



PERÚ

Ministerio
de Salud

Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad





PERÚ

Ministerio
de Salud

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

Ministerio de Salud
Lima - Perú
2011

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

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.
124 p.; ilustr., tab.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, organización
& administración / ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD / SERVICIOS DE SALUD
COMUNITARIA / ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD / PRESTACIÓN INTEGRADA DE ATENCIÓN
DE SALUD / GESTIÓN EN SALUD / PROMOCIÓN DE LA SALUD

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011-09237

© MINSA 2011

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801 - Jesús María - Lima - Perú

Telf.: (51-1) 3156600

<http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Fotografías: Ministerio de Salud

Diseño e Impresión:

Aurum Impress sac.

Av. Marginal Mz. B Lt. 8 - Salamanca - Ate

Telf.: (51-1) 437-0064



Ministerio de Salud

Dr. Oscar Raúl Ugarte Ubilluz
Ministro

Dra. Zarela Solís Vásquez
Viceministra

Dr. Ángel Omar Iribari Poicón
Asesor de la Alta Dirección
Coordinador - Comisión de Renovación MAIS-BFC

Dr. Carlos Manuel Acosta Saal
Director General
Dirección General de Salud de las Personas
Secretaría Técnica Comisión Renovación del MAIS-BFC

2011

La elaboración del presente documento técnico contó con la participación y la opinión técnica de los siguientes profesionales del Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, agencias de cooperación nacional e internacional:

Secretaría General

Dra. Úrsula Desilú León Chempen – Secretaria General
Dr. Luis Robles Guerrero – Asesor I

Dirección General de Salud de las Personas

Dr. Carlos Acosta Saal – Director General

Dirección de Servicios de Salud:

Dr. Víctor Javier Correa Tineo - Director Ejecutivo
Dra. María Mercedes Pereyra Quirós.
Dr. Marco Iván Cárdenas Rosas.

Dirección de Gestión Sanitaria:

Dr. Alexander Kostadinov Tarev - Director Ejecutivo.
Dra. Karina Alicia Gil Loayza.
Dra. Jaqueline De la Cruz Huamán.

Dirección de Atención Integral de Salud:

Dr. Luis Miguel León – Director Ejecutivo.
Dr. Juan Segundo Del Canto y Dorador.

Dirección de Calidad en Salud:

Lic. Rosario Dolores Zavaleta Álvarez.
Dr. Marcos Rubén Calle Quispe.

Estrategia Sanitaria Nacional Salud Familiar:

Dra. Olga Patricia Polo Ubillús – Coordinadora Nacional
Dra. Karina Montano Fernández

Dirección General de Promoción de la Salud

Dr. Hamilton García Díaz – Director General

Dirección de Promoción de Vida Sana

Dr. José Bolarte Espinoza – Director Ejecutivo
Dr. Rogger Eduardo Torres Lao.
Dr. Alberto Huacoto Delgado

Dirección de Educación para la Salud

Lic. Luis Gutiérrez Campos

Dirección de Participación Comunitaria en Salud

Dr. César Torres Nonajulca – Director Ejecutivo

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos

Dr. Manuel Núñez Vergara – Director General
Dirección de Gestión de Capacidades en Salud
Dr. Lizardo Huamán Angulo – Director Ejecutivo
Lic. Obst. Mirian Solís Rojas.
Lic. Obst. Gladys Suárez Ballarta
Dra. Nohemy Ramírez Gallegos
Lic. Enf Lindaura Liendo Lucano

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas:

Dr. Víctor Dongo Zegarra – Director General

Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos

Dr. Pedro Luis Yarasca Purilla – Director Ejecutivo
QF. Gustavo Granados Cairampoma
QF. Jaime Villegas Chiguala
QF. Gina Carmen Huaraj García
QF. Jean Karlo Zavalaga M

Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento:

Ing. Iván Jimmy La Rosa Tong – Director General
Dr. Orlando Martín Clendenes Alvarado – Asesor
Ing. Jessica Torres Pérez – Directora de Convenios, Gestión y Aseguramiento Universal

Dirección General de Salud Ambiental:

Dr. Edward Cruz Sánchez – Director General
Dra. Teresa Elizabeth Suárez Cárdenas.

Oficina General de Estadística e Informática

Dr. Henry Ramírez Guerra – Director General
Dirección de Estadística
Dr. Pablo Córdova Ticse – Director Ejecutivo
Dr. Rollin Aurelio Cruz Malpartida

Oficina General de Comunicaciones

Lic. Jorge Alania Vera – Director General
Lic. Rubens Joel Camposano Baldeón

Oficina General de Cooperación Internacional

Lic. Liliana La Rosa Huertas – Directora General
Liduvina María González Venero
Dr. Constantino Severo Vila Córdova

Oficina General de Planeamiento y Presupuesto

Econ. Augusto Martín Portocarrero Grados
Dr. Miguel Ángel Díaz Campos

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

Abog. Jeanette Edith Trujillo Bravo – Directora General (e)

Oficina General de Descentralización

Dr. Enrique Marroquín Osorio – Director General
Dr. Andrés Polo Cornejo
Lic. Aldo Persivale Peña
Dra. Shumaya Iturrizaga Colonio
Dra. Mónica Matayoshi

Defensoría de la Salud y Transparencia

Dr. Percy Araujo Gómez – Director General
Dr. Eduardo Rojas Sánchez

Seguro Integral de Salud - SIS

Dr. Luis Alberto Huarachi Quintanilla - Jefe del SIS
Dr. José Del Carmen Sara - Subjefe del SIS
Dr. Pedro Fidel Grillo Rojas
Clarisa Villalobos Alva
Mario A. Cosmópolis S. ODSIS Lambayeque
Patricia P. Gil Zamora ODIS San Martín

Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

Dr. Elías Melitón Arce Rodríguez - Superintendente
Dr. Guido Aurelio Merea Longa.
Dr. Percy Montes Rueda

Programa de Apoyo de la Reforma del Sector salud II

Dra. Paulina Giusti – Coordinadora de PARSALUD
Flor Espitio Sosa As. Demanda Cusco
Félix Hidalgo R. Coordinador Zonal Cusco

Agradecimiento especial por la colaboración en la revisión, aportes y validación del presente documento normativo a:

Equipos técnicos de las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud de los Gobiernos Regionales de:

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURÍMAC

DIRECCIÓN DE SALUD II

Dra. Janet Apac Robles – Directora General

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA

Dr. Héctor Flores Hinojosa - Gerente Regional

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE CAJAMARCA

Lic. Elsy Rocío Vigo Monzón

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL

José Solís Mora

Jessica Jara García

Williams Riva Vega

Carmen Chuquimia Muñiz

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

Elsa Valer Weiss

Selena López V.

Danilo Palomino.

Rodolfo Daza H.

Tomas Velasco Cabala.

Karim Truyenque M.

Julio Béjar Cuba.

Darío Navarro M.

Miguel Ucumani Asun.

Francisca Cueva Mamani.

Angélica Zapata.

Hilda Rosen Mena.

Arturo Janqul Guzmán.

Sonia Rozas Huacho.

Mery Pantigoso Choque.

Marina Quiroga.

Georgina Acurio.

Lida Cuaresma.

Carlos Ramos Vera.

Carlos Mesones N.

Luz Marina Taype B.

Palomino Guerra B.

Luz De Magaly Colque Quispe.

Esther Aybar Zamora

Enrique Herrera Luna.

Marco Ordoñez L.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA

Adrián Rodolfo Palomino Herencia

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LA LIBERTAD

Regina B. Sánchez Sato

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LAMBAYEQUE

Elder Hernández Donados

José Ventura Zorrilla

Julio Romero Vera

Zoila Verónica Fanzo Ñiquén

Rosa Luz Villafranca Velásquez

Gladys Lira Carpio

Manuela Teresa Del Maestro Rodríguez.

Dorys Villegas Mera

Milton Roy Carrasco Llatos

Julia Cisneros Acosta.

Víctor Manuel León R.

Juana Seclén Calderón.

Iris Maritza Piscocoya Casas

Edwin Velásquez Purisaca

Carmen Bellodas Villanueva

José Arrunátegui Jiménez.

Magaly Cristina Mendoza C.

Marina Juárez Quiroz

Karen Del Pilar Mora Miranda

Herminia Chapilliqueri G.

Joana Paola Riveros Dávila

María Hernández Gutiérrez.

Julio Enrique Patazca Ulfe

Doris Lazo Gallo

Nidia Ledesma Sandoval

Víctor Manuel León R.

Marlene Flores Tipismana

Rocío Gamonal Cruz

Ada Chicoma Sotomayor

Ivette Cotrina Reaño

Lourdes Cecilia Seclén Quiroz

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LORETO

Leonor Espinoza Flores

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE PIURA

Julio César Barreda Dioses – Subdirector

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE SAN MARTÍN

José. R. Paredes C.

María A. Del Águila Lozano

Rosa E. Joseph Barrera

Oscar Celiz Rodríguez

Jackeline Garcia Tang

María Carrasco Quispe

Rocío Del Pilar Villacorta R.

Emilio Portocarrero Meléndez.

Yusbit Consuelo Castro Peña

Socorro Saldaña Cárdenas.

Margarita Cadenas Alburqueque

Hilda Cohen Grandes

Félida Rabanal Díaz

Liz Apastegui Huanca

Giovanna Angulo Peña

Quiminston Del Águila

Max Lizárraga Flores

Lucy Tello García

Geraldine Sánchez Rojas

Luis Enrique García P.

Patricia Lizett Quevedo Pérez

María A. Vela P.

Paola Evelyn Salazar Astete

Fernando Vargas Ruiz

Elvira Josefina Calampa Mas

Juan Villa Montes
Judith Tuanama Marin
Elmer Tacilla Tocas
Zoila Merino Murrieta
Juan Villa Montes

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES
Wilmer John Davis Carrillo

**COOPERACIÓN DE LA AGENCIA INTERNACIONAL
Organización Panamericana de la Salud**
Dr. Ramón Granados
Dr. Miguel Malo
Dr. Guillermo González
Dr. Adrián Díaz
Dr. Giovanni Escalante
Dr. Reynaldo Holder
Dra. Nilda Villacres

Calidad en Salud de USAID

Dr. Oscar Cerdón.
Dr. Pablo E. Campos Guevara
Políticas en Salud de USAID
Dra. Midori de Habich

PROYECTOS DE RELEVANCIA EN SALUD

Asociación Solaris
Dr. Raúl Luna.
David Coauqui Yalla - Asesor Regional en Cusco.
Miguel Ventura Ávila - Coordinador de Salud Cusco
Sara Verona Ciurlizza – Lambayeque
Augusto Saldarriaga Rivas – Lambayeque.

**Agencia Federal de Salud Pública y Desarrollo
Social de la Federación Rusa con la Universidad
Estatad de Samara de Rusia**
Dr. Andrey Sindeev

Agradecimiento especial a:

Cooperación Italiana: Oficina de Cooperación de la Embajada de Italia en Lima con el apoyo del CUCI – Centro Universitario por la Cooperación Internacional de la Università degli Studi di Parma y de la Università Sapienza di Roma.

Prof. Gianfranco Tarsitani
Prof. Cesare Beghi
Dr. Massimiliano Leporati
Dra. Anna Odone
Dra. Chiara Ceccon

Equipo Técnico de Redacción

Dr. Ángel Omar Iribari Poicón
Dr. Luis Robles Guerrero
Dra. Karina Alicia Gil Loayza
Dr. Juan Segundo Del Canto y Dorador
Dra. María Mercedes Pereyra Quirós
Dr. Marco Iván Cárdenas Rosas.
Dr. Lizardo Huaman
Lic Mirian Solis Rojas
Dra. Olga Patricia Polo Ubillus

Dr. César Torres Nonajulca
Dr. José Bolarte Espinoza
Dr. Rogger Torres Laos
Lic. Rosario Zavaleta Alvarez.

Asistente Administrativo

Kathya Sánchez Rendón

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que de manera desinteresada contribuyeron en la formulación del presente documento técnico y ofrecemos disculpas si es que se han presentado omisiones involuntarias.



Resolución Ministerial

Lima, 14 de JUNIO del 2011.

Visto el expediente N° 11-048824-001, que contiene el Informe N° 005-2011-DGSP-DAIS/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas, e Informe N° 373-2011-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Z. Solís V.

Que, según el artículo 3° de la Ley N° 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud, el aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS);



M. Olivera A.

Que, el artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, dispone que la Dirección General de Salud de las Personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados, entre otros, a la atención Integral y servicios de salud;



D. G. CORTAS.

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 729-2003/MINSA se aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud";



D. León Ch.

Que, en el marco de sus competencias, la Dirección General de Salud de las Personas propone para su aprobación el proyecto de Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad", el cual tiene como objetivo entre otros, el actualizar el marco conceptual, metodológico e instrumental de la atención integral de salud en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud y la

Descentralización en Salud, incorporando los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, así como establecer los lineamientos para implementar el modelo de atención integral de salud, basado en familia y comunidad en el Sistema de Salud;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud;

De conformidad con lo dispuesto en el literal I) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad", que en documento adjunto forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Atención Integral de Salud, la difusión, supervisión y evaluación de lo dispuesto en el citado documento técnico.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces a nivel regional, son los responsables de la implementación, supervisión y aplicación del presente documento técnico, dentro de sus respectivas jurisdicciones.


Artículo 4°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 729-2003/MINSA, que aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud".

Artículo 5°.- La Dirección General de Salud de las Personas elaborará, con la participación de las instancias técnicas involucradas, la "Guía de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad", en un plazo de ciento ochenta (180) días calendario, contados a partir de la publicación de la presente resolución.

Artículo 6°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


Z. Solís V.


W. Cárdenas A.


D. León Ch.


OSCAR RAÚL UGARTE UGILLUZ
Ministro de Salud



PRESENTACIÓN

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.

Actualmente, la intervención sobre los determinantes sociales de la salud es reconocida como indispensable para asegurar mejoras en el nivel de salud de la población. Sobre el particular, el papel de los niveles de gobierno en la implementación de planes y programas intersectoriales y el papel del ciudadano y de las organizaciones de la sociedad para participar en ellos y responsabilizarse por el autocuidado de su propia salud, han sido cada vez más resaltados.

En el 2003, el Ministerio de Salud presentó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como el marco referencial para el diseño de políticas de salud y comenzó a impulsar una serie de cambios en la organización y funcionamiento de los servicios de salud con importantes resultados sanitarios. Posteriormente, en los últimos años se introdujeron reformas sanitarias significativas tales como la Descentralización en Salud, la implementación del Presupuesto por Resultados, el Aseguramiento Universal en Salud y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud, estrategias que expresan el avance considerable en el sistema de salud peruano y se vienen reflejando progresivamente en la salud de la población, como la reducción de la mortalidad materna e infantil, control de las principales enfermedades transmisibles, disminución de la desnutrición infantil, incremento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud en todos los niveles de atención, (oferta en salud) incremento de las coberturas de atención y disminución de la exclusión, entre otras y que se corresponde con el crecimiento económico del país. Sin embargo estas reformas requieren ser complementadas, para fortalecer su implementación y sostenibilidad, con cambios estructurales en el modelo de atención, gestión y financiamiento de la atención y que hacen necesaria por ende la actualización del modelo de atención integral de salud vigente.

El presente documento actualiza los fundamentos y alcances de la atención integral de salud, promoviendo un modelo de gestión con enfoque territorial, especial atención a los recursos humanos, la organización de los servicios en redes de salud y la prestación de atenciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; teniendo como eje de intervención la familia y la comunidad. Para cumplir con estos propósitos, es pertinente articular los esfuerzos, recursos y capacidades con la comunidad y la sociedad civil organizada, armonizar y asegurar el financiamiento interno y externo, equitativo y sostenible, en pro de la atención primaria de la salud; así como un sólido marco regulatorio, que le aseguren legalidad y legitimidad, elementos claves para su implementación y sostenibilidad en el tiempo.

Estas definiciones representan la visión actual que tiene el Ministerio de Salud para la orientación de los procesos de reforma en curso y su implementación, a través de estrategias y planes conjuntos con los otros sectores involucrados en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, en la mejora de la situación de salud de la población, como de cambios al interior de las organizaciones prestadoras de servicios de salud que contribuyan a una mejor calidad de atención y nivel de salud de la población del país.

Finalmente, podemos afirmar que estamos construyendo un sistema de salud que sea capaz de anticiparse a los problemas sanitarios a través de políticas y estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, principalmente, en un nuevo modelo de atención y gestión de la salud, que garanticen a las personas, familia y comunidad el acceso a una atención integral de salud, oportuna y de calidad.

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	11
II.	FINALIDAD	13
III.	OBJETIVOS	13
IV.	BASE LEGAL	13
V.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	14
VI.	CONTENIDO	15
6.1	CONTEXTO DE LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	15
6.1.1.	Progresos en la implementación de la atención integral de salud en el Perú.	17
6.1.2.	Avances en la reforma sanitaria en el Perú.	19
6.1.3.	La atención primaria de salud renovada.	22
6.2	MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD	25
6.2.1.	La evolución del concepto de salud y de atención de salud.	27
6.2.2.	Los determinantes sociales de la salud.	28
6.2.3.	Las dimensiones políticas y operativas.	32
6.2.4.	Principios y valores orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud.	33
6.2.5.	Enfoques que influyen en la definición del Modelo de Atención Integral de Salud.	34
6.2.6.	Configuración general del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.	38
6.2.7.	Características generales del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.	42
6.2.8.	Concordancia entre el MAIS-BFC y las estrategias de APS-R.	42
6.3.	COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD	47
6.3.1.	Componente de gestión	49
6.3.1.1.	Recursos humanos adecuados, competentes y en el lugar apropiado.	50
6.3.1.2.	Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud - PROSALUD.	52
6.3.1.3.	Articulación educación-salud, para el desarrollo de capacidades gerenciales y de los EBS, en el marco de la implementación de PLANSALUD.	52
6.3.1.4.	Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM).	53
6.3.1.5.	Agentes comunitarios de salud como parte del EBS-FC en el MAIS-BFC.	53
6.3.1.6.	Gestión de la salud con enfoque territorial.	53
6.3.1.7.	Desarrollo progresivo de un sistema de información funcional.	55
6.3.1.8.	Reorientación de los servicios de salud hacia la calidad de la atención.	56
6.3.1.9.	Gestión adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	57
6.3.1.10.	Acceso universal a productos farmacéuticos esenciales, dispositivos médicos y productos sanitarios correspondientes al nivel de atención.	58
6.3.1.11.	Uso racional de productos farmacéuticos y farmacovigilancia.	58
6.3.1.12.	Control y vigilancia sanitaria de productos y establecimientos farmacéuticos.	59
6.3.1.13.	Infraestructura, equipamiento y mantenimiento.	59
6.3.2.	Componente de organización de los servicios para la prestación.	60
6.3.2.1.	Las redes de salud articuladas funcionalmente.	60

6.3.2.2. Registro y categorización de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.	61
6.3.2.3. El sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención.	62
6.3.2.4. La oferta móvil de servicios de salud.	62
6.3.3. Componente de prestación de servicios de salud.	63
6.3.3.1. La provisión de paquetes de atención integral a la persona, familia y comunidad intramural y extramural.	63
6.3.3.2. La organización de los equipos básicos de salud familiar y comunitaria.	64
6.3.3.3. La organización del sistema de vigilancia comunal.	66
6.3.3.4. El sistema de seguimiento de atenciones.	67
6.3.3.5. Elaboración de los planes locales de atención de salud.	68
6.3.3.6. Adecuación de los servicios de salud para la atención integral basada en la familia y la comunidad.	69
6.3.4. Componente de financiamiento.	69
6.3.4.1. Financiamiento vía Aseguramiento Universal en Salud.	70
6.3.4.2. Reorientación del financiamiento del presupuesto por resultados a la Atención Integral de Salud con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria.	70
6.3.4.3. Financiamiento per cápita del MAIS-BFC.	71
6.3.4.4. Financiamiento a través de los programas de estímulo económico municipal.	71
6.3.5. Articulación de los componentes y sus elementos para responder a los principios, valores y enfoques del MAIS-BFC.	71
6.4. CONDICIONES DE ÉXITO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS-BFC	75
6.4.1. El cambio en el paradigma sobre la atención de salud.	77
6.4.2. La necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC.	79
6.4.3. Necesidad de reordenar el financiamiento de los servicios de salud para hacer posible la implementación del MAIS-BFC.	79
6.4.4. Construyendo el MAIS-BFC desde la dimensión política.	80
6.4.5. Refuerzo de la acción intersectorial y de la participación ciudadana.	82
6.4.6. Necesidad de actualizar y completar el marco normativo para operacionalizar el MAIS-BFC.	84
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS	
Anexo 1 Lista de acrónimos y abreviaturas.	92
Anexo 2 Glosario de términos del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.	93
Anexo 3 Paquetes de atención integral a la persona por etapa de vida.	95
Anexo 4 Paquetes de atención integral a la familia.	108
Anexo 5 Flujograma de los paquetes de atención integral a la persona.	111
Anexo 6 Flujograma del paquete de atención integral a la familia.	113
Anexo 7 Necesidades de salud.	114
Anexo 8 Proceso de construcción del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.	118
Anexo 9 Hoja de ruta del mecanismo de financiamiento per cápita del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).	120

DOCUMENTO TÉCNICO

“MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD”

I. INTRODUCCIÓN

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 proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades es objeto-sujeto del trabajo de los equipos de salud, cuyo cometido principal es el de mejorar la calidad de vida de las poblaciones a cargo.

Los paradigmas del proceso de salud-enfermedad se implementan a través de prácticas sociales de atención; constituyen así los modelos de atención a la salud.

Un modelo de atención integral de salud es un sistema organizado de prácticas basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora -con especial énfasis- la dimensión preventivo-promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad.

La incorporación de reformas en salud como el Aseguramiento Universal en Salud, la Descentralización en Salud y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención ha introducido cambios significativos en el sistema de salud peruano; en su esencia, reconocen el derecho de las personas, familia y comunidad a una atención integral equitativa con garantías explícitas de calidad y oportunidad de atención.

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: 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. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud. Se preocupa por que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Las características fundamentales de este modelo de atención se resumen en lo siguiente:

1. Centra su atención en la persona, en el contexto de su familia y comunidad, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud; acercando la atención de salud a la población beneficiaria.
2. Pone énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; con orientación a la familia y la comunidad sin descuidar las acciones curativas y de rehabilitación.
3. Reorienta los servicios de salud hacia una atención personalizada, digna y de calidad, con base en principios de salud familiar y comunitaria, y en las garantías explícitas del Aseguramiento Universal en Salud.
4. Brinda especial atención a los recursos humanos, con el fin de contribuir en el cierre de brechas con equidad, desarrollo de capacidades con énfasis en la formación de salud familiar y comunitaria, así como en la implementación de políticas de trabajo digno.
5. Promueve la gestión de la salud, con enfoque territorial.
6. Organiza los servicios en redes de salud y asegura la complementariedad e integralidad de la atención que requieren las necesidades de salud sentidas y no sentidas, para

que se garantice la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios hasta las modalidades de atención especializada.

7. Promueve el abordaje de los determinantes sociales de la salud y abre espacios para la participación ciudadana en salud, individual y colectiva, y la intersectorialidad, a través de la creación del “Consejo Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud”; incorporando además, mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.
8. Asegura, a través de diversos mecanismos de financiamiento, equitativos y sostenibles, los recursos necesarios para su implementación y sostenibilidad. En este sentido se promueve el financiamiento Per Cápita de la Atención Integral de Salud, con prioridad en el primer nivel de atención y en zonas pilotos y de manera gradual y progresiva en todo el país.
9. Promueve un sólido marco jurídico sanitario que revitalice y actualice la normatividad vigente, en el contexto de fortalecer su rol rector.
10. Promociona el respeto e impulso a la transversalización de los enfoques de derecho, interculturalidad y equidad de género.

El modelo de atención integral propuesto releva como foco de atención a la familia; reconoce que ésta influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros, y, de igual modo, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto. Esta relación se expresa en la existencia de características propias de cada familia, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, los que deben ser identificados e intervenidos desde el primer nivel operativo, en los establecimientos de salud; y el nivel político, desde el gobierno nacional, regional y local.

La integralidad de la atención en salud es la aspiración de todas las personas, así como uno de los principios orientadores del modelo de atención integral de salud centrado en la familia, ya que la continuidad de la atención personalizada y mantenida a lo largo del tiempo, permite un conocimiento acumulativo de las personas y familias a cargo, desarrollo de vínculos y un compromiso profundo entre los integrantes del equipo de salud y su población adscrita. Puede ser comprendida como la respuesta continua que se otorga a las personas en los distintos puntos de la red de salud, tanto en los cuidados primarios como especializados, sea intramural o extramural, independiente del lugar geográfico del país donde la persona se encuentre por razones laborales u otras.

