-type: none"> ○ Coordinaron los horarios de las actividades según disposición de los pacientes. 		Resultados positivos.	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizó un estudio previo en la zona identificando las principales problemáticas. 		Confianza de los pacientes.	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Porque los pacientes se adaptaron con facilidad y encontraron resultados favorables que permitan la confianza de los demás pacientes. 		Cam bio de actitud de los pacientes	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cada intervención se realizaba de forma gradual de acuerdo a la evolución y recuperación de los pacientes. 			

Pertinencia: 06 ¿Porque, ¿Se justificaron de manera clara las actividades seleccionadas en el marco de la intervención?

Respuestas de mayor impacto	Interpretación	Categoría	Código
<ul style="list-style-type: none"> ○ Las estrategias tenían congruencia con los objetivos del Proyecto. 	<p>Con respecto a la ejecución de las actividades dentro de la intervención el total de entrevistados manifestaron que están justificadas ya que estaban</p>	Participación	Dimensión Social
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los profesionales de salud realizaban actividades con el objetivo de reducir los factores de riesgo de los pacientes y mejorar la salud y bienestar de los mismos. 		Estructura Planificación	

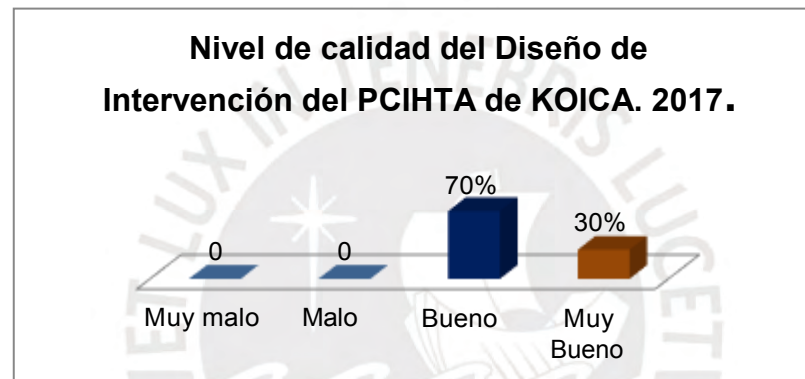
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tuvieron metas claras en las campañas de la detección y prevención de la HTA. 	<p>acorde con los objetivos propuestos y con las necesidades de la población.</p> <p>Además para la ejecución del programa se toma de referencia la guía clínica del manejo de la enfermedad hipertensiva.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Las actividades respondían a la guía práctica clínica HTA Minsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cada actividad tiene un objetivo a alcanzar de acuerdo a cada problema encontrado en la población. 			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tienen el fin de detectar oportunamente la HTA y prevenir las complicaciones del HTA. 			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Porque el área de intervención reúnen a todas las condiciones para ser realizada. 			

Pertinencia: 07 ¿En qué medida tuvieron cabida en la intervención en actividades y procesos o mecanismos que favorecieran un diseño y una ejecución eficaces del programa y recabaran las impresiones de los interesados?

Respuestas de mayor impacto	Interpretación
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tuvo una aceptación media en la población que participo, hay poca cultura de prevención en temas de salud, habría que insistir para que vengan a controlarse. 	<p>La mayoría de entrevistados respondieron que la intervención estuvo predispuesto a realizar actividades que permitieron una ejecución eficaz del programa. Se logro la satisfacción del paciente que es un punto fundamental para la fidelidad que necesita un programa de promoción de la salud para su posterior continuidad.</p> <p>Se visualiza la dimensión afectiva que es importante para el sentimiento de pertinencia ya que permitirá el grado de identificación que puedan sentir los pacientes hacia el programa de promoción de la salud. Este sentimiento es un lazo fuerte que supera las amenazas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ En el momento que se realiza las encuestas de satisfacción o entrevistas a los pacientes se puede conocer sus requerimientos hacia el programa, además el hecho de formar grupos como el club de HTA nos permite conocer sus inquietudes para mejorar aspectos del programa. 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ En todo momento y en todas las etapas del Proyecto se estuvo abierto a 	

sugerencias del personal de salud como opinión de los mismos pacientes del programa.

Pertinencia: 08. En general que opina en nivel de calidad que tuvo el diseño de la intervención?. N=14



Todos los entrevistados manifestaron que el nivel de la calidad de la intervención fue bueno, no solo por el hecho de la percepción de ellos sino va de la mano con los resultados obtenidos, ya sea en la mejora de salud del paciente, así como el nivel de satisfacción percibido en los pacientes.

EFICACIA

Las siguientes preguntas de evaluación micro nivel para determinar la Eficacia del ProyectoCI-HTA.

