

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN
DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LA RED DE
SALUD – CHUPACA, JUNÍN 2014- 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
POLÍTICA Y GESTIÓN DE SALUD EN ENFERMERÍA**

INGRID TINOCO GARCÍA

**Callao, 2017
PERÚ**

Quiso E. Ríos

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN VOCAL

ASESORA: Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 315

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato Nº 2223-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	15
2.3 Definición de Términos	49
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	51
3.1 Recolección de Datos	51
3.2 Experiencia Profesional	51
3.3 Procesos Realizados del Informe	53
IV. RESULTADOS	55
V. CONCLUSIONES	63
VI. RECOMENDACIONES	65
VII. REFERENCIALES	66
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

Debemos señalar que la salud es un derecho, esto quiere decir que el Estado tiene la obligación de brindar atención en salud y para ello debe estar organizado de acuerdo a los requerimientos de salud que la población necesita, lo que implica trabajar sobre la salud tal como la vive la población. El sistema de salud debe responder y ser coherente a una definición de salud que se corresponda a la realidad de la población con la que busca trabajar. A nuestro parecer el sistema institucional de salud peruano no termina de garantizar el derecho a la salud prioritariamente por no ser integral y no ser incluyente. Ante ello, la implantación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), en el Perú pretende lograr una reingeniería de los procesos de Atención Primaria de Salud, con los correspondientes cambios en las políticas, normatividad, perfil de los recursos humanos y otros necesarios para ofrecer cuidados de mayor calidad, integralidad y continuidad a la persona, familia y comunidad.

El presente informe de experiencia profesional titulado "Gestión de enfermería en el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad en los establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Red de Salud Chupaca en el periodo del 2014 al 2016", tiene por finalidad describir la Gestión de enfermería en el proceso de Implementación de la Atención Integral de Salud BF y C en el Marco de la Atención Primaria de Salud dentro de la reforma del sector salud, así mismo, contribuirá a identificar y tener una base teórica y práctica para el manejo del proceso de implementación de las Políticas de Salud a Nivel Local.

Su contenido consta de siete capítulos: Capítulo I : Planteamiento del problema; Capítulo II : Marco Teórico; Capítulo III :Experiencia profesional; Capítulo IV : Resultados; Capítulo V : Conclusiones ; Capítulo VI : Recomendaciones , Capítulo VII : Referenciales y Anexos.

El trabajo estuvo limitado por los pocos de trabajos de investigación realizados.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La atención de la salud, como concepto, política de gobierno, actividad pública y práctica profesional ha evolucionado radicalmente en los últimos 30 años. Cada vez hay más conciencia que la salud de las personas no depende sólo de las bondades de los servicios de salud y que las intervenciones preventivas a cada individuo no son suficientes para mejorar el nivel de salud de la población, a menos que se influya sobre los factores que la condicionan. En lo que a servicios de salud se refiere, los modelos de atención actuales procuran que en el primer nivel de atención, más allá que tratar los motivos de las consultas médicas, se implementen intervenciones que cubran de manera cada vez más inclusiva otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad. (1)

El MAIS-BFC satisface y enriquece el planteamiento de APS renovada y tiene un doble aporte: uno de tipo político conceptual al asumir la renovación de la atención primaria en el marco de un modelo de atención integral que busca transformar el sistema de salud, y el segundo de tipo práctico donde puede mostrar experiencias de formación de personal, manuales operativos, protocolos de acción y de atención y territorios donde el derecho a la salud se convierte en realidad concreta.

Nivel Internacional:

La OMS ha venido promoviendo la Atención Primaria de Salud (APS) desde los años setenta y luego en la Conferencia Internacional en Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud, donde plantean como estrategia final conseguir la "Salud Para Todos", en el cual se planteó como un gran objetivo mundial para el año 2000. (2)

Al iniciarse el siglo XXI, y comprobar que el mercado no respondió como se esperaba para resolver los pendientes, y la persistencia en América Latina de problemas como la extensión de la cobertura, y la equidad en el

acceso a servicios de salud de calidad, surge la perspectiva de la Salud como Derecho Social, y su abordaje a partir de los determinantes sociales. (3)

La definición del Institute of Medicine (IOM) de EEUU, precisa que la "Atención Primaria de Salud (Primary Health Care) es la provisión de servicios de salud integrados y accesibles, por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad" (4).

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada. Es por ello que nuestra propuesta plantea un modelo de atención basado en el sistema público de salud. (1)

A nivel Nacional

De acuerdo con la nueva constitución (Congreso de la República, 1993), en el Perú la salud se considera un derecho de orden social para toda la población (5).

En este contexto, Perú desarrolla un proceso de reforma del sistema de salud que en las últimas dos décadas ha pasado de un modelo segmentado y mixto hacia un modelo que se pretende de aseguramiento universal.

Se identifican tres periodos históricos en el desarrollo de la estrategia APS en el país, la cual tiene una larga trayectoria, que se remonta desde finales de la década de los 1970.(6)

El primer periodo comprende hasta la década de los 1990, a partir de los planteamientos de Alma Ata se desarrollaron diversas experiencias de

APS, de tipo selectivo y localizadas en zonas específicas del país, como El programa de Medicina Rural en Puno (dirigido por el Dr. Manuel Núñez Buitrón), el Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico en Cajamarca (Altobelli et al, 2001), el Proyecto 2000, el Proyecto Salud y Nutrición Básica, el Proyecto Una Nueva Iniciativa, y el Programa Salud Básica Para Todos (Calderón, 2004). (6)

A partir de esos aprendizajes, en el 2003 el Ministerio de Salud formuló y formalizó, mediante la Resolución 729, el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual se considera una reforma fundamental de la salud pública y marca el inicio del segundo periodo de la APS.(7)

Se destacan como los cambios y avances más importantes de este periodo la incorporación de formas de atención extramural con Equipos Básicos de Salud y modalidades de oferta móvil para poblaciones dispersas (equipos o brigadas itinerantes de atención integral de salud), la definición y aprobación de normas técnicas para la atención por etapa de vida, además de la conformación de redes y microrredes de provisión de servicios de salud por el Ministerio de Salud. (6)

Paralelo al desarrollo de la APS, dentro del proceso peruano de reforma en salud, se introducen otras estrategias con cambios significativos en la organización y funcionamiento gubernamental tales como la Descentralización en Salud, la implementación del Presupuesto por Resultados, el Aseguramiento Universal en Salud, el programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud. (7)

En la primera década del MAIS la implementación fue limitada respecto a las características de la propuesta conceptual, por un predominio de acciones del sector salud centrada en las personas y fragmentada por etapa de vida, sobre otras acciones requeridas en la familia, la comunidad, el entorno; y también se reconoce que en general las acciones intersectoriales fueron escasas. (6)

En consecuencia, se retoman, integran y convierten desde el 2011 en los ejes del nuevo Modelo denominado de **Atención Integral de Salud**

basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC), el cual constituye el inicio del tercer periodo de desarrollo y ajuste de la APS en Perú.(7)

A nivel Local

En el Proceso de implementación del documento técnico del MAIS -BFC es de aplicación en todo las IPRESS de la Red de Salud Chupaca, por ser documento técnico normativo del ministerio de salud.

1.2. Objetivos

Describir la experiencia profesional de la Gestión de enfermería en el Proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado Familia y comunidad en la Red de Salud Chupaca , 2014 - 2016.

1.3. Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la Gestión que cumple el profesional de enfermería en el proceso de Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado Familia y comunidad en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de la Red de Salud Chupaca en el Periodo del 2014 – 2016 con el propósito de lograr fortalecer el sistema de salud, y permita mejorar el nivel de salud de la población y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud.

Así mismo el presente informe se justifica:

Nivel Teórico:

El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos del Modelo de atención integral de salud basada en Familia y comunidad que permite fortalecer el sistema de salud organizado, de prácticas basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma.

En este modelo se incorpora -con especial énfasis- la dimensión preventivo-promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad.

Nivel Metodológico:

El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer el proceso de Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Basada en Familia y comunidad con la finalidad de fortalecer el sistema de salud desde la APS.

Nivel Social:

A nivel social el informe beneficiará al profesional de enfermería que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención ya que se consolidara el liderazgo que tiene en la comunidad, además se fortalecerá las funciones que tiene el profesional de enfermería desde el enfoque Biopsicosocial n con carácter integral, familiar y comunitario, entendiendo que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias: priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado (5)

Nivel Práctico:

A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, personal de salud y actores sociales de la comunidad proceso de Implementación del Modelo de atención Integral Basado en Familia y comunidad.

Nivel Económico:

Al realizar la Implementación del Modelo de atención integral Basada en Familia y comunidad se estará fomentando lo siguiente:

- El costo beneficio de la prevención de la enfermedad, disminuyendo la severidad de la misma y los impactos en las familias que las padecen.
- Los avances hacia la cobertura universal, tienen que ser objeto a corto plazo mejorar la calidad de vida de las familias más pobres, esto centrado en coberturas de atención al individuo, lo que permitirá que los recursos económicos de las familias no se vean afectados y permita el desarrollo sostenible de los mismos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

En muchas partes del mundo existe gran escepticismo respecto a la manera y la medida en que las autoridades sanitarias asumen su responsabilidad en materia de salud, desean que la atención de salud se organice entorno a sus necesidades, respete sus creencias y tenga presente su situación particular, tanto en los países pobres como en los ricos, la gente espera de la atención de salud algo más que intervenciones, hace 30 años, muchos consideraban radicales los valores de equidad, centralidad de las personas, participación comunitaria y libre determinación propugnados por el movimiento en pro de la APS. Actualmente esos valores se han convertido en expectativas sociales para la salud ampliamente compartidas, que cada vez son más comunes en muchas sociedades del mundo, aunque el lenguaje utilizado para expresarlas pueda ser distinto del empleado en Alma-Ata

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 Constituye el mayor pronunciamiento internacional en salud que hasta hoy ha tenido lugar en el mundo, sigue siendo el marco en el que se reconocen y confluyen la mayor parte de quienes luchan por el derecho a la salud de los pueblos; Alma Ata proclama que la atención primaria de la salud (APS) es la clave para lograr salud para todos los pueblos del mundo cuya VII declaración señala que la Atención Primaria:

“...Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función

central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. "(8)

Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)MINSA: Managua -2ed. Marzo 2007. (Serie No.1 MOSAFC)

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario como se establece en la Ley 423, es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial.

Dicho Modelo, es el conjunto de normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que dan las líneas de acción para su implementación. Enfoca la atención a las familias, personas y comunidad como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y protección de su salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o la persona enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y al medio ambiente que le rodea (9)

2.1.2. A nivel nacional

Miguel A. Suárez-Bustamante, Arturo Jurado-Vega Méd. Dr. Méd. Dr., MF, Mag.Sal.Púb, Implementando la Atención Integral de Salud: Intervención en un área Urbano-marginal vulnerable de Lima, Perú.

Señala que la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) es un abordaje sistemático para el mejoramiento de las intervenciones en el ámbito comunitario cuya conclusión fue lograr construir una experiencia exitosa en el proceso de ofrecer atención integral de salud en beneficio de

la comunidad y esta experiencia está nutriendo nuevas iniciativas que se proponen expandir la implementación del MAIS en el Perú. Validación de dichos procesos en la práctica de la atención de una población urbana pobre, con énfasis en la promoción de la salud y prevención, el enfoque familiar y comunitario, el enfoque centrado en la persona, el trabajo basado en equipos con adscripción territorial, el modelo de gestión orientado a la Atención Primaria y el enfoque docente-asistencial. (10)

Cuyo resultado fue plantear la Propuesta concreta de procesos que articulan los principios de medicina familiar y la atención integral de salud para lograr operativizar los componentes del MAIS. Validación de dichos procesos en la práctica de la atención de una población urbana pobre, con énfasis en la promoción de la salud y prevención, el enfoque familiar y comunitario, el enfoque centrado en la persona, el trabajo basado en equipos con adscripción territorial, el modelo de gestión orientado a la Atención Primaria y el enfoque docente-asistencial y cuyas,

Conclusiones fue que logró construir una experiencia exitosa en el proceso de ofrecer atención integral de salud en beneficio de la comunidad y en la actualidad, esta experiencia está nutriendo nuevas iniciativas que se proponen expandir la implementación del MAIS en el Perú. (10)

Fernando Carbone Campoverde, en su publicación SALUD PÚBLICA CENTRADA EN LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD en la Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(4):836-7. Señala que a inicios del siglo XXI empieza a afirmarse una visión holística de la salud desde el enfoque de derechos: la salud como un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural, energética y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la persona, la familia, la comunidad y la naturaleza; estamos ante un nuevo paradigma del siglo XXI: la salud basada en la persona, la familia y la comunidad que recoge el mensaje

olvidado de la Conferencia Mundial de Alma Ata, donde el Dr. David Tejada de Rivero, ex ministro de Salud del Perú, menciona lo siguiente:

“La salud no es solo un derecho universal reconocido, sino un deber y una responsabilidad de todas las personas de la sociedad. La salud es responsabilidad de todos y cuando hablamos de atención primaria de la salud (APS) nos estamos refiriendo al cuidado integral de la salud para todos y por todos...”

Cuando hablamos de atención primaria de la salud (APS) nos estamos refiriendo al cuidado integral de la salud para todos y por todos, y debemos apostar por preservar, conservar, mantener la salud y, cuando la misma se haya perdido, recuperarla y rehabilitarla.