Para mejorar la situación de la salud se debe tomar en cuenta -como característica esencial y condición necesaria- el enfoque multidisciplinario y el trabajo en equipo, porque la confluencia de los diferentes enfoques disciplinarios permitirá un análisis integral de la salud, no sólo de las personas y familias, sino también de la comunidad en conjunto.

Constituir de manera progresiva el equipo básico de salud con formación en salud familiar y comunitaria (EBSFC) es vital en este contexto social, comunitario y familiar, a fin de comprender las distintas dimensiones de vida de cada población, para que así podamos utilizar mejor los recursos existentes, ya sea a nivel familiar, comunitario y social. La conformación de estos equipos, responsables de poblaciones pequeñas de familias, facilita el acercamiento, identificación y diagnóstico de las principales necesidades de salud así como definir su plan de intervención.

Todo este esfuerzo será insuficiente y de poco impacto en la salud pública del país si es que el Estado no asume su rol político de intervenir, con firmeza y convicción, la realidad socioeconómica del país, de manera articulada y consensuada, entre los diferentes niveles de gobiernos, sociedad civil y la participación ciudadana; para impactar en los determinantes sociales de la salud, la situación de salud de la comunidad y el desarrollo del país.

Dr. Ángel Omar Irribari Poicón
Asesor de la Alta Dirección del Despacho Ministerial

II. FINALIDAD

Mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud.

III. OBJETIVOS

- Actualizar el marco conceptual, metodológico e instrumental de la atención integral de salud en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, incorporando los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada.
- Fortalecer el diseño e implementación del modelo de atención integral de salud, que incorpora el abordaje de los determinantes de la salud, desde una dimensión política que articule los niveles de gobierno y los demás sectores a través de una efectiva participación ciudadana individual y colectiva.
- Establecer los lineamientos para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud, basado en Familia y Comunidad en el sistema de salud.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
- Ley N° 27658, Ley de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo.
- Ley N° 28273, Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29344, “Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud”.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y su modificatorias Decreto Supremo N° 007-2006-SA, Decreto Supremo N° 023-2006-SA y Decreto Supremo N° 003-2010-SA.
- Decreto Supremo N° 077-2006-PCM, que aprueba las Disposiciones relativas al proceso de Transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a las Municipalidades Provinciales y Distritales.
- Decreto Supremo N° 056-2008-PCM, que aprueba las “Normas para la documentación oficial de los Ministerios del Poder Ejecutivo y los Organismos Públicos adscritos a ellos”.
- Resolución Ministerial N° 566-2005/MINSA, que aprueba los “Lineamientos para la Adecuación de la Organización de las Direcciones Regionales de Salud en el Marco del Proceso de Descentralización”.
- Resolución Ministerial N° 696-2006-/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 614-2007/MINSA, que aprueba la Guía de Implementación de los Proyectos Pilotos de Descentralización en Salud a los Gobiernos Locales.
- Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

- Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.02 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA, que aprueba “El Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer nivel de Atención 2011-2021”.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación en todo el territorio nacional, en las instancias relacionadas con la salud de los gobiernos regionales y gobiernos locales y en los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos.

VI. CONTENIDO

6.1 CONTEXTO DE LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Desde la aprobación del documento técnico *La Salud Integral compromiso de todos: El Modelo de Atención Integral de Salud*¹, en el año 2003, ha evolucionado el enfoque conceptual de atención integral de salud y el marco organizacional, dentro de los cuales se implementó progresivamente la atención integral de la salud.

En este contexto, el papel de la intervención sobre los determinantes sociales de la salud a través de las acciones de promoción de la salud ha comenzado a tener una mayor relevancia en la comunidad sanitaria internacional. A ello, debe agregarse el cambio progresivo que se ha producido en el sector salud con la implementación de un conjunto de reformas fundamentales. Finalmente, debe recibir una consideración especial el nuevo énfasis puesto en los últimos años a la adopción de la Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en la región de las Américas a la que pertenece el Perú.

Con el fin de entender mejor los fundamentos de la actualización del modelo, se desarrollan con mayor detalle los siguientes aspectos:

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

Tras la crisis económica de la década de los años ochenta hasta fines de los noventa, la gestión sectorial de la atención de salud estaba enfocada principalmente hacia el desarrollo de los establecimientos de salud. La extensión de la cobertura de atención de las redes de establecimientos y el fortalecimiento de los servicios de salud eran los principales temas de gestión sectorial que dominaban la agenda del Ministerio de Salud.

Las prioridades sanitarias nacionales se expresaban a través del funcionamiento de diecisiete programas de salud verticales que, desde el Ministerio de Salud, controlaban la implementación de sus normas de atención en la red de establecimientos de salud dependientes del sector con diferentes niveles de consecución de resultados sanitarios. Una débil réplica de este esquema de gestión funcionaba en las redes de establecimientos del Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy, Seguro Social de Salud del Perú-EsSalud) y de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.

Es en esta época que el Ministerio de Salud impulsa, con apoyo de la cooperación internacional, la implementación de una serie de proyectos e iniciativas que incluían como parte de sus alcances la innovación a favor de formas más inclusivas y completas de realizar la atención de salud. Ejemplos de esto proyectos fueron el Programa Salud Básica Para Todos (PSBPT); el Proyecto 2000; el Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB); el Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico en Cajamarca (APRISABAC); y, el Proyecto Una Nueva Iniciativa (UNI), los que contribuyeron con el desarrollo y la ejecución de las primeras propuestas de atención integral de salud en algunas regiones del país.

Como producto de esas experiencias, a inicios del presente siglo, el Ministerio de Salud, en un esfuerzo de modernización y adecuación de la prestación de salud y acorde con el sexto lineamiento de política del sector salud 2002-2012, elaboró el documento técnico *La Salud Integral, Compromiso de Todos: El Modelo de Atención Integral*, constituyendo desde entonces el marco normativo conceptual de la reforma de la salud pública del país.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es el marco conceptual de referencia con el que 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). Además, orientan los términos sobre los cuales se organizan los servicios de salud y desarrollan sus actividades; la forma como otros sectores se complementan con el sector salud y la forma como los recursos del Estado son orientados para mejorar el estado de salud de la población del país. El MAIS, al aplicar las acciones de salud (toma como eje central las necesidades de salud de las

⁽¹⁾ Aprobado con Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, del 20 de junio de 2003.

personas en el contexto de la familia y de la comunidad, antes que los daños o enfermedades específicas), establece la visión multidimensional y biopsicosocial de las personas y propone la provisión continua y coherente de acciones dirigidas al individuo, a su familia y a su comunidad; en corresponsabilidad con el sector salud, la sociedad y otros sectores, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con la finalidad de asegurar el nivel de salud que haga posible el desarrollo sostenible.

El cambio de enfoque que ha tenido la gestión sanitaria desde la adopción del MAIS se ha reflejado tanto en la organización del Ministerio de Salud como en la forma de organización y funcionamiento de los servicios de salud.

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

- La creación de las estrategias sanitarias, como mecanismo de manejo sectorial e intersectorial de determinadas prioridades nacionales y regionales como salud sexual y reproductiva, nutrición y alimentación saludable, ITS-VIH/Sida malaria, tuberculosis, inmunizaciones, salud mental, enfermedades no transmisibles y salud familiar, cuyas intervenciones se integran de manera coherente y articulada con las intervenciones por etapas de vida, a nivel de familia y comunidad. Actualmente, constituyen el modelo para contribuir y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, compromiso asumido por el Perú para el año 2015.
- La creación de la Dirección General de Promoción de la Salud y la implementación progresiva de los lineamientos de política de promoción de la salud.
- La creación de las direcciones de gestión sanitaria, servicios de salud y de calidad en salud para mejorar el papel de rectoría y asistencia técnica del Ministerio de Salud en la organización y funcionamiento de los servicios de salud.
- 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.

Es de consenso, al interior del Ministerio de Salud, considerar que aunque el MAIS vigente puede considerarse bastante completo desde el punto de vista conceptual y técnico, su implementación en los últimos años no ha reflejado por completo los términos en los cuales había sido planteado.

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

- a) El perfil de los equipos de salud local con orientación asistencialista, fragmentó las atenciones y privilegió las actividades recuperativas y de rehabilitación.
- b) 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. Por consiguiente, la atención de personas sanas, o aparentemente sanas (o la atención de las necesidades no sentidas por la población), continuó como una actividad marginal para los equipos de salud en el primer nivel de atención. Esto determinó que los cuidados esenciales provistos por los servicios de salud tuvieran un marcado componente recuperativo y de rehabilitación y limitadas actividades de promoción de la salud y prevención del daño y la enfermedad. A ello se adicionó el énfasis que recibió durante los primeros años de implementación de normas técnicas orientadas a establecer la atención integral a la persona por etapas de vida.

- c) Las actividades de atención integral en salud, predominantemente recuperativas, se centraron en la persona. No se incorporaron a la cartera de servicios del primer nivel de atención las intervenciones a la familia y a la comunidad. Por ende, el principal resultado esperado de la atención integral durante este período fue “personas saludables” con una nula o débil protección de la familia, de la comunidad y el entorno.
- d) En cuanto al control de determinantes sociales de la salud, los principales esfuerzos realizados se orientaron hacia la acción sectorial sobre los determinantes, a través de la implementación de las estrategias sanitarias. Pocos progresos se hicieron en la intervención intersectorial para el abordaje de los determinantes.
- e) Aunque la mejora de la situación social, económica, educativa y política del país ha sido evidente, el rol del gobierno nacional, regional y local en la intervención en los determinantes sociales de la salud permanece débil y desarticulada, lo que ha permitido la persistencia de altos índices de pobreza y de contaminación ambiental, el bajo saneamiento básico y la baja calidad de atención en los servicios de salud, entre otros.
- f) La población no ha asumido un rol pleno en el autocuidado de su salud, y su participación en todos los procesos de gestión pública, aún es débil.
- g) Ello podría deberse, en gran parte, a que la implementación del MAIS se ha enfocado en la organización de la prestación sin intervenir efectivamente en modificar la demanda actual de servicios de salud, la cual expresa apenas las necesidades de salud sentidas por la población, pero no representa las otras necesidades de atención, sin las cuales se hace difícil mejorar el nivel de salud de la población. Como consecuencia, este patrón de demanda de atención de salud ha reforzado el predominio de las intervenciones recuperativas y de rehabilitación sobre las otras intervenciones integrales a la persona, la familia, la comunidad y su entorno (con mayor perjuicio para el desarrollo de las intervenciones de promoción de salud).

Pueden identificarse también algunos aspectos poco desarrollados en los últimos años, tales como la escasa integración de los prestadores de salud, el insuficiente desarrollo de un sistema de información integrado para la gestión y la atención de salud, la limitada gestión de la formación y desarrollo de recursos humanos y el limitado financiamiento a las intervenciones de salud colectiva.

Se concluye, entonces, que es necesaria una actualización de los términos en los que está definido el MAIS vigente, e incorporar modificaciones que contribuyan a afirmar la validez de sus principios y el alcance de sus contenidos. De esta forma, se espera construir un sistema de atención de salud que sea capaz de anticiparse a los problemas sanitarios a través de políticas y estrategias de promoción de la salud y prevención del riesgo o daño, en un nuevo modelo de gestión y atención, a fin de que garantice a las personas, familia y comunidad el acceso a una atención integral de salud, oportuna y de calidad.

6.1.2 AVANCES EN LA REFORMA SANITARIA EN EL PERÚ

6.1.2.1 El Aseguramiento Universal en Salud

La introducción de cambios en los mecanismos de financiamiento de los servicios ha ocupado un lugar predominante en la agenda de las reformas impulsadas por el Ministerio de Salud para reducir la inequidad en el acceso a los servicios de salud. A fines de los años noventa surgen el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno como dos mecanismos de financiamiento, mediante la modalidad de reembolso por las atenciones realizadas a dos grupos de población priorizados en el país. En la siguiente década, son fusionados para constituir el Seguro Integral de Salud (SIS).

En marzo del año 2009, se aprobó la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud², que establece el marco normativo para garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. Un año después se publica su Reglamento³ en el que se enuncian los mecanismos para su desarrollo e implementación a nivel nacional.

⁽²⁾ Ley N° 29344, “Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud”, aprobada el 30 de marzo de 2009 y publicada el 8 de abril del 2009.

⁽³⁾ Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, aprobado el 3 de abril del 2010.

A través de esta norma se garantiza “el derecho pleno y progresivo a la Seguridad Social en Salud” para aquella población que no es beneficiada por el régimen contributivo del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) o por otros regímenes de seguro público y privado. El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) trata de priorizar y asegurar el acceso de toda la población a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad.

El conjunto de estas prestaciones es denominado Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)⁴. El SIS se convierte en la fuente de financiamiento que permite asegurar el acceso al PEAS para aquella población no cubierta por los regímenes de aseguramiento existentes hasta entonces.

Actualmente, el SIS financia -en todo el país- las atenciones de la población pobre y extremadamente pobre en los servicios de salud del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales, de cuyo financiamiento dependen. Es de resaltar, que aunque el SIS ha contribuido a una mayor equidad en el acceso a la atención de salud a la población no cubierta por los regímenes de aseguramiento contributivo, hay aspectos que repercuten en el desarrollo del modelo de atención integral de salud:

- El SIS promueve maximizar el uso de los recursos humanos para reducir las barreras económicas y se transfiera fondos para asegurar medicamentos, consumibles y otros insumos de la atención de salud, en forma proporcional a la cantidad de atenciones realizadas. Ello ha sido especialmente positivo en ámbitos rurales o en zonas de mayor pobreza en el país.
- El proceso de presentación de información sobre atenciones realizadas, a fin de sustentar el pedido de fondos, incluye la evaluación del cumplimiento de las normas de atención y la validación de la consistencia de los datos sobre las atenciones realizadas, lo que ha permitido la introducción de una cultura de auditoría y control de la calidad en la gestión de los servicios de salud.
- El financiamiento del SIS no incluye aquellas prestaciones realizadas a la familia y a la comunidad, y se concentra en las intervenciones a la persona sean preventivas, recuperativas o de rehabilitación, lo que ha reforzado el sesgo asistencial de los servicios de salud.

El financiamiento a través del SIS es un elemento valioso para configurar el MAIS, sin embargo, debe considerarse los mecanismos que faciliten superar limitaciones: sistema de información paralelo unidireccional, retraso en el pago de las prestaciones, falta de retroinformación a los servicios de salud sobre el resultado de la sustentación de los pagos, la falta de concordancia en sus procedimientos financieros con otras normas de atención de salud aprobadas.

6.1.2.2 La Descentralización en Salud

La descentralización en el sector salud se inició en el año 2005 con el proceso de transferencia de funciones sectoriales, responsabilidades y la administración de los recursos desde el gobierno nacional a los gobiernos regionales y locales. Al terminar el año 2010, el Ministerio de Salud ha concluido con la transferencia de dieciséis funciones sectoriales, que comprenden ciento veinticinco facultades, con sus recursos asociados a veinticinco gobiernos regionales.

La descentralización es una política de Estado que se rige fundamentalmente por lo establecido en la Constitución Política del Perú; la Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales; la Ley Orgánica de Municipalidades; y, por normas complementarias emitidas por la Presidencia del Consejo de Ministros, en su calidad de ente rector del proceso de descentralización. Tiene como finalidad el desarrollo integral, armónico y sostenible del país, mediante la separación de competencias y funciones, y el equilibrado ejercicio del poder por los tres niveles de gobierno, en beneficio de la población.

Este proceso ha ido generando la necesidad de desarrollar una mayor articulación intergubernamental y la definición de los roles de cada nivel de gobierno atendiendo al principio de subsidiaridad:

⁽⁴⁾ Aprobado con Decreto Supremo N° 016-2009-SA, 18 de noviembre de 2009.

- El gobierno nacional y los gobiernos regionales y locales cuentan con autonomía política, administrativa, funcional y económica para realizar los arreglos institucionales y acciones necesarias que permitan conducir y ejecutar las políticas de salud, conforme a las competencias establecidas en sus respectivas leyes orgánicas.
- El Ministerio de Salud es la Autoridad Sanitaria Nacional; formula las políticas nacionales y sectoriales de salud y ejerce el rol rector del sector salud.
- Los gobiernos regionales ejercen la autoridad sanitaria regional a través de su órgano especializado; formulan y conducen las políticas regionales de salud con enfoque territorial; financian el mantenimiento de los servicios públicos de salud y organizan la oferta de servicios de salud de su ámbito en coordinación con los gobiernos locales.
- Los gobiernos locales formulan y conducen las políticas locales de salud en concordancia con las políticas nacionales y regionales de salud; también, gestionan la atención primaria de la salud y conducen la ejecución de las acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad, que incluye el abordaje con un enfoque territorial de los determinantes sociales de la salud, en el marco de los planes concertados de desarrollo local.
- Es función de los gobiernos locales, desarrollar acciones en el campo de la salud ambiental, de la promoción de la salud y la prevención del riesgo o daño en salud, así como gestionar la atención primaria de la salud.
- Los niveles de gobierno deben incorporar la participación ciudadana en los procesos de planeamiento y control de la salud; e incluir la vigilancia y la fiscalización de los servicios de salud.

En este sentido, la descentralización crea autonomía para iniciativas de mejoramiento del rol rector, mejoramiento de la eficiencia y abre otras posibilidades de financiamiento de la atención integral de salud.

➤ 6.1.2.3 El Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención

Para garantizar el derecho a la salud de la población, el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales cuentan actualmente con 7,447 establecimientos de salud⁵: 11 institutos especializados, 146 hospitales, 1,331 centros y 5,959 puestos de salud. Los dos últimos representan el 97.89% de todos los establecimientos de salud y corresponden al primer nivel de atención.

El primer nivel de atención de salud es el mejor espacio donde se establecen los vínculos con la comunidad y el resto de los sectores sociales para el mejor abordaje de los determinantes sociales de la salud que condicionan el estado de la salud de la población, para lo cual desarrolla procesos de intersectorialidad y de participación ciudadana individual y colectiva.

El Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud se prioriza por su importancia para brindar atención integral, integrada y continua. Su funcionamiento adecuado, unido a un relacionamiento armónico con los otros niveles, le permitiría resolver -a nivel local- un elevado porcentaje de problemas de salud, ya que seleccionaría y derivaría los casos pertinentes hacia el siguiente nivel de atención. En este sentido, podría resolverse localmente entre el 70 y el 80% de las necesidades básicas más frecuentes, incluso las actividades preventivas promocionales en la atención de la salud de la población a lo largo de la vida. Para esto, es condición indispensable mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud del primer nivel de atención y realizar cambios en el modelo de atención, gestión y financiamiento de la atención.

Por ello, el Ministerio de Salud tiene como una de sus prioridades dentro de la reforma del sistema de salud peruano, la estrategia referida al Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, iniciada en el 2010 en las regiones pilotos del Aseguramiento Universal en Salud.

Esta estrategia promueve lo siguiente:

- Brinda especial atención a la formación y al desarrollo de los recursos humanos: gestores, personal de salud y trabajadores comunitarios; y a la asignación de equipos básicos de

⁽⁵⁾ De acuerdo con el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES); consultado el 25 de abril del 2011.

salud en los establecimientos del primer nivel de atención. Se da énfasis al desarrollo de capacidades de gestión óptimas.

- Enfatiza la orientación de los servicios de salud hacia la calidad, en la que también se cuenta con la participación de la comunidad, basada en la mejora de los procesos de atención, diseño y aplicación de instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de que permitan alcanzar resultados significativos en el desempeño de los servicios de salud con eficiencia y eficacia.
- Privilegia las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; toma como eje de intervención a la persona, familia y comunidad, para la planificación y la acción.
- Desempeña una función importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información oportuna y de calidad, en el marco de un sistema nacional de información, en red y en tiempo real; insumo clave para la planificación, monitoreo y evaluación de desempeño, a lo largo de todo el sistema de atención de salud.

Para la viabilidad y sostenibilidad se requiere de un sólido respaldo político y del compromiso de todos los sectores y actores claves del Estado y de la sociedad civil, para que así se asegure los recursos técnicos y financieros necesarios para su implementación, internos y externos, convencionales y no convencionales. Se propone el financiamiento per cápita de la atención primaria de la salud.

Asimismo, se promueve una organización adecuada de los servicios en redes funcionales de atención (EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas), en el marco del AUS por niveles de atención, y disponer de un sistema de referencia y contrarreferencia nacional y regional para atender las necesidades de salud de la población.

6.1.3 LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA

La Conferencia Internacional de Alma Ata (Kazajistán), sobre atención primaria de la salud (APS), realizada en 1978, estableció a la atención primaria de la salud como la máxima estrategia de desarrollo para alcanzar mejores niveles de salud, hacia la meta de “Salud para todos en el año 2000”; además, para los servicios de salud, la definió como “el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad, llevando los servicios de salud tan cerca como sea posible hasta donde la gente vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud”⁶.

Entre las características de la APS, la declaración de Alma Ata la definió como “la atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables; así como tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener y del desarrollo social y económico de la comunidad”.

Desde entonces, la APS ha sido referida como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario y como un conjunto de principios para la organización de los servicios de salud, y como el conjunto de criterios para abordar las necesidades de salud prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud.

Sin embargo, el mundo ha cambiado y, por lo tanto, la APS también. Una serie de acontecimientos mundiales, tales como la recesión económica; la presión de la globalización; las enfermedades emergentes (como el VIH/Sida) y las reemergentes (tuberculosis, dengue, peste, bartonellosis y otras) desplazaron la atención de la salud pública hacia la gestión urgente de las situaciones de alta morbilidad y mortalidad omitiendo promover el enfoque sistémico para la atención de la salud, las políticas sociales y económicas, las que influyen en los determinantes de la salud y la participación comunitaria. En el año 1994, un análisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a razón de

⁽⁶⁾ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento oficial. Borrador para discusión. Julio 12/05. Pág. 24.

los cambios ocurridos en el ámbito sanitario a nivel mundial desde Alma Ata, concluye que la salud para todos -en el año 2000- no se cumpliría en ese plazo, es así que surge la necesidad de revisar el abordaje de la APS para enfrentar los nuevos desafíos epidemiológicos, demográficos, sociales y culturales, considerando las lecciones aprendidas desde su declaración.

El propósito de renovar la APS es la revitalización de la capacidad de todos los países para organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible, que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad, en función de un sistema de salud basado en la atención primaria, a fin de fortalecer los mecanismos de vigilancia, la participación ciudadana y el empoderamiento de la persona, familia y comunidad en el autocuidado de la salud.

En el 2005, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) introduce el concepto de Atención Primaria de Salud Renovada como "(...) la 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"⁷.

Los pilares y valores sobre los cuales se sustenta la APS son la equidad, la solidaridad y la universalidad de la salud, como derecho humano fundamental. Estos son valores sobre los cuales la actualización del modelo de atención integral tiene que enmarcarse.

Sobre las contribuciones del concepto de APS y de APS-R en la construcción del modelo de atención integral puede enunciarse:

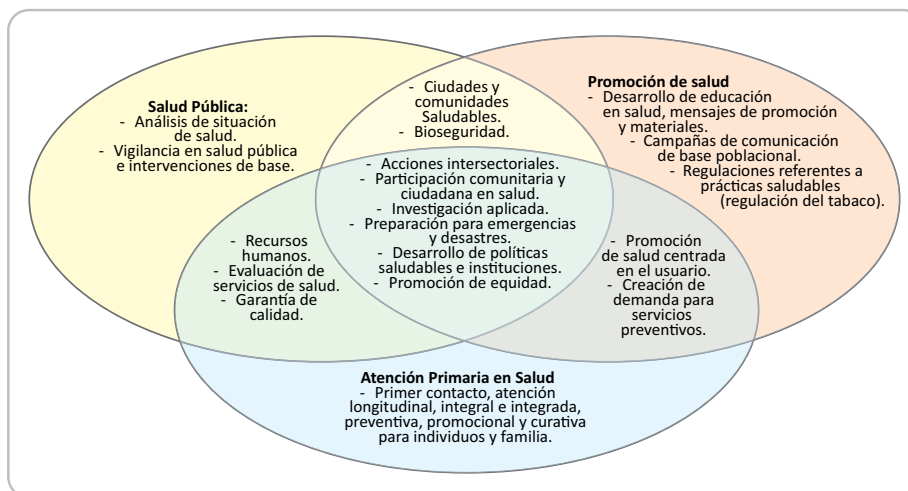
- Se enfatiza la importancia de construir un sistema de salud que se fundamenta en la APS, sobre la base de la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y las lecciones aprendidas.
- Se definen como los objetivos generales de la APS: la equidad en el acceso a la atención y la eficacia en la prestación de los servicios.
- Se resalta el fomento y la participación de los diversos sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, mediante la educación apropiada, para acrecentar la capacidad de las comunidades en la participación y búsqueda del desarrollo social sostenible.
- Se fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud; se saca el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles.