1.¿En qué medida facilitaron y/o obstaculizaron la ejecución de la intervención los factores contextuales?	Interpretación
Los profesional es de salud del C.S no realizaban la detección de pacientes con HTA o Presión Alta.	<p>Entre los factores contextual es que facilitaron la intervención fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se conto con el apoyo del médico jefe y del sistema del SIS. ○ Beneficiarios se convierten en promotores de la salud en sus hogares. Predisposición por aprender sobre su enfermedad, de como prevenirla, y de mejorar sus estilos de vida en cuanto a nutrición y actividad física. <p>Entre los factores contectuales que limitaron la intervención del proyecto fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los centros de salud cuentan con limitado acceso en cuanto ha horarios diferenciados para el genero masculino. Asimismo, los horarios del personal de salud limitan actividades extramurales com o visita domiciliaria. ○ El C.S cuenta c on un pl an operativo anual que contempla m etas que son
En un inicio hubo resistencia por parte de lo los profesionaes de salud en cuanto a apoyar en la captación y atención de los paciente con Pre-HTA y HTA.	
La ubicación del centro de salud es céntrica lo que permite a los pacientes tener acceso a la atención.	
El Plan operativo del C.S anual cont empl aba metas que son cubiertas con limitado presupuesto y insumos, e inestabilidad de personal de salud por la alta rotabilidad.	
Poco conocimiento de los líneamientos de las ENT por parte de los profesionales de salud	
Limitado acceso para el genero m asculino en cuanto ha horarios	
Aun la población en su mayoría no están concientizados en mejorar su estilo de vida saludable y si influyen los factores ambientales y personales.	
Beneficiarios se convierten en fuente de información y promot ores de la salud en sus hogares.	
Pacientes tienen predisposición de c ambio en mejorar sus estilos de vida en cuant o a nutrición y actividad física.	
La población despertó una curiosidad muy grande por aprender sobre su enfermedad o como prevenirla, esto facilito a que las intervenciones se vayan dando de acuerdo alo	

que ellos necesitaban. Las personas que no tiene la enfermedad HTA y muchos de los que tienen pre-Hta aún no toman conciencia la importancia de la prevención y no tienen una cultura del auto-cuidado.	cubiertas con limitado presupuesto y insumos, e inestabilidad de personal de salud por la alta rotabilidad. Muchas veces fueron poco colaborativos en la captación y atención de los pacientes. o La población que no tiene la enfermedad no toman conciencia la importancia de la prevención y no tienen una cultura del auto-cuidado.
Hubo un compromiso del médico jefe y disposición de los espacios físicos para implementar las estrategias del Proyecto.	
La mayoría de los pacientes del Proyecto cuentan con el SIS	
Limitado horarios de atención los fines de semana que dificultan la meta de las visitas domiciliarias.	

2. ¿Se tomaron medidas correctivas en el momento oportuno en caso necesario?		Interpretación
2.1 En caso de que la respuesta fuera afirmativa. Mencionar porque.		
1.	o En cuanto a la demora en el pago y contratación de personal de salud nuevo, se elevó la queja y se concertó reuniones a nivel MINSA y Dirección de Callao sobre la falta de pago y demora en la contratación CAS, mantenimiento de la movilidad y reconocimientos para los agentes comunitarios.	Entre las medidas que se tomaron para reducir los factores contextuales que obstaculizaron la intervención fueron: o Se elevó la queja y se concertó reuniones a nivel MINSA y Dirección de Callao sobre la falta de pago y demora en la contratación CAS, mantenimiento de la movilidad y reconocimientos para los agentes comunitarios.
2.	Se impartieron cursos y talleres de capacitación para los profesionales de salud sobre abordaje de las ENT y los determinantes de salud. Con el propósito fortalecer la cultura del autocuidado en la población requiere de un trabajo en equipo multidisciplinario con capacidades en el abordaje de la promoción de la salud, con destrezas en metodología de educación para la salud y estrategias de prevención de riesgos.	o Se mejoraron las estrategias de captación, control,
3.	Se mejoraron las estrategias de captación de pacientes con Pre-Hta y Hta, tomándose en cuenta	

	la realidad y contexto del ámbito de la Jurisdicción del C.S.	tratamiento no farmacológico, monitoreo médico y evaluación de los pacientes registrados en el PROYECTO CI-HTA . o Se financió capacitación con la UPCH y especialista sobre abordaje de ENT (HTA) en el primer nivel de atención a los todos los profesionales de salud.
4.	Se tramitó rápidamente el SIS de los pacientes que cumplían con los criterios para su respectiva afiliación.	
5.	Se mejoró las estrategias de seguimiento y control de los pacientes, entre ellos se contó con la líneas de teléfono, mensajes de textos masivos, visitas domiciliarias, entrega de materiales educativos, grupos de apoyo emocional para motivarlos en el cumplimiento de sus controles.	
6.	El personal de salud cuenta con limitados recursos financieros para los pasajes, e insumos para las actividades extramurales.	