La operativización del MAIS BFC que MMN y SSLP apoyan desde el 2011 en la provincia de Churcampa (región Huancavelica), desarrolla estrategias y herramientas que hacen posible la implementación del MAIS, La horizontalización programática, como la forma de ejecutar en el primer nivel las estrategias nacionales de salud en la prestación de los cuidados integrales: la atención individual por etapas de vida, la atención familiar y la atención comunitaria., concluyendo prioritariamente que Sí es posible desarrollar un modelo de atención integral e incluyente, que universaliza y garantiza el Derecho a la Salud, fundamento para la equidad sanitaria y el punto de inicio para la transformación positiva de los sistemas de salud y para mejorar la calidad de la vida y la felicidad de la población. (11)

Oscar Feo, Katherine Tobar **Evaluación “Modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud” PERÚ, 2015**; Describe que la operativización del modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en las áreas piloto del proyecto en la Red Churcampa, fue reconocido en todos los niveles, pero principalmente a nivel regional, en la red y los centros/puestos de salud; en estos niveles se destaca el aporte del proyecto en materializar el carácter integral e integrador del MAIS-BFC y su incidencia sobre los determinantes sociales

de la salud., así mismo las autoridades locales, regionales y nacionales reconocen y señalaron que:

El nivel local: “El MAIS es 100% preventivo y promocional con énfasis en atención integral; con el proyecto que entra en 2011 ayuda enormemente en los procesos operativos y aborda los determinantes sociales”

La DIRESA Huancavelica (Perú) menciona: “Hay diferencias con las otras redes, en Churcampa se habla de la atención integral de salud, y hay más integración con las autoridades.....Si pudiese extender a las otras redes lo haría, es un interés regional el potenciar el primer nivel atención”

Finalmente los mandos medios del Ministerio de Salud del Perú conocen y valora la importancia del proyecto para implementar el modelo MAIS-BFC, especialmente destacan la relación con la familia y la comunidad.

El MAIS-BCF ha logrado desarrollar en las zonas piloto un modelo de atención que combina los enfoques teóricos de la APS-R con un enfoque que se expresa en los diversos espacios de la vida social: la familia, la comunidad y el propio individuo, pero así como el enfoque de la APS requiere ser complementado y enriquecido con los enfoques de género, pertinencia intercultural y armonía con el ambiente, igualmente el MAIS-BFC, que contienen esos elementos en su marco conceptual, debe hacer esfuerzos en su operativización, sobre todo en los componentes de pertinencia intercultural, género y armonía con el ambiente. (12)

El MAIS-BFC satisface y enriquece el planteamiento de APS renovada y tiene un doble aporte: uno de tipo político conceptual al asumir la renovación de la atención primaria en el marco de un modelo de atención integral que busca transformar el sistema de salud, y el segundo de tipo práctico donde puede mostrar experiencias de formación de personal, manuales operativos, protocolos de acción y de atención y territorios donde el derecho a la salud se convierte en realidad concreta.(12)

Siendo la conjunción proyecto multipaís/MAIS-BFC un modelo exitoso, por cuyos resultados del desarrollo el MAIS-BFC permiten recomendar aplicarse y su replicabilidad sin duda a nivel nacional; y pudiera ser útil y generar lecciones interesantes para otros países interesados en el desarrollo de modelos de atención integrales e incluyentes, es necesario

señalar que se por ello requeriría un fuerte compromiso político, un sólido trabajo de sensibilización y capacitación del personal, profundizar el reordenamiento territorial y adecuar la infraestructura de atención, para la implementación adecuada del MAIS-BFC. (12)

En resumen, la intervención como modelo de atención que asume a la salud como derecho de la población y promueve el fortalecimiento del sistema de salud partiendo del primer nivel de atención, y el desarrollo del modelo en los tres niveles de acción: Individuo, Familia y Comunidad, permite que se identifique y actúe sobre los determinantes sociales, económicos, culturales, geográficos y políticos de la salud y la enfermedad, garantizando la integralidad de la atención con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que se articulan en forma complementaria. (12)

De este modo, podemos señalar que la atención a la salud como expresión de calidad de vida, el estudio de los determinantes, el desarrollo prioritario de los servicios de base adecuadamente integrados al sistema, y con la activa y fundamental presencia de la población como sujeto del cambio, es llamada atención primaria de la salud. Primaria en el sentido de principal y prioritaria.

En la búsqueda de bases de datos a nivel mundial, latinoamericano y nacional se encontraron muchos trabajos de investigaciones cercanas o relacionadas al objeto de estudio, por lo que tomo como referencia los estudios citados.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

PROGRESOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN EL PERÚ.

A partir de los planteamientos de Alma Ata se desarrollaron diversas experiencias de APS, aunque se reconoce que estas se caracterizaron por ser en general de tipo selectivo y localizadas en zonas específicas del país, como fueron El programa de Medicina Rural en Puno (dirigido por el Dr. Manuel Núñez Buitrón), el Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico en Cajamarca (Altobelli et al, 2001), el Proyecto 2000, el Proyecto Salud y Nutrición Básica, el Proyecto Una Nueva Iniciativa, y el Programa Salud Básica Para Todos (Calderón, 2004).

En el 2003 el Ministerio de Salud formuló y formalizó, mediante la Resolución 729, el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual se considera una reforma fundamental de la salud pública y marca el inicio del segundo periodo de la APS. El MAIS se describe como un nuevo enfoque que tiene como eje central las necesidades de salud para orientar la forma de organización y funcionamiento de los servicios de salud (Medicus Mundi et al, 2012).

La atención de la salud ha evolucionado radicalmente en los últimos 30 años, se busca intervenciones que cubran de manera cada vez más inclusiva otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad, con la intervención sobre los determinantes sociales de la salud, que es reconocida como indispensable para asegurar mejoras en el nivel de salud de la población. (13)

El Estado peruano ha identificado como objetivos prioritarios de salud la reducción de la desnutrición crónica infantil, la disminución de la mortalidad materna y perinatal, el control de enfermedades transmisibles y el control de enfermedades crónicas y degenerativas; Paralelo al desarrollo de la APS, dentro del proceso peruano de reforma en salud, se

introducen otras estrategias con cambios significativos en la organización y funcionamiento gubernamental tales como:

- La Descentralización en Salud.
- La implementación del Presupuesto por Resultados.
- El Aseguramiento Universal en Salud.
- El programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud y
- El establecimiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar.

Como logros conjuntos de esas estrategias se reportan como resultados un mejoramiento progresivo de los indicadores de salud con énfasis en la disminución de la mortalidad materna e infantil. Estas estrategias giran en torno a dos ejes:

- El fortalecimiento de la rectoría del sector y
- El cambio del modelo de atención (MAIS BFC);

Sin embargo, se considera que en la primera década del MAIS la implementación fue limitada, por un predominio de acciones del sector salud centradas en las personas y fragmentadas por etapa de vida, sobre otras acciones requeridas en la familia, la comunidad, el entorno; y también se reconoce que en general las acciones intersectoriales fueron escasas. (14)

Las explicaciones para la limitada implementación del MAIS fueron el perfil de los equipos de salud local con orientación y formación fundamentalmente asistencialista, y las demandas de aplicar normas de atención integral a la persona por ciclos de vida, y apoyar la diversidad de estrategias sanitarias de prioridades nacionales y regionales, alineadas a compromisos transnacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre estos Salud Sexual y Reproductiva, Nutrición y Alimentación Saludable, Malaria, Tuberculosis, Inmunizaciones, Salud Mental; con esta fragmentación se duplicaban las acciones y no se lograba incorporar dentro de los servicios del primer nivel de atención las intervenciones a la familia y a la comunidad. (14)

También se destacan aspectos débiles del modelo tales como:

- El insuficiente desarrollo de un sistema de información integrado que apoyara la gestión y la atención en salud.
- La restringida gestión de la formación y desarrollo de recursos humanos,
- El inadecuado número o densidad de profesionales.
- El limitado financiamiento en el sistema de salud para las intervenciones de salud colectiva.

Estos aspectos sustentan las modificaciones en la organización y la gestión del Ministerio de salud así mismo los cambios normativos de reglamentaciones que se expiden recientemente para apoyar la reforma del sistema de salud y la implementación del actual Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC).

En consecuencia, estos elementos se retoman, integran y convierten desde el 2011 en los ejes del nuevo Modelo denominado de **Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC)**, el cual constituye el inicio del tercer periodo de desarrollo y ajuste de la APS en Perú. En resumen, los ajustes y las características del MAIS-BFC se pueden agrupar en dos componentes fundamentales:

1. **Primero Componente:** La reforma del modelo de atención para trascender de un enfoque de medicina familiar con un paradigma asistencialista hacia un enfoque de salud familiar más integral, basado en la familia y la comunidad;
2. **Segundo Componente:** comprende diversos programas de fortalecimiento del primer nivel de atención en las áreas de equipamiento, medicamentos, capacitación e incentivos laborales, y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud. (14)

CONCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL PERU

La gestión sectorial de la atención de salud está enfocada principalmente hacia el desarrollo de los establecimientos de salud, a la extensión de la cobertura de atención y el fortalecimiento de los servicios de salud; como el Ministerio de Salud, en un esfuerzo de modernización y adecuación de la prestación de salud elaboró el documento técnico La Salud Integral, Compromiso de Todos, que da como resultado El Modelo de Atención Integral de Salud B y FC.

Este es diseñado como una política nacional de APS, reestructurada recientemente desde el Ministerio de Salud para el Sistema de Salud Peruano, con fundamento legislativo en la R.M. N° 464 del 2011, en la cual se define el Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC).

(MINSa, 2011; p.23) El documento técnico del Ministerio de Salud desarrolla el MAIS-BFC donde se establece que este modelo toma como punto de partida la definición de APS de Alma Ata, y se fundamenta primordialmente en los principios, valores y estrategias de la APS renovada, acogiendo como definición aquella

... **“transformación de los sistemas de salud, de modo que puedan hacer de la APS su fundamento. Para tal propósito, se demanda (...) reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención; ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios; requiere adicionalmente de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y en la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS”.** (6)

En el documento también se enuncia los elementos esenciales que en un sistema de salud, basado en la APS-R, debe tener: acceso y cobertura universal; atención integral e integrada; énfasis en la promoción y la prevención; atención apropiada con calidad; orientación familiar y

comunitaria; mecanismos activos de participación; marco legal e institucional; organización y gestión óptimas; políticas y programas pro equidad; primer contacto del paciente con el sistema de salud; recursos humanos apropiados y competentes; recursos financieros suficientes adecuados y sostenibles; y, acciones intersectoriales e interculturalidad. Finalmente, es necesario reconocer que la promoción de la salud es una función esencial de la salud pública, y la APS es una estrategia para el desarrollo de la salud.

Entre los cambios más importantes a nivel del Ministerio de Salud pueden mencionarse los siguientes:

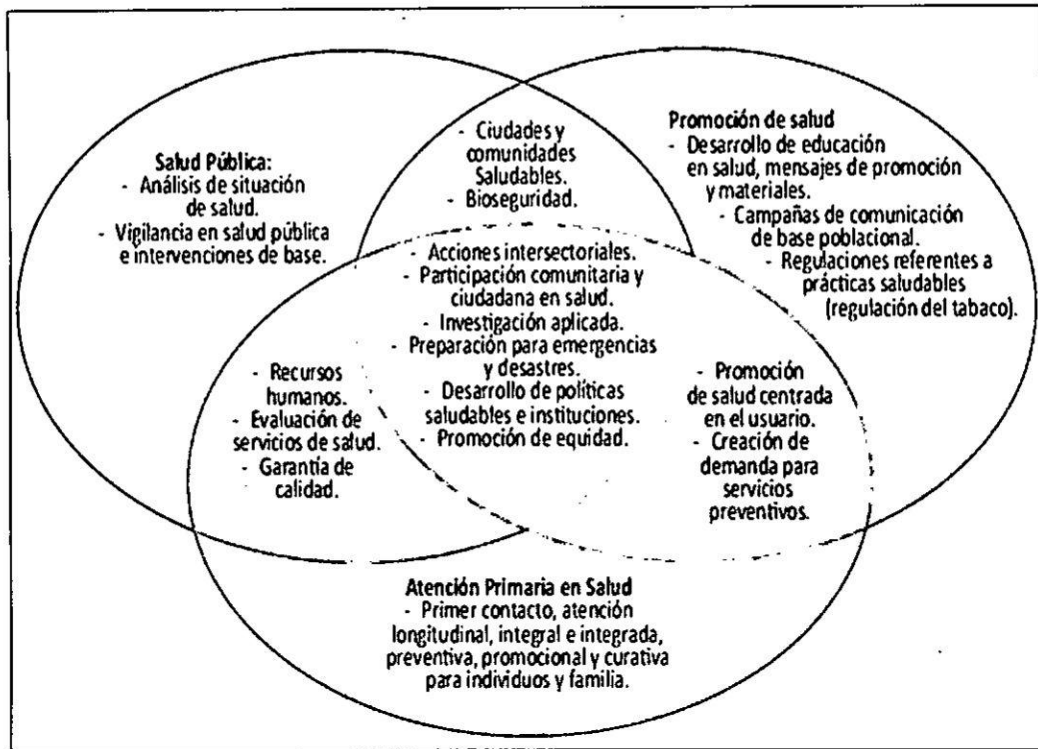
- ✓ La aprobación de una serie de documentos técnico-normativos para la implementación de la atención integral a la persona por etapa de vida.
- Entre los cambios ocurridos en los servicios de salud para la implementación de la atención integral de salud, se pueden mencionar:
 - ✓ La conformación de redes y microrredes de salud del Ministerio de Salud.
 - ✓ El desarrollo de las formas de atención extramural y la aparición de las modalidades de oferta móvil para poblaciones dispersas (equipos o brigadas itinerantes de atención integral de salud).