El documento también 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; por lo tanto, estará siempre ligada por su esencialidad.

⁽⁷⁾ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento oficial. Borrador para discusión. Julio 12/05. Pág. 24.

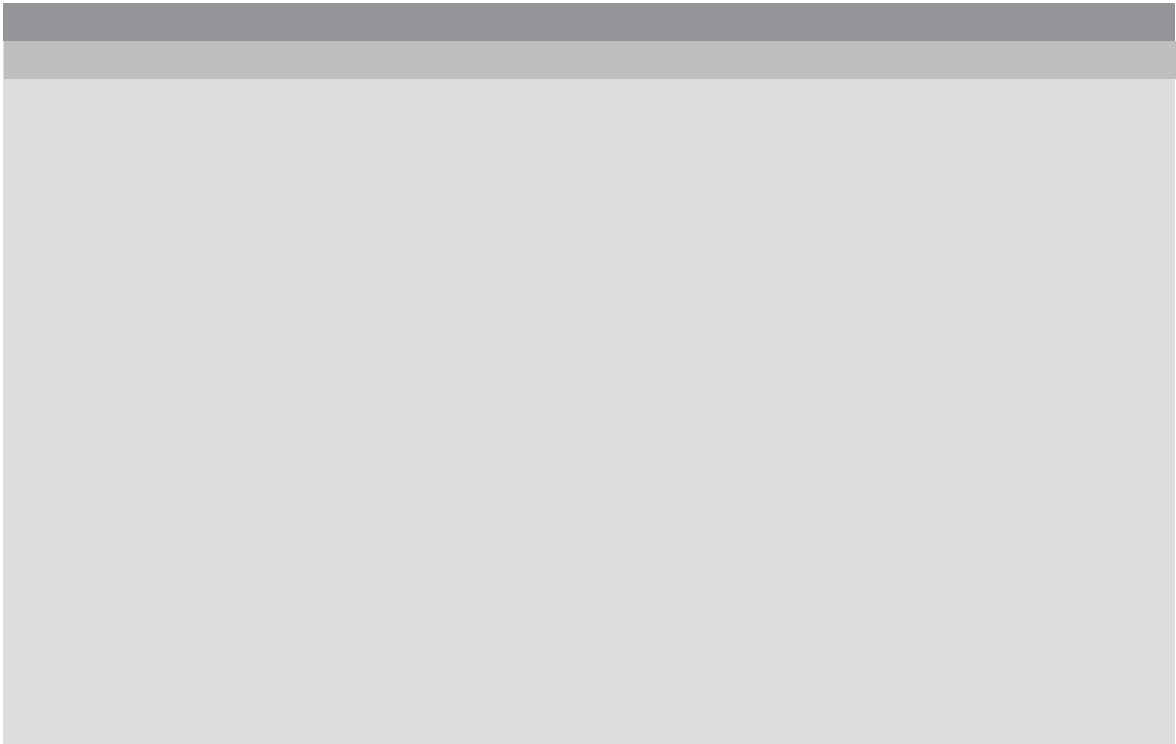
Figura N° 01
Articulación entre la APS, la promoción de la salud y la salud pública



Para terminar esta primera parte, se concluye que los cambios en la política de salud, expresados a través de las estrategias Aseguramiento Universal en Salud, Descentralización en Salud y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, así como el cambio en la concepción de la salud como resultado de sus determinantes sociales, obligan a revisar el MAIS, a fin que se permita ofrecer intervenciones en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud; y se integre y articule en los tres niveles de atención. A ello debe incluirse el aporte del concepto de APS-R como el marco de principios y valores a los cuales debe responder el MAIS actualizado y como referente para establecer los contenidos del modelo propuesto por el Ministerio de Salud.



6.2 MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD



6.2.1 LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD Y DE ATENCIÓN DE SALUD

La *salud* y la *enfermedad* son conceptos relativos que a lo largo de la historia han sido percibidos por la sociedad de formas distintas y que siempre han sido influidas por variables sociales, culturales, económicas y políticas en un determinado momento histórico. Por consiguiente, los Gobiernos han definido sus políticas para atender la salud en respuesta a la forma en que ha sido entendida.

En 1946, la carta de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud como “(...) el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición de carácter holístico consideraba que había buena salud sólo si todas las necesidades fundamentales de las personas estuviesen cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Ello se complementaba con el modelo conceptual de la salud-enfermedad, denominado “triada ecológica de la salud”, el cual dominó durante gran parte del siglo XX, y definía la salud como el resultado del equilibrio entre el agente, el huésped y el medioambiente⁸. Este modelo explicaba por qué se enfermaba una persona; en términos de la combinación de diversas condiciones, muchas de ellas evitables.

En 1974, con el Informe Lalonde⁸, el papel del individuo en la adopción de prácticas de vida saludables y del autocuidado de su propia salud, al igual que la participación de la sociedad en sus diversas formas, comenzó a recibir otra importancia respecto de la formulación de políticas de salud.

Es así que el entorno y los factores sociales como determinantes de la salud fueron ganando cada vez más importancia, y las actividades de promoción de la salud que no dependían de los establecimientos adquirieron mayor relevancia. La mejoría de la salud de la población, en general, y la promoción de su salud, en particular, comenzaron a incluir en sus contenidos el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud. Ello implicaba diseñar e implementar programas para fortalecer las familias; hacer de las comunidades espacios para una adecuada interacción social sobre la base de la tolerancia social; promover la participación activa y organizada de la población en asociaciones orientadas a la superación y no sólo a la sobrevivencia; y crear una cultura sanitaria, política y social basada en reciprocidad y confianza.

Entre los años ochenta a los noventa, la salud -como categoría individual y social- pasó a entenderse como el producto de las estrategias y las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que realizan los individuos, las familias, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad, para desarrollar y mantener la integridad y las capacidades de las personas y las poblaciones. Este cambio en la concepción de la salud influyó en la búsqueda de formas participativas de ofrecer servicios de salud, en los que la población local colabora en actividades de planificación, ejecución y evaluación; ejecutadas por el personal de los establecimientos de salud.

A partir del nuevo siglo, como parte de los nuevos enfoques en salud, se apunta a que todos los actores sociales, incluso las autoridades, el sector privado, la población y los servicios de salud, contribuyan a construir colectivamente una cultura de salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado, la organización de estilos de vida saludables y al logro de una población empoderada, capaz de ejercer control sobre los determinantes de salud.

Estos avances, aunque incipientes, son parte de un movimiento que ha logrado un importante consenso mundial en la aprobada Carta de Bangkok⁹ (OMS, 2005).

Actualmente, la salud es considerada parte integrante del desarrollo social, por su impacto en la capacidad del trabajo humano, y tiene como objeto mejorar la calidad de vida del ser humano.

⁽⁸⁾ Leavell y Clark, Triada Ecológica. El informe “Una Nueva Perspectiva sobre la Salud de los Canadienses” (Marc Lalonde, Gobierno de Canadá. Ottawa, 1974).

⁽⁹⁾ La Carta de Bangkok para la promoción de la salud es un documento que fue elaborado por los participantes en la 6ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en Tailandia entre el 7 y el 11 de agosto de 2005 y copatrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública de ese país.

Como resultado de esta apreciación, la salud se ha convertido en un componente indispensable de los planes y proyectos de desarrollo social.

6.2.2 LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Desde mediados de la década de los años setenta, los diversos factores que tuvieron un gran impacto en la situación de salud de la población fueron incorporados en el análisis sobre la denominación de *determinantes de la salud*. El informe Lalonde¹⁰ (documento que las describe) identifica a la biología humana, el estilo de vida, el medioambiente (que incluye a aspectos físicos, químicos, biológicos, psicosociales, geográficos, entre otros), y el sistema de atención de salud. Posteriormente fueron denominadas como determinantes sociales, determinantes biológicos, ambientales y conductuales, y es innegable su rol en el análisis de la realidad sanitaria poblacional.

En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituye la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud¹¹. A través de ella, la OMS ha centrado *“la atención en las ‘causas de las causas’, es decir, en la esencia de la jerarquía social del mundo y de cada país, y en las condiciones sociales que son producto de dicha jerarquía, que determinan la situación en la que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen”*¹².

6.2.2.1 El modelo de los determinantes sociales de la salud

La Comisión consideró que *“los factores estructurales y las circunstancias de vida, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país”*¹³. La figura 2 trata de representar el marco conceptual propuesto por la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud:

- En conjunto, el contexto y los factores determinantes estructurales constituyen los determinantes sociales de la inequidad en salud.
- El “contexto socioeconómico y político” incluye todos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, como el mercado laboral, el sistema educativo, las instituciones políticas y otros valores culturales y sociales.
- Los determinantes estructurales tienen su origen en las instituciones y mecanismos clave del contexto socioeconómico y político. Los estratificadores estructurales más importantes y sus responsables más cercanos son ingresos, educación, ocupación, clase social, género y raza/etnia.
- Los determinantes sociales subyacentes de inequidades en salud operan a través de un conjunto de los determinantes intermediarios de salud para formar resultados en la salud de la población.
- Las categorías principales de los determinantes intermediarios de salud son las condiciones materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y/o biológicos, y el propio sistema de salud como un determinante social.

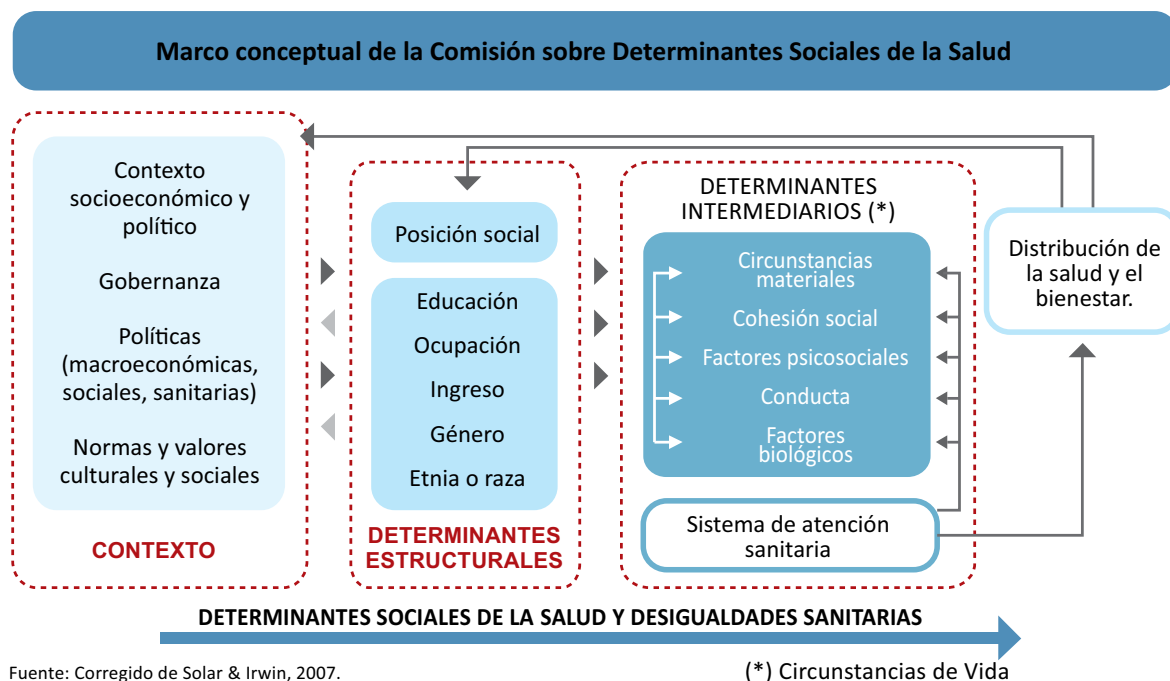
⁽¹⁰⁾ Lalonde, Marc (1974). A New Perspective on the Health of Canadians.

⁽¹¹⁾ La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) fue creada en marzo de 2005 por el Director General de la OMS, para acopiar datos para mejorar la salud, analizar las causas sociales de la falta de salud y de la inequidad sanitaria evitable, a fin de que ella esté distribuida de forma más justa en todo el mundo. Para promover un movimiento mundial en favor de la consecución de esos objetivos, presentó su informe final en el 2008.

⁽¹²⁾ OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final. Capítulo 4, pág.42. 2008.

⁽¹³⁾ OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. 2008.

Figura N° 02
Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud

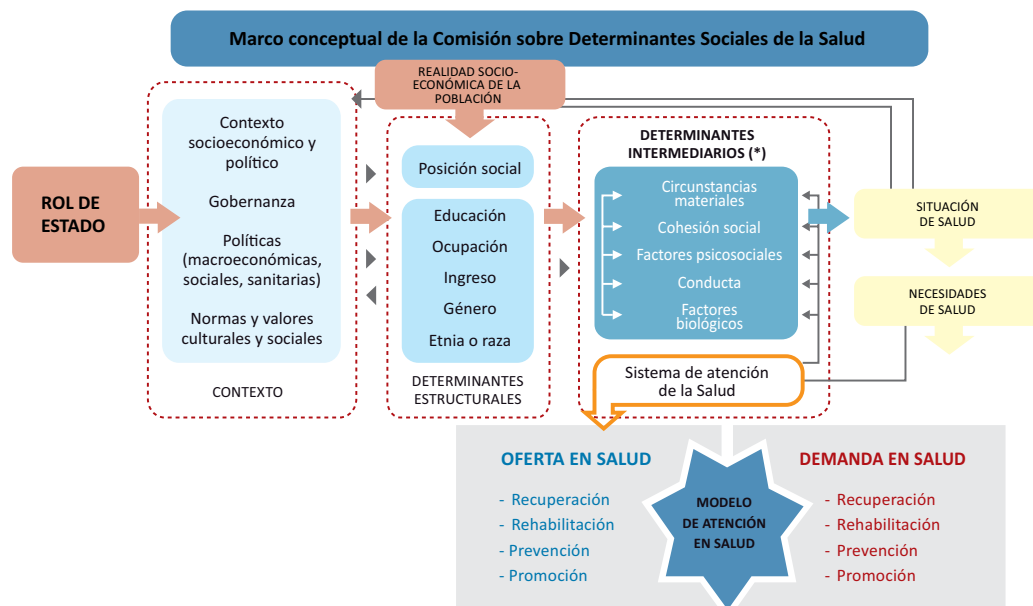


Sin embargo, en el análisis de la situación de salud de la población hay que tener claro que los determinantes sociales de la salud, a su vez, dependen de la *realidad socioeconómica de la población, y del rol del Estado respecto de la salud en el país* (ver figura N° 03).

- *La realidad socioeconómica de la población* tiene directa relación con los determinantes estructurales (vinculadas con la posición social, educación, ocupación, ingreso económico, género y la etnia o raza) que, a su vez, influyen en los determinantes intermedios. Es de ello que dependen las condiciones y los estilos de vida, el acceso a servicios públicos, la capacidad adquisitiva de la población, las oportunidades y condiciones laborales, la contaminación del ambiente, entre otras. Los estilos de vida son reflejo de la educación y cultura, y estos son directamente influidos por la accesibilidad (o inaccesibilidad) a la educación (y a la calidad de la misma), y por la incorporación de estilos de vida que modifican los patrones culturales que no contribuyen a la salud. Incluso los aspectos biológicos como la etnia o la raza terminan comportándose como determinantes sociales, ya que ello se vincula con las posibilidades de acceder o no a mejores condiciones nutricionales, a tener un mejor sistema inmunológico, o mejor capacidad de aprendizaje, entre otras.
- *El Rol del Estado respecto a la salud en el país*, ya que es el Estado el que directamente determina el contexto socioeconómico y político, la gobernanza, las políticas macroeconómicas, sociales, laborales y, por supuesto, las sanitarias. Ese rol refleja la posición política del Estado y del gobierno en sus tres niveles: nacional, regional y local, para dar prioridad al objetivo de asegurar la equidad social y de promover el desarrollo humano, la redistribución de recursos y riqueza; y de generar el desarrollo social. Ese rol del Estado influye además en los determinantes estructurales y los determinantes intermedios (en particular, en el sistema de atención de salud; y, en especial, en el subsistema público).

Figura N° 03

Influencia del rol del Estado y de la realidad socioeconómica de la población en los determinantes sociales de la salud y su efecto final en la oferta y la demanda de salud



Desde este análisis, tanto la realidad socioeconómica de la población como el rol del Estado respecto de la salud en el país, influyen en los determinantes sociales de la salud, y éstas definen la situación de salud de la población.

➤ **6.2.2.2 Los determinantes sociales de la salud y el comportamiento de la demanda**

Tal como se representa en la figura 3, la situación de salud se va a expresar en las *Necesidades de Salud* (tanto las necesidades sentidas como las no percibidas por la población); y son las necesidades sentidas las que expresan y configuran la *demanda en Salud*. Dentro de los determinantes sociales de la salud está la calidad del sistema de atención de salud, que a su vez configura la *oferta en salud*.

Una de las evidencias que hay sobre la aplicación del MAIS, aprobado en el 2003, es que hay un alto predominio de las atenciones recuperativas, seguidas por las de rehabilitación; las atenciones de prevención de enfermedades han calado en parte en la población, pero las de promoción de la salud muy poco. El entendimiento de esta situación pasa por aceptar que en el caso de los servicios de salud públicos, la oferta de servicios termina adecuándose a la demanda, en su búsqueda por satisfacerla. La demanda de atención es la que guía a la oferta de servicios, porque ésta puede modificar muy poco a la demanda¹⁴.

Es evidente que, pese al esfuerzo que se ha hecho en el primer nivel de atención de salud, es muy poco lo que se ha avanzado para desarrollar efectivamente el MAIS. Eso es porque hasta ahora, el MAIS ha orientado todas las energías a organizar la prestación y la oferta, intentando desde ellas modificar la demanda.

Pero es claro, que ese camino es muy lento y de escasos resultados, agotador para el propio recurso humano; y de poco impacto en la salud de la población. El nivel prestador trata de aplicar un MAIS, pero la población sigue demandando atención primordialmente recuperativa.

⁽¹⁴⁾ La demanda guía a la oferta. Aun cuando en la oferta recuperativa, el prescriptor puede inducir a la demanda. Esto ocurre en tanto exista un incentivo -perverso por lo general- que motiva en el prescriptor el afán de obtener beneficios adicionales, casi siempre económicos o similares. Pero esa capacidad de inducir a la demanda no sucede cuando se trata de la oferta de prevención y promoción, porque no hay posibilidades de incentivos o beneficios en el prescriptor. Por eso, cuando se trata de ofertar atención integral de salud, al ser la demanda primordialmente recuperativa, la oferta trata de satisfacerla en la medida de sus capacidades, se adecua a ella y termina por privilegiar a la oferta recuperativa.

De hecho, **la oferta** se ha adecuado para intentar ofrecer atención integral y privilegiar la *prevención de la enfermedad* y la *promoción de la salud*. Sin embargo, **la demanda**, a pesar de todo los esfuerzos realizados principalmente por los prestadores en los establecimientos del primer nivel de atención, siguen requiriendo primordialmente atenciones de *recuperación y rehabilitación* en salud, y algo de *prevención* (se ha avanzado en inmunizaciones, algo en planificación familiar, entre otros), y poco en *promoción de la salud*. Es como si la prestación impulsara un modelo, pero la demanda va por otras expectativas; al final, la demanda es la que prima.

Este comportamiento de la demanda no es casual; es reflejo de la realidad socioeconómica en la que se desenvuelve, en la que la subsistencia diaria sigue siendo el horizonte y se va logrando en mayor medida cada día. La población en pobreza y pobreza extrema no tiene los recursos necesarios para aplicar lo que debiera desde la promoción de la salud, y se preocupa principalmente por generar los escasos recursos que les permita cubrir sus necesidades básicas, dedica a ello todos sus esfuerzos y se detiene sólo cuando se enferma. Entonces, acude al establecimiento a demandar atenciones recuperativas (que no siempre están a su alcance económico) que le permitan reincorporarse prontamente a sus actividades productivas, tan indispensables para sobrevivir.

Es esta realidad la que hay que tener en cuenta, y entender que es necesario intervenir en la demanda en salud que hace la población respecto de la prestación de servicios, para modificarla sustancialmente. Eso implica entender que no basta con actuar -como se ha hecho hasta ahora- en la oferta de servicios; es indispensable modificar diametralmente esta demanda en salud.

La demanda en salud es la expresión de las necesidades sanitarias de la población (esto es lo que la población entiende como sus prioridades), y son reflejo de la situación de salud.

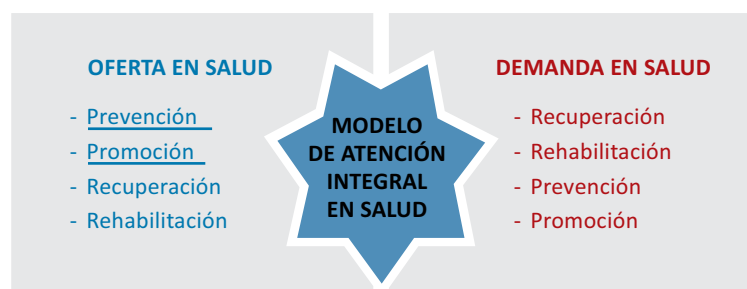
Si los determinantes sociales de la salud influyen dramáticamente en la situación de salud de la población, entonces es evidente que la demanda en salud es condicionada y definida por los determinantes sociales.

➤ 6.2.2.3 Los determinantes sociales de la salud y el comportamiento de la oferta

Los modelos de atención en salud (cualquiera sea el modelo) no hacen otra cosa que establecer la relación entre la demanda en salud y la oferta en salud, y lo ideal es que en lo posible esa correlación sea satisfactoria. En esa lógica, el modelo de atención integral en salud busca relacionar la oferta con la demanda en salud, a fin de que exista un equilibrio razonable entre las intervenciones sanitarias de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación y se logre el predominio avasallador de las atenciones recuperativas (ver figura 4).

Figura N° 04

Diferencias en el perfil de prioridades de la oferta de servicios y la demanda de atención de salud



El Modelo de Atención Integral de Salud será efectivo si logra modificar ese comportamiento que privilegia la demanda por lo recuperativo y la rehabilitación, y relega las atenciones de prevención y promoción; así contribuirá a mejorar significativamente la situación de salud de la población a la que atiende.

Alcanzar ello podrá hacerse realidad si se interviene no sólo en la oferta, sino en la demanda. Modificar el comportamiento de la demanda implica hacer que busque, valore y prefiera la atención integral.

6.2.3. LAS DIMENSIONES POLÍTICAS Y OPERATIVAS

Se aprecia que el principal esfuerzo por atender la salud se ha venido poniendo en el nivel operativo, en los establecimientos de salud (la oferta en salud); pero esa labor termina siendo insuficiente porque las posibilidades de ese personal que interviene en los determinantes sociales de la salud son limitadas y de muy corto efecto, si es que lo tiene. Eso obliga a identificar otras maneras de intervenir en los determinantes Sociales de Salud, que sean de mayor impacto, trascendencia y permanencia en el tiempo; y obliga a identificar a otros actores con capacidad de incidencia necesaria.

Con estas consideraciones, es claro que el diseño de un MAIS efectivo depende de diversas propuestas:

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

Eso no puede hacerse sólo en la dimensión operativa, ya que excede a las capacidades de los establecimientos de salud. Tampoco puede hacerlo solamente el Ministerio de Salud, pues ello requiere de otros sectores. Le corresponde al Ministerio de Salud -como Autoridad Nacional de Salud- establecer las pautas y criterios para lograr un MAIS efectivo (ver figura 5).

a) 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. Con frecuencia, el desarrollo del MAIS se ha tratado de implementar sólo en el nivel operativo, en la prestación de los servicios, pero los resultados permiten entender que hay que trabajar también en la demanda de salud y al estar ésta influida profundamente por los determinantes sociales en salud, es la dimensión política la que debe trabajar en ese sentido para poder modificar el comportamiento de la demanda.