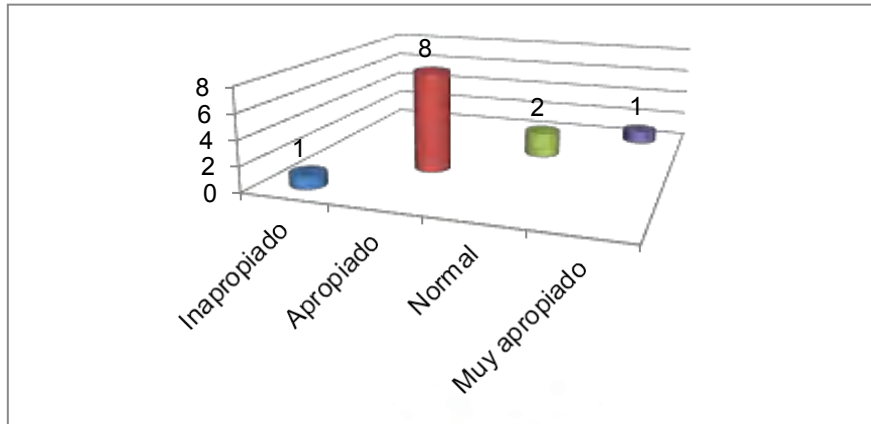
3. ¿Se identificó la necesidad de apoyo complementario o se facilitó para solventar problemas en la ejecución? 3.1 En caso de que la respuesta fuera afirmativa. Mencionar porque.	Interpretación
Porque se incremento la demanda de atención de pacientes con HTA por lo que se solicito más apoyo de los servicios médico, nutrición y psicología de los pacientes con HTA.	Todos los profesionales de la salud entrevistados afirmaron que se identificó la necesidad de apoyo de más profesionales de salud para cubrir con la demanda de captación, control y atención de los pacientes con HTA.
Se realizo convenio con las universidades como UNMS para contar con el apoyo de internos del último año en psicología y nutrición para cubrir con la demanda de captación, control y atención de los pacientes con HTA.	

4. ¿Qué forma adopto tal apoyo, quien lo facilito y con qué efecto?	Interpretación
Se realizo convenios con universidades como UMSM para contar con el apoyo de internos en nutricionistas y psicología para cubrir las actividades de captación, evaluación, educación, consejerías y campañas de salud.	El proyecto contó con el apoyo de voluntarios psicólogos y nutricionistas de
Se convocó el voluntariado de agentes comunitarios quienes	

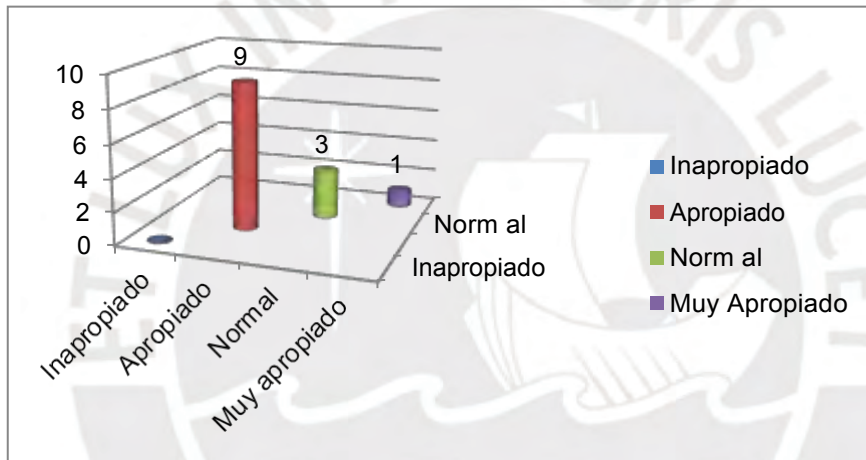
recibieron capacitación previamente para apoyar a los profesionales en la capacitación y seguimiento de los pacientes con PRE-HTA y HTA. Algunos fueron pacientes y se convirtieron en Agentes Comunitarios.	las UMSM , también se gestionó el voluntariado de Coreanos y se convocó a agentes comunitarios .
Bueno nosotros como equipo de trabajo coordinamos directamente con la coordinadora de Koica.	
A través del apoyo del proyecto, con buen efecto.	
Se contó con el apoyo de Jefes médicos y Directores de Diresa Callao para que suministren insumos para el laboratorio .	
A pesar de contar con un convenio con las municipalidades no se logró una articulación completa	
Se contó con el apoyo de voluntarios Coreanos	
Cuenta con una plataforma virtual	

5. ¿Que riesgos amenazaban la consecución de los objetivos de la intervención?	Interpretación
Alta rotación del personal de salud del C.S (Jefe médico del C.S, Encargados de PROMSA, Coordinadores de ENT).	Entre los principales riesgos que amenazaron los objetivos de intervención fue la inestabilidad laboral de los profesionales de salud quienes mostraron poco conocimiento sobre la guía clínica de atención de HTA y compromiso en las actividades y, en las referencias de los pacientes a otros niveles de atención.
Horarios de trabajo de los pacientes limitan la asistencia a sus controles. Limitada respuesta a las complicaciones de los pacientes con HTA.	
El poco apoyo de los profesionales de salud en la referencia de pacientes a otros niveles de atención.	
Desconocimiento de la guía técnica de HTA por parte de algunos profesionales de salud.	
El centro de salud tiene poco manejo de la información de los pacientes,	
Delincuencia en las zonas del ámbito del Proyecto HTA.	
Medio de transporte del C.S es insuficiente para cubrir las actividades extramurales del equipo de salud.	