A pesar de que se aprecia una mejora en los indicadores nacionales en salud, aún continúan existiendo brechas considerables entre las regiones, debido entre otras razones a la inequidad en el acceso a los servicios por razones geográficas, económicas, culturales, administrativas, de género, entre otras.

Las limitaciones en su implementación pueden explicarse en los siguientes términos:

- A pesar de su difusión, continuó predominando la atención a las necesidades sentidas, (que corresponden a la atención del daño y la enfermedad) como la principal actividad de atención de salud.

Articulación entre la APS, la promoción de la salud y la salud pública



DEFINICIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

En el Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC) constituye el referente de política nacional peruano sobre la APS, el marco conceptual se define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención integral a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades que son percibidas o no percibidas por la población), lo que define a la Atención Integral de Salud como:

“La provisión continua y con calidad de una atención orientada a cubrir las necesidades de salud (desarrollo, mantenimiento, derivadas del daño y la discapacidad) con énfasis en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad”. (15)

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias.

FINALIDAD



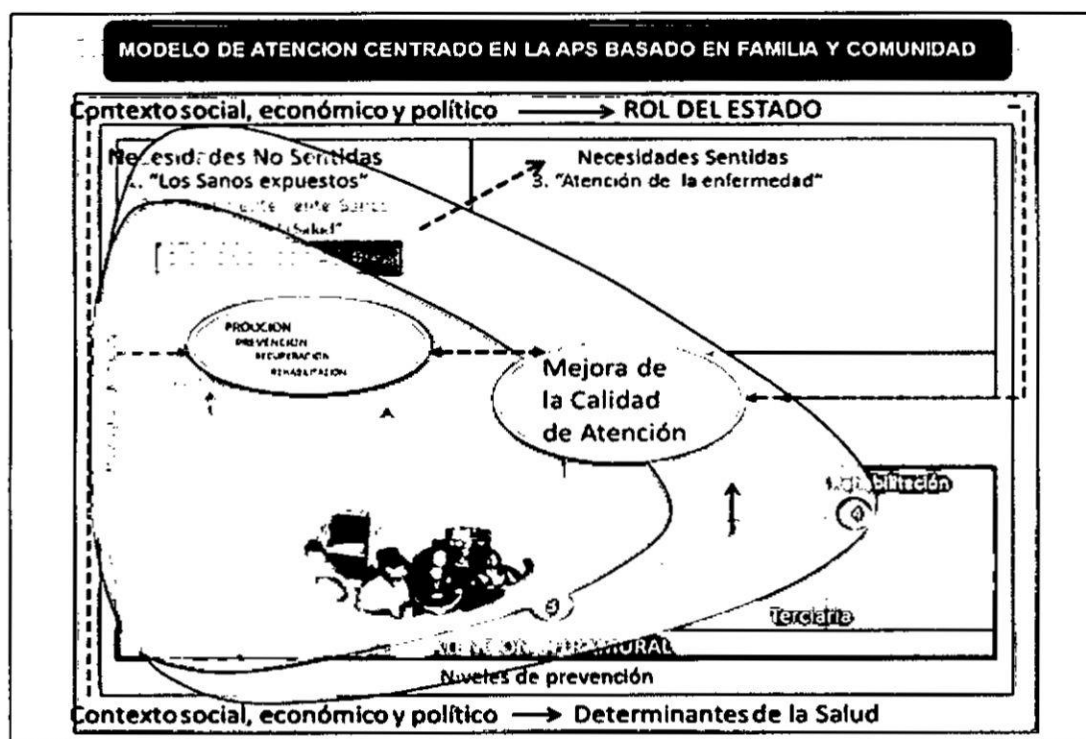
La R.M. N° 464-2011/MINSA señala que la finalidad de MAIS BYFC es **Mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud.**

LA SALUD FAMILIAR CON ENFOQUE INTEGRAL E INTEGRADA:

Se basa en el enfoque Biopsicosocial en esta forma, la atención de salud no puede limitarse a la valoración de la dimensión biológica del individuo, sino que tiene que ir más allá, a la caracterización del mismo en los aspectos cognitivos, psicológicos, afectivos, sociales y culturales y a la contextualización de los hechos motivo de consulta en los ámbitos familiar, social, económico, político y ambiental, generando un marco ecosistémico

para el diagnóstico de las enfermedades y para el abordaje integral de los pacientes que las padecen.

Esto implica comprender los problemas de salud desde diferentes aspectos, y se deben considerar para su entendimiento variable no sólo de índole biológica, sino también de carácter psíquico, social, cultural y



ambiental. (15)

En este enfoque podemos señalar que:

- ✓ La enfermedad no está separada de la persona, ni del medio ambiente.
- ✓ Las causas de las enfermedades son múltiples y el conocimiento se emplea en el contexto de la persona
- ✓ La tarea del médico consiste en comprender la naturaleza de la enfermedad, así como entender al px y el significado que tiene la dolencia para él.
- ✓ La relación médico paciente tiene un efecto importante sobre la enfermedad y su evolución. El paciente también es responsable de cuidar su salud.

- ✓ Todas las enfermedades tienen componentes tanto mentales como físicos.

En un marco de corresponsabilidad con el involucrado y los actores sociales claves, el nuevo enfoque del MAIS-BFC, la puerta de entrada son los Establecimientos de Salud (ES) del primer nivel de atención, los cuales realizan acciones Intramural y extramurales mediante los Equipos Básicos de Salud que tienen a cargo la realización la atención integral con enfoque Biopsicosocial y la visitas a los hogares y desarrollar intervenciones en salud que comprenden un **paquete de atención integral a la persona** (por ciclo de vida), un **paquete de atención integral a la familia por ciclo vital familiar** (PAIFAM) y un **paquete de atención integral a la comunidad Ecomapa.**(15)

Las acciones intramurales de los Establecimientos de Salud incluyen la realización de una historia clínica integral por etapa de vida y atención de profesionales que reciben remisiones para atenciones en salud según las necesidades identificadas en las visitas domiciliarias.



Las acciones extramurales implican visitas domiciliarias con un número mínimo entre dos y cuatro visitas a los hogares en un periodo de un año:

- La primera es la aplicación de fichas familiares para la identificación de riesgos y el diagnóstico de necesidades de los individuos, las familias y la comunidad, con la subsecuente canalización y programación de citas para el desarrollo de los planes de atención integral individual,
- La segunda visita es para negociar con la familia el desarrollo del PAIFAM (Plan de Atención Integral Familiar) hacer el seguimiento de las citas programadas, consejerías y otras intervenciones sanitarias acordadas con la familia.
- La tercera y cuarta visita, se realiza para el seguimiento de lo programado e intervenciones y consejerías específicas acordadas con la familia. (15)

Así, los paquetes de atención incluyen acciones tanto preventivo promocionales como recuperativas a cargo de los profesionales de salud de los establecimientos de salud.

El horizonte perseguido por esta experiencia, el cual busca ofrecer una atención integral en el contexto de una sólida Atención Primaria, es más favorablemente entendido cuando se desarrolla en el marco de un Enfoque Familiar.

A partir de varios autores puede definirse que: El enfoque familiar busca incrementar la salud de una población basándose en la premisa de que los servicios de salud deben ayudar a las personas y familias a satisfacer sus necesidades de salud.

Para lograr este propósito, el enfoque familiar plantea cuatro momentos para su desarrollo:

1. Identificar las necesidades de salud presentes (problemas) y potenciales (factores de riesgo) de la población: personas y familias.
2. Planificar la respuesta ante dichas necesidades como prestaciones del servicio, parte como autocuidado, parte como cuidado familiar o por

otros actores sociales y parte como acción comunitaria o de promoción de la salud.

3. Desarrollar las intervenciones del plan integral y familiar. Éste se ofrece de manera continua por todos los actores, y longitudinalmente según el ciclo de vida de personas y familias.
4. Evaluar los avances en el plan integral y familiar y reprogramar la respuesta según los hallazgos y resultados.



Por otra parte, la complejidad propia de los problemas y daños en salud, obligaba a reconocer la limitación del sector salud para dar cuenta de ellos, correspondiendo entonces buscar la participación de todos los sectores que son parte del desarrollo social, político, técnico y económico en los diferentes niveles de gobierno, por lo que

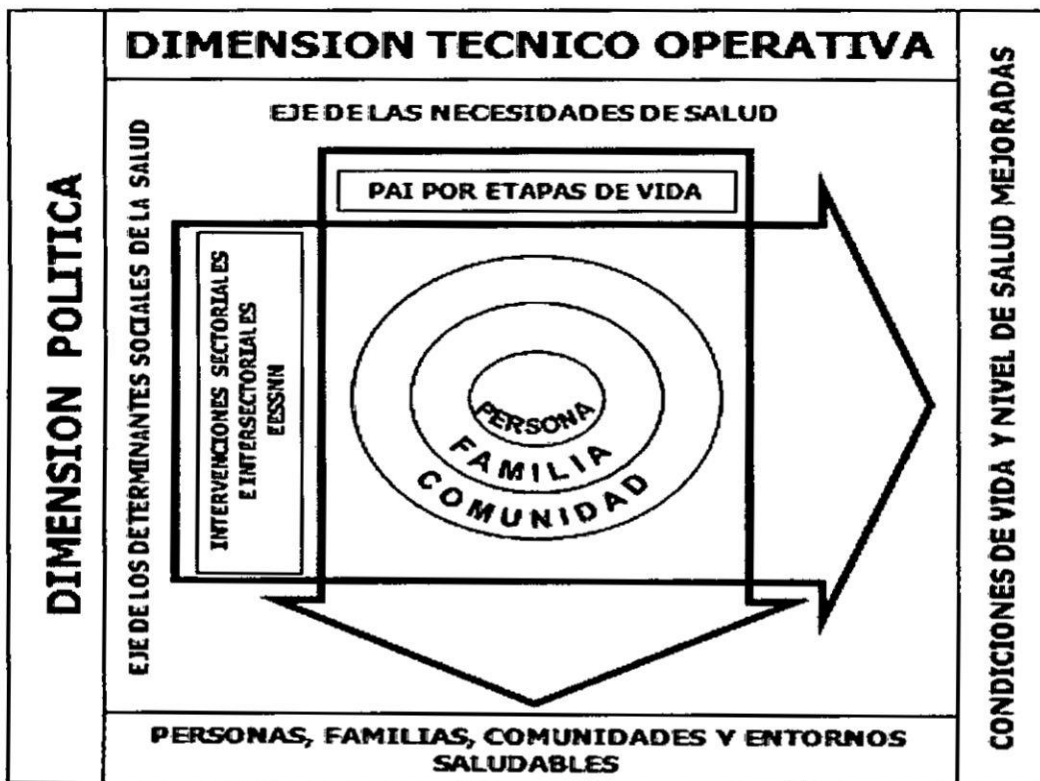
En el modelo se definen dos dimensiones y cuatro componentes para la implementación del MAIS-BFC.

Las dimensiones para la acción son claras, el diseño de un MAIS efectivo depende de las propuestas de:

- a) Incorporar la necesidad impostergable de modificar la demanda, y no limitarla a ser intervenida desde la oferta.
- b) Incorporar la conceptualización, la participación e involucramiento de dos dimensiones en el diseño del MAIS: la **dimensión política** y la **dimensión operativa**.