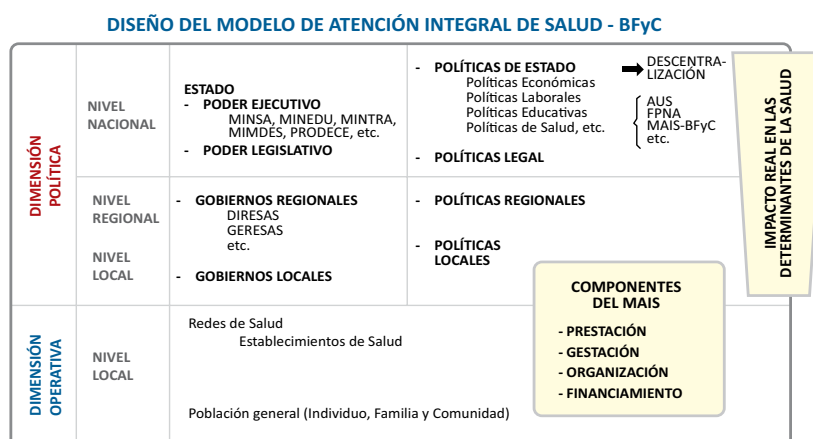
Los determinantes sociales de la salud son gravitantes en la situación de salud y definen el comportamiento de la demanda en salud. Ésta no podrá cambiar si no se interviene en éstos. Los cambios necesarios en esa dimensión sólo podrán hacerse con la decisión política del Estado de hacer acciones e intervenciones que van más allá del campo sanitario, pero que tienen impacto indirecto o directo en la salud de las personas, de las familias y de la comunidad. Modificar las realidades de los determinantes relacionadas con el medio, con los estilos de vida y calidad del sistema de atención de salud, corresponde a las decisiones de Estado, con la finalidad de que se materialicen en las acciones del Poder Ejecutivo (que incluye al MINSA) y del Poder Legislativo, y así, por lo menos, definir las políticas de Estado que hagan ello posible, establecer o modificar el marco legal, de tal manera que los cambios necesarios y conducentes a intervenir positivamente en los determinantes sociales de la salud sean permanentes y sostenibles. Los resultados de la intervención en este nivel se verán en el mediano y el largo plazo, por lo que iniciarlas cuanto antes es imperativo.

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.

b) 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, y esa organización

dependerá del nivel de los gobiernos regionales, a través de la DIRESA/GERESA (o la que hagan sus veces en el ámbito regional), las redes de salud y los propios establecimientos de salud. Aun cuando se sabe que la oferta sigue a la demanda, en tanto la demanda no sea modificada desde los determinantes sociales de la salud, los resultados de la oferta, si bien pueden ser de corto y mediano plazo, seguirán siendo de reducido impacto en la intención de implementar el nuevo MAIS.

Figura N° 05
Rol y organizaciones que son parte de las dimensiones política y operativa en el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad



6.2.4. PRINCIPIOS Y VALORES ORIENTADORES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Tanto el marco técnico nacional como los contenidos de la APS-R proporcionan una lista de principios y valores que rigen la actualización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC):

6.2.4.1 Integralidad

La integralidad es un principio fundamentales del Modelo es asumida en diferentes formas:

- **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 en los establecimientos de salud, 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”¹⁵, 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 multidisciplinares (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y polifuncionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos).

¹⁵⁾ Smilkstein G. The Physician and Family Function Assessment. *Fam. Systems Med.* 1982. 2:263-278, 1984.

- **La atención continua:** La atención es continua en todos los niveles, ya que ordena de forma flexible los flujos de atención y de recursos; asegura así una atención de creciente complejidad en caso de ser necesaria. Esto implica una complementariedad de los servicios al interior de un establecimiento de salud o de una red de salud y procesos de coordinación interinstitucionales.

➤ 6.2.4.2 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.

➤ 6.2.4.3 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.

➤ 6.2.4.4 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.

➤ 6.2.4.5 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.

➤ 6.2.4.6 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.

➤ 6.2.4.7 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, la eficiencia se procura en dos niveles:

- Las actividades de atención o intervención deben orientarse a aquellos grupos más vulnerables o situaciones de riesgo más críticas, de manera que el resultado conjunto del gasto de los recursos proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población.
- Los mecanismos y procedimientos para asignar los recursos -y para usarlos en la ejecución de actividades- deben asegurar el máximo rendimiento, la disminución de las repeticiones o duplicidades y el desperdicio o gasto innecesario de los mismos.

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

6.2.5 ENFOQUES QUE INFLUYEN EN LA DEFINICIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

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

➤ 6.2.5.1 El enfoque de derechos humanos

El enfoque de derechos humanos se fundamenta en el respeto a la dignidad de toda persona, la que nace con derechos por su sola condición de ser humano. Según este enfoque, el ser humano es el centro de las diversas esferas de acción del Estado. Este enfoque implica la obligación estatal inmediata de brindar las garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, e impedir así toda

discriminación en la atención de 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 de derecho a la salud¹⁶.

Las normas de atención de salud vigentes reconocen que la discriminación por motivos de género, raza, etnia u otros factores es un determinante social de la salud, lo que lleva a que sean los grupos en situación de vulnerabilidad y marginación, los que lleven el peso de mala salud. De allí surge la obligación de velar por que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles -en particular- a estos grupos en estado de vulnerabilidad, sin que esto reemplace el principio de universalidad por el de focalización. Según esta lógica, se han identificado como grupos prioritarios para la protección y garantía de sus derechos, las mujeres, las niñas y niños pobres de los grupos andinos y amazónicos que viven en zonas rurales, así como los grupos étnico-culturales.

El enfoque de “derecho” implica que el Estado garantice a la población los recursos para la atención en salud, la no discriminación y la no regresividad de los avances en materia de logro de los derechos en las poblaciones más vulnerables.

En el contexto actual de la implementación de formas de ciudadanía trasnacional (por ejemplo la ciudadanía andina progresivamente establecida por la Comunidad Andina de Naciones), el derecho a la atención de la salud no se limita solamente a los ciudadanos peruanos, sino que también debe proyectarse a los ciudadanos de los países con los que el Perú se va integrando progresivamente. La aceptación del derecho a la atención de extranjeros de las comunidades trasnacionales tendrá mayor importancia en las zonas fronterizas donde se implementen progresivamente regímenes de atención especiales.

➤ 6.2.5.2 El enfoque de equidad de género

El enfoque de equidad de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todo ello influye en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales; por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad. Género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos, y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de éste.

Mujeres y hombres tienen necesidades y problemáticas sanitarias distintas no sólo por sus diferencias biológicas, sino también a causa del papel específico que les ha asignado la sociedad según los patrones sociales y culturales prevalentes, lo que no impide el proceso social por la igualdad. En el sistema familiar, tanto el hombre como la mujer participan activa y equitativamente en el desarrollo de las tareas y el cumplimiento de roles, para lograr un adecuado funcionamiento familiar y así contribuir al desarrollo pleno de sus integrantes. Para modificar la inequidad de género que afecta la salud integral y el desarrollo humano se deben adoptar, entre otras, las siguientes medidas:

- Promover el acceso y la utilización de servicios que aborden problemática específica de mujeres y varones como grupos diferenciados.
- Asignar de manera diferenciada recursos de acuerdo con 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 justas y equitativas responsabilidades, poder y beneficio entre 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 políticas, programas y servicios de salud.

⁽¹⁶⁾ Resolución Ministerial N° 638-2006-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 047-MINSA/DGPS-V.01, “Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derecho Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud”; aprobada el 15 de julio de 2006.

➤ 6.2.5.3 El enfoque de interculturalidad

Una política o enfoque intercultural en salud es un proceso de respeto a las culturas y de acercamiento a los servicios de salud; es la comunicación intercultural que derriba las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios y aporta a los procesos de inclusión social.

La existencia de una pluralidad de grupos étnico-culturales con conocimientos, prácticas, recursos terapéuticos propios y distintos del sistema de salud oficial ha generado en los agentes de este último, conductas discriminativas y relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales y de los miembros de estos sectores de la población que son rechazados, menos valorados y excluidos de las ventajas de los avances científicos de la medicina occidental.

Para erradicar esta discriminación y exclusión es necesaria la aplicación del principio de relevancia a través de la adopción de medidas de discriminación positiva, tales como:

- Promover en los agentes del sistema de salud occidental actitudes de respeto a la diferencia y la diversidad, así como de reconocimiento y valoración de la contribución de las medicinas tradicionales.
- Asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo.
- Incorporar estrategias para la identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones que sean favorables a los estados de salud de los miembros de las comunidades étnico-culturales.

El principio según el cual no es justo tratar por igual a los que son desiguales, así como el reconocimiento del derecho a la diferencia y de los derechos específicos de los grupos en situación de vulnerabilidad, marginación y discriminación, no lleva de ninguna manera a soslayar un contenido básico e irrenunciable de los derechos humanos: la idea igualitaria y su horizonte universalista.

Por tanto, el reconocimiento de las diferencias y de los requerimientos específicos de las mujeres y los grupos étnico-culturales no debe implicar la creación de nuevas desigualdades a través de políticas parciales y estigmatizantes, sino que debe conducir a la reducción de las desigualdades existentes, sin eliminar ni olvidar las diferencias.

➤ 6.2.5.4 El enfoque de territorialidad

De acuerdo con el enfoque de territorialidad, el territorio no sólo es concebido como un espacio físico y geográfico, sino 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.

A este concepto se le agrega la visión de cuencas que son principalmente escenarios para la vida, además de permitir el acceso al agua y a los recursos naturales del territorio, condiciona las posibilidades de comunicación en el espacio físico y los patrones de distribución de la población en el territorio¹⁷.

El proceso de reforma del Estado busca mejorar el servicio al ciudadano, reconocer que el Perú es un Estado unitario y descentralizado, en el que existen tres niveles de gobierno: nacional, regional y local, donde cada nivel cumple un rol en cada área o materia de acción estatal¹⁸, acordes con el marco normativo referente al proceso de descentralización, la transferencia de competencias y funciones del nivel nacional, gobiernos regionales y locales: estos asumen responsabilidades compartidas en la prestación de bienes y servicios públicos. El ejercicio compartido de las competencias y funciones debe corresponderse con las políticas nacionales y sectoriales.

⁽¹⁷⁾ Informe sobre *Desarrollo Humano Perú 2009: Por una densidad del Estado al servicio de la gente*.

⁽¹⁸⁾ Decreto Supremo N° 047-2009-PCM, que aprueba el "Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2009" y otras disposiciones para el desarrollo del proceso de descentralización.

El Estado es la institución que norma y organiza la convivencia de una colectividad y sus formas de gobierno en su territorio nacional. El Estado a través de intervenciones en múltiples dimensiones, actuando en forma separada o en conjunto, debe contribuir a modelar y promover el desarrollo humano, y una de ellas es la provisión de servicios básicos, por su importancia para el logro del desarrollo humano.

Por ello se señala tres rasgos esenciales de la relación entre el Estado y el desarrollo humano (ver figura 6).

1. Responsabilidad del Estado que es, en última instancia, la que justifica y hace obligatoria esa relación.
2. Preocupación del enfoque de desarrollo humano por los fines del desarrollo y, por lo tanto, por los resultados de la acción estatal.
3. Presencia territorial y el papel social del Estado, que lleva a considerar sumamente importante la cobertura territorial y social de los servicios públicos.

Figura N° 06
Relación Estado, desarrollo humano y territorio



Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2009

El enfoque territorial reconoce las circunscripciones político-administrativas: departamentos, provincias y distritos, que de acuerdo con su nivel determinan el ámbito territorial de gobierno y administración. Cada una cuenta con una población caracterizada por su identidad histórico-cultural y un ámbito geográfico, soporte de sus relaciones sociales, económicas y administrativas¹⁹.

El enfoque territorial está adquiriendo relevancia en la descentralización, con la formulación y ejecución de las políticas y planes de desarrollo, acompañadas de los procesos de democratización, autonomía municipal, desarrollo local y enfoque participativo.

Además, el territorio debe ser visto como el espacio de construcción social, en el cual debe primar el objetivo del desarrollo humano, pero con un enfoque multidimensional, y con participación del Estado, los actores sociales y políticos y la ciudadanía. Particularmente, en el Perú, el territorio es el espacio de articulación entre el medio urbano y el rural, con las diferentes características geográficas y climatológicas, y su influencia en la conducta de la población residente que se manifiesta en uso, costumbres y creencias que determinan la conducta individual, familiar y grupal ante la salud y su cuidado.

El abordaje de la salud, tradicionalmente, se ha visto como la intervención de una autoridad sanitaria en su ámbito jurisdiccional. En el Perú, se ha asumido también que el término jurisdicción es por extensión el territorio: país, departamento, provincia, distrito, etc., sobre el cual esta potestad es

⁽¹⁹⁾ Ley N° 27795, "Ley de Demarcación y Organización Territorial".

ejercida. Así, es utilizada para designar el área geográfica de ejercicio de las atribuciones y facultades de una autoridad o las materias que se encuentran dentro de su competencia.

Por lo antes expuesto, el “ámbito de intervención” de una autoridad sanitaria debe ser denominado “ámbito geosociosanitario”.

Finalmente, el Ministerio de Salud establecerá las medidas mediante las cuales las y los trabajadores del sector salud garanticen y promuevan los derechos humanos de los usuarios y usuarias de los servicios de atención integral de salud, así como la equidad de género y la equidad étnica cultural.

Para lograr la transversalización de los enfoques antes descritos, se implementarán acciones de discriminación positiva dirigidas a la realización de derechos específicos en el ámbito de la salud, para sectores poblacionales en situación de vulnerabilidad; en particular de las mujeres, a lo largo de sus etapas de vida, y de los grupos étnicos culturales. Tales acciones estarán dirigidas a promover competencias en el personal de salud, tanto del que se encuentra en servicio como de aquel que se está formando para ello, con la finalidad de fortalecer el respeto y la promoción de los derechos humanos de la población en situación de vulnerabilidad; organizar y analizar la información para visibilizar las necesidades específicas de esa población; organizar los servicios, de modo que atiendan esas necesidades; facilitar la participación y vigilancia ciudadana en la provisión de los servicios, e incorporar la equidad de género, la interculturalidad y el enfoque territorial en la cultura institucional del sector. Todo esto para reducir progresivamente la inequidad que los afectan respecto de las oportunidades para acceder al más alto nivel de salud.

6.2.6 CONFIGURACIÓN GENERAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

El Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) concibe 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).

Con base en estas tres definiciones, se configura el modelo de atención integral de salud representado en la figura N° 07, el que se constituye con dos ejes de atención:

➤ 6.2.6.1 El eje de atención de las necesidades

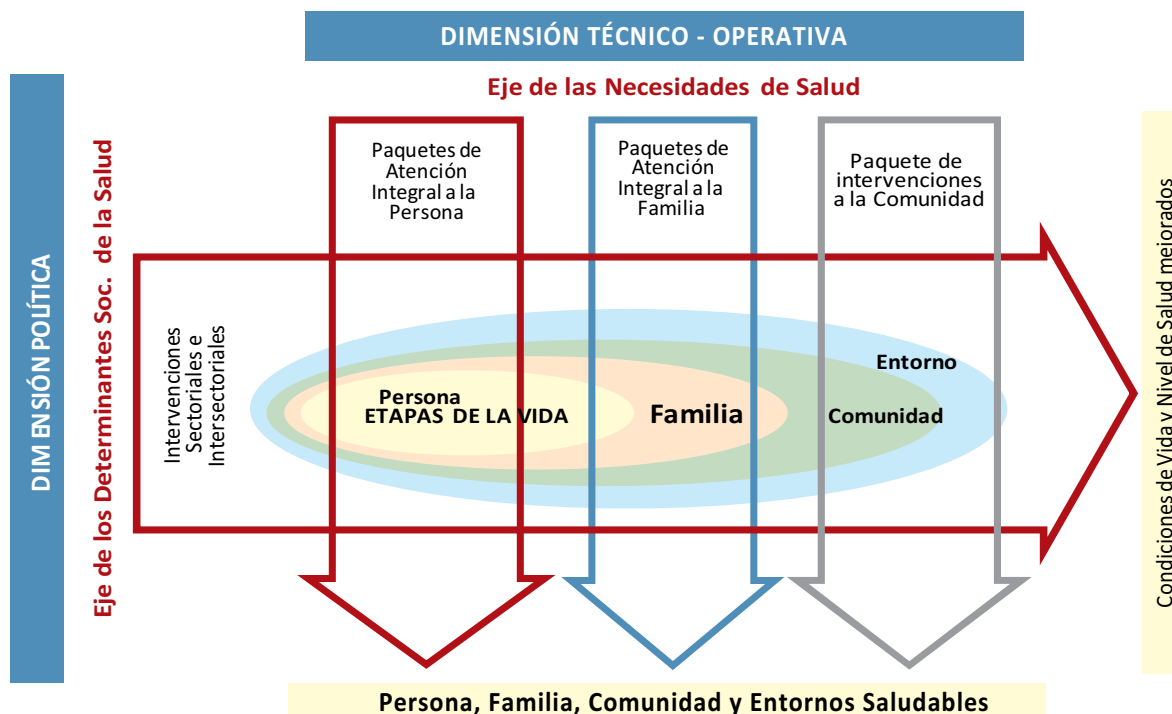
El eje de las necesidades es la parte predominantemente sectorial del MAIS-BFC y comprende las intervenciones a las necesidades de salud de la persona, la familia y la comunidad está a cargo del personal de salud. En este eje se ubican tanto los prestadores de servicios (establecimientos de salud), que deben aplicar e implementar el nuevo MAIS, y la población en general.

Es en este eje donde se da el encuentro entre la oferta y la demanda en salud. La prestación de servicios debe organizarse para ofertar la atención integral, y esa organización dependerá desde el nivel de los gobiernos regionales, a través de la DIRESA/GERESA (o la que hagan sus veces en el ámbito regional), las redes de salud, y los propios establecimientos de salud.

En tanto la oferta y la demanda sigan orientadas a la atención del daño con un débil abordaje de los determinantes sociales de la salud, seguirán siendo de reducido impacto en los resultados sanitarios.

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 (ver anexo 7).

Figura N° 07
Configuración del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad



Los paquetes de atención integral de salud que cubren un conjunto de necesidades específicas para cada espacio-objetivo son:

- Paquete de atención integral a la persona:** Constituye 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.
- 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.
- 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.

El Ministerio de Salud a través de acciones de alto impacto, que atraviesan todos los ciclos de vida, y articulando los recursos de los actores sociales aborda los determinantes sociales y las prioridades sanitarias.

➤ 6.2.6.2 El eje de los determinantes sociales de la salud

El abordaje de los determinantes sociales de la salud es a través de la intersectorialidad y la participación ciudadana, individual y colectiva. En este eje, la intervención sobre los determinantes sociales de la salud está a cargo del gobierno nacional, los gobiernos regionales y locales a través de la articulación intergubernamental con la sociedad civil y la participación ciudadana para el diseño de políticas de Estado que se implementan en planes, programas y proyectos sociales y productivos en los niveles de gobierno regional y local.

El nuevo MAIS-BFC concibe la intervención sobre los determinantes sociales de la salud como la acción conjunta del Estado y la sociedad civil por reducir aquellos factores que contribuyen a la inequidad en salud y que han sido priorizados por los dos niveles: político y operativo.

Los determinantes sociales de la salud priorizados por nivel político serán parte de la agenda social del Estado a nivel nacional, regional y local y se caracterizarían por lo siguiente:

- Serían los identificados a partir de los consensos del Gobierno con otras instituciones y organizaciones representativas del país o como resultado de las recomendaciones de informes nacionales o estudios técnicos.
- Su priorización sería el resultado de acuerdos y consensos para construir una agenda social común en el país.
- Su intervención **debe incorporar** el diseño de una política de estado, la cual debe estar contenida en el “Acuerdo Nacional”²⁰ para asegurar su sostenibilidad y vigencia en el tiempo. Para su implementación en los espacios regional y local requiere de políticas sociales y económicas articuladas y sostenidas resultantes de estos consensos.

Los determinantes sociales de la salud priorizados en el nivel operativo se refiere a aquellos identificados en el nivel local, con mecanismos de participación ciudadana y que se caracterizan por lo siguiente:

- Serían los identificados a partir de los diagnósticos de situación social o de salud de tipo participativos organizados por los gobiernos regionales y municipalidades o las redes de salud.
- Su priorización sería el resultado de acuerdos o consensos y construir las prioridades de salud.
- Su intervención será a través de los planes regionales y locales de desarrollo o proyectos de atención social de los gobiernos o en los planes estratégicos y/o los planes de salud local de las redes de salud.

El MAIS-BFC asume que la intervención intersectorial de la dimensión política, desde los niveles de gobierno (nacional, regional y local) sobre los determinantes sociales de la salud, es la piedra angular para poder modificar positivamente la situación de salud de la población priorizada. La incidencia del nivel político es la intervención fundamental que permitirá hacer viable el MAIS-BFC. Sin duda que esa acción política del Estado debe ser complementada por los esfuerzos que realizan los servicios de salud a través del impulso de la atención integral, que en las intervenciones en la persona, familia y comunidad, hace para desarrollar la promoción de la salud y la prevención de riesgos, pero se tendrá mayores posibilidades de modificar los determinantes sociales de la salud; si es que se logra que sean agendados e implementados en los programas y planes de carácter o interés social que desarrolle el gobierno nacional, regional y local.

Los cambios necesarios en esa dimensión sólo podrán hacerse con la decisión política de los tres niveles gobiernos, de realizar y concertar acciones e intervenciones que van más allá del campo sanitario, y que tienen impacto en la salud de las personas, familia y de la comunidad.

Desde esta dimensión, le corresponde al Ministerio de Salud, en el ejercicio de su rol rector, identificar los objetivos y estrategias necesarias para poder lograr que, mediante un MAIS-BFC eficiente, se articulen esfuerzos, recursos y capacidades del Estado (Gobierno nacional, regional y local), sociedad civil organizada y la población para alcanzar el bien común (ver figura N° 08).

⁽²⁰⁾ El Foro del Acuerdo Nacional es el espacio de diálogo y concertación institucionalizado como instancia de seguimiento y promoción del cumplimiento de las políticas de Estado del Acuerdo Nacional, lo cual ha sido ratificado mediante el Decreto Supremo N° 195-2002- PCM, del 17 de octubre del año 2002.

Figura N° 08
Actores para el abordaje de los determinantes sociales de la salud



El compromiso de los niveles del gobierno regional y local debe traducirse en acciones concretas que articulen a sus diferentes actores políticos y sociales, para modificar los determinantes sociales de la salud, y asignar los recursos financieros necesarios para tal objetivo.

También es importante desarrollar y fortalecer los espacios de vigilancia ciudadana con participación de la sociedad civil.

➤ 6.2.6.3 La Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud

El Ministerio de Salud promoverá la conformación de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (CNDSS) a nivel de la Presidencia del Consejo de Ministros con la finalidad de institucionalizar, integrar, articular y promover la intervención sobre los determinantes sociales de la salud en el nivel político. Tendría como funciones:

- Convocar a las instituciones (instituciones de proyección social destacadas, grupos académicos y profesionales) y a expertos nacionales que por su desempeño actual puedan contribuir al levantamiento progresivo y sostenido de información para evaluar las causas y efectos de la inequidad en salud en el país.
- Coordinar la creación e implementación del *Observatorio Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud*, que permita, en primer lugar, comprender la distribución de la salud y la enfermedad en los diferentes colectivos sociales; aspecto muy importante en la orientación de las políticas y acciones en salud. En segundo lugar, identifica a los sectores sociales y a los actores que tienen responsabilidades en la atención de los problemas de salud y sus determinantes sociales.
- Promover, en coordinación con las universidades y agencias cooperantes, la formulación e implementación de estudios nacionales o trabajos de investigación científica y social, para obtener evidencia para el diseño de políticas y programas de intervención sobre los determinantes sociales de la salud.
- Elaborar el *Informe bienal sobre la situación de los determinantes sociales de la salud en el Perú* con análisis de las tendencias y las brechas en las inequidades en salud a nivel nacional, regional y local.
- Proponer a la Presidencia del Consejo Nacional de Ministros recomendaciones e información de apoyo para la construcción de una agenda social concertada con las representaciones políticas y sociales en el nivel nacional, regional y local.

Su creación es fundamental para la construcción de una agenda social de consenso nacional.

6.2.7 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

El modelo de atención integral de salud ha sido renovado para tomar en cuenta los cambios en el contexto y en los enfoques conceptuales sobre salud, revisados y comentados en las dos partes anteriores del presente documento. Como resultado se presenta ahora el nuevo modelo de atención integral a ser promovido por el Ministerio de Salud que ha sido denominado “Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)”.