¿Se gestionaron esos riesgos de forma adecuada?



¿Se lograron los resultados previstos?

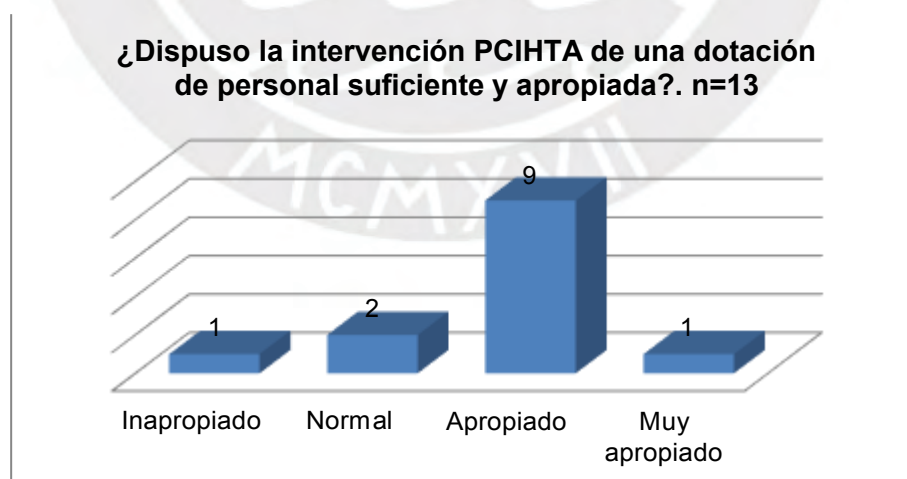


6. ¿Cuáles fueron los factores que más favorecieron el logro de los objetivos?	Interpretación
Personal propio del PROYECTO CI-HTA capacitado y comprometido.	Los factores que favorecieron el logro de los objetivos fue: Contar con un equipo propio para las actividades de captación, evaluación, tratamiento médico, seguimiento, monitoreo y evaluación de los pacientes con Pre-HTA y HTA. asimismo cuenta con , presupuesto e insumos
Cuenta con equipos e instrumentos tecnológico Manejo de presupuesto propio	
El esfuerzo conjunt o del equipo operativo ejec utor del PROYECTO CI-HTA para realizar la captación, consejería, seguimiento y monitoreo constante.	
Realizar las llamadas a los pacientes para recordarles su control y realizar visitas domiciliarias a aquellos pacientes que no asisten o no tienen teléfono de referencia.	

Las capacitaciones constantes a los profesional es de salud de todo el C.S, QUIE NES recibi eron capacitaciones con la UP CH y OPSsobre ENT y Determinants sociales de la salud.	médico.
--	---------

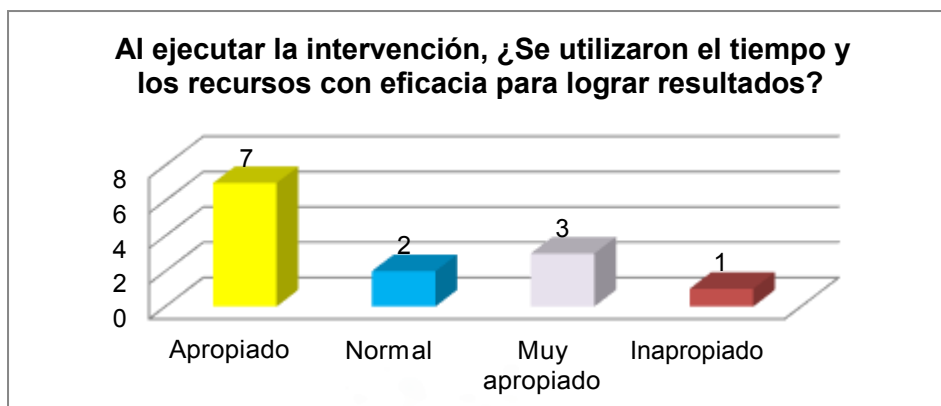
7. ¿Cuáles fueron los factores que más impidieron el logro de los objetivos?	Interpretación
Poca participación de algunos pacientes.	Los factores que impidieron el logro de los objetivos son: Hubo factores del contexto externo como inestabilidad política, y del contexto interno del C.S como poca cultura institucional para abordar estrategias de promoción de la salud y mejorar los estilos de vida saludable.
Inestabilidad política a nivel local, regional y nacional.	
Poco apoyo de los profesionales de salud del C.S debido a que tienen varias funciones a su cargo.	
Poca cultura institucional en el abordaje de los factores de riesgo de las ENT y en cuanto a promoción de la salud, prevención de riesgos.	
Insuficiente presupuesto de los C.S para ejecutar campañas de salud.	
No hay un marco político con abordaje de promoción de la salud y actividades para mejorar los estilos de vida de la población del ámbito de la jurisdicción de los centros de salud.	
Poca participación de actores aliados locales y poco voluntariado de agentes promotores de la salud.	