La dimensión operativa es aquella donde se ubican los prestadores de servicios, los establecimientos de salud -que deben aplicar e implementar el nuevo MAIS- y la población general. Es decir, que en el nivel operativo se dará el encuentro entre la oferta y la demanda en salud. La prestación de servicios debe organizarse para ofertar la atención integral de salud, corresponde a las instancias que deben aplicar e implementar el nuevo MAIS-BFC, y donde se encuentran los establecimientos de salud y la población general con sus organizaciones sociales. (16)

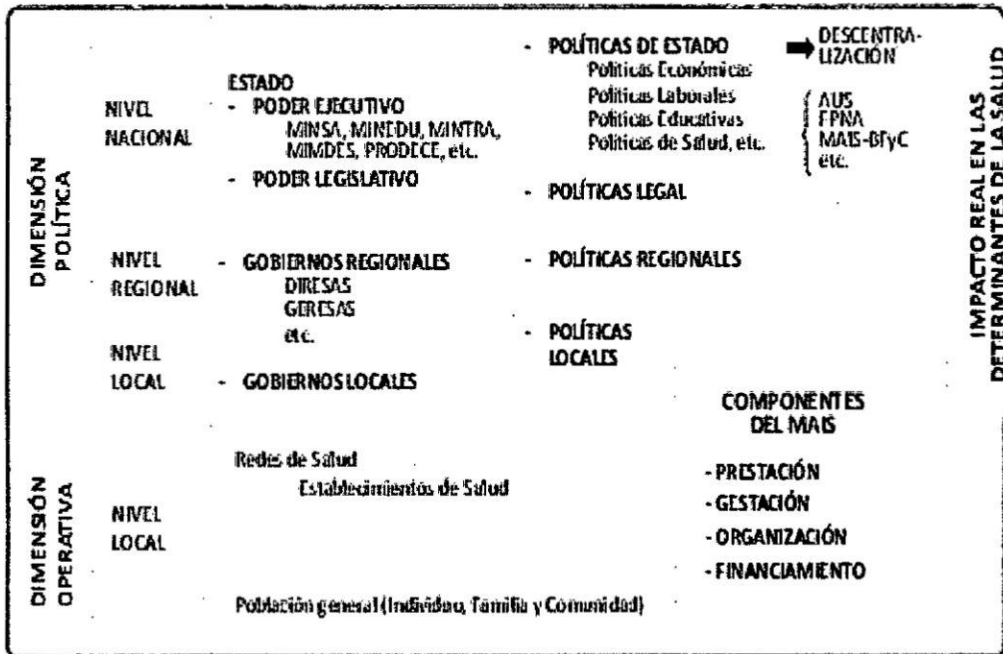
La dimensión política está constituida por las instituciones de gobierno y conducción del Estado y del Sector salud en todos sus niveles. A la *dimensión política* le corresponde construir el modelo de atención integral de salud, y a la dimensión operativa, implementarlo. El nivel político incluye, además, a los niveles de gobierno regional y local, los que deben formular y aplicar las políticas correspondientes y coherentes a las dispuestas por las políticas nacionales, y que consoliden los cambios en los determinantes sociales de la salud. También es importante desarrollar y fortalecer los espacios de vigilancia social del cumplimiento de la intervención política, y realizarla con participación de la sociedad civil; **La dimensión política**, es la primera encargada de la formulación e implementación de políticas, programas y planes para la adopción del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC) y enfrentar los determinantes sociales de la salud mediante intervenciones intersectoriales, rol a cargo de las instituciones de gobierno nacional, regional y local. (15)



En este cuadro traduce el nuevo modelo de atención por el que debemos apostar, se basa en dos dimensiones: La técnica operativa que viene a ser la de los establecimientos de salud que brindan atención directa al usuario y que se basa en el eje de las necesidades de salud a través de la entrega de paquetes de atención en los 3 niveles de intervención: persona, familia y comunidad, y la dimensión política cuyo eje son los determinantes sociales de la salud y que entendiendo que si estos no tienen una mirada articulada entre todos los sectores poco podemos cambiar un problema de salud pública.(15)

Rol y organizaciones que son parte de las dimensiones política y operativa en el MAIS-BFyC

DISEÑO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD - BFyC



FUNDAMENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

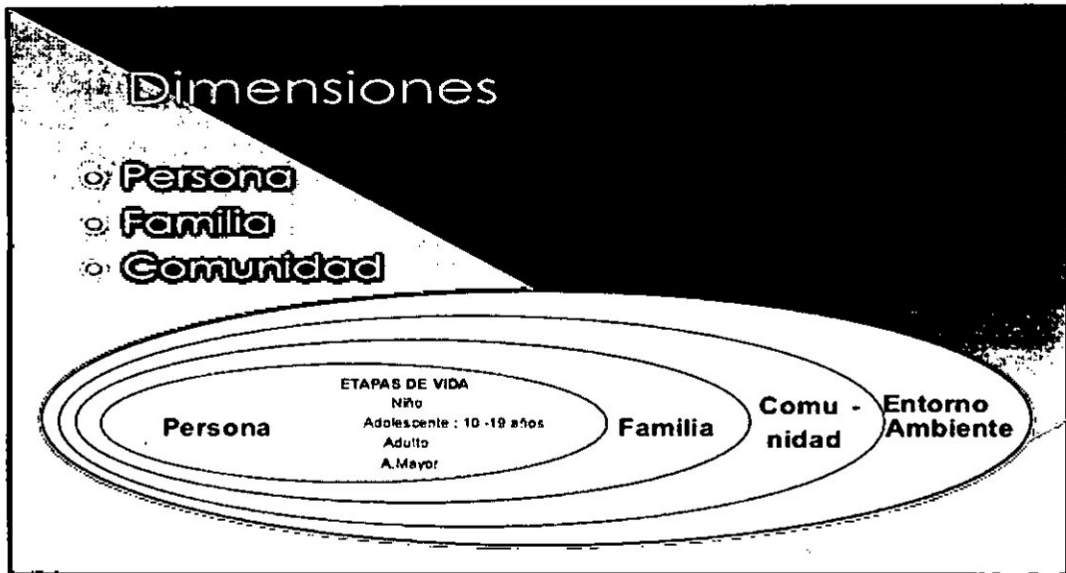
La salud es un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana, el nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias, su énfasis radica en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de las personas entregándoles herramientas para su autocuidado promoviendo los estilos de vida saludables, en fomentando la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud, Actualmente, la salud es considerada parte integrante del desarrollo social, por su impacto en la capacidad del trabajo humano.

Las acciones de atención de salud en función de las siguientes definiciones:

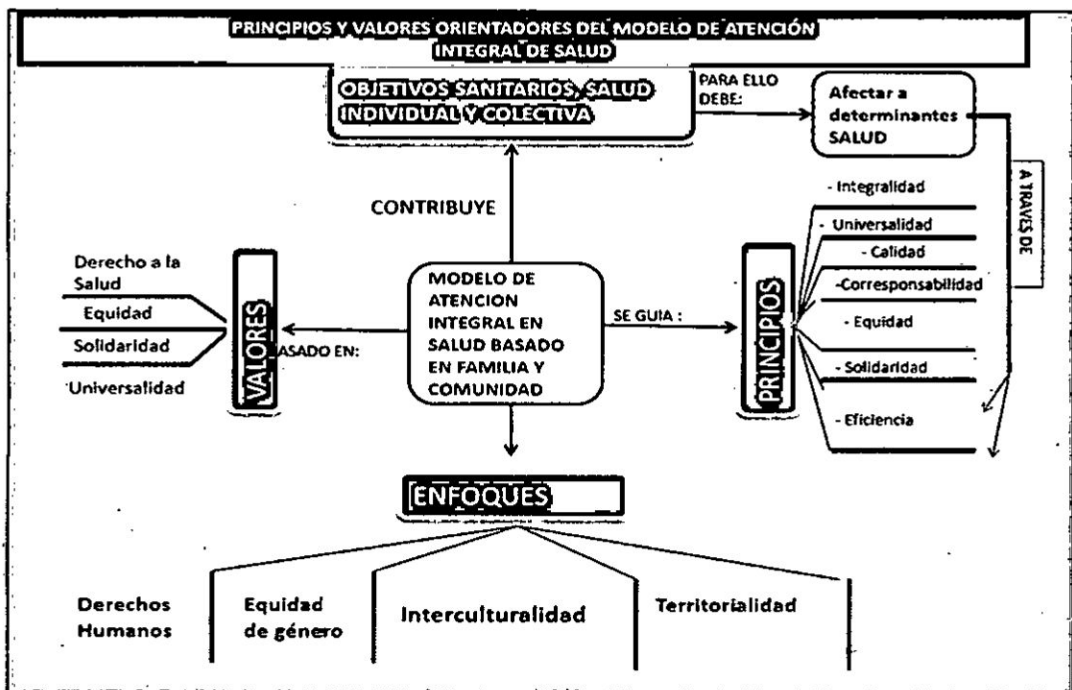
- a) Los espacios-objetivo de intervención son la persona, la familia y la comunidad.
- b) Las situaciones-objeto de intervención son las necesidades de atención de salud y los determinantes de la salud.
- c) Las dimensiones del abordaje de la atención de salud son la dimensión de gobierno (representada por la gestión e implementación de políticas, programas y planes a cargo de los niveles nacional, regional y local) y la dimensión operativa (representada por los establecimientos de salud, dependencias públicas y privadas, así como las organizaciones sociales).

En el contexto actual, el MAIS-BFC establece que las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, sean estas sentidas o no, deben ser cubiertas por el equipo básico de salud familiar y comunitaria a través de los paquetes de atención integral como se detalla:

- a) **Paquete de atención integral a la persona:** Es la oferta de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades por etapas de vida de la persona. Ofrecen cuidados esenciales para el niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor.
- b) **Paquete de atención integral a la familia:** Constituye la oferta de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades de la familia por etapas del ciclo vital familiar. Ofrecen cuidados esenciales para la familia en formación, en expansión, en dispersión y en contracción.
- c) **Intervenciones en la comunidad:** Constituye la oferta de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que están orientadas a atender las necesidades de salud de la comunidad en sus diferentes escenarios: instituciones educativas, centros laborales, redes sociales y otros. Ofrecen intervenciones sanitarias para el desarrollo de comunidades con entornos saludables.(16)



PRINCIPIOS Y VALORES ORIENTADORES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



Los principios que rigen el MAIS BFyC, son las descritas en la APSR y se describen como:

a. Integralidad: Se basa en una idea de atención integral en la que el establecimiento, la sociedad civil y la comunidad se articulan. Dentro de la comunidad se entiende que la salud de las personas empieza por la salud familiar y se da en los siguientes aspectos:

- **La integralidad de la atención a la persona:** Las personas son reconocidas en su carácter multidimensional como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y ecobiológicas.

La atención de salud no se reduce a la atención de enfermedades motivo de consulta, sino que aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, senectud), sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte.

La integralidad de los espacios de atención: la inclusión de la familia y la comunidad como objetos de la atención. La *familia* es el *ámbito privilegiado* donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso, en el campo de la salud, la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros "tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero", por lo tanto, a ella se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población del país.

La comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Por ello, el abordaje de la atención debe integrar todos estos aspectos. Además, constituye un escenario privilegiado para la interacción y la integración de las personas y la familia.

La integralidad supone también que las intervenciones incluyan la promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de los

daños; por eso, la integralidad de la atención requiere el trabajo de equipos multidisciplinarios (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y poli funcionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos).

- b. Universalidad:** Es la garantía del derecho de toda persona, familia o comunidad para acceder a un sistema de salud expresado en servicios, producción de bienes y cobertura vinculados con la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para cubrir sus necesidades de salud sin distinción de clase social, raza, credo, género u otra condición.
- c. Calidad:** Orientación de los esfuerzos institucionales hacia la obtención del máximo beneficio para las personas, familia y comunidad; promueve el óptimo desempeño de la institución y la búsqueda permanente de la mejora continua de la atención en salud.
- c. Corresponsabilidad:** Es la garantía del “deber” de participación de la persona, familia y comunidad como socios activos en la toma de decisiones, para lograr y mantener un adecuado estado de salud.
- d. Equidad:** Es la garantía de una adecuada y oportuna distribución de recursos y servicios, de tal forma que se pueda atender con justicia a las personas, familias y comunidades, en función de sus necesidades de salud.
- e. Solidaridad:** Obligación moral de contribución de los ciudadanos para el logro de una eficiente cobertura universal que permita satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable.
- f. Eficiencia:** Reconociendo que la atención de salud representa la respuesta a las necesidades de salud en un contexto de restricción y limitación de los recursos humanos y financieros.

Todos los principios descritos son esenciales para establecer las prioridades nacionales en la atención integral de salud.

Los enfoques del Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad son:

- a. **El enfoque de derechos:** Se guían por lo dispuesto en la Norma Técnica para la transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, equidad de género e interculturalidad (NTS 047-MINSA/DGPS-V.01) la cual establece el respeto a los derechos inherentes de todo ser humano. “Este enfoque implica la obligación estatal inmediata de brindar garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, impidiendo así toda discriminación en la atención de la salud y en lo referente a los factores determinantes básicos de la salud por los motivos prohibidos internacionalmente que tengan por objetivo, o por resultado el menoscabo del disfrute en condiciones de igualdad del derecho a la salud”.
- b. **Equidad de género:** Se guía por lo dispuesto en la Norma Técnica para la transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, equidad de género e interculturalidad (NTS 047-MINSA/DGPS-V.01) la cual plantea “Promover el acceso y la utilización de servicios que aborden problemáticas específicas de mujeres y varones como grupos diferenciados. Asignar de manera diferenciada recursos de acuerdo a las necesidades particulares de salud de cada sexo y en cada contexto socioeconómico y exigir aporte financiero en función de la capacidad de pago. Distribuir justa y equitativamente responsabilidades, poder y beneficios, ente mujeres y varones en la atención formal e informal de salud prestada en los hogares, la comunidad y las instituciones del sistema de salud. Asegurar la participación equitativa de mujeres y varones en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas, programas y servicios de salud.” En la práctica esto se ha visto en la priorización de la salud materno infantil y en cómo, la atención integral en salud y las visitas familiares, se han priorizado o enfocado en madres gestantes y en niños menores de cinco años.

c. Enfoque territorial.

El enfoque de territorialidad del modelo de atención en salud peruano va más allá del entendimiento de este como dimensión espacial o hábitat. Para el modelo peruano la territorialidad es entendida como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves de la sociedad civil, sus organizaciones, instituciones, el medioambiente, las formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural. La planificación de los ámbitos de intervención debe tomar en cuenta esta red de relaciones para determinar ámbitos geo socio sanitarios.