Los lineamientos centrales en los que se funda el diseño de este modelo y la nueva sistematización de los diferentes aspectos de la organización de las actuales prácticas de prestación, gestión y financiamiento de la atención de salud son los siguientes:

- Asumir que **el foco primario de la prestación de la atención de salud en el primer nivel de atención pasa a tenerlo la familia y el entorno en que viven sus miembros**, a fin de desplazar progresivamente el dominio tradicional del abordaje predominantemente individual o clínico de la salud. Bajo este enfoque, el nuevo modelo de atención integral de salud hace uso de la información familiar y comunitaria para enfatizar la atención de salud en los grupos de mayor vulnerabilidad, sin descuidar el enfoque clínico individual.
- Además de constituir objeto central de la atención, **la familia debe ser considerada como sujeto responsable de su propio cuidado**. En esta concepción, el equipo básico de salud familiar y comunitaria (EBS-FC), en el nivel primario, promueve la responsabilidad de las familias, las organizaciones de la comunidad y los servicios de salud, para el cuidado de la salud (entendido como la preservación o mejora de la salud).
- El modelo MAIS-BFC fortalece y desarrolla la **participación ciudadana** recogiendo las experiencias locales, la colaboración con los servicios de salud y control social que se han desarrollado en el país en las últimas décadas y las actualiza al nuevo enfoque de atención integral de salud.
- La integración progresiva del enfoque de salud familiar y comunitaria en los servicios de salud de todos los niveles de atención.
- La organización de los servicios en redes de salud, a partir de la **integración funcional entre establecimientos de salud de los diferentes subsectores**.
- La reorientación de los servicios hacia la calidad a través de la implementación de la cultura de la **gestión de procesos basada en la obtención de resultados**.
- La **integración de las diferentes fuentes y mecanismos de financiamiento** a favor de la atención integral de salud (sea desde la dimensión de la atención de necesidades de salud o de la intervención sobre los determinantes de la salud), sostenibles y equitativos.

El MAIS-BFC enfatiza la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños, uno de los elementos con los que se consolida la incorporación de los principios de la atención primaria de la salud.

6.2.8 CONCORDANCIA ENTRE EL MAIS-BFC Y LAS ESTRATEGIAS DE APS-R

En el contexto de la estrategia de APS-R, la OPS propone la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), identificándose catorce atributos esenciales que deben tener estas redes²¹, para responder en forma efectiva, eficiente y sostenible a las necesidades de atención de salud de la población. En ese sentido, el MAIS-BFC tiene concordancia con la propuesta de la OPS, según se muestra en la tabla 1.

⁽²¹⁾ Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Redes Integrales de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Serie La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, Nº 4. 2010.

Tabla 1
Atributos de las redes integradas de servicios de salud y sus elementos correspondientes en el MAIS-BFC

Atributo de las RISS	Elemento correspondiente del MAIS-BFC	Componente del MAIS - BFC
1) Población a cargo y territorio definidos, y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proceso de delimitación de redes de salud / Redes de salud articuladas funcionalmente. 	Organización de la prestación.
2) Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> ■ La gestión de la salud con enfoque territorial. ■ La elaboración del plan de salud local (y su diagnóstico situacional de salud). 	Gestión.
3) Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Redes de salud / redes de salud articuladas funcionalmente. ■ Registro y categorización de los establecimientos de salud. ■ La acreditación de servicios de salud. ■ Paquete de cuidados esenciales por etapas de vida y ciclo familiar. 	Organización de la prestación. Prestación de servicios.
3) Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Redes de salud / redes de salud articuladas funcionalmente. ■ Organización de los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (a partir de I-3), y en I-1, I-2 con profesionales con competencias. ■ Implementación de la oferta móvil de salud complementaria a la oferta fija. ■ Sistema de Referencia y Contrarreferencia. 	Prestación y Organización de la prestación.

(continúa tabla 1)

Atributo de las RISS	Elemento correspondiente del MAIS - BFC	Componente del MAIS - BFC
<p>4) Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La acreditación de servicios de salud. ▪ Oferta móvil especializada complementaria a la oferta fija. 	<p>Organización de la prestación.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gestión de la salud con enfoque territorial para la atención especializada. 	<p>Gestión.</p>
<p>5) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de Referencia y Contrarreferencia. ▪ La adecuación de los servicios de salud para la atención integral basada en la familia y la comunidad. <ul style="list-style-type: none"> — La organización e implementación de los flujos de atención. — La adopción de normas técnicas de atención integral por etapa de vida y de las guías de práctica. 	<p>Prestación y Organización de la prestación.</p>
<p>6) Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La provisión de paquetes de atención integral a la persona, familia y comunidad intramural y extramural: <ul style="list-style-type: none"> — La adecuación de los servicios de salud para incorporar el enfoque de derechos, de género e Interculturalidad en la atención de salud. 	<p>Prestación y Organización de la prestación.</p>
<p>7) Un sistema de gobernanza único para toda la red.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El marco del AUS: <ul style="list-style-type: none"> — Las Redes Funcionales de Atención. 	<p>Gestión y Organización de la Prestación.</p>

(continúa tabla 1)

Atributo de las RISS	Elemento correspondiente del MAIS - BFC	Componente del MAIS - BFC
8) Participación social amplia -	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gestión de la salud con enfoque territorial (la implementación de directorios participativos en las Direcciones/Gerencias de Redes y la implementación de Asociaciones CLAS – Comités Locales de Administración de Salud). ▪ Los Lineamientos de Vigilancia Ciudadana en Salud. 	Gestión.
9) Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propone la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y el Observatorio de Determinantes Sociales de la Salud. ▪ La gestión de la salud con enfoque territorial (implementación de la planificación estratégica concertada). ▪ Implementación del mecanismo de capitación para financiamiento en el Primer Nivel de Atención. 	Gestión y Financiamiento.
10) Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gestión de la salud con enfoque territorial. ▪ Gestión adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. 	Gestión.
11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementación del PROSALUD y PLAN SALUD, Recursos humanos adecuados, competentes y en el lugar apropiado. 	Gestión.
12) Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo progresivo de un sistema integrado de información funcional. ▪ El sistema integrado de control gerencial. 	Gestión.

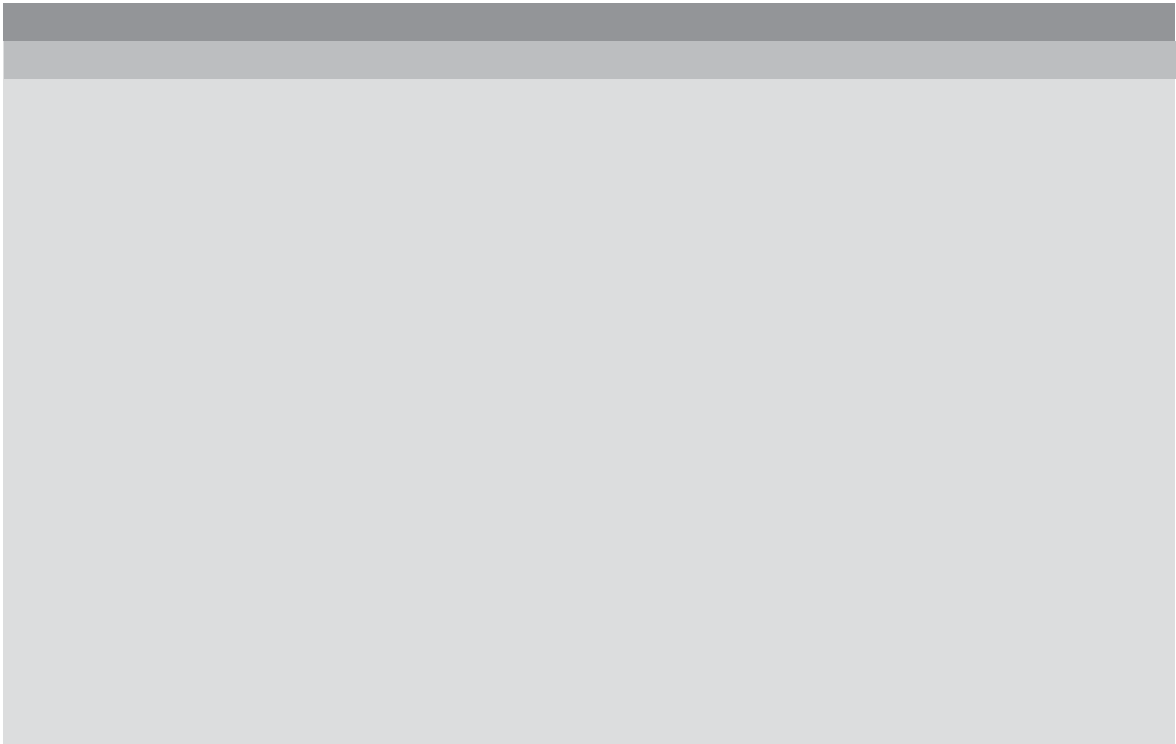
(Continúa tabla 1)

Atributo de las RISS	Elemento correspondiente del MAIS -BFC	Componente del MAIS - BFC
13) Gestión basada en resultados.	<ul style="list-style-type: none"> ■ La implementación de los acuerdos de gestión. ■ El sistema integrado de control gerencial. ■ Implementación del Presupuesto por Resultado. 	Gestión y Financiamiento.
14) Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.	<ul style="list-style-type: none"> ■ La implementación de los acuerdos de gestión. 	Gestión.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Implementación del mecanismo de capitación para financiamiento del MAIS-BFC, con prioridad en el primer nivel de atención. ■ Implementación del presupuesto por resultado, con orientación en la persona, familia y comunidad. 	Financiamiento.

La correspondencia entre estos elementos del MAIS-BFC y los atributos de las RISS se dan de dos formas: en sus definiciones y características (gran parte de las cuales están contenidas en el presente documento) y en el proceso de implementación del MAIS-BFC (el que será abordado en la guía de implementación del Modelo y en los planes operativos nacional o regional para la implementación del mismo).



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



Los dos ejes de intervención del MAIS-BFC se implementan en la práctica a través de cuatro componentes que tienen como actores las instancias de gobierno de los niveles nacional, regional y local: las instancias de gestión de las organizaciones prestadoras de servicios de salud; los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos; y los actores de la sociedad civil.

Estos componentes son:

- Gestión.
- Organización de la prestación.
- Prestación de servicios de salud.
- Financiamiento.

La figura N° 09 trata de representar los cuatro componentes del MAIS-BFC; enfatiza su componente de salud familiar y comunitaria y lo enmarca dentro del contexto del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud.

Figura N° 09
Características del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad



Para cada componente se enuncian elementos conformantes, procesos principales e instrumentos de implementación. Ellos, en su conjunto, configuran cada componente del MAIS-BFC.

6.3.1 COMPONENTE DE GESTIÓN

El componente de gestión del MAIS-BFC está definido a partir de los siguientes elementos:

- 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, para contribuir sustantivamente en la mejora de su capacidad resolutive y enfatizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, centrandose 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 reclutamiento, selección y contratación de estos equipos de salud en función de las necesidades de los servicios y alineados a objetivos sanitarios de un ámbito determinado.
 - Mecanismos de retención de 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, lo que implica una fuerte articulación entre los procesos productivos de los servicios de salud con los de capacitación y formativos; así como de esfuerzos comunes para incorporar

en estos últimos, nuevos contenidos y enfoques pedagógicos, además de nuevos escenarios de práctica, que permitan el desarrollo integral de capacidades y competencias de manera concomitante con la transformación de los servicios en función del MAIS-BFC.

- b) *El desarrollo de procesos de gestión de la salud con enfoque territorial*, que implica:
- Planeamiento estratégico integrado entre la autoridad sanitaria regional y local, las redes de salud en su ámbito geosociosanitario 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.
 - Promover la conducción sectorial social, articulada, concertada y participativa a través del fortalecimiento de los consejos regionales y locales de salud en un nuevo marco jurídico sanitario que fortalezca sus roles y funciones, y que le den el carácter de autonomía y sean vinculantes con los procesos de la gestión pública en salud.
 - La implementación de mecanismos de cogestión en los planes estratégicos integrados para la atención de salud y el desarrollo social a través de las asociaciones CLAS o de directorios intersectoriales con participación de actores de la sociedad civil.
 - 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 resolutoria 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.

6.3.1.1 Recursos humanos adecuados, competentes y en el lugar apropiado

La transformación de los sistemas de salud hacia la Atención Primaria de Salud con un enfoque orientado a la persona, familia y comunidad requiere de un número adecuado de profesionales de la salud integrados en equipos de salud, cuya composición depende de las necesidades de salud en un territorio determinado.

Con la finalidad de impulsar la atención de salud basada en el MAIS-BFC, se debe priorizar la conformación de equipos integrados por profesionales de Medicina Humana, Enfermería, Obstetricia y técnicos de Enfermería, así como en el desarrollo de sus competencias.

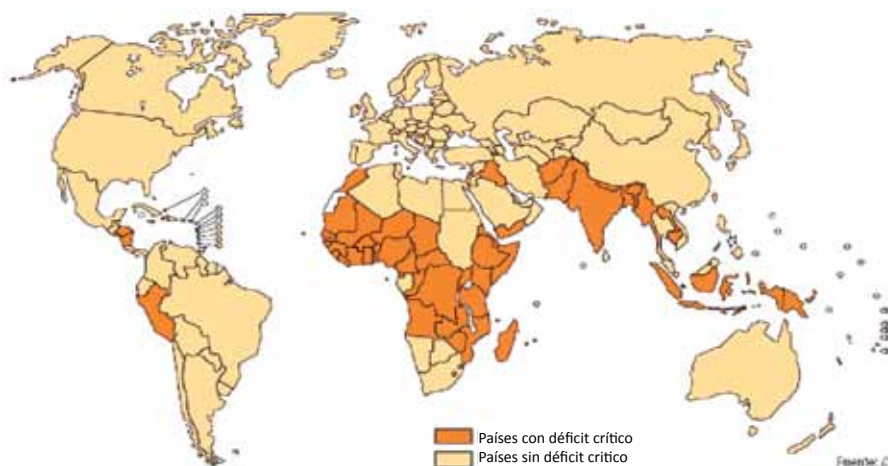
Asimismo, se podrán integrar otros profesionales de la salud que sean necesarios para desarrollar la atención integral a la persona, familia y comunidad en el ámbito de una red de salud. A este equipo se denomina “Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria (EBS-FC)”, al que se podrán incorporar los agentes comunitarios de salud según corresponda.

Uno de los principales problemas que afronta el Perú en la atención de la salud, lo constituye el déficit de la dotación de los recursos humanos. Según la Organización Mundial de la Salud, los países y territorios subnacionales pueden clasificarse de acuerdo con el indicador “Densidad de Recursos Humanos”, que es la suma de profesionales de medicina humana, enfermería y obstetricia por 10,000 habitantes.

Los de alta disponibilidad son aquellos cuya densidad es superior a 50; de mediana, aquellos que fluctúan entre 25 y 50; y, de baja disponibilidad, aquellos que cuentan con una densidad menor a 25, a los que se les denomina adicionalmente como “países con déficit crítico de recursos humanos en salud”, lo que hace muy improbable que en ellos se logre una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio²² (ver figura N° 10).

⁽²²⁾ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la Salud, año 2006.

Figura N° 10
Estratificación de densidad de recursos humanos de salud en el mundo

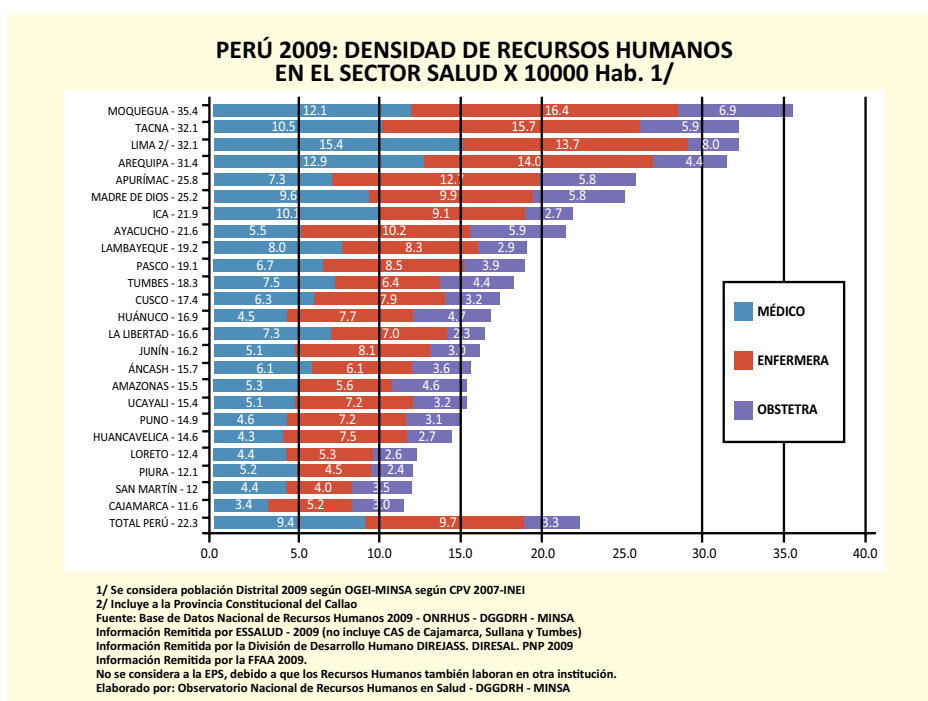


El Perú pertenece a esta última categoría y, lamentablemente, expresa además un promedio que oculta una marcada inequidad en la distribución de estos recursos. Si se analiza por departamentos, sólo cinco de ellos, todos costeros y de grandes urbes, están por encima de este dato crítico (ver figura 11).

Esta información se corrobora cuando se comprueba la baja disponibilidad de profesionales de salud en las poblaciones rurales y dispersas. Asimismo, el 63% es personal asistencial y está concentrado en su mayoría en los hospitales, y no así en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, donde debería concentrarse el mayor porcentaje de los recursos humanos (Observatorio Nacional de Recursos Humanos, MINSA).

Las estrategias para revertir esta situación están orientados a disponer de EBS-FC en número suficiente y con competencias en salud familiar y comunitaria, con relaciones contractuales estables y con incentivos para trabajar en las zonas más pobres y de difícil acceso, así como condiciones de trabajo dignas que permita su compromiso con los objetivos institucionales y logros sanitarios de alto impacto y pertinencia social.

Figura 11
Densidad de recursos humanos en el sector salud por departamentos Perú-2009



➤ 6.3.1.2 Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud - PROSALUD

El Decreto Supremo N° 003-2011-SA crea el Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud -PROSALUD, el que se implementará en los ámbitos del Aseguramiento Universal en Salud, para el fortalecimiento del primer nivel de atención, a través de la dotación de equipos básicos de salud, debidamente calificados y remunerados, que brinden atención integral de salud a la población.

El PROSALUD es implementado a través de los siguientes lineamientos:

a) La dotación con equidad

Se propone la dotación progresiva de equipos básicos de salud familiar y comunitaria, que deben adscribirse a un territorio y a un número determinado de familias (500-800 familias por equipo básico de salud familiar y comunitaria), el mismo que se podrá ajustar a la realidad local, relacionada con aspectos geográficos, disponibilidad de recursos humanos, entre otros factores. La planificación de la dotación de EBS-FC se realiza en función de los objetivos sanitarios nacionales y regionales, del Aseguramiento Universal en Salud y el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad.

El número de equipos de salud familiar y comunitaria dependerá del número de familias adscritas a la red de salud, de tal manera que permitan brindar una atención integral en salud y ser éstos la puerta de entrada de la red asistencial.

b) La capacidad de retención con dignidad

Se propone desarrollar una política de incentivos monetaria y no monetaria vinculada con la carrera sanitaria, de tal forma que los profesionales de la salud que laboren en el primer nivel de atención puedan ser reclutados y retenidos.

c) El desarrollo de capacidades con pertinencia

La formación de los equipos básicos de salud familiar y comunitaria requiere la definición de perfiles dirigidos al desarrollo de la atención primaria de salud, el uso de la pedagogía de la problematización como principal modelo pedagógico y la articulación con las entidades formadoras. En función de ello se plantea:

- Fortalecer las capacidades de los EBS-FC para la implementación del MAIS-BFC y el PEAS, mediante la estrategia de educación permanente en salud de acuerdo con las necesidades identificadas.

La educación permanente en salud es una estrategia educativa y de gestión que utiliza el desempeño cotidiano de la institución y sus equipos, como elemento crítico para la transformación de cada uno de sus integrantes y de la propia organización, como consecuencia de lo cual se brinda una atención de salud con eficacia, eficiencia, calidad y pertinencia social.

- Promover la especialización de los equipos a través del desarrollo de un *Programa de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM)*, que articule los esfuerzos de las instituciones formadoras en ciencias de la salud, los servicios de salud y otros actores nacionales, regionales y locales involucrados.
- Fomentar el desarrollo de los *Centros de Desarrollo de Competencias-CDC*, la acreditación de las sedes docentes y la definición de redes docentes, que tienen al primer nivel de atención como punto de partida de la red de salud; así garantizan la regulación de la calidad en la formación de las profesiones de las ciencias de la salud.

A este modelo formativo, se agregarán aquellos otros recomendados por el Ministerio de Salud en el campo clínico, a fin de mejorar las competencias del personal de salud.

➤ 6.3.1.3 Articulación educación-salud, para el desarrollo de capacidades gerenciales y de los EBS, en el marco de la implementación de PLANSALUD

La Resolución Ministerial N° 184-2011/MINSA aprueba el Plan Sectorial Concertado y Descentralizado de Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014 (PLANSALUD), el mismo que centra su contribución en el logro de los objetivos sanitarios nacionales de largo plazo, la Descentralización en Salud, el Aseguramiento Universal en Salud, el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y la implementación del MAIS-BFC, concertando demandas y necesidades del nivel nacional con el nivel regional y local.

El público objetivo de PLANSALUD son por un lado los decisores, gestores y operadores de las distintas instancias de decisión, gerencial y administrativas en salud y de otro lado el conjunto de los equipos de salud que prestan servicios en los distintos establecimientos y territorios de salud del país. Se orienta a desarrollar las capacidades y competencias de los mismos para afrontar

con éxito en términos de eficiencia, calidad, calidez y pertinencia social los retos impuestos por el AUS, la Descentralización en Salud y la implementación del nuevo modelo de atención integral basado en familia y comunidad y plantea lograrlo a través de tres componentes: asistencia técnica, capacitación y articulación educación-salud para la transformación de la formación en salud hacia la APS. En el marco de la implementación de los mismos, PLANSALUD está dotado de un conjunto de programas educativos alineados a los objetivos sanitarios; entre ellos, podemos mencionar al Programa de Epidemiología de Campo (PREC); Programa de Gerencia y Gobierno en Salud (PREG), Programa de Gestión de Políticas en el Campo de los Recursos Humanos en Salud (CIRHUS-Perú), el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM) y el Programa Básico de Atención Integral (que integra un plan de inducción hacia la APS, con el AIEPI Clínico y Comunitario, Pasantías en Emergencias Materno Neonatales y Ecografía gineco-obstétrica así como el Diplomado de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria).

➤ 6.3.1.4 Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM)

La estrategia planteada para el fortalecimiento de las competencias de los equipos de salud familiar y comunitaria que laboran en el primer nivel de atención es el desarrollo del PROFAM en el marco de PROSALUD, el mismo que tiene los siguientes objetivos:

- a) Fortalecer las competencias de los equipos básicos de salud del primer nivel de atención, para brindar una atención integral a la persona, familia y comunidad con el enfoque de derechos en salud, equidad de género e interculturalidad en salud.
- b) Promover la transformación de los servicios en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, en donde se implemente el modelo de atención integral basado en familia y comunidad.
- c) Desarrollar la red docente de salud familiar y comunitaria en los diferentes niveles de atención en el marco de la articulación educación-trabajo en salud.

La implementación del programa está a cargo de las universidades del país, en el ámbito geosociosanitario de las redes de salud y sigue la ruta de implementación del AUS; está dirigido a los equipos básicos de salud (EBS) del primer nivel de atención. Los enfoques pedagógicos que atraviesa el programa son la problematización (fase 1) y el de competencias (fase 2 y 3), con certificación progresiva, según el siguiente esquema:

- Fase 1: Diplomatura de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria dirigida al EBS-FC (6 módulos).
- Fase 2: Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales del EBS-FC (médico, enfermera y obstetra); incluye 6 módulos de la fase 1, más 19 módulos de esta fase.
- Fase 3: Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales médicos del EBS-FC; incluye 6 módulos de la fase 1; 19 módulos de la fase 2; más 10 módulos esta fase.