EFICIENCIA



La mayoría de encuestados respondió que la dotación de personal para la ejecución del proyecto control integral de la HTA fue el apropiado. Se cuenta con una nutricionista, enfermera, psicólogo y trabajadora social (equipo multidisciplinario) destinado a realizar

promoción de la Salud. Además contamos con la infraestructura adecuada y el apoyo económico para la ejecución de las actividades.



La mayoría de los encuestados respondió que se usó el tiempo y el recurso de manera apropiada para el logro de las metas. Además debemos tener presente que quien estuvo a cargo de la logística y de la administración de los recursos económicos es la corporación Coreana Koica.

1. ¿En qué medida se persiguió y logró una coordinación y colaboración eficaz con las intervenciones en curso y los asociados?	Interpretación
Coordinación permanente con profesionales de salud del centro de salud para mejorar las actividades de captación, evaluación inicial, tratamiento médico, control nutricional, control y evaluación final de los pacientes con HTA.	El personal de salud operativo realizan la coordinación permanente con los profesionales de salud para mejorar las actividades de captación, evaluación inicial, tratamiento médico, control nutricional, control y evaluación final de los pacientes con HTA. Asimismo, el equipo ejecutivo de KOICA sostiene reuniones para abogar y mejorar las actividades para mejorar los estilos de vida saludable de la población.
Conto con coordinaciones con las organizaciones de base de la comunidad.	
Se sostuvo reuniones mensuales y/o semanales con el equipo de salud del Centro de Salud, y a nivel de Diosa Callao y DIRIS para la ejecución de actividades y alcanzar las metas propuestas con el fin lograr lo planificado.	
El equipo ejecutivo sostuvo coordinaciones constantes con los profesionales de salud para concientizarlos y mejorar el compromiso sobre la importancia de las actividades para mejorar los estilos de vida de la población para reducir las ENTs.	
2. ¿Se diseñó o corrigió la intervención a lo largo de la fase de ejecución en aras de la mejor relación calidad-	Interpretación

precio?	
Si se realizo, mejorando la permanencia en el tiempo	Todos los encuestados indicaron que si se rediseño las intervenciones del Proyecto a lo largo de la fase de ejecución de tal manera que se difundio que el paquete de intervención del proyecto es completamente gratuito a quienes cuentan con el SIS.
Fue uno de los objetivos para tener sostenibilidad.	
A medida de que el tiempo y los imprevistos pasaran se fueron rediseñando las intervenciones, adaptando de acuerdo a las demandas.	
Se oferta un solo paquete el cual es gratuito a quienes cuentan el SIS.	

3. ¿Fue la intervención eficiente en igual o mayor medida que otros planteamientos adecuados en el mismo contexto?	Interpretación
Cuenta con un presupuesto independiente y su uso se aprecia en los logros y cambios sorprendentes.	Es la primera vez que se ejecutó un programa de promoción de la salud a nivel de los C.S enfocado en el control y prevención de la hipertensión arterial por lo que no podría hacerse una comparación alguna. Mencionan que fue eficiente porque se lograron resultados positivos. Además cuenta con un apoyo financiero que los respalda para el logro de las metas.
Es la primera vez que se ejecuta un programa de promoción en los C.S por lo que no podría compararlo.	
Los recursos económicos asignados están dirigidos a cumplir actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos.	
El equipo operativo cuenta con destrezas que les permite orientar a los pacientes y brindar una atención de calidad.	
Tiene un estudio costo efectividad donde demuestra que hay resultados que nos indican de su viabilidad .	

4. ¿Existen otros modos viables de ejecutar la intervención que resultaran más rentables?	Interpretación
Tal vez si cuando capturemos más promotores de salud y logremos el compromiso de todos los profesionales de salud del C.S.	Otros modos viables que resultaran más rentables para ejecutar la intervención

Reducción de costos, accediendo mas a la tecnología	<p>del Proyecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Insertar de forma vertical y horizontal el proyecto a través de los servicios de salud y contar con el apoyo de todos los servicios del C.S y con más promotoras comunitarias. ○ Que exista un compromiso político que defienda la construcción de los estilos de vida saludable como estrategia para reducir las ENTs. ○ Contar con modelos de gestión de actividades para la promoción de la salud y prevención de riesgos.
El PROYECTO CI-HTA debería ser insertado de manera vertical y horizontal a los diferentes servicios sanitarios del C.S e involucrar a los profesionales de salud.	
Trabajar con más aliados de los sectores e instituciones pública y privada y mayor involucramiento del personal de salud.	
Si, se mejora el compromiso político para trabajar la reducción de las ENTs a través de los diferentes sectores públicos y privados.	
Si, contratando más personal de salud con enfoque de salud familiar y abordaje de estrategias para mejorar los estilos de vida saludable y reducir los daños no trasmisibles.	
La experiencia del PROYECTO CI-HTA, es una buena base para desarrollar nuevos modelos de gestión de actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos.	
No, por falta de presupuesto	

Existe viabilidad para la ejecución de la intervención, va depender de contar con un personal destinado a la promoción de la salud. Se debe buscar el involucramiento del Municipio, del personal de salud, además de que los propios pobladores deben hacer sostenible este proyecto.