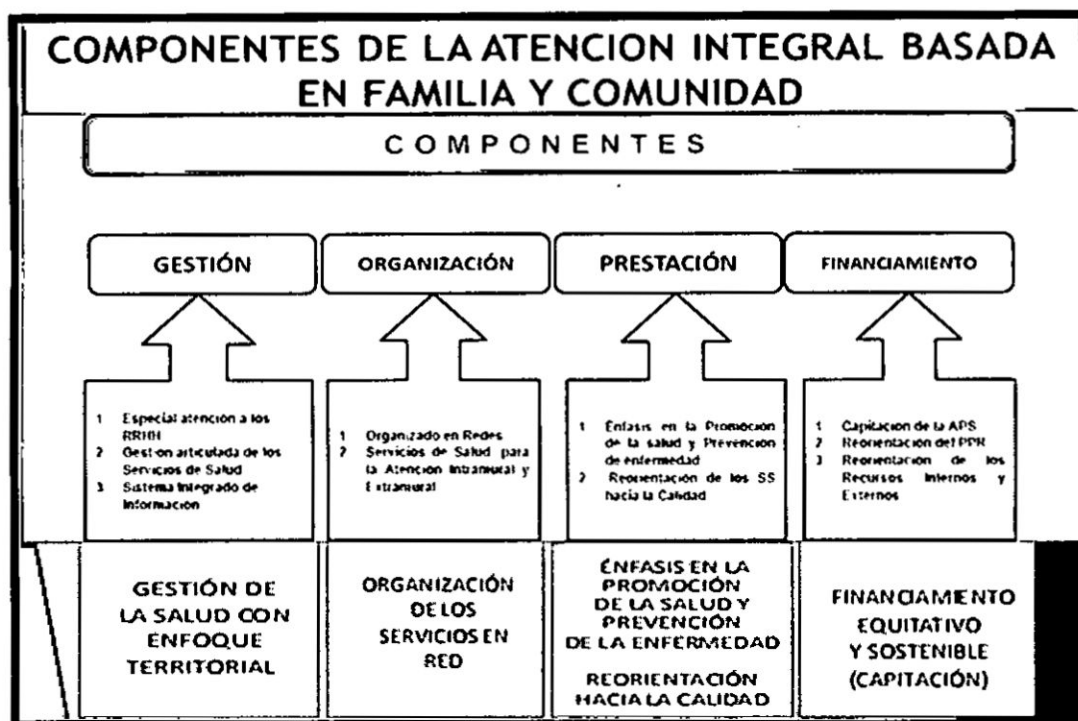
Finalmente el enfoque territorial "Es no solo atender a los enfermos en los establecimientos de salud sino dar énfasis a las acciones de prevención de riesgos y promoción de la salud, en los *diversos escenarios territoriales* para el abordaje de factores de riesgo y determinantes sociales de la salud con la participación activa de las mismas familias, comunidades y autoridades, para lograr el desarrollo humano de las familias ."(17)

COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

Los componentes definidos para la implementación del MAIS-BFC son:

- Gestión,
- Organización de la prestación,
- Prestación de servicios de salud y

- Financiamiento.



1. COMPONENTE DE GESTIÓN.

En este componente se destaca el enfoque territorial para la salud; la dotación de equipos de atención de salud suficiente, competente y con distribución adecuada; y el desarrollo progresivo de un sistema de información funcional.

Se espera que, a partir de un reconocimiento de las necesidades poblacionales, identificadas con un enfoque territorial, se desarrollen tres tipos de intervenciones por parte del equipo básico de salud familiar y comunitaria, como son la atención integral a la:

- ✓ Persona,
- ✓ Familia
- ✓ Comunidad.

Para poder entender mejor este componente es necesario conocer describir y desarrollar los siguientes aspectos:

a. La dotación suficiente de equipos de salud que integren a profesionales de la salud con competencias para implementar la atención primaria de salud renovada (APS-R) en el primer nivel de atención, que permita mejorar su capacidad resolutive, enfatizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, centrando su accionar en la atención integral de la persona, familia y comunidad. Esto será posible a través de las siguientes estrategias:

- ✓ La planificación territorial de la dotación de equipos de salud con criterios de equidad y pertinencia social.
- ✓ Sistemas de selección y contratación de estos equipos de salud en función de las necesidades de los servicios y alineados a objetivos sanitarios nacionales y regionales.
- ✓ Convocar a los equipos de salud en función de políticas de gestión del trabajo basado en competencias, para así promover el trabajo digno en salud, lo que incluye bonificaciones e incentivos en función de la evaluación del desempeño y el logro de objetivos institucionales.
- ✓ Desarrollo de capacidades y competencias de los equipos de salud para implementar la APS-R, que permitan el desarrollo integral para lograr la transformación de los servicios en función del MAIS-BFC.

b. El desarrollo de procesos de gestión de la salud con enfoque territorial, implica:

- ✓ Planeamiento estratégico integrado entre la autoridad sanitaria regional y local, las redes de salud en su ámbito y los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, con la participación ciudadana individual o colectiva.
- ✓ Desarrollar instrumentos integrados de control gerencial (monitoreo, supervisión y evaluación) y vigilancia ciudadana.

- ✓ Fortalecer los consejos regionales y locales de salud en el nuevo marco jurídico con carácter de autonomía y vinculados en el proceso de la gestión pública en salud, para promover la conducción del sector de forma articulada, concertada y participativa.
- ✓ La gestión adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, a fin de garantizar el acceso a medicamentos seguros, de calidad, a bajo costo y el uso racional de los mismos.
- ✓ El desarrollo de un sistema integrado de información en salud que permita la toma de decisiones.
- ✓ El incremento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en infraestructura y equipamiento a partir del diseño e implementación de un plan rector de inversión pública en salud con énfasis en la APS-R.
- ✓ La transformación de los sistemas de salud hacia la Atención Primaria de Salud con un enfoque.
- ✓ La planificación territorial de la dotación de equipos de salud con criterios de equidad y pertinencia social.

GESTIÓN DE LA SALUD CON ENFOQUE TERRITORIAL.

La gestión de la salud con enfoque territorial es un proceso de articulación político, institucional, gubernamental y social que se desarrolla en un territorio determinado, para el abordaje de los determinantes sociales, a fin de optimizar el nivel de desarrollo humano de la población.

Esto se ejecuta a todos los niveles de gobierno y con participación de todos los niveles de la gestión del sector salud, inclusive hasta nivel de establecimientos: planificación estratégica integrada, acciones conjuntas, sistema integrado de control gerencial, conducción.

Cuya finalidad es contribuir a la incorporación del enfoque de promoción de la salud y desarrollo humano, en la gestión territorial, para promover determinantes sociales favorables a la salud y al bienestar, en el marco de

los derechos humanos e inclusión social y la **participación de los actores sociales públicos, privados y sociedad civil** en la Formulación e implementación de políticas públicas.

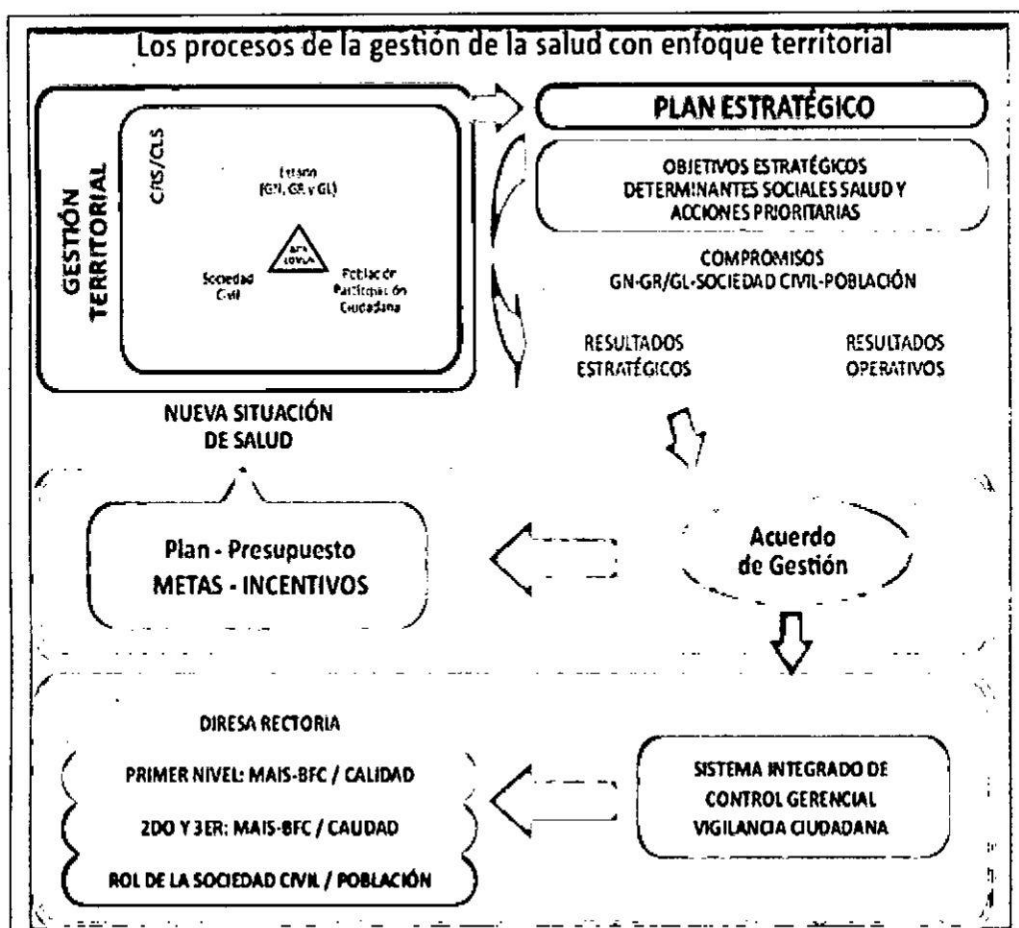
CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN TERRITORIAL LOCAL

- ✓ Fomenta y garantiza la **participación comunitaria y ciudadana**.
- ✓ **Implementa políticas públicas saludables**, es decir aquellas que aborden las determinantes sociales favorables a la salud y desarrollo.
- ✓ Crea condiciones que favorecen estilos de vida y entornos saludables. (Cond. políticas, saneamiento, fortalecimiento de org. Sociales)
- ✓ **Mobiliza los recursos propios** y sus potencialidades priorizando a las comunidades dispersas, nativas, campesinas y de fronteras, hacia una **distribución de equidad y de inclusión social**.

El desarrollo de la gestión de la salud con enfoque territorial comprende, entre otros, los siguientes procesos:

- a. **Planificación estratégica concertada.** Como producto se obtiene el "Plan Estratégico Concertado en Salud", que contiene los objetivos estratégicos comunes y las acciones priorizadas conjuntas para cada actor, según el rol que le asiste a cada uno. A partir de ellos se establecen las metas por alcanzar los resultados operativos y estratégicos, en el corto, mediano y largo plazo expresado en la salud de la población.

Con estas precisiones es posible la elaboración e implementación de acuerdos de gestión entre los integrantes de la alianza estratégica antes mencionada. Estos acuerdos de gestión incorporan los compromisos concertados para cada actor, según su rol, contribuyen así al mejor desempeño de los servicios de salud y al abordaje de los determinantes sociales de la salud.



b. Implementación del plan, acuerdos y compromisos.

Para la conducción e implementación de los acuerdos y compromisos derivados del “Plan Estratégico Concertado en Salud”, se promoverá que los consejos regionales y locales en salud vigentes asuman esta función, en un nuevo marco jurídico sanitario que le otorgue carácter vinculante. Esto implica que todos los miembros de la “Alianza Estratégica” deben alinear sus planes operativos, recursos y decisiones políticas en pro de los objetivos señalados en el Plan Estratégico Concertado, sin que estos, signifique necesariamente, vulnerar la autonomía de sus instituciones y la intangibilidad de sus fondos.

- c. **Control gerencial integrado.** Permite articular las acciones de monitoreo, supervisión y objetivos institucionales y de desarrollo trazados en el "Plan Estratégico Concertado en Salud", donde se enfatice la atención primaria en el primer nivel de atención, la equidad, eficiencia y calidad de las prestaciones en el segundo y tercer nivel de atención.
- d. **Vigilancia ciudadana** La vigilancia ciudadana, a través de mecanismos bien estructurados y definidos, tales como los comités de vigilancia ciudadana en salud, cabildos, mesas de concertación, SIVICOS, CODECOS, asambleas, cónclaves, entre otros, contribuirán a mejorar el diálogo, el entendimiento y el respeto entre los representantes de la población, los representantes del Estado (trabajadores de salud y autoridades regionales y locales) y los representantes de la sociedad civil para el reconocimiento y desarrollo de estrategias frente a las demandas sociales y de salud de la población.
- e. **Rendición de cuentas.** Comprende el proceso de presentar a la ciudadanía, a las instituciones y organizaciones del ámbito territorial, los resultados estratégicos y operativos obtenidos en el marco de los acuerdos de gestión del plan estratégico concertado en salud, acorde con la normatividad legal vigente en el país:

Ley N°26300, "Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadano", señala que "Mediante la rendición de cuentas el ciudadano tiene el derecho de interpelar a las autoridades respecto a la ejecución presupuestal y el uso de sus recursos propios. La autoridad está obligada a dar respuesta."

Los mecanismos de vigilancia ciudadana deberán ser promovidos desde los distintos niveles de gestión y de gobierno; además, ser acogidos en los servicios de salud para facilitar el diálogo, la evaluación, que midan periódicamente, procesos y resultados en función de las metas.

Finalmente, en la Gestión de Salud territorial, podemos decir que es necesario desarrollar los siguientes aspectos:

- El desarrollo progresivo de un sistema de información funcional: sencillo, único, uso de estándares a partir de la identificación de usuarios, integral, uso de tecnología disponible.
- Reorientación de los servicios de salud hacia la calidad de la atención que facilita el proceso de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, así mismo énfasis en la Vigilancia ciudadana
- Gestión adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios: Acceso, uso racional, control y vigilancia.

2. COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN.

Se relaciona con la conformación de redes integradas de salud, el registro y categorización de los establecimientos de salud acorde a su nivel de complejidad y la oferta móvil de servicios de salud.