➤ 6.3.1.5 Agentes comunitarios de salud como parte del EBS-FC en el MAIS-BFC

Los equipos básicos de salud requieren de otros actores importantes como el *Agente Comunitario de Salud* (ACS), el cual forma parte de la estructura organizativa de su comunidad, depende directamente de ella, mantiene relaciones funcionales con las autoridades -según el ámbito-, y recibe asesoría y capacitación del personal de salud. El ámbito de acción del ACS es la comunidad a la cual pertenece, informa a ella y al establecimiento de salud.

El ACS, a través de su intervención directa en la comunidad de manera voluntaria, cumple un rol importante en el fortalecimiento de la relación comunidad-establecimiento de salud y otros actores sociales, contribuye a una adecuada prestación de servicios, por medio de la capacitación a la comunidad en la promoción de la salud, prevención de enfermedades; entre otros temas.

Las capacitaciones que se brinda a los ACS, para mejorar el trabajo articulado con la comunidad y el personal de salud, recibirá una certificación por las horas académicas respectivas.

➤ 6.3.1.6 Gestión de la salud con enfoques 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.

Los consejos regionales y locales en salud vigentes asumen la función de promover y conducir la gestión de la salud, con enfoque territorial, en un nuevo marco jurídico sanitario que le otorgue carácter vinculante, para lo cual debe formar una alianza estratégica entre:

- Estado. Nivel político: gobierno nacional, regional y local, y la autoridad sanitaria; nivel operativo: redes de salud.
- Sociedad civil organizada: colegios profesionales, gremios, sociedades científicas, ONG, universidades, organizaciones sociales, entre otros.
- Población a través del ejercicio de la participación ciudadana.

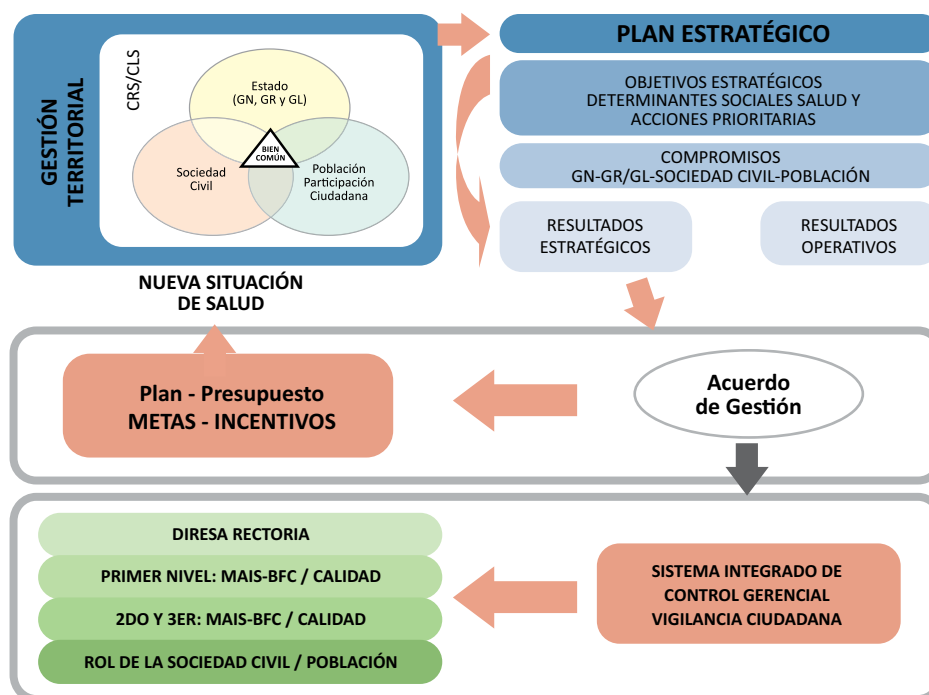
El desarrollo de la gestión de la salud con enfoque territorial comprende, entre otros, los siguientes procesos:

- 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 (ver figura 12). 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.

Figura 12

Los procesos de la gestión de la salud con enfoque territorial



- 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 evaluación, que midan periódicamente, procesos y resultados en función de las metas 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; y, el fortalecimiento del ejercicio de las funciones de la Autoridad Sanitaria Regional, enmarcado en el acuerdo de gestión y los compromisos asumidos por todos los miembros de esta alianza estratégica.

Para el control gerencial integrado se requiere contar con sistemas de información, a fin de automatizar la información en tiempo real, para esto se diseñaran sistemas Integrados de información gerencial, con enfoque territorial, como el *Balanced Scorecard*, entre otras herramientas, que permitan disponer de información estratégica, oportuna, veraz y de calidad para la toma de decisiones.

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.

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 generación y el desarrollo de una voz colectiva e informada, a partir de ciudadanos que se van empoderando en el ejercicio de su derecho de participación en el seguimiento de políticas públicas que favorezcan la salud. Asimismo, el reconocimiento de las percepciones, expectativas y necesidades de la población que contribuya con información y propuestas que mejoren el acceso, la oportunidad, calidad y aceptabilidad de los servicios de salud, como de la calidad de vida de las personas.

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: “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 respuesta²³”.

6.3.1.7 Desarrollo progresivo de un sistema de información funcional

El sistema de información en salud se considera como un elemento indispensable para el desarrollo del MAIS-BFC, para la toma de decisiones con un mínimo de incertidumbre, no sólo en el momento de promover políticas sanitarias relevantes, sino de manera más rutinaria.

Por ello, el establecimiento de medios e instrumentos que garanticen la información y comunicación recíprocas entre los diferentes subsectores que componen el sistema de salud es una necesidad que exige sea fortalecida y reorientada.

El sistema de información del MAIS-BFC debe incorporar y priorizar en el primer nivel de atención el registro de las actividades de promoción de la salud y prevención del riesgo o daño, tanto intramurales como extramurales; así como las actividades recuperativas y de rehabilitación, sin olvidar las condiciones sociales, interculturales, pertenencia étnica e identificación de la persona. Un conjunto de atributos han sido definidos para el desarrollo del sistema de información en salud en el primer nivel de atención:

- Sencillo: para ser usado por el personal operativo del Primer Nivel de Atención.
- Único: de preferencia evitar duplicidades en el registro y almacenamiento de la información, para disminuir el número de instrumentos de recojo de la data.
- Uso de estándares a partir de la identificación de usuarios: el registro pasa por la identificación de la persona y, a través de éste, se integra la información sanitaria de la familia (uso de la ficha familiar o historia clínica familiar y libro de registro de atención integral como instrumentos básicos para el sistema de información, gestión y priorización de acciones).

⁽²³⁾ Ley N°26300, “Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadano”, restituida en su plena vigencia por la Ley 27520 del 25 setiembre 2001.

- **Integral:** el sistema de información debe considerar progresivamente el registro de actividades relacionadas con la salud, generada por los diferentes actores en el sector salud y otros sectores.
- **Uso de la tecnología disponible:** para mejorar la capacidad de la infraestructura tecnológica instalada en los niveles operativos del sistema de salud. Se debe integrar mediante conectividad informática toda la red de servicios en un único repositorio de datos del sistema de información, a fin de garantizar el acceso a su base de datos, en tiempo real, del nivel local, regional y nacional.

Es importante mencionar que el primer eslabón de la cadena de procesos del sistema de información es el **registro**; por eso es importante realizar los esfuerzos necesarios para que éste sea de la mejor calidad posible.

En el marco de las necesidades actuales del modelo de atención integral de salud, el HIS permite recoger la mayor parte de las actividades y procedimientos de la atención individual y colectiva, así como de las intervenciones realizadas sobre el medioambiente y en la comunidad (ámbitos de intervención de promoción de la salud).

Asimismo, se han actualizado e incorporado criterios adicionales como:

- **Pertenencia étnica.** Identificación de usuario según pertenencia étnica (fundamental utilidad en zonas con presencia de comunidades y etnias diversas). Establecido como un compromiso de la Comisión Andina de Salud Intercultural - Resoluciones de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA XXVII/417-2006 y REMSAA XXVIII/432-2007).
- **Identificación de procedencia de países.** Incluye la relación y códigos de países para la identificación de la atención de usuarios nacionales y extranjeros.

➤ 6.3.1.8 Reorientación de los servicios de salud hacia la calidad de la atención

Implica contar con establecimientos de salud que brinden una atención con calidad; que respondan a las necesidades y demandas de la población; cuenten con la capacidad de adelantarse a sus expectativas, y brinden una atención con dignidad y respeto a todas las personas.

Con este propósito, la Autoridad Sanitaria Nacional establece una serie de directrices, a través de la Política Nacional de Calidad en Salud²⁴, que orientan el desarrollo de las intervenciones para mejorar la calidad de atención de salud; asimismo, se requiere dotar al personal de salud de conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia, así como de instrumentos necesarios para su actualización continua, con métodos y procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas y de la asignación adecuada de los recursos.

Para expandir el concepto de calidad en la atención de salud en el país es necesario que se consolide el proceso de evaluación del desempeño de los establecimientos de salud para brindar las atenciones intramurales y extramurales, fomentando que el personal de salud pueda identificar los procesos y procedimientos que son eje central de su quehacer y más aún reconocer las oportunidades de mejora de los mismos, lo cual permitirá otorgar a los usuarios externos, las garantías explícitas de calidad establecidos en la normatividad vigente de Aseguramiento Universal en Salud²⁵.

Las garantías explícitas de la calidad y oportunidad en salud se implementarán progresivamente y son exigibles en su cumplimiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) ante las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).

La Política Nacional de Calidad en Salud, en su séptima directriz, señala que los establecimientos de salud están obligados a cumplir determinadas normas y estándares de calidad para mejorar la calidad de la atención de salud y lograr su acreditación como establecimiento y de sus servicios médicos de apoyo. De igual modo, en su duodécima y final directriz, hace referencia a la participación ciudadana, para ejercer y vigilar su derecho a una atención de salud con calidad y al cuidado de su salud, así como de su familia y comunidad.

- **El proceso de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo**²⁶ es la evaluación periódica del desempeño del prestador de salud respecto de una serie

⁽²⁴⁾ Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, *Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud*.

⁽²⁵⁾ Ley 29344, "Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud".

⁽²⁶⁾ Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02, *Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo*.

de estándares mínimos y factibles de alcanzar, con un enfoque de procesos como punto central de la metodología de mejoramiento continuo, que promueve acciones de mejora de calidad de atención orientadas al desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de salud de los establecimientos de salud.

El instrumento de evaluación para la acreditación caracteriza el enfoque de procesos, los cuales se desarrollan en los establecimientos de salud, agrupándolos en macroprocesos que representan el accionar intramural y extramural en términos gerenciales, prestacionales y de apoyo. Comprende un macroproceso que consta de estándares y criterios que evalúa la atención extramural, el que en forma dinámica continuará incorporando aspectos que favorezcan la participación ciudadana y que los establecimientos de salud, según corresponda, cumplan con mayor certeza su rol promotor de la salud.

■ **La vigilancia ciudadana**

Como un mecanismo de participación, se promueve la vigilancia ciudadana en salud, la cual se basa en el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud²⁷, artículo 9°, referido a los mecanismos de vigilancia ciudadana, el que se señala que el Ministerio de Salud será el ente que establezca los mecanismos de vigilancia ciudadana a ser desarrollados por los gobiernos regionales.

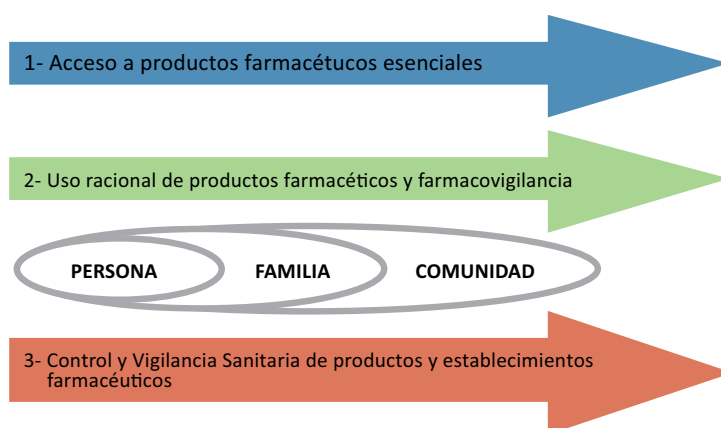
➤ **6.3.1.9 Gestión adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios**

El MAIS-BFC exige la integralidad, accesibilidad a los servicios de salud, oportunidad, calidad y participación social y comunitaria, principios que no son ajenos a la exigencia en materia de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos. Una atención integral de salud requiere de productos farmacéuticos eficaces, seguros, de calidad, prescritos, dispensados y utilizados racionalmente, que garanticen el logro de los objetivos terapéuticos; así como de una actitud responsable de los profesionales de la salud y de la población en general sobre la adecuada utilización de medicamentos en casos realmente justificados.

Un aspecto fundamental del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad es el referido al aspecto preventivo-promocional. El rol que cumplen los productos farmacéuticos sigue siendo un pilar fundamental para la atención integral de salud, toda vez que su accionar no se limita solamente al aspecto curativo, rehabilitación, mantenimiento, diagnóstico o al mitigar dolencias, sino también al aspecto preventivo-promocional y educativo orientado al usuario, a la familia y a la comunidad.

La gestión de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos, en el marco del Modelo dará énfasis en tres ejes de acción (ver figura 13).

Figura 13
Esquema del acceso, uso, farmacovigilancia, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos en el MAIS-BFC



⁽²⁷⁾ Aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

➤ 6.3.1.10 Acceso universal a productos farmacéuticos esenciales, dispositivos médicos y productos sanitarios correspondientes al nivel de atención

Una atención integral de salud requiere disponer de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos que cumpla con las siguientes condiciones:

- a) Que sean de buena calidad.
- b) Que se encuentren disponibles en forma oportuna.
- c) Que se encuentren en cantidades suficientes para atender toda la demanda terapéutica.
- d) Que tengan precios accesibles.

El acceso universal a productos farmacéuticos esenciales se sustentará en los siguientes lineamientos:

- **Selección racional**, para disponer de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos eficaces, seguros, que cubran las principales morbilidades de la población; se requiere de:
 - Petitorios o listados de productos farmacéuticos esenciales por niveles de atención, con criterios de seguridad, eficacia, necesidad, conveniencia y costo.
 - Comités farmacoterapéuticos operativos que permitan gestionar la selección racional.
- **Sistema de suministro** eficiente y oportuno para asegurar la disponibilidad y calidad de los medicamentos y otros productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos.
- **Precios accesibles**, promoviendo y desarrollando mecanismos para lograr economías de escala mediante compras corporativas y diversas modalidades de compra, para acceder a medidas curativas, preventivas, de rehabilitación y mantenimiento completas.
- **Financiamiento sostenible**, para garantizar la disposición de los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos, así como la sostenibilidad y operatividad del sistema de suministro.
- **Sistema de información** eficiente, para contar con información oportuna, completa y confiable para la adecuada toma de decisiones en los niveles nacional, regional y local.

➤ 6.3.1.11 Uso racional de productos farmacéuticos y farmacovigilancia

El uso racional promoverá que los profesionales de la salud prescriban, dispensen, expendan, administren y utilicen apropiada y responsablemente las herramientas terapéuticas con base en una información actualizada, independiente y confiable; asimismo, que la población tome conciencia de la importancia del autocuidado y de la adecuada utilización de estos productos. El uso racional se sustentará en los siguientes lineamientos:

- **Educación a la comunidad en el uso adecuado de los productos farmacéuticos**
Una población mejor informada podrá asumir con mayor responsabilidad el uso de los productos farmacéuticos y tomar mejores decisiones en el cuidado de su salud, su relación con el personal de salud y en la utilización de los mismos. Es importante reconocer la interculturalidad en el uso de productos naturales, medicina tradicional y el uso de productos farmacéuticos como una manera de resolver los problemas de salud.
- **Información sobre productos farmacéuticos al personal de salud**
El personal de salud requiere de información técnico-científica basada en evidencias, sobre el uso de los productos farmacéuticos, que les permitan conocer aspectos sobre su seguridad y eficacia. Por lo cual es necesario contar con el acceso a servicios de información sobre medicamentos y tóxicos.
- **Buenas prácticas de prescripción (BPP)**
El cumplimiento de la BPP y la utilización de guías y protocolos de tratamiento permitirá optimizar el uso de los productos farmacéuticos y minimizar los riesgos.
- **Buenas prácticas de dispensación (BPD)**
Las prácticas correctas de dispensación garantizarán la entrega del medicamento correcto al paciente, en la dosis y cantidad prescritas, con información clara sobre su uso y conservación, y en un envase que le permita mantener su calidad.
- **Desarrollo de la farmacovigilancia y tecnovigilancia como herramientas para garantizar la seguridad de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos.**
Se deberá educar a la población para que comunique al personal de salud sobre los problemas relacionados con productos farmacéuticos y dispositivos médicos, a fin de que el personal de salud realice las notificaciones de las sospechas de las reacciones o incidentes adversos en el marco del sistema peruano de farmacovigilancia.
- **Interculturalidad y uso de medicina tradicional, alternativa o complementaria**
Es importante el respeto por las costumbres y cultura de nuestra población, así como por el uso

de la medicina tradicional, complementaria o alternativa, sin que ello signifique dejar de informar y orientar a los individuos, familias y comunidad en general, de que la utilización de algunos productos representa riesgos para la salud o conllevan a interacciones con medicamentos.

➤ 6.3.1.12 Control y vigilancia sanitaria de productos y establecimientos farmacéuticos

Para garantizar la calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios es necesario ejecutar acciones de control y vigilancia sanitaria en los procesos relacionados con la producción, importación, almacenamiento, distribución, comercialización, donación, promoción, publicidad, dispensación y expendio de los mismos, que se encuentran al alcance de la persona, la familia y la comunidad. El control y la vigilancia sanitaria se sustentarán en los siguientes lineamientos:

- **Control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos**
Se deberá controlar la calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios que se comercializan a través de pesquisas en establecimientos farmacéuticos.
- **Control y vigilancia sanitaria de establecimientos farmacéuticos**
Se deberá controlar y vigilar el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento en los establecimientos farmacéuticos que importan, comercializan, distribuyen, almacenan y dispensan productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- **Control publicitario de productos farmacéuticos**
Vigilar los anuncios y publicidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- **Control del comercio ilegal de productos farmacéuticos**
Se deberá realizar acciones para disminuir el comercio ilegal de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en establecimientos farmacéuticos y no farmacéuticos.

➤ 6.3.1.13 Infraestructura, equipamiento y mantenimiento

El Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad requiere contar con modernización de la infraestructura física, instalaciones y equipamientos vigentes tecnológicamente según las redes de servicio y nivel de complejidad, en función de un enfoque de interculturalidad y de gestión territorial.

De acuerdo con las evaluaciones físico funcional²⁸ y de línea de base del Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención se obtuvo como resultado que los establecimientos de salud públicos a nivel nacional presentan problemas en la conservación de infraestructura física, brechas de equipamiento, planes de mantenimiento, regularización de los registros y saneamiento físico legal como consecuencia de la insuficiente inversión en los últimos años. Sin embargo, el Ministerio de Salud durante los años 2008 y 2009 intercedió para que se transfiriera partidas de la Presidencia del Consejo de Ministros²⁹ para lograr el mantenimiento y la reposición de los establecimientos de salud públicos a nivel nacional, con el objetivo de fortalecer la capacidad resolutive y contribuir con las mejoras en infraestructura física y reequipamiento básico según nivel de complejidad. Dado que los establecimientos de salud del primer nivel de atención desarrollan un papel clave en el contexto integral del sistema de salud, es indispensable considerar las inversiones necesarias, con inclusión de las zonas rurales, zonas de pobreza y pobreza extrema, para la sostenibilidad, mejoramiento y evitar la obsolescencia de sus recursos estratégicos: infraestructura y equipamiento, lo que redundará directamente en los resultados de la atención de salud.

En el contexto del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad, se deberán reformular los prototipos de diseño de los establecimientos de salud, velar por su conservación, mantenimiento, reposición, desarrollo de nuevas inversiones en infraestructura y equipamiento y fortalecer las capacidades de los entes técnicos responsables de esta labor.

⁽²⁸⁾ Diagnóstico físico funcional de infraestructura, equipamiento y mantenimientos de los hospitales e institutos del MINSA, 2006.

⁽²⁹⁾ Decreto de Urgencia N°036-2008, que declara en emergencia los establecimientos de salud del sector salud y autoriza la transferencia de partidas de la Presidencia del Consejo de Ministros a favor del Ministerio de Salud para el mantenimiento en los establecimientos de salud.

Decreto de Urgencia N° 022-2009, que establece medidas extraordinarias para la ejecución del mantenimiento y reposición de equipamiento de los establecimientos de salud.

6.3.2 COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA LA PRESTACIÓN

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 geosociosanitario, 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.

6.3.2.1 Las redes de salud articuladas funcionalmente

El marco normativo actual define a las redes funcionales de atención de salud como "(...) el conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud categorizadas, registradas y acreditadas; articuladas bajo criterios de complementariedad (las instituciones prestadoras de servicios de salud que intercambian servicios a favor de la continuidad de la atención del usuario) e integralidad que brindan atención a la población en el ámbito regional". La conformación de las redes funcionales de atención tiene como objetivo reducir la inequidad y las barreras de acceso a la atención de salud y hacer más eficiente el funcionamiento del sistema de salud.

En este sentido, las redes orgánicas del Ministerio de Salud, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, gobiernos regionales, gobiernos locales y otras instituciones prestadoras de servicios de salud se integrarán en cada ámbito regional en una red funcional de atención.

Las redes funcionales de atención deben fomentar que los establecimientos de salud en el primer nivel de atención reorienten la atención integral de salud hacia la familia y la comunidad.

El marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud establece como funciones de estas redes las siguientes:

- Impulsar que los usuarios externos ingresen al sistema de salud a través de la atención en las IPRESS del primer nivel de atención.
- Fomentar la atención según el nivel de complejidad, y priorizar las actividades de prevención del riesgo y promoción de la salud.
- Promover el acceso universal y uso racional de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos esenciales.

La organización de las redes funcionales de atención de salud será un proceso progresivo de articulación de las organizaciones prestadoras existentes en el territorio asignado a la red de servicios a través de mecanismos de intercambios de prestaciones o de financiamiento.

Así, además de la posibilidad de integrar a diferentes organizaciones prestadoras con redes propias de atención que anteriormente funcionaban en forma aislada, se puede avanzar en la integración de otros prestadores privados o público-privados (por ejemplo, los denominados "hospitales solidarios o municipales"), policlínicos privados e inclusive los establecimientos que brindan servicios sociales en el territorio asignado y que contribuyen en la intervención de otros determinantes sociales de la salud.

➤ 6.3.2.2 Registro y categorización de los establecimientos de salud del primer nivel de atención

Los establecimientos de salud deben estar registrados y tener un código único de identificación asignado por el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES).

La categorización es un proceso que conduce a clasificar los diferentes establecimientos de salud, sobre la base de niveles de complejidad y de características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención deben desarrollar prioritariamente actividades o intervenciones de prevención y promoción, además de recuperación y rehabilitación; deben tomar como eje de planificación a la persona, la familia y la comunidad; y como operador, al EBS-FC.

En el primer nivel de atención, **los establecimientos de salud con población asignada son categorizados** y deberán realizar la **actividad de salud familiar y comunitaria** que responda a las necesidades y demandas de la persona, familia y comunidad.

Los equipos básicos de salud familiar y comunitaria se instalarán, en una primera etapa, en los establecimientos de salud con población de salud de categoría I-3, y estarán conformados por profesionales de la salud de Medicina Humana, Enfermería y Obstetricia, además del técnico de Enfermería y como colaborador voluntario, al agente comunitario de salud con formación en Salud Familiar y Comunitaria; estos equipos se irán incorporando progresivamente en todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Los equipos básicos de salud familiar y comunitaria tienen su núcleo de apoyo inmediato, según sea la necesidad de salud identificada, no resuelta en esta instancia, en los establecimientos de salud categoría I-4. La continuidad de la atención debe estar garantizada, además, por la organización e implementación de un sistema nacional de referencia y contrarreferencia.

Estructuración de la Atención de Salud por Niveles

a. Primer Nivel de Atención:

Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y rehabilitación, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad tanto a través de la atención intramural como a través de la extramural. El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel plantea la atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad; además se constituye en el facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema.

b. Segundo Nivel de Atención:

En este nivel se complementa la Atención Integral iniciada en el nivel precedente, agregando un grado de mayor especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, brindando un conjunto de servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por urgencia o emergencia acudan a los establecimientos de salud de este nivel. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda.

c. Tercer Nivel de Atención:

Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Asimismo, en este nivel se desarrolla investigación con mayor énfasis. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda.

➤ 6.3.2.3 El sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención

De acuerdo con el comportamiento de la demanda, se organiza la oferta de los servicios de salud en tres **niveles de atención**, donde se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutoria.