SOSTENIBILIDAD

1. ¿En qué medida pueden las actividades y los beneficios de la intervención tener continuidad una vez que se interrumpa la financiación externa?	Interpretación
<p>Determinar las funciones de un equipo de salud exclusivo dedicado a las actividades de Promoción de estilos de vida saludable, Prevención, tratamiento y seguimiento de factores de riesgos.</p> <p>Ahora se cuenta con un equipo de salud operativo</p>	<p>Personal exclusivo dedicado a promoción de la salud.</p> <p>Decisiones políticas.</p> <p>Buscando financiación del Municipio, ya que tienen presupuesto para ENT pero no lo usan.</p>

capacitado y con alta experiencia en captación, evaluación, monitoreo y seguimiento de los pacientes con Pre-Hta y HTA. Eliminar la carga de funciones a los profesionales de salud.	<p>.....</p> <p>La sostenibilidad es la medida en que nuestros objetivos puedan continuar realizando una vez culminado el apoyo externo. Es así que en cuanto a la pregunta número uno la mayoría de entrevistados respondió que el proyecto puede continuar porque se cuenta con un equipo multidisciplinario que está capacitado para realizar la función de promoción de la salud. Solo falta decisión política que garantice la continuidad y abordar más problemáticas, ya no solo enfocarnos en control y prevención de la hipertensión arterial sino ampliarlo al control de la Diabetes y Cáncer. Además se cuenta con infraestructura para seguir ejecutando el proyecto</p> <p>Los Municipios manejan presupuestos destinados a la salud, por ello deberían de priorizar las ENT, ya que la disminución de los factores de riesgo contribuirá a tener una población saludable; podríamos resumirlo a que todo dependerá de la decisión de los políticos para que sigamos fomentando educación a los ciudadanos.</p>
Fortalecer e implementar un marco político institucional a favor de la mejora de estilos de vida saludable de la población para reducir las ENT desde el Primer Nivel de atención.	
Seguir fortaleciendo las competencias en metodologías de enseñanza para impartir educación para la salud.	
Compromiso y decisiones políticas para que abogó por un incremento de presupuesto destinado a la promoción de la salud y prevención de riesgos de las ENTs (HTA, Diabetes Etc.).	
Mejorar el HIS y indicadores del SIS de tal manera que se registren las actividades realizadas por el profesional de salud en relación a las actividades extramurales relacionados a la promoción de la salud y prevención de factores de riesgo de las ENTs.	
Articulación financiera del sector salud con otros ministerios públicos y privados con el fin de lograr metas en común relacionado a la mejora de estilos de vida saludable, entornos saludables, comunidades saludables, mercados saludables, municipios saludables.	
Crear servicios para la Promoción de la Salud y Prevención de riesgo de las ENTs en los centros de salud del primer nivel de atención.	
Determinar ruta de gestión y atención de las ENTs en los centros de salud del primer nivel de atención.	

2. ¿Existen ámbitos de la intervención	Interpretación
---	-----------------------

claramente sostenibles?		
2.1 De no ser así, ¿por qué?		
No	Poco importancia en la asignación de presupuestos para actividades extramurales	Manejo de Presupuesto. Falta de compromiso
Si	El PROYECTO CI-HTA ha demostrado el costo beneficio de la intervención ya que reduce el riesgo de desarrollar complicaciones cerebrocardiovasculares los cuales conllevan a a intervenciones costosas como la cirugía de revascularización miocárdica, la endarterectomía carotídea o la diálisis, que agotan los presupuestos del sistema de salud e individuales.	Costo Beneficio. Gasto económico para el Estado y el paciente en la recuperación. Dependerá de la cantidad de recursos. Con respecto a esta pregunta un grupo de los entrevistados manifestó que hay ámbitos que no son sostenibles una vez culminado el apoyo extranjero, el que más resaltan es la falta de recurso económico que se destinada para ejecutar el programa de promoción. Además, se debe tener en cuenta que se obtiene un beneficio ya que personas empoderadas tendrán mejor control sobre su salud y consecuentemente no demandara mayores servicios de salud lo que generará ahorro de dinero para el Estado (por el uso del SIS) y para el propio paciente
Si	Los centros de salud de intervención cuentan con resolución directoral que decreta la continuidad y prioridad la promoción de la salud y prevención de riesgos de las ENTs.	
Si	Los insumos a necesitar para la detección, tratamiento, control y evaluación de los pacientes con pre-hata y Hta están cubiertas por el SeguroIntegral de Salud.	