Este componente del MAIS-BFC trata de la organización de los servicios de salud para la atención integral a la persona, la familia y a la comunidad en un enfoque Territorial.

Comprende la organización de la oferta de los servicios de salud en función de las necesidades de salud.

La autoridad sanitaria ejerce sus funciones y competencias en un ámbito geo sociosanitario, y es la responsable de conducir los servicios de salud, articular los diferentes prestadores y financiadores presentes; organizar la oferta y adecuar los servicios de salud de acuerdo con las características interculturales de la población residente; pero, además, debe principalmente formular los objetivos institucionales en concordancia con las necesidades de la comunidad, familia y persona, ya que son la base de la planificación y la acción.

Para la organización de la prestación en un enfoque territorial se consideran los siguientes elementos:

- a) Las redes de salud deben brindar atención integral de salud basada en la familia y en la comunidad, y poner énfasis en la prevención y promoción. La articulación funcional debe considerar todos los prestadores y financiadores presentes en el ámbito geosociosanitario.
- b) La continuidad de la atención integral de salud deberá realizarse en todos los niveles de atención, en el marco de un sistema nacional articulado de referencia y contrarreferencia.
- c) Los establecimientos de salud categorizados en el primer nivel de atención deberán basarse en el enfoque de salud familiar y comunitaria, ya que responden a las necesidades y demandas de la persona, familia y comunidad.
- d) La oferta móvil a cargo de los gobiernos regionales y gobiernos locales es complementaria a la oferta fija e integrada a la red de servicios públicos de salud. Enfatiza la prevención y promoción de la salud basada en la familia y la comunidad, para lo que aplica un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud.

3. COMPONENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Se incluyen los lineamientos para la organización de los equipos básicos, los paquetes de atención extramural e intramural, la organización del sistema de vigilancia comunal, y la elaboración de planes locales de atención de salud.

Comprende la atención integral de salud a las personas, las familias y la comunidad a través de un conjunto de intervenciones y actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que son realizadas por el EBS-FC y el personal de salud en general (para los otros niveles de atención), con la colaboración de agentes comunitarios de salud y otros actores sociales, en los diversos escenarios (hogar, comunidad, establecimiento de salud y otros) que se brindan para cubrir las

necesidades de salud de las personas, las familias y comunidad. Forman parte del componente de prestación del MAIS-BFC los siguientes elementos:

- a. La prestación de los servicios se organiza y se desarrolla a través de paquetes de atención integral para la persona, familia y comunidad por parte de los equipos de salud de acuerdo con el nivel de complejidad.

Tenemos:

- ✦ En el caso de la persona, se desarrollará a través de los paquetes de atención por etapas de vida.

Los paquetes de atención integral a la persona son el conjunto de intervenciones que toda persona debe recibir para proteger y fortalecer su salud. Se han diferenciado por cada una de las etapas del ciclo de vida de la persona, de tal forma que se cuenta con los siguientes :

- Paquete integral de salud a la mujer y gestante.
- Paquete de atención integral de salud al niño.
- Paquete de atención integral de salud al adolescente.
- Paquete de atención integral de salud al joven.
- Paquete de atención integral de salud al adulto.
- Paquete de atención integral de salud al adulto mayor

- ✦ En el caso de la familia, se desarrollará la atención por paquetes de acuerdo con el ciclo vital familiar. Ellos deben ser ofertados en forma continua, con calidad y con enfoque biopsicosocial para cubrir las necesidades de salud de la familia.

Los paquetes de atención integral a la familia contienen acciones que están orientadas hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para lograr el adecuado funcionamiento familiar, contribuyendo así al desarrollo pleno de sus miembros y como unidad se constituya en una familia saludable.

- b. En el caso de la comunidad, se desarrollará a través del paquete de atención según el contexto local.
- c. Los EBS-FC coordinan y articulan redes de atención de salud y redes sociales para garantizar la salud de toda la población.
- d. El Sistema de Vigilancia Comunitaria (SIVICO, CODECOS, entre otras denominaciones) como articulador del trabajo intramural con la implementación de actividades extramuros, el seguimiento de usuarios y la vigilancia comunitaria de problemas de salud.
- e. La organización interna de los establecimientos de salud orientada al trabajo con las familias y la comunidad, que los adecua en función del enfoque de derecho, equidad de género e interculturalidad en salud.
- f. La implementación de los flujos de atención intramural y extramural y algunas herramientas para asegurar la integralidad (como la disponibilidad de historias clínicas por etapa de vida, fichas familiares y otros formatos).

4. COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO.

Hace énfasis en el financiamiento a los establecimientos de salud por modalidad capitada mediante asignación de un monto predefinido por grupos de afiliados al aseguramiento universal mediante las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en salud (IAFAS), los cuales inscriben los usuarios al establecimiento de salud más cercano en el territorio.

- a. Asegurar el financiamiento para el conjunto de prestaciones garantizadas.
- b. Articular las diferentes opciones de financiamiento para optimizar y no duplicar los recursos nacionales, especialmente los públicos en el marco del MAIS-BFC.

- c. Integración y fortalecimiento de las intervenciones preventivo-promocionales de los programas presupuestales estratégicos (PpR), en el marco del MAIS-BFC.
- d. Reorientación del presupuesto de incentivos municipales hacia las intervenciones que prioricen y complementen actividades de prevención del riesgo y promoción de la salud en el marco de APS renovada.
- e. Mejorar y reordenar el financiamiento y los mecanismos de pago en el sector salud, para garantizar el financiamiento equitativo y sostenible de la atención integral en salud.
- f. Alineamiento de la Cooperación Técnica-Financiera Internacional hacia la implementación del MAIS-BFC en los tres niveles de gobierno.

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

La enfermera tiene un papel relevante en el equipo de atención primaria que se ha visto reforzado con la puesta en marcha de iniciativas y experiencias novedosas en la prevención y promoción de la salud y sobre todo al centrar su objetivo de atención en la promoción y el abordaje de los problemas de autocuidado realizando todo ello a través en el contexto de su actividad profesional.

Este personal ha tenido una actuación consecuente en el contexto actual con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas.

Las funciones propias del personal de enfermería en la APS están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria recoge el conjunto de actividades científico-técnicas y administrativas que se realizan en el primer nivel de atención, estableciendo y unificando criterios de puesta en práctica, para que se consiga una producción enmarcada.

El documento ha fomentado el debate y ha generado la necesidad de dar contestación a estos desafíos en la organización de la Atención Primaria en general, y en la de enfermería en particular en bloques temáticos:

- Continuidad Asistencial, cuyos objetivos son la definición de procesos susceptibles de cuidados de enfermería
- Enfermería como Gestor de casos en la Atención Domiciliaria.

Este hecho nos obliga a los gestores de todos los niveles de la organización y a los profesionales del primer nivel asistencial a reflexionar y establecer los mecanismos necesarios para el desarrollo de estos elementos tan esenciales que van a tener relevancia en un breve plazo de tiempo.

Como líneas estratégicas, se debería abordar al menos:

- **Autocuidado.** Se entiende por autocuidado: "las actividades que realiza cada individuo para mantener su vida, su salud y su bienestar". En el desarrollo del autocuidado, el papel de enfermería es fundamental, cuyo objetivo es que la persona asuma su autocuidado con la máxima independencia posible. Los enfermeros de "familia y comunitarios", deben capacitar a los individuos, las familias y la comunidad en el autocuidado de la salud, el fomento de hábitos de vida saludables y la adaptación con calidad de vida a las diferentes etapas del ciclo vital en el continuo salud-enfermedad.

- Definición de los **intervenciones de enfermería específicos y compartidos** con otros profesionales del Equipo de Atención Primaria y Unidades de Apoyo en el seno de la Cartera de Servicios y de los Programas y Protocolos implantados en su ámbito de actuación, tanto en la consulta como en el domicilio.
- Muy interrelacionado con el apartado anterior es garantizar con el **informe de continuidad de cuidados de enfermería** en los casos que proceda. La definición de procesos susceptibles, los contenidos básicos del informe, los circuitos de comunicación y el sistema de monitorización.

Enfermería como Gestor de Casos: el incremento de la dependencia debido a una población más envejecida, la cronicidad de algunos procesos, las enfermedades mentales y otras situaciones son susceptibles de un grado de dependencia temporal o permanente que hace necesario darles contestación. La figura del gestor de casos como elemento aglutinador de las necesidades del individuo y de coordinación de los recursos a través de la planificación y de la adecuada gestión de cuidados se está desarrollando por un grupo de trabajo que incorporará sus conclusiones en este documento. (20)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Modelo de Atención de Integral de Salud (MAIS)**

Representa el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales que son percibidas o no por la población).

- **Salud familiar**

Equilibrio biológico, psicológico y social del sistema familiar que resulta de la adecuada función o interacción (dinámica) entre sus miembros, y de éstos con relación a su entorno. Los cambios se dan a lo largo del ciclo vital familiar, estructura, tipo de familias, adaptación, relaciones, determinado por factores económicos, psicológicos, culturales y sociales.

- **Familia**

Es la unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno.

- **Gestión de la salud**

Es un proceso de articulación político, institucional, gubernamental y social que se desarrolla en un territorio determinado, para el abordaje de los determinantes sociales, a fin de optimizar el nivel de desarrollo humano de la población.

Implementar un sistema de información funcional a los paquetes de atención por etapas de vida y tipo de familia en el marco MAIS-BFC, Diseño de instrumentos de registro, reportes e instructivos del sistema de información* (si bien el proyecto ha apoyado en el diseño está pendiente la racionalización de los formatos, son

demasiados y desgastan al personal de salud) , Capacitación a personal del sector a nivel local, regional y nacional en el sistema de información .

- **Autocuidado.**

Se entiende por autocuidado: "las actividades que realiza cada individuo para mantener su vida, su salud y su bienestar". En el desarrollo del autocuidado, el papel de enfermería es fundamental, cuyo objetivo es que la persona asuma su autocuidado con la máxima independencia posible. Los enfermeros de "familia y comunitarios", deben capacitar a los individuos, las familias y la comunidad en el autocuidado de la salud, el fomento de hábitos de vida saludables y la adaptación con calidad de vida a las diferentes etapas del ciclo vital en el continuo salud-enfermedad.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para realizar el presente informe se recolectaron los datos del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y comunidad en las IPRESS del primer nivel de Atención de la Red de Salud Chupaca correspondientes al período 2014 – 2016, institución que hace menos de un año logra su independización administrativa y financiera de la administración de la Red de Salud Valle del Mantaro y cuenta con la autorización de la Dirección de Ejecutiva, Unidad de Capacitación.

3.2 Experiencia profesional

Recuento de la Experiencia Profesional

Mi campo laboral se inicia desde en Noviembre del año de 1994 como SERUMS remunerado en la Posta Medica de IPSS en la Provincia de Junín, Departamento de Junin, asumiendo la responsabilidad de conducir la jefatura de la Posta medica de la Seguridad Social, por un tiempo de 4 meses por licencia por enfermedad de la Odontóloga Nombrada.

Desde Diciembre de 1994 a Octubre de 1995 , laboro por Locación de Servicios en el C.S. Ulcumayo, C.S. Carhuamayo, C.S. Ondores asignándome las funciones de coordinación de inmunizaciones de los mencionados establecimientos de salud.

En Octubre del 1995, Concurso para Nombramiento y salgo ganadora de una plaza para el C.S. Ondores de la Red de Salud Junín, donde se me asigna la Jefatura del Establecimiento Epidemiologia, Inmunizaciones y Promoción de la Salud.

Para el año 2000, fui desplazada al Hospital de Apoyo Junín, en donde se me asigna las funciones de Coordinación de Inmunizaciones, Epidemiología y Salud de las Personas, hecho que duro aproximadamente hasta Julio del 2009.

En el año 2009, fui reasignada a la Red de Salud Valle del Mantaro, donde me desempeñé como Coordinadora de Servicios de Salud y Gestión de la calidad.

En el año 2010, se me asigna la Coordinación de la Etapa de Vida niño función que cumulo en la Red de Salud Valle del Mantaro, Huancayo.

En el año 2011, soy ubicada en el P.S. Mazanares, asumiendo la jefatura de la misma.

En el año 2012, soy convocada nuevamente a la Red de Salud Valle del Mantaro para asumir la responsabilidad de la Coordinación de Inmunizaciones y la Coordinación de los programas presupuestales.

En el año 2014, Asumo en la Red Valle del Mantaro la Dirección de Salud de las Personas, donde se da inicio para impulsar la Implementación del Modelo de atención Integral Basada en Familia y comunidad en la Micro red hoy Red de Salud Chupaca, en el 2015 dejo la dirección de Salud de las Personas, para luego asumir la Coordinación de Atención Integral y Salud Familiar donde se realiza los proceso de desarrollo de competencias del personal de salud, en el Modelo de Atención Integral Basada en Familia y comunidad con la Asistencia Técnica del Ministerio de Salud.

En el Año 2015-2016 asumo la coordinación de Salud Familiar en la Microred Chupaca, para luego hoy encontrarme ejerciendo la Dirección de Salud de las Personas.

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

En esta sección queremos mostrar la situación general de la Red de Salud Chupaca- Junín y nos ayude a entender el contexto geográfico, social y cultural, que enmarca la realización particular del modelo de atención integral en salud Basada en Familia y comunidad.