El sistema de salud garantiza la atención de la persona desde la promoción y prevención hasta la resolución del problema o daño de salud, en los niveles de atención que se requieran.

Para garantizar la continuidad de la atención del usuario en los servicios de salud a nivel nacional con oportunidad, calidad e integralidad, se promueve la implementación del Sistema Nacional de Referencias y Contrarreferencias, mediante la utilización de procedimientos estandarizados entre las instituciones (IAFAS e IPRESS). En tal sentido, el Ministerio de Salud establecerá las normas técnicas y protocolos de referencia interinstitucionales.

➤ 6.3.2.4 La oferta móvil de servicios de salud

Se constituye como oferta complementaria la oferta que está fija e integrada a una red de servicios de salud. Constituye la principal forma de **atención para poblaciones excluidas y dispersas** que habitan las localidades y carecen de oferta fija de salud, las que para poder acceder a ella, tienen que trasladarse en un tiempo superior a cuatro horas por camino de herradura y/o vía fluvial, o por el medio de transporte más usado de la localidad. Esta oferta está destinada a las localidades con mayor dispersión poblacional en el ámbito regional, a fin de **buscar y garantizar la equidad en el acceso a la salud**.

Enfatiza la prevención y promoción de la salud en la familia y la comunidad, según un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud. Está a cargo de los gobiernos regionales y gobiernos locales. Las actividades articuladas con la oferta fija de salud, dan continuidad a la atención y extensión de cobertura de servicios de salud.

Los equipos AISPED facilitan que la población objetivo tome contacto con el sistema de salud. Por lo que en la capacitación de los equipos AISPED debe incluirse el aseguramiento universal de salud (planes de atención, PEAS, planes complementarios) y la atención integral de salud con enfoque de familia y comunidad.

Los gobiernos regionales deben seguir identificando las brechas de demanda-oferta de los servicios de salud, para desarrollar nuevas estrategias que contribuyan a reducir la inequidad en el acceso a la atención integral de salud.

Otro ejemplo particular de este tipo de atención móvil es el Programa de Atención Integral de Salud para las Comunidades Indígenas, a través del cual se ofrecen cuidados esenciales para las comunidades indígenas, poblaciones andinas y amazónicas. Estos cuidados esenciales incorporan métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales, siempre que las comunidades así lo deseen y promueven la oferta de servicios de salud con pertinencia cultural.

Existen otras modalidades de oferta móvil, caso de los hospitales de campaña médica especializada de EsSalud, los hospitales de campaña en zonas de emergencia o desastres, o en zonas de intervención especial caso VRAE. Además, el mismo Ministerio de Salud promueve actividades de fortalecimiento de la atención médica especializada.

Los prestadores privados también desarrollan campañas médicas, pero suelen estar limitadas a áreas urbanas o marginales en las grandes ciudades; salvo los pequeños prestadores dependientes de comunidades religiosas que han orientado pequeñas intervenciones a áreas urbanas marginales, rurales y de poblaciones pobres y extremo pobres.

Es importante tomar en cuenta que estos ejes de intervención se presentan con matices particulares en diferentes zonas geográficas: zonas hiperurbanas, zonas urbanas, zonas periurbanas y zonas rurales. Los ámbitos de fronteras y las comunidades de alta dispersión poblacional requieren adaptaciones propias de las intervenciones que son parte del modelo, que serán objeto de programas específicos y normas complementarias de atención elaboradas tanto por el Ministerio de Salud como por los gobiernos regionales y locales.

6.3.3 COMPONENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 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.
 - En el caso de la familia, se desarrollará la atención por paquetes de acuerdo con el ciclo vital familiar.
- 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).

➤ 6.3.3.1 La provisión de paquetes de atención integral a la persona, familia y comunidad intramural y extramural

El Modelo pone énfasis en la provisión total de paquetes de intervenciones que, aunque no sean demandadas, satisfacen necesidades de salud priorizadas por el Estado: los paquetes de atención integral a la persona, familia y comunidad.

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 (ver anexo 3):

- Paquete de atención 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.

De la misma forma, el equipo de salud de familia y comunidad tiene la función de ejecutar la provisión de **paquetes de intervención a la familia** (ver anexo 4). 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. Estas acciones promueven comportamientos y estilos de vida saludables y se identifican e intervienen sobre riesgos asociados al saneamiento básico de la vivienda y del entorno familiar. Al igual que con la persona, los paquetes de intervención a la familia han sido diferenciados según la etapa del ciclo vital familiar: formación, extensión, contracción y disolución (ver anexo 4).

El Ministerio de Salud establece las normas que definen y describen estos paquetes de atención de cuidados esenciales, así como las guías clínicas y protocolos de atención de las necesidades de salud individuales y familiares identificadas para el desarrollo de la atención integral.

➤ 6.3.3.2 La organización de los equipos básicos de salud familiar y comunitaria

La red de salud constituye como el ámbito de intervención en el que se implementa un plan de salud local implementado por los equipos básicos de salud familiar y comunitaria (EBS-FC). La identificación de las redes de salud es responsabilidad de los gobiernos regionales en coordinación con los gobiernos locales, y considerando criterios definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

El MAIS-BFC está basado en la organización de los EBS-FC, que se conforma por un equipo que incluye profesionales de Medicina Humana, Enfermería, Obstetricia y técnicos de Enfermería ubicados en los establecimientos de salud con población asignada categoría I-3. Otros profesionales de la salud como pediatras, ginecólogos, nutricionistas, psicólogos, entre otros, deberán estar integrados al equipo de salud para que desarrollen acciones de mayor complejidad, por lo que su ubicación deberá ser en los centros de salud de categoría I-4, conformando Unidades de Apoyo al Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria (UA-EBS), con algunas variaciones que dependerán de los recursos disponibles y las particularidades territoriales.

La Atención Integral a la Familia: El nuevo foco de atención

La Atención Integral de Salud a la Familia es la provisión continua, con calidad y con enfoque biopsicosocial que cubre las necesidades de salud de la familia como unidad, con énfasis en el primer nivel de atención.

Las acciones están orientadas hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para lograr un adecuado funcionamiento familiar y el desarrollo pleno de sus miembros, para constituirse en una familia saludable.

Las intervenciones en la familia se realizarán mediante la oferta del paquete de atención integral de salud de acuerdo con el ciclo vital de la familia y según las necesidades identificadas de salud de la familia.

a) Elaboración del Diagnóstico Familiar que incluye:

- Identificación del tipo de familia y ciclo vital familiar.
- Identificación de redes de apoyo de la familia.
- Identificación de necesidades de salud de desarrollo, mantenimiento, daño, disfunción de la familia por ciclo vital familiar que se encuentre.
- Determinación del riesgo familiar.
- Elaboración del plan de atención Integral familiar (PAIFAM) en base a sus necesidades.
- Ejecución del Plan de Salud familiar.
- Monitoreo, evaluación e implementación participativa del Plan de Salud familiar.
- Captación y referencia de casos individuales y/o de la familia con disfunción como unidad.

El Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM) deberá ser elaborado, ejecutado, monitoreado, evaluado e implementado por el Equipo Básico de Salud con participación de la familia.

A nivel operativo intramural y extramural, los paquetes de atención integral se ofertarán de manera integrada en un solo paquete de atención integral a la familia, que incluye las acciones de salud establecidas por las etapas de vida, estrategia de salud familiar, promoción de la salud, saneamiento ambiental, entre otras; es una herramienta fundamental para el trabajo con las familias, la visita domiciliaria.

La Intervención en la Comunidad

La intervención en la comunidad se basa en la identificación de actores sociales, seguido de la sensibilización y Organización de la comunidad (Instalación o fortalecimiento de SIVICOS, CODECOS, entre otras organizaciones comunitarias), para luego llevar a cabo el mapeo, sectorización y el censo a través de la ficha familiar en coordinación y participación de la comunidad.

El diagnóstico de la comunidad se realiza mediante el análisis de la información del censo o sistematización del diagnóstico de todas las fichas familiares de la jurisdicción o sector priorizado.

- a) Problemas a nivel individual más frecuentes por etapas de vida.
- b) Problemas a nivel familiar.
- c) Problemas a nivel comunitario.

El diagnóstico censal se presenta a la comunidad y se realizará la priorización de problemas con la comunidad para luego realizar la elaboración participativa del Plan Comunal con participación del Gobierno Local. El Plan considerará los dos ejes de intervención:

- Atención Integral al individuo por etapas de vida y a la familia como Unidad.
- Abordaje de los determinantes sociales en la Familia y la comunidad.

Las responsabilidades atribuidas a los diferentes actores sociales se encontrarán en los planes de atención integral familiar y comunitaria.

Se definirán agendas de gobierno transectoriales en las localidades, con base en la participación social organizada en círculos de gestión territorial de la salud y con procesos de articulación entre las redes de servicios de salud, las redes sectoriales y sociales, orientadas hacia la superación de inequidades. El EBS-FC tendrá por función promover el desarrollo de estos espacios.

También se definirán las metas, sobre las necesidades sociales para las cuales existen los medios técnico-científicos, económicos, sociales y políticos, con el fin de sostener una agenda social y de gobierno, elemento clave para la operación de los Planes de Desarrollo Local.

Luego se desarrollará la evaluación de las Intervenciones. En esta etapa, las intervenciones contempladas en el plan comunal que no contribuyan al logro de los resultados esperados deberán ser analizadas para identificar los nudos críticos y fortalecer las acciones con el objetivo de alcanzar las metas.

El número de EBS-FC será determinado a nivel regional, de acuerdo con los siguientes factores: número de familias, demanda de la población, recursos financieros y categoría del establecimiento de salud. El EBS-FC será asignado a un territorio y a un número de familias; tomará en cuenta factores como el tipo de zona (rural o urbana), la accesibilidad geográfica y la dispersión de la población. Cada EBS-FC asumirá la atención integral de salud de las familias asignadas en un rango entre 500 y 800 familias, esta cifra puede ser ajustada de acuerdo con la realidad local y los factores antes señalados.

La organización de las intervenciones a la familia y a la comunidad en establecimientos de salud con población asignada varía según las características de la población y escenarios como:

- a) Poblaciones pequeñas homogéneas de pobreza extrema, zonas rurales, donde las necesidades de salud son comunes. Aquí se requiere un involucramiento colectivo de los actores principales: los líderes comunitarios, quienes requieren la organización del recurso humano para el desarrollo de actividades de salud familiar y de participación comunitaria tales como: identificación de actores sociales, sensibilización a la comunidad, organización de la comunidad, mapeo y sectorización participativa, levantamiento de la información mediante la ficha familiar, análisis de la información censal según necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, presentación del diagnóstico censal a la comunidad y

priorización de problemas con la comunidad, elaboración participativa del plan comunal, ejecución, evaluación e implementación del plan.

- b) En poblaciones periurbanas e hiperurbanas heterogéneas, donde las necesidades son aún más diferenciadas, la participación ciudadana está dada por grupos de interés, y lógicas individuales. Los actores principales son los líderes sociales-políticos o intermediarios que permiten mejorar la relación de los agentes de desarrollo con las comunidades, facilitando mejores diagnósticos de los problemas y necesidades; y favoreciendo la sostenibilidad de las obras; por lo que se requiere el desarrollo de actividades de salud familiar en base a las necesidades de los sectores priorizados y en articulación con los municipios.

La conformación del EBS-FC será fortalecida de acuerdo con las necesidades de salud, delimitación del número de familias y personas, dependiendo de las condiciones epidemiológicas y demográficas para poder asegurar la integralidad y la continuidad de la atención. El agente comunitario de salud debe trabajar integrado al EBS-FC, de tal manera que se le pueda otorgar reconocimientos, estímulos o algún mecanismo de incentivos no monetarios por su rol articulador, y el gobierno local debe asumir dicho reconocimiento y estímulo.

La implementación del modelo depende en forma crítica de la dotación de EBS-FC. Los establecimientos de salud con población asignada categoría I-3 deben ser dotados de EBS-FC en forma progresiva y gradual. Esto no significa que en las demás categorías no se trabaje con el enfoque de salud familiar y comunitaria, sino por el contrario también se inicia este proceso con el personal disponible en estos establecimientos de salud, debiendo para ello capacitarlos adecuadamente.

6.3.3.3 La organización del sistema de vigilancia comunal

El refuerzo del trabajo extramural es otra característica del MAIS-BFC. El sistema de vigilancia comunal (SIVICO, CODECOS, entre otras denominaciones) es un instrumento de gran ayuda en la organización del trabajo extramural. Las etapas de la implementación del sistema y su conexión con el trabajo extramural se presentan en la figura 13.

La primera actividad de los EBS-FC, en coordinación estrecha con la comunidad, será la sectorización y el censo/empadronamiento a través de la ficha familiar para recoger las necesidades sociales en el territorio (número 1, en la figura 14).

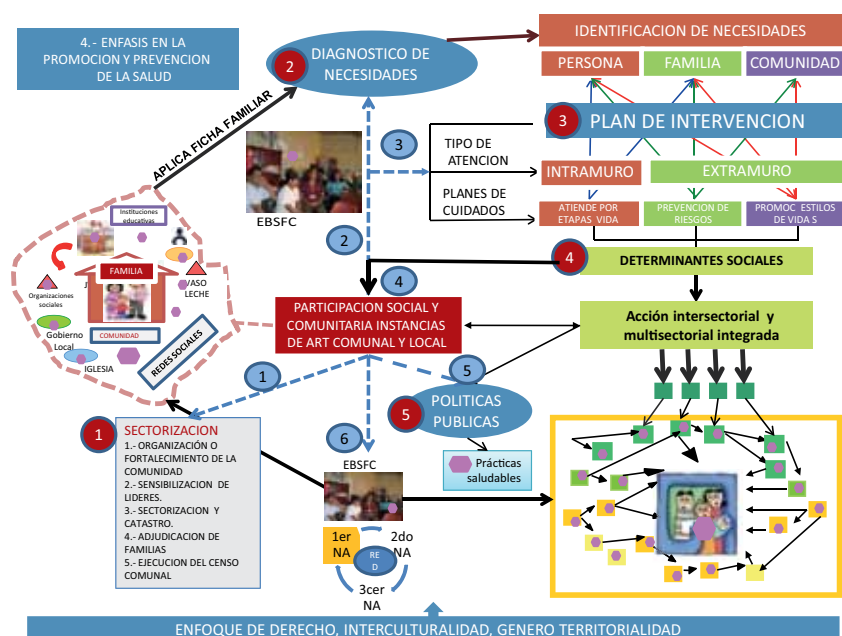
Como parte del trabajo se realiza un empadronamiento progresivo de las familias en el ámbito de salud del establecimiento (denominada censo comunitario). A fin de obtener datos para el diagnóstico familiar, se utilizará la ficha familiar como instrumento primordial, para obtención del diagnóstico desde la perspectiva del prestador.

La ficha de autodiagnóstico y de comportamientos y estilos de vida saludable es el instrumento para la obtención del diagnóstico desde la perspectiva de la familia.

Con los resultados del análisis de la información del censo se realiza la sistematización del diagnóstico de todas las fichas familiares correspondientes a las familias de la jurisdicción o sector priorizado del que se obtendrá:

- a) Problemas a nivel individual más frecuentes por etapas de vida.
- b) Problemas a nivel familiar.
- c) Problemas a nivel comunitario.

Figura 14
Implementación del trabajo extramuro



Los resultados del diagnóstico censal son presentados a la comunidad para realizar la priorización de problemas con la comunidad. Se identifican los territorios específicos para organizar la respuesta a partir de las necesidades sociales. Esta etapa debe permitir la realización de diagnósticos locales con participación social por parte de los EBS-FC (número 2, en la figura 14).

Finalmente, se realiza la elaboración del plan comunal con la participación de los actores comunales y del gobierno local. El plan comunal considerará dos ejes de intervención:

- La atención integral a la persona por etapas de vida y a la familia como unidad por ciclo vital familiar, y
- El abordaje de los determinantes sociales de la salud, en la familia y la comunidad.

Progresivamente, los equipos elaborarán y desarrollarán planes de atención familiar y comunitaria (número 3 en la figura N° 14), a fin de integrar las funciones y responsabilidades atribuidas.

6.3.3.4 El sistema de seguimiento de atenciones

Junto al sistema de vigilancia comunal, el EBS-FC va organizando progresivamente el sistema de seguimiento de usuarios. Los sectores y sus familias empadronados son asignados a una persona (miembro del EBS-FC, otro personal de salud de la red de salud o un agente de salud comunitario) que asumirá las siguientes funciones:

- Verificar periódicamente, según el plan de trabajo del EBS-FC, el grado de cumplimiento de la entrega del paquete de atención integral a cada miembro y a cada familia a su cargo, de modo que al identificarse la falta de alguna intervención, facilita su retorno al establecimiento o la implementación de una visita domiciliaria para cubrir el déficit y asegurar la integralidad en la provisión de los paquetes de atención.
- Apoyar la recaptación de pacientes que dejan de acudir a sus citas de control o a los que están de alta, de forma que se pueda garantizar la conclusión de los tratamientos (sea para el caso de consultas por enfermedades crónicas o para pacientes miembros de programas en salud o programas sociales que se encuentran bajo intervención permanente).
- Facilitar o apoyar en la obtención de información sobre los pacientes referidos a los otros niveles de atención de la red de salud e identificar aquellos pacientes contrarreferidos que no se presentan al establecimiento de salud.

La implementación del sistema de seguimiento de las atenciones o de los usuarios, será hecha en forma progresiva y gradual, a medida que se implemente el empadronamiento de usuarios y familias, durante la organización del sistema de vigilancia comunal y de acuerdo con las posibilidades del EBS-FC. Se comenzará dando prioridad a los sectores o familias de mayor riesgo. También influirá en la implementación de este sistema las herramientas manuales o informáticas que el Ministerio de Salud vaya implementando progresivamente con el desarrollo del sistema de información de salud.

➤ 6.3.3.5 Elaboración de los planes locales de atención de salud

Con la intervención de las autoridades locales se definen agendas de gobierno intersectorial en las localidades, con base en la participación social organizada en círculos de gestión territorial de salud y con procesos de articulación entre las redes de servicios de salud, las redes sectoriales y sociales; orientadas hacia la superación de la inequidad.

Un segundo ordenador de las acciones será la definición de metas, sobre las necesidades sociales para las cuales existen los medios técnico-científicos, económicos, sociales y políticos, con el fin de sostener una agenda social y de gobierno. Éste será el aporte de salud a la gestión social del territorio, elemento clave para la operatividad de los planes de desarrollo local.

La integralidad de la gestión de la atención de salud también puede explorarse en la forma como los diferentes grupos de metas y actividades están contenidos en el plan de salud local. Las actividades que no cuentan con metas o estimaciones de recursos requeridos difícilmente tendrán una ejecución sujeta a monitoreo y evaluación.

El plan de salud local (PSL) incluirá las actividades y metas de atención a ser alcanzadas por el EBS-FC, tanto en sus actividades intramurales como extramurales (visitas domiciliarias, campañas de salud, entre otras). Sin embargo, incluirá también actividades y metas de promoción de comunidades saludables y de desarrollo institucional (capacitación, asistencia técnica, resultados en la mejora de la calidad, resultados en la implementación progresiva de los componentes del MAIS-BFC, entre otros). Esto es importante porque las actividades que no cuentan con metas o estimaciones de recursos requeridos difícilmente tendrán una ejecución sujeta a monitoreo y evaluación.

Los servicios de salud pueden requerir en diferentes momentos, la planeación del trabajo de las visitas domiciliarias por parte de alguno de los miembros del EBS-FC; ello requiere agendar concertadamente con la familia, de acuerdo con la priorización de las condiciones de salud encontradas en el diagnóstico de salud familiar (para lo cual la ficha de salud familiar es esencial, así como el diseño de software que permita sistematizar la información y obtener el diagnóstico de las necesidades de salud).

Sin embargo, existirán situaciones de salud que aparecen circunstancialmente, por lo que no es posible programarlas. Esta situación implica que los profesionales de salud, especialmente los médicos, enfermeras y psicólogos, deberán contar con tiempos destinados a la consulta ambulatoria intramural para atender a los miembros de las familias asignadas.

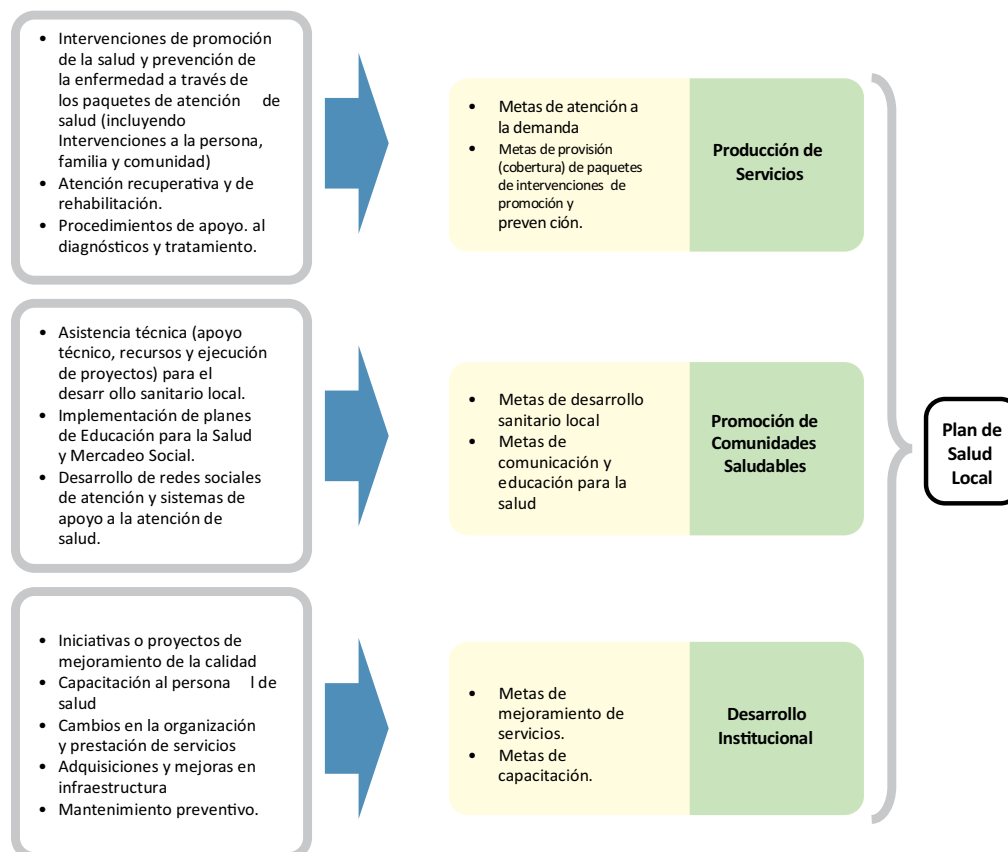
Es posible que el EBS-FC pueda realizar acciones grupales a poblaciones específicas definidas según riesgos comunes como hipertensos, diabéticos, asmáticos, adictos, gestantes, lactantes, adolescentes, entre otros. Estas acciones grupales permitirán el desarrollo de estrategias educativas y de grupos de apoyo, lo cual incrementa la eficiencia y la efectividad.

Las intervenciones en la familia y la comunidad implementadas como parte del plan son finalmente evaluadas, de acuerdo con las metas establecidas en el plan comunal y de acuerdo con los indicadores normados.

En esta etapa, las intervenciones contempladas en el plan comunal que no contribuyan al logro de los resultados esperados deberán ser analizadas para identificar los nudos críticos para fortalecer las acciones con el objetivo de alcanzar las metas.

La figura N° 15 representa los contenidos del plan de salud local en término de los tres paquetes y metas (paquete de producción de servicios, paquete de promoción de comunidades saludables y paquete de desarrollo institucional).

Figura 15
Contenidos referenciales del plan de salud local



6.3.3.6 Adecuación de los servicios de salud para la atención integral basada en la familia y la comunidad

La implementación del modelo de atención integral supone una serie de actividades:

- La organización de la admisión integral: elaboración de la carpeta familiar, ficha familiar, historia clínica personal y la organización del archivo de historias clínicas en función de carpetas familiares.
- La organización e implementación de flujos de atención intramural y, fundamentalmente, el flujo de atención extramural del establecimiento de salud (ver anexos 5 y 6).
- La adecuación de los servicios de salud para incorporar el enfoque de derechos, de equidad de género e interculturalidad en salud. Son ejemplos de esta medida:
 - La implementación de la atención del parto en posición vertical y la inclusión de las prácticas tradicionales en la disposición final de la placenta especialmente en zonas rurales andinas.
 - La implementación de ambientes de espera familiar cerca a la sala de parto, para albergar a la familia que acompaña en el parto.
 - La inclusión de profesionales de la salud que hablen quechua y aimara en el perfil del puesto para el personal reclutado en zonas andinas.
- La adopción de las normas técnicas de atención integral y de las guías de práctica clínica para incorporar los estándares mínimos y procedimientos de atención de la atención integral de salud.