3.¿Qué lecciones se pueden extraer de esos ámbitos?	Interpretación
Importante concientizar y socializar los planes de acción para reducir las ENT como el PROYECTO CI-HTA no solo a los beneficiarios sino también a los profesionales de salud del C.S.	La lección que mayormente mencionan es que se necesita de inversión económica para llevar a cabo los programa de promoción y la necesidad de cambiar la mentalidad política
La necesidad de contar con un equipo de voluntariado, serumistas-internos para mejorar su	

salud física, mental, emocional, nutricional y estilos de vida saludable de los residentes.	<p>para ejecutar programas destinados al control de ENT ya que se obtuvo mejorar los indicadores de salud. Hace falta la concientización sobre las repercusiones que traen el incremento de estas enfermedades.</p> <p>Se demostró que nos enfocamos en otras actividades que van más allá de la parte recuperativa del paciente, sino que realizamos diversas actividades en beneficio y agrado del paciente (Visitas domiciliarias, sesiones educativas y recreativas)</p>
El trabajo en equipo para controlar y dar seguimiento para reducir los factores de riesgo de los pacientes con HTA.	
Presupuesto destinado para la promoción y la prevención.	
Mejorar el ambiente laboral ya que hay choque de generaciones entre los profesionales de salud	
Los pacientes con HTA son la mayoría adultos mayores quienes tienen otros ENT como diabetes etc. Por lo tanto, Ampliar la intervención a otros daños no transmisibles: Diabetes mellitus y cáncer. Importantes a nivel nacional y regional.	
Monitoreo diario, semanal y mensual de los indicadores de mejora en los estilos de vida saludable y prevención de factores de riesgos.	
La atención integral multidisciplinaria necesario para los pacientes crónicos quienes necesitan un monitoreo y seguimiento planificado, el cual debe contar con un tratamiento médico, visitas domiciliarias, sesiones educativas, actividades recreativas.	

4.2 En qué medida han asumido los beneficiarios de la intervención o los asociados nacionales el proyecto como propio y están dotados de la capacidad y los recursos necesarios para mantener los resultados de la actividad una vez que se interrumpa la financiación externa?	Interpretación
Algunos profesionales de la salud lo ven como un proyecto externo.	Visión de Proyecto como algo externo
Los pacientes han asumido el proyecto como algo positivo, porque se trata de su salud y en la actualidad están dotados de muchas capacidades por que la mayoría de nuestros pacientes son promotores de su comunidad.	Pacientes dotados de capacidades y son promotores de la comunidad
Algunos pacientes son nuestro promotores de	Pacientes capacitados para ser

<p>salud por lo que están capacitados para ser agentes de cambio de su comunidad.</p> <p>El centro de salud estuvo optimista de que el proyecto de promoción continué es peremos que eso se concrete ya que pensaban extenderlo a la prevención de enfermedades no transmisibles</p>	<p>agentes comunitarios.</p> <p>Aumentar la cobertura de ENT</p>
En una medida intermedia baja.	Baja medida
En baja medida.	Baja medida
Se ha asumido parcialment e ya que en la actualidad no hay señales de continui dad en el tiempo	Parcialmente
Por parte de sal ud aun no lo reconocen com o propio y eso hace que falte el involucramient o por parte del personal de salud en la captación, atencion, recuperación y prevencion de complicaciones futuras.	<p>Vision de trabajo aislado por Parte del C.S con respecto al programa de promocijon.</p> <p>Falta de invol ucramiento del personal de salud.</p>
No	
todavía no se sabe si continuará el programa una vez que se t ermine el proyecto. los pacientes desean continuar con el programa	Deseo de continui dad por parte de los pacientes.
En las 2 instituciones mayores fueron publicadas las Resoluciones Directorales para que en los 4 CC.SS. se siga continuando con las actividades, sin embargo esto se vería en m edida de que las autoridades presentes no sean cambi adas o desestimen tal avance.	<p>Publicación de Resoluciones Directorales para la continuidad del proyecto.</p> <p>Decisión polfítica.</p>
están involucrados y capacitados	Involucramiento y Capacitación
Se debería formul ar un compromiso con los asociados para que se tenga una continuidad con el proyecto.	Com promiso con los asociados para la continuidad.
No tenem os los recursos necesarios, es muy dificil darles sostenibilidad al programa sin embargo desde promoción de la sal ud lo consideramos en el plan operativo anual para trat ar de alguna manera contar con algo de financiamiento y continuar. En general en el sector salud hay insuficiente recurso humano y financiero.	<p>Aun faltan recursos.</p> <p>Estará inmerso en el plan anual de promoción de la salud</p>
El gobi erno Regional debería de involucrarse más	Involucramiento de las

<p>con los proyectos de salud. Los resultados obtenidos deberían ser publicados para que se conviertan en política nacional.</p> <p>Las lecciones aprendidas también deberían darse a conocer.</p>	<p>autoridades.</p> <p>Publicación de resultados y de las lecciones aprendidas.</p>
--	---