La Red de salud Chupaca es una unidad asistencia que cuenta con 39 establecimiento de salud del Primer nivel de Salud, con Categorías que oscilas del I-1 al I-4, hasta fines del 2016 era considerada una Micro red de la Red de Salud Valle del Mantaro, y en la actualidad ha logrado una trascendencia importante con su independencia administrativa y financiera, logrando así consolidar la unidad ejecutora 1615, y permitiendo enfatizar y articular para gerenciar el proceso de implementación del modelo de atención integral basada en Familia y comunidad donde se tuvo que realizar los siguientes procesos.

- Recopilación de la Asistencia Técnica realizada por el MINSA a todos los establecimientos de Salud. .
- Análisis de la información y su repercusión en la salud de la población.
- Asistencia Técnica a las IPRESS para la conformación de los Equipos Técnicos locales.
- Monitoreo mensualizado del sistema de información del cubo His. Durante los tres años de experiencia laboral se logró un plan de capacitación continua y Operativización del Modelo de Atención Integral Basada en Familia y comunidad, el cual permitió que el personal que labora en los EE SS de Red de Salud Chupaca, esté capacitado para la implementación del proceso del MAIS BFyC.

Caso/s relevante/s

En la Red de Salud Chupaca la Multifuncionalidad del personal del Primer nivel y la poca sostenibilidad desde el MINSA, no permite la medición exacta del impacto en la salud de la población la implementación de la Atención Primaria Renovada con el enfoque Familiar y comunitario, de la misma forma el cambio de Gobierno y cambio de las políticas sectoriales no permite la sostenibilidad del énfasis de la salud Familiar

Innovaciones

- Implementación de una sola IPRESS para ser replicado por otras IPRESS.

IV. RESULTADOS

TABLA 4.1

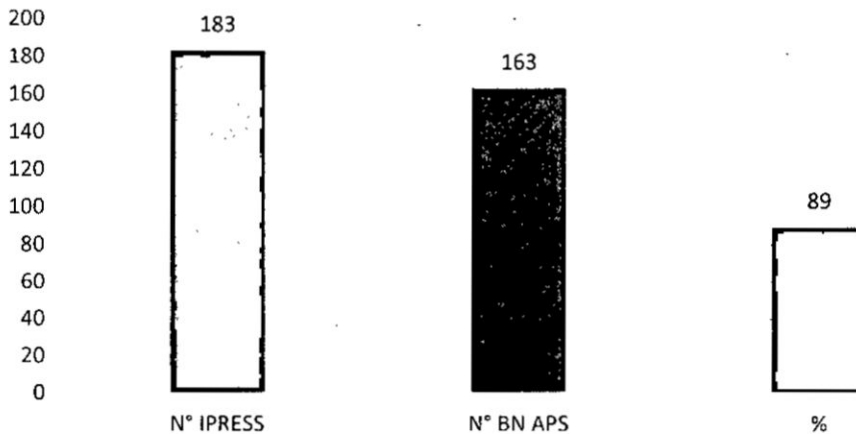
DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON PERSONAL CAPACITADO EN EL PROFAM. PERÍODO 2014-2016

PROFAM			
IPRESS	Nº	Nº CAPACITADOS	%
39	183	168	91%

FUENTE .- OFICINA DE RECURSOS HUMANOS.

GRÁFICO 4.1

PROPORCIÓN DE PERSONAL DE SALUD CON BONO DE ATENCIÓN PRIMARIA PERÍODO 2014-2016

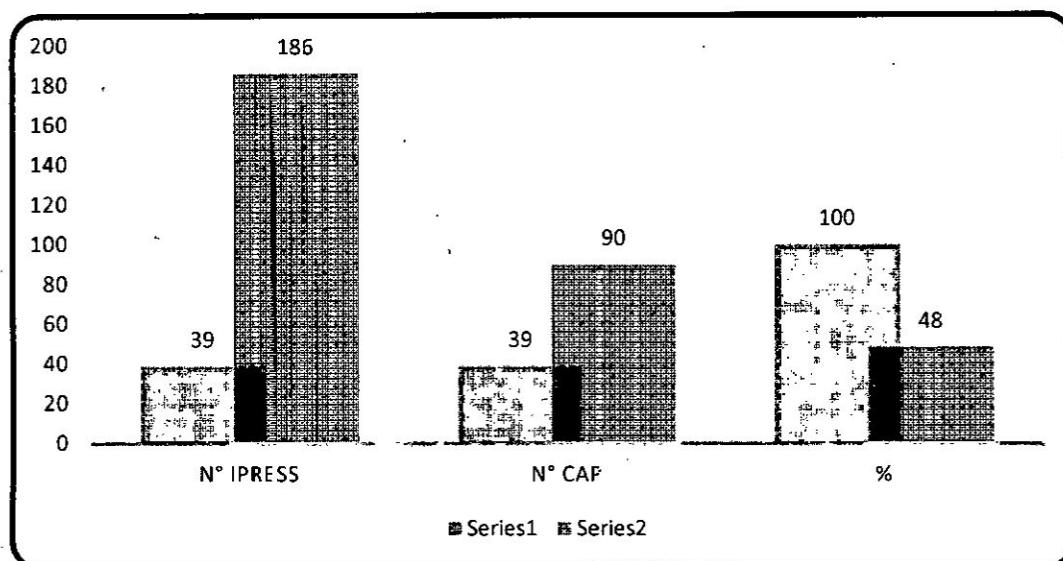


FUENTE .- OFICINA DE RECURSOS HUMANOS.

El cuadro N° 4.1 y Grafico 4.1 reflejan que un 91% del personal cuentan con la capacitación de la Atención Integral renovada, para el logro del proceso de Implementación del MAIS BFyC, logrando que el componente Gestión de Recursos Humanos se vea fortalecido, con la predisposición del personal de salud de haber logrado obtener la certificación del PROFAM, diplomado ofertado por el MINSA, que aterriza en el Bono de atención Primaria de acuerdo al decreto supremo de la 1153, lo que facilita la responsabilidad y compromiso del personal de salud en el proceso de Implementación del MAIS BFyC, en todos los establecimientos de Salud de la Red de Salud Chupaca.

GRÁFICO 4.2

PROPORCIÓN DE PERSONAL DE SALUD CON ASISTENCIA TÉCNICA DEL MINSA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS BFyC RED DE SALUD



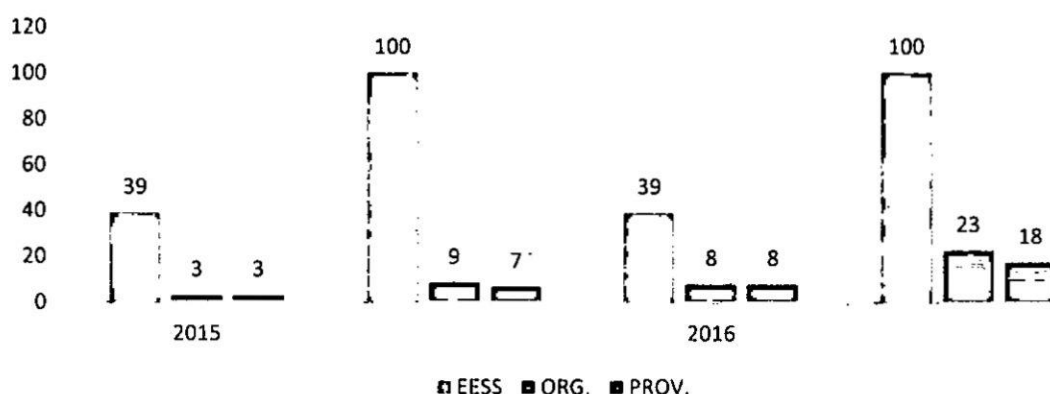
CHUPACA PERÍODO 2014-2016

FUENTE .- OFICINA DE RECURSOS HUMANOS- CAPACITACIÓN.

En el grafico N° 4.2., TABLA 1,2 podemos observar que 39 EESS de salud de la Red de salud Chupaca contaron con asistencia del MINSA, para el desarrollo de las capacidades, de acuerdo al Plan de capacitación, de los cuales asistieron 2 por cada IPRESS, de un total de 186 personales de salud, 90 tuvieron asistencia directa del MINSA, con una capacitación de 3 días, donde se desarrollaron temas concernientes a la implementación del MAIS., Así mismo podemos señalar la capacitación del Equipo técnico de cada IPRESS, de un total de 17 equipos técnicos solo 7 han concluido con la capacitación y 10 se encuentran en proceso de capacitación esto con una fuerte articulación de la sociedad civil.

GRÁFICO N° 4.3

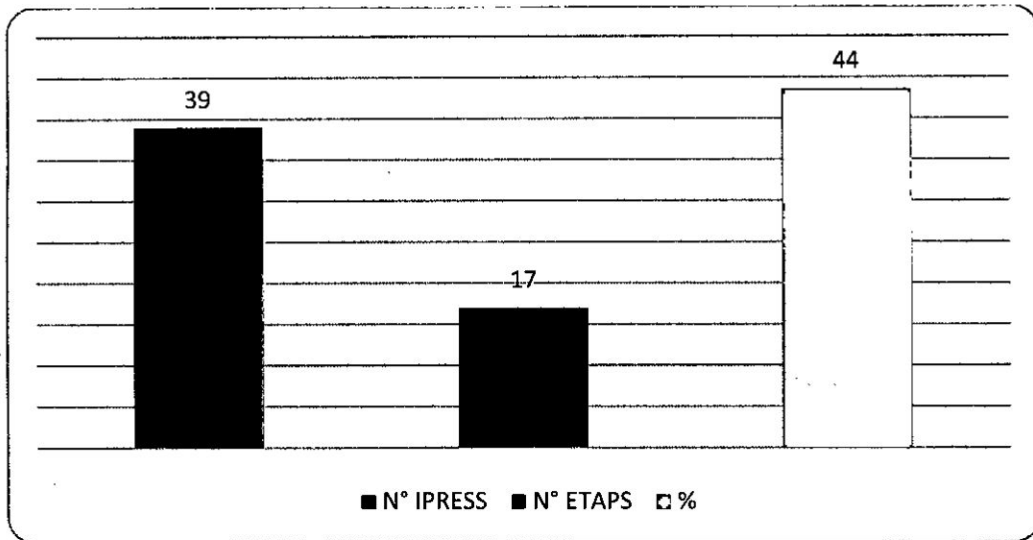
PROPORCIÓN DE EE.SS CON AUTOEVALUACIÓN DE RM N°520- 2010/ MINSA DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD RED DE SALUD CHUPACA PERÍODO 2014-2016



FUENTE .- OFICINA DE RECURSOS HUMANOS- CAPACITACIÓN.

Del grafico 4.3 podemos señalar que las IPRESS realizaron su autoevaluación con la **RM N°520- 2010/ MINSA, del Plan de fortalecimiento del primer nivel de atención, cuyo objetivo es Fortalecer el desempeño del Primer Nivel de Atención de Salud, que permita brindar Atención Integral de Salud Basada en Familia y Comunidad, con calidad, equidad, eficiencia y efectividad.. El Primer Nivel de Atención no está asumiendo en forma adecuada su rol de ser la puerta de entrada al sistema de salud por su débil funcionamiento y su interrelación con los otros niveles de atención, menos de 50%, de los EESS han ido mejorando, planteando su plan de mejora.**

GRÁFICO 4.3
PROPORCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON EQUIPO TÉCNICO RECONOCIDO CON ORDENANZA MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD 2014-2016



FUENTE: INFORME OPERACIONAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR- RSCH.

Del total de 39 IPRESS, solo 17 cuentan con Equipo Técnico reconocido con Ordenanza Municipal para el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral basada en Familia y Comunidad, haciendo solo un 44%. Logrando así la Gestión Territorial del MAIS BFyC, y siendo el Gobierno local el corresponsable del cuidado de la salud, favoreciendo la implementación del mismo.

TABLA 4.2.

**PROPORCIÓN DE EQUIPOS TÉCNICOS CAPACITADOS EN EL
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD 2014-2016**

	N°	%
CAPACITACIÓN CONCLUIDA	7	41.00
CAPACITACIÓN EN PROCESO	10	59.00
Total	17	100

FUENTE .- INFORME OPERACIONAL ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

En el presente cuadro podemos señalar que de 17 ET de MAIS BFyC, solo 7 han concluido con la capacitación para iniciar el proceso de implementación del MAIS, y 10 se encuentran en inicio o proceso de capacitación, lo que permite una articulación con la sociedad civil.

TABLA 4.3.

**PROPORCIÓN DE IPRESS CON GESTIÓN TERRITORIAL
(SECTORIZACIÓN) RECONOCIDO CON ORDENANZA MUNICIPAL
2014-2016**

	N°	%
IPRESS APROBADO CON ORDENANZA	15	38.00
IPRESS EN PROCESO	24	62.00
Total	39	100

FUENTE .- INFORME OPERACIONAL ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

En el cuadro N° 4.3. podemos observar que el 38% de las IPRESS cuentan con una sectorización reconocida por una ordenanza municipal que es un instrumento de planificación gerencial en salud, que permite dar una imagen simple precisa a través de una representación gráfica sobre población en riesgo, focos de riesgo, lo que permitirá la planificación, la información, registro de datos poblacionales, de riesgo, de recursos y la toma de decisiones.

TABLA 4.4.

**PROPORCIÓN DE IPRESS CON SIVICOS RECONOCIDO CON
ORDENANZA MUNICIPAL 2014-2016**

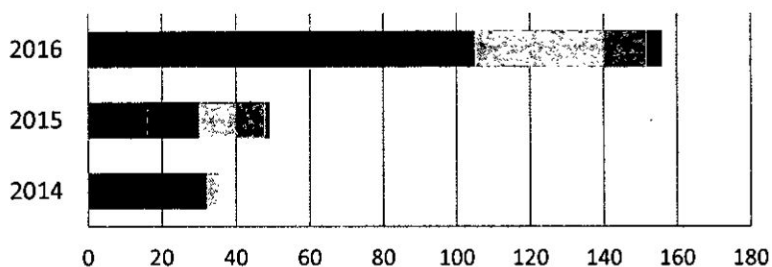
	N°	%
SIVICO RECONOCIDO ORDENANZA	34	88.00
SIVICO EN PROCESO DE RECONOCIMIENTO	5	12.00
Total	39	100

FUENTE .- INFORME OPERACIONAL ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR/PROMSA

En el cuadro N° 4.4 se ha logrado hacer integrar estas formas de participación, esta idea parte de que el gobierno local tiene interés en la participación de la población a través de la presencia de SIVICOS. Frente a ello, el establecimiento de salud, que viene trabajando desde un enfoque de familia y comunidad con una fuerte preocupación por una prevención que parte de determinantes sociales, De esta forma, el trabajo de diagnóstico y priorización que impulsa el establecimiento en cada comunidad, puede ser llevado por el presidente del SIVICO, que es también presidente del CODECO al ejercicio de presupuesto participativo.

GRÁFICO 4.4

IMPLEMENTACION DEL AIS-BFC A TRAVES DE LA VISITA DE SALUD FAMILIAR, PERIODO 2014 – SETIEMBRE 2016.



	2014	2015	2016
■ FAM 1 VISITA	17	16	60
■ FAM 2 VISITA	15	14	45
■ FAM 3 VISITA	3	10	35
■ FAM 4 VISITA	0	8	12
■ FAM C+ 4 VISITAS	0	1	4

En el grafico 4.3 podemos graficar y describir el proceso de implementación del AIS-BFC a partir de la atención de la visita extramural de la familia, el cual es evidenciado en el cubo HIS, lo que me permite señalar que a pesar de los esfuerzos establecidos aun no se impulsa y visualiza los resultados esperados.

V. CONCLUSIONES

Al terminar la descripción el presente informe de experiencia profesional en las IPRESS de la Red de salud Chupaca - Junín, concluyo:

- a. A partir de la experiencia descrita, nos parece más adecuado un diseño de modelo de salud acotado a la realidad local y realista. Este modelo implicaba un mayor equipo, un modo de gerenciar los servicios de corte más horizontal y la incorporación de nuevos procesos e instrumentos para el manejo de información, el monitoreo de actividades y la asignación óptima de recursos para garantizar una adecuada Atención Integral.
- b. Por la Experiencia puedo señalar que la construcción del MAIS es primordial; corresponde definir, planificar y guiar la construcción de este nuevo modelo. Ciertamente debe seguir organizando la oferta de servicios e impulsando la implementación del MAIS-BFC; pero, además, debe desarrollar acciones que permitan tener un mayor impacto en la búsqueda de mejora del nivel de salud de la población, para lo cual el MAIS es un instrumento valioso, mas sería insuficiente si sólo se aborda desde la oferta de servicios.
- c. La experiencia nos muestra que es necesario generar mecanismos que aseguren la permanencia de la EBS formados en Salud Familiar y Comunitaria. Además, nos muestra que es necesario que el resto del personal del establecimiento cuente también con algún tipo de capacitación y sensibilización sobre el Modelo de Atención Integral y sobre Salud Familiar y comunitaria.
- d. La experiencia nos permite señalar el rol protagónico que tiene la participación de la sociedad civil como corresponsables del estado de salud, individual, familiar y comunitario por que instancia de coordinación comunal, con su respectiva personería jurídica

instancia de participación social y comunitaria cuyo objetivo es el de acercar los servicios de salud a la comunidad beneficiaria, para que los usuarios participen del proceso de toma de decisiones sobre temas relevantes como la mejora de la calidad de atención, a fin de lograr la conformidad de la población y una mejor calidad de vida de los usuarios de este sistema.

- e. También debo señalar que una de las dificultades que ha encontrado en los establecimientos de la red de salud Chupaca para el desarrollo del Modelo es la superposición de políticas que, por un lado, les solicitan aplicar el modelo a partir de atención integral por etapa de vida y por otro continúa vigilando su productividad a nivel de estrategias sanitarias. Sobre estas hay una cantidad importante de fichas e instrumentos de registro cuyo llenado lleva tal vez el 70% del tiempo del personal. Los EE SS manifiestan que sería necesario contar con un sistema de transversalización de las estrategias que se manifestara en un sistema informático único e instrumentos de registro únicos también

VI. RECOMENDACIONES

- a) Que las profesionales de enfermería, continúen en una mejora continua, sugiere fortalecer las relaciones del primer nivel de atención con el resto de los niveles del sistema de salud
- b) Ampliar el registro de las actividades de enfermería, relacionadas con la gestión de Enfermería para el para la implementación del MAIS BFyC.
- c) Realizar seguimiento de los procesos que impulsen la salud familiar con enfoque Biopsicosocial.
- d) Realizar mayor número de investigaciones a nivel nacional y local, que permita estandarizar el proceso de implementación del MAIS-BFyC.

VII. REFERENCIALES

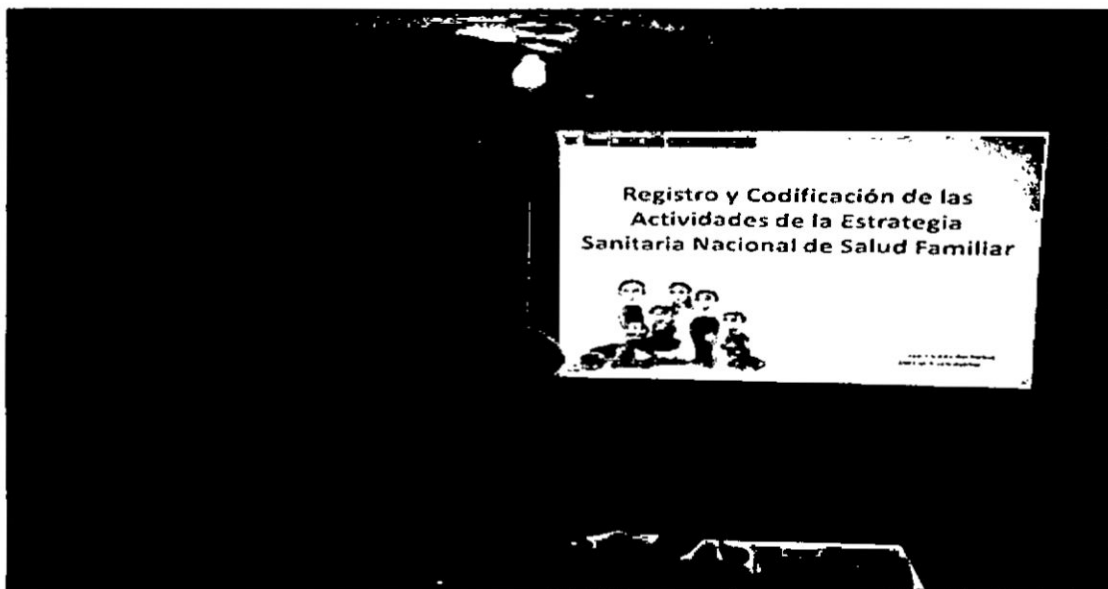
1. **Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad:** Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC -- Lima: Ministerio de Salud; 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
3. Fernando Carbone Campoverde, Salud Pública Centrada En La Persona, La Familia y La Comunidad Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(4):836-7.
4. BAETA NEVES, María Fernanda et Al. Reflexiones en medicina de familia. La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. En: [http:// www.elsevier.es/sites/default /files/elsevier/ pdf/27/27v41n07 a13139260pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v41n07_a13139260pdf001.pdf). Revisado en febrero del 2012.
5. Congreso de la República. Ley 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima: Diario Oficial El Peruano (No. 10561), 2009.
6. Naydú Acosta Ramírez y Román Vega Romero; Documento Autoral de APS en los países de Suramérica "**Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur**"- 2014
7. Ministerio de Salud. El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud. Lima: Ministerio de Salud. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006.

8. Primary health care performance. Muscat, Sultanate of Oman. Directorate General of Health Affairs, Department of Primary Health Care, 2006.
9. Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) MINSA: Managua -2ed. Marzo 2007. (Serie No.1 MOSAFC).
10. Miguel A. Suárez-Bustamante Méd. Dr., MF, Mag.Sal.Púb (1), Arturo Jurado-Vega Méd. Dr. "Implementando la Atención Integral de Salud: Intervención en un área Urbano-marginal vulnerable de Lima, Perú" 2014.
11. Medicus Mundi Navarra – Salud Sin Limites Perú. Primeros Avances del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y comunidad (MAIS BFC) En la Provincia de Churcampa, Huancavelica – Perú. 2015.
12. Oscar Feo, Katherine Tobar–INFORME DE EVALUACIÓN "Modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud" Perú. 2015
13. Organización Panamericana de la Salud (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Smilkstein G. *The Physician*
14. César Chunga Aparicio, María José Cotrina Rico, Karen Custodio Marroquín, Jesús Vásquez Rojas, Consuelo "Modelo de Atención Integral de Salud – Perú"-2015
15. León Segovia R, Carbone Campoverde F, Lema Dodobara C. Primeros avances de la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en la provincia de Churcampa, Huancavelica-Perú. Lima: Ministerio de

- Salud-DIRESA Huancavelica, Medicus Mundi Navarra, Salud sin Límites Perú, Salud Integral, Incluyente ; 2013.
16. MINSA. Modelo de Atención Integral de Salud de Salud Basado en Familia y Comunidad. Documento Técnico. Lima: Ministerio de Salud, 2011.
 17. Segovia I. "Instrumentos de Salud Familiar" Diploma de Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva para médicos de Atención Primaria. 2010.
 18. Rey Gamero AC, Acosta Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2013.
 19. MINSA. Cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del ministerio de la salud y de las regiones. Lima: Ministerio de salud; 2008.
 20. Biblioteca Las casas, Enfermería en Atención Primaria [Servicio Madrileño de la Salud] ,2005.

ANEXOS

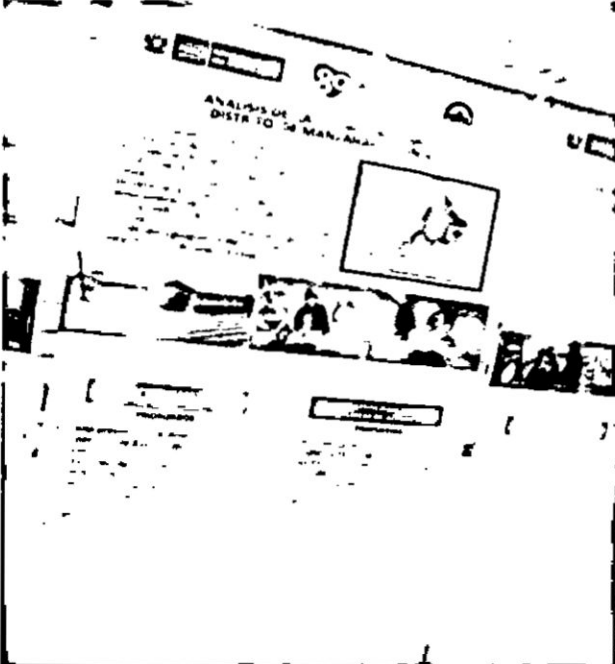
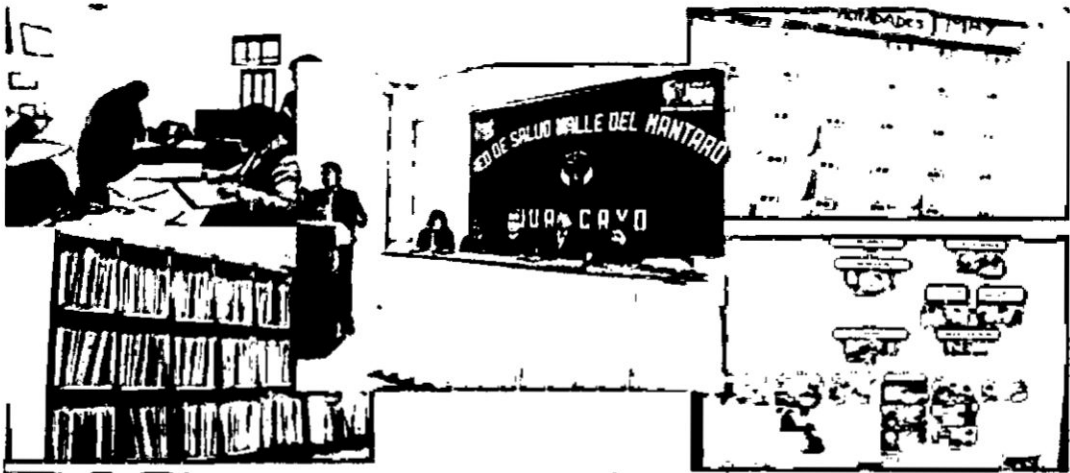
DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN EL PERSONAL DE SALUD



PARTICIPACIÓN COMUNAL



GES
TIÓN
N
TER
RIT
ORI
AL



ELABORACIÓN DEL ASIS
LOCAL

**CAPACITANDO A LOS ACTORES SOCIALES
DEL EQUIPO TECNICO DE MAIS BFyC**



**PARTICIPACION DE LAS AUTORIDADES RECONOCIMIENTO DEL EQUIPO
TECNICO DE MAIS BFyC**



SECTORIZACIÓN