<p>5¿Contribuyó la intervención a un aumento de la capacidad de las organizaciones locales para seguir brindando servicios de calidad dirigidos a los hipertensos y pre-hipertensos?</p>	<p>Interpretación</p>
<p>Si. Solicitan medida de presión gratuita en algunas instituciones y eso ayuda a prevenir.</p>	<p>Solicitan nuestra presencia en las campañas</p>
<p>Si</p>	<p>Si</p>
<p>Las organizaciones local es no están comprometidas con el trabajo comunitario.</p>	<p>Falta de compromiso de organización locales</p>
<p>Si en el propio centro de salud.</p>	<p>Si</p>
<p>No</p>	<p>No</p>
<p>Contribuye en gran escala, siempre que las autoridades le brinden la adecuada atención que merece</p>	<p>Solo si se les brinda la atención educada</p>
<p>Creo que aun falta el compromiso de las organizaciones locales (Municipio, Centro de salud) en brindar una adecuada atención.</p>	<p>No. Falta de compromiso</p>
<p>Si</p>	<p>Si</p>
<p>Si</p>	<p>Si</p>
<p>Si, se han organizado en algunos centros en pro de mejorar la atención y captación de hipertensos y pre-hipertensos.</p>	<p>Si. Están organizados para la captación</p>
<p>Mucho</p>	<p>Si</p>
<p>Si</p>	<p>Si</p>
<p>Si</p>	<p>Si</p>
<p>Este proyecto sirve para que las organizaciones de base se empoderen, además les permite tener conocimiento sobre los temas ejecutados. Las actividades realizadas en el colegio. Solo se podrá replicar si ellos tienen conocimiento de las actividades que se realicen y que se involucren.</p>	<p>Si porque tienen empoderamiento.</p>

6¿Qué factores facilitará en mayor medida que la intervención fuera sostenible?	Interpretación
La creación de un área específica de promoción de la salud con personal exclusivo y funciones definidas.	Área destinada a promoción de la salud. Personal exclusivo con funciones definidas.
El factor económico.	Factor económico
El compromiso de las autoridades del gobierno local. El compromiso de las autoridades de salud. La capacitación constante y trabajo armonioso.	Con promiso de las autoridades Municipales como del sector salud. Capacitación constante Trabajo armonioso
Alianzas eficaces, factores relacionados a los propios beneficiarios.	Alianzas eficaces
El factor económico administrado de manera transparente, un recurso humano con estabilidad laboral, bien concientizado	Factor económico ejecutado con transparencia. Estabilidad laboral
Factores políticos, económicos, laborales	Factor: Político, económico y laboral
En si es un proyecto que no necesita mucha inversión, es más su disponibilidad del personal de salud a realizar actividades del programa y que tomen conciencia de la importancia de la prevención en enfermedades crónicas no transmisibles.	Disposición del personal para ejecutar programas de promoción de la salud.
La participación activa del personal y la concientización del médico jefe.	Personal con participación activa. Médico jefe concientizado
Que el programa sea una estrategia nacional ya aprobada por el ministerio de salud y que se encuentren en todos los centros.	Que el programa se convierta en estrategia nacional y se ejecute en todos los centros.
Compromiso formal por parte de las autoridades mayores (MINSA), inclusión del programa en las intervenciones nacionales.	Con promiso del MINSA, inclusión del programa en las intervenciones nacionales.
Ampliar a diabetes y cáncer como preventivo	Ampliar la intervención a enfermedades como diabetes y cáncer
La gestión y el compromiso por parte del estado y el ministerio	Gestión y compromiso del Estado y Ministerio

Mayor recurso humano, recursos financieros lo que permitirá extender la experiencia a otras zonas del Callao.	Dotación de Recurso humano y financiero para extender el proyecto a otros centros de salud.
Decisión política. Financiamiento económico. Soporte del programa Datos o resultados tienen que ser publicados.	Decisión política, soporte económico. Publicación de resultados.

¿Qué factores impedirán en mayor medida que la intervención fuera sostenible?	Interpretación
No crear un equipo de Promoción de la salud.	Falta de soporte político. Que no haya personal exclusivo. Falta de competencias profesionales.
El factor económico	
La falta de compromiso de las autoridades.	
Ninguna	
Una mala administración de los recursos, la falta de voluntad de desarrollar un proyecto con el único fin de beneficiar a la población (sin querer sacar un beneficio propio)	
Factores Políticos.	
Si bien es cierto Koic a ha puesto de su parte ofreciendo capacitación pero aun falta el compromiso del personal a asistir aun siendo sin costo, trabajo articulado con otras instituciones y la falta de compromiso por parte del sector de salud.	
Lo económico, la carga de trabajo para un solo personal (déficit del personal).	
Que el Ministerio de salud no lo considere estrategia nacional	
Cambio de autoridades.	
Brecha de recurso humano	
La falta de recursos tanto humanos como materiales.	
La falta de compromiso y apoyo de las autoridades locales.	
Ausencia de soporte político Que no haya personal destinado a realizar promoción de la salud. La falta de entrenamiento personal.	