6.3.4 COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

El componente financiamiento del MAIS-BFC está compuesto por un conjunto de elementos que se articulan para que la atención integral de salud se desarrolle con las siguientes características:

- a) Asegurar el financiamiento para el conjunto de prestaciones garantizadas, especialmente a través de la capitación de las acciones en el primer nivel de atención.

- 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.

Se describen a continuación las opciones actuales y los lineamientos a desarrollar:

6.3.4.1 Financiamiento vía Aseguramiento Universal en Salud

La atención integral comprende un conjunto de prestaciones de salud de carácter colectivo e individual en las dimensiones de lo preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, que deben ser expresadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

La atención integral para las personas aseguradas será financiada por la articulación de mecanismos de aseguramiento en salud.

El Estado garantiza la atención de las poblaciones pobres no adscritas a otro seguro, a través del Seguro Integral de Salud, con sus modalidades de componentes subsidiados y semicontributivos que mejoran la equidad.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en una lista priorizada de condiciones de salud e intervenciones que son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas. La política del AUS tiene como objetivo, entonces, proteger financieramente a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a eventos de enfermedad.

La función del AUS en el MAIS-BFC será asegurar el financiamiento para las intervenciones de salud a la persona en el entorno de oferta fija. Sin embargo, debido a las diversas variables que afectan el trabajo extramural, la atención a comunidades dispersas y la implementación de actividades para comunidades saludables y para la intervención sobre los determinantes sociales de la salud, otros mecanismos de financiamiento serán usados para garantizar los recursos que la ejecución de la cobertura de atención integral requiere.

6.3.4.2 Reorientación del financiamiento del presupuesto por resultados a la Atención Integral de Salud con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria

El presupuesto por resultado tiene como objetivo “lograr que el proceso presupuestario impulse y desarrolle una gestión basada en resultados en el Estado peruano”.

Una de las maneras de impulsar la sostenibilidad de las intervenciones preventivo-promocional del MAIS BFC, es a través de los programas presupuestales estratégicos, a los que se les debe fortalecer y/o ampliar sus finalidades (productos), ya que luego serán programados en los establecimientos de salud de las diferentes unidades ejecutoras a nivel nacional.

Esta modalidad de financiamiento es la adecuada para las metas y resultados del plan de salud local vinculadas con el trabajo extramural, la atención a la familia, la atención comunitaria, las actividades de desarrollo institucional (capacitaciones y proyectos de mejoramiento continuo de la calidad) y la intervención sobre los determinantes sociales de la salud a nivel regional y local.

➤ 6.3.4.3 Financiamiento per cápita del MAIS-BFC

La implementación del financiamiento a través de una asignación per Cápita es la visión que se plantea en el MAIS-BFC para migrar de formas de pago de servicios hacia el pago prospectivo, especialmente para el primer nivel de atención. Los primeros pilotos sobre experiencias de financiamiento per cápita serán establecidos por el Ministerio de Salud y en la medida que sean validados, comenzarán a extenderse sus zonas de aplicación.

La capitación será el principal mecanismo de financiamiento del primer nivel de atención, consiste en que cada gobierno regional/gobierno local, red de salud o según sea el caso, recibe recursos según el número de población beneficiaria pública inscrita en cada establecimiento de salud adscrito a dicho territorio. Los recursos entregados consisten en un valor basal por persona establecido, que tendrá ajustes con modificadores sensibles y que den cuenta de la heterogeneidad territorial (estructura etárea, sexo, perfil epidemiológico de la región, nivel de pobreza, etc.) para llegar a una fórmula validada de asignación equitativa de recursos para cada localidad del país que aumentan según característica de cada realidad local. El diseño, los criterios de implementación de este mecanismo de financiamiento y su hoja de ruta se describe en el anexo N° 09.

➤ 6.3.4.4 Financiamiento a través de los programas de estímulo económico municipal

Finalmente, existen algunos esquemas de financiamiento para estimular la implementación de programas de inversión social elaborados por las municipalidades que pueden ser aprovechados, bien para financiar las actividades de comunidades saludables ejecutadas por los servicios de salud como para la implementación de proyectos específicos y así atenuar situaciones que hagan parte de los determinantes sociales de la salud.

Sea como parte del plan de salud local o bien como parte del plan de desarrollo local, el aprovechamiento de estas fuentes de financiamiento dependerá del trabajo realizado por el EBAS-FC para apoyar técnicamente al Gobierno Local y a los actores sociales existentes en el mismo territorio para elaborar proyectos de inversión social candidatos para dichos fondos.

Aunque el modelo de financiamiento para el MAIS-BFC cuenta de momento con varias fuentes y su aplicación va a depender del grado progresivo en que se implemente el modelo, el mejor escenario para asegurar los fondos con los que deben implementarse los planes estratégicos concertados de las redes y los planes de salud local de las microrredes es aquel que promueva un financiamiento prospectivo de sus metas complementado con la atribución de incentivos por el cumplimiento de meta.

En la medida que las reformas del financiamiento tengan lugar, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas implementarán y difundirán las normas específicas para el financiamiento total del MAIS-BFC.

Finalmente, la articulación de diversos mecanismos de financiamiento, asignación y pago permitirá que la implementación del MAIS-BFC oriente su aplicación para mejorar el acceso efectivo y la equidad para cumplir con los objetivos de este modelo.

6.3.5 ARTICULACIÓN DE LOS COMPONENTES Y SUS ELEMENTOS PARA RESPONDER A LOS PRINCIPIOS, VALORES Y ENFOQUES DEL MAIS-BFC

La tabla 3 presenta los elementos que conforman los cuatro componentes tratados en las secciones anteriores. Junto a ellos, se han incluido algunas actividades e instrumentos con los que se propone operativizar la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.

De esta manera, es posible explorar la validez del modelo para cubrir los principios, valores y enfoques tratados en el marco conceptual del referido modelo.

Tabla 3
Articulación de los componentes y sus elementos para responder a los principios, valores y enfoques del MAIS-BFC

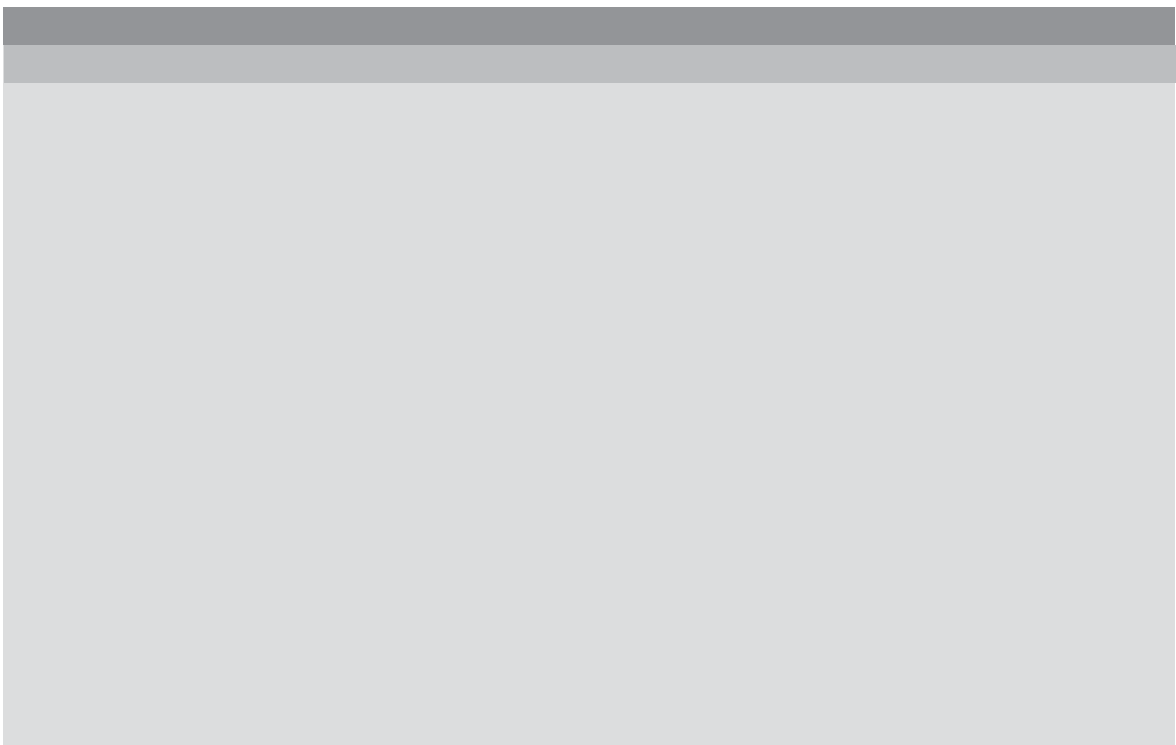
Principios, Valores, Enfoque	Prestación de Servicios	Organización de la Prestación	Gestión Territorial	Financiamiento
Integralidad	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Paquetes de atención integral a la persona, familia y comunidad. Disposición de servicios según el flujo de atención. <p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Programación de salidas / plan de trabajo extramural / Cronograma de visitas domiciliarias para la entrega del paquete de atención integral. Sistema de seguimiento de usuarios (EBS-FC). <p><u>Instrumento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Flujos de atención de salud intra y extramural. Historia clínica familiar / carpeta de archivo familiar. Libro de registro de atenciones. 	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Organización de redes funcionales de servicios. Sistema de referencia y contra referencia. <p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Categorización de establecimientos. 	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Gestión adecuada de medicamentos. Desarrollo del sistema de información de salud de salud. Implementación de planes y proyectos de intervención sobre determinantes. <p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Refuerzo del ciclo de gestión: Plan estratégico integrado, plan por resultados, sistema gerencial de control. <p><u>Instrumento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Plan estratégico integrado. Acuerdos de gestión. Observatorio de determinantes de la salud. 	<p><u>Condición de éxito:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Redefinición de financiamiento para cerrar la brecha de RRHH. Implementación del presupuesto capitado. <p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboración de proyectos de presupuesto participativo.
Universalidad en el acceso	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Implementación de la oferta móvil de atención (AISPED, hospitales de campaña). Red local de agentes comunitarios de salud. 	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Organización de redes funcionales de servicios. Sistema de referencia y contra referencia. 	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo del sistema de información de salud de salud. <p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Refuerzo del ciclo de gestión: Plan estratégico, plan por resultados, sistema gerencial de control. 	<p><u>Condición de éxito:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Redefinición de financiamiento para cerrar la brecha de RRHH. <p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Seguro Integrado de Salud. Implementación del presupuesto capitado.

Principios. Valores, Enfoque	Prestación de Servicios	Organización de la Prestación	Gestión de la salud con enfoque Territorial	Financiamiento
<p>Calidad</p>	<p><u>Instrumento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Guías técnicas de atención. <p><u>Instrumento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Estándares de calidad de servicios. Registro Nacional de Establecimientos de Salud. 	<p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Acreditación de establecimientos. <p><u>Instrumento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Estándares de calidad de servicios. Registro Nacional de Establecimientos de Salud. 	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Adopción de las garantías explícita de calidad. Gestión de la infraestructura y equipamiento. <p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Implementación de PLANSALUD (en sus componentes de Asistencia Técnica, Capacitación y Articulación Educación-Salud. Refuerzo del ciclo de gestión: Plan estratégico, plan por resultados, sistema gerencial de control. <p><u>Instrumento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Acuerdos de gestión. 	<p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboración de proyectos de presupuesto por resultados. Integración de las actividades de PLANSALUD (y del componente de desarrollo de capacidades de PROSALUD) en los planes operativos institucionales.
<p>Corresponsabilidad y Participación Social</p>	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Red local de agentes comunitarios de salud. 	<p>Redes comunitarias como: organizaciones de base entre otros.</p>	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Modelo de gestión CLAS o Directorio social de servicios. Vigilancia ciudadana de la gestión. <p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Planificación participativa. <p><u>Instrumento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Plan estratégico integrado. Acuerdos de gestión. 	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Presupuesto participativo. <p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboración de proyectos de presupuesto participativo.
<p>Equidad</p>	<p><u>Instrumento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Plan Esencial de Atención de Salud (PEAS). 	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Organización de redes funcionales de servicios. Sistema de referencia y contra referencia. 	<p><u>Proceso / Actividad:</u></p> <p>Distribuir justas y equitativas responsabilidades, poder y beneficio en la atención formal e informal de salud prestada en los hogares, la comunidad y las instituciones del sistema de salud.</p>	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Aseguramiento Universal en Salud. Seguro Integrado de Salud. <p><u>Instrumento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Sistema de focalización de hogares.
<p>Solidaridad</p>	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Intercambio de Prestaciones. 	<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Organización de redes funcionales de servicios. Sistema de referencia y contra referencia. 		<p><u>Elemento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Aseguramiento Universal en Salud. <p><u>Instrumento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Sistema de focalización de hogares.

Principios. Valores, Enfoque	Prestación de Servicios	Organización de la Prestación	Gestión de la salud con enfoque Territorial	Financiamiento
<p>Enfoque de derechos</p>	<p>Instrumento: Este enfoque implica la obligación estatal inmediata de brindar las garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, e impedir toda discriminación en la atención integral de salud.</p>	<p>Elemento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Organización de redes funcionales de servicios. ■ Sistema de referencia y contrarreferencia. ■ Oferta móvil. 	<p>Proceso / Actividad: El ser humano es el centro de las diversas esferas de acción del Estado. Este enfoque implica la obligación estatal de abordar todo lo referente a los factores determinantes sociales de la salud que tengan por objetivo, o por resultado, el disfrute en condiciones de igualdad de derecho a la salud.</p>	<p>Elemento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aseguramiento Universal en Salud. ■ Seguro Integrado de Salud. <p>Proceso / Actividad: El enfoque de derecho implica que el Estado garantice a la población los recursos para la atención en salud</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sistema de focalización de hogares.
<p>Enfoque de género</p>	<p>Proceso / Actividad: Promover el acceso y la utilización de servicios que aborden problemática específica de mujeres y varones como grupos diferenciados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sistema de vigilancia comunitaria ■ Sistema de focalización de hogares. 	<p>Proceso / Actividad: Distribuir, justa y equitativamente responsabilidades, poder y beneficio entre mujeres y varones en la atención formal e informal de salud prestada en los hogares, la comunidad y las instituciones del sistema de salud.</p>	<p>Proceso / Actividad: Asegurar la participación equitativa de mujeres y varones en los procesos de diseño, implementación y evaluación de políticas, programas y servicios de salud.</p>	<p>Proceso / Actividad: Asignar de manera diferenciada recursos de acuerdo con las necesidades particulares de salud de cada sexo y en cada contexto socioeconómico y exigir aporte financiero en función de la capacidad de pago.</p>
<p>Enfoque intercultural</p>	<p>Proceso / Actividad: Promover en los agentes del sistema de salud actitudes de respeto a la diferencia y a la diversidad, así como de reconocimiento y valoración de la contribución de las medicinas tradicionales.</p>	<p>Elemento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Red local de agentes comunitarios de salud. ■ Redes comunitarias como organizaciones de base, entre otras. <p>Proceso / Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Adecuación cultural de servicios: parto vertical casas de espera, atención en lengua nativa, entre otros. 	<p>Proceso / Actividad: Incorporar estrategias para la identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que contribuyan a incrementar las condiciones que sean favorables a los estados de salud de las comunidades étnico-culturales.</p>	<p>Proceso / Actividad: Asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo.</p>

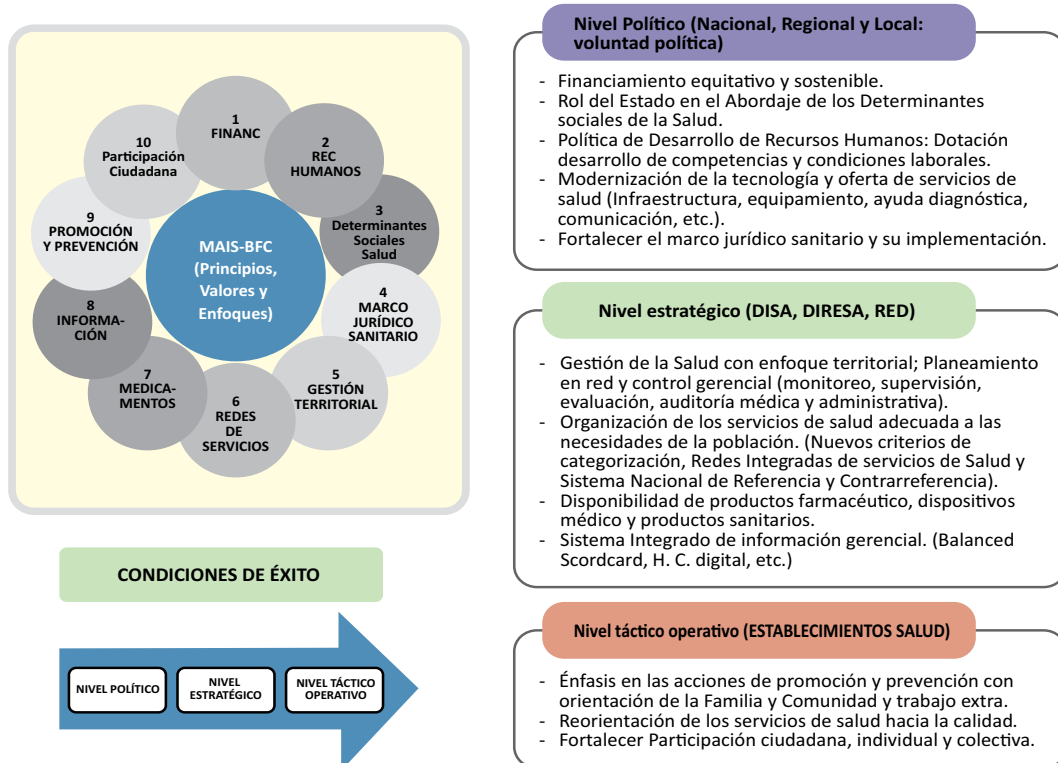


6.4 CONDICIONES DE ÉXITO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS-BFC



La implementación del MAIS-BFC, además de constituirse como una propuesta técnica para responder a los principios y valores vigentes y las políticas y tendencias internacionales en atención de salud, representa una toma de decisión sobre el compromiso político para destinar los recursos del Estado y de la sociedad a favor de un mayor nivel de salud para la población. La decisión política supone una serie de condiciones de éxito que tienen que ser aseguradas para que el modelo pueda implementarse a cada nivel de los servicios de salud del sector.

Figura 16
Condiciones de éxito de la implementación del MAIS-BFC



Adicionalmente, si la decisión es tomada a favor de su implementación, será necesario elaborar un plan nacional de implementación que sirva de orientación a cada gobierno regional para que el MAIS-BFC sea adoptado progresivamente en todo el territorio nacional.

A continuación se presenta algunos aspectos de las condiciones de éxito y desafíos que se han identificado para la implantación del MAIS-BFC.

6.4.1 EL CAMBIO EN EL PARADIGMA SOBRE LA ATENCIÓN DE SALUD

Un reto general para la implementación del modelo es la aceptación del cambio de paradigma sobre la atención de salud tanto de parte de los profesionales de la salud como de los usuarios de los servicios (ver figura 16, nivel político).

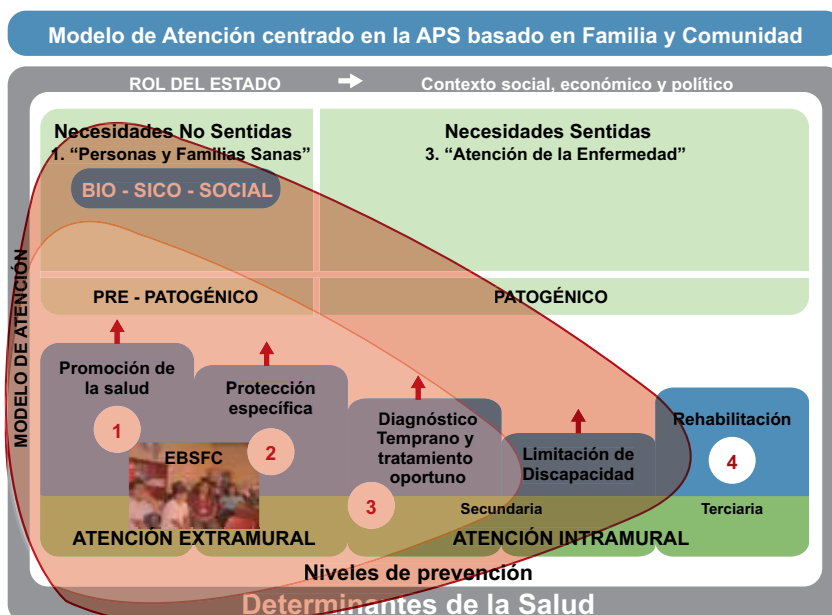
Para el nuevo modelo de atención en salud, el primer nivel de atención de salud se constituye como el primer punto de contacto entre las personas y el sistema de servicios de salud. Esto implica que se tendrá que acrecentar progresivamente la dimensión familiar y comunitaria en el quehacer de los equipos de salud; y los instrumentos para su adopción deberán implementarse progresivamente en todos los servicios de salud del primer nivel de atención.

La implementación del MAIS-BFC representa una transición de la forma como debe entenderse la atención de salud respecto de sus aspectos (ver tabla 4 y figura 17).

Tabla 4
Transición del Modelo de Atención Integral de Salud

SISTEMA DE SALUD ACTUAL	MODELO DE ATENCION INTEGRAL BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Prioriza la atención recuperativa y de rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriza la atención de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
<ul style="list-style-type: none"> • Prioriza la Atención Intramural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriza la Atención con un enfoque comunitario priorizando la atención extramural.
<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque Hospitalario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque basado en los principios la Atención Primaria de la Salud Renovada que prioriza la visita domiciliaria como ámbito privilegiado de intervención de las familias.
<ul style="list-style-type: none"> • De mirar la salud relacionada solo con la presencia de enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mirar la salud con un enfoque biosicosocial.
<ul style="list-style-type: none"> • De una organización fragmentada. 	<ul style="list-style-type: none"> • A una organización articulada de redes de servicios de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • De buscar en la oferta y en el nivel operativo cambiar la situación de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • A intervenir en la demanda, modificando los determinantes sociales de la salud, desde el nivel político a través del estado.
<ul style="list-style-type: none"> • De financiar la Oferta. 	<ul style="list-style-type: none"> • A financiar la demanda vía mecanismo de Capitación.

Figura N°17
Atención Integral de Salud basado en atención primaria de la salud



El MAIS-BFC recoge los principios y valores de la atención primaria de salud (APS), la que constituye el primer nivel dentro de la organización del sistema de salud peruano, que tiene mayor cobertura poblacional y menor complejidad. Tiene por objetivo resolver las principales necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, sentidas y no sentidas -es decir, cuando se está sano, pero expuesto a riesgos y a factores determinantes de la salud (periodo prepatogénico) y cuando se está enfermo o con pérdida de la salud (periodo patogénico)- a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Durante décadas, el modelo de atención en salud aplicado en el Perú se basó en el paradigma **biomédico**, centrado en la enfermedad. Sin embargo, en los años 2000, se estimó la necesidad de modificar la concepción de salud, desde una mirada biomédica hacia otra “biopsicosocial”, centrada en la salud desde una perspectiva más amplia. Actualmente, se tiende a reforzar el concepto de modelo de atención integral en salud, explicitándose entre sus características principales su enfoque de salud familiar y comunitaria, lo que obedece al propósito de avanzar hacia la atención integral de la persona, inserta en su medio ecológico (familia y comunidad), garantizando el cuidado de su salud continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital, con equipos de salud responsables de familia, denominados “equipo básico de salud familiar y comunitaria” (EBSFC) que se comprometen con la resolución de los problemas de salud en los distintos componentes de la red de salud, dando paso también, a un modelo distinto de atención que prioriza el trabajo extramural; por lo tanto, define el quehacer del equipo de salud no sólo en el ámbito asistencial, sino en su dimensión de promotor de la participación social en salud y del trabajo intersectorial y el desarrollo local, destinado a acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción de los usuarios, mejorar la capacidad resolutiva y controlar los costos de operación, aplicándose este enfoque en todas las acciones sanitarias del sector.

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. 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, que corresponde al rol del Estado intervenir en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, como condición obligatoria para alcanzar los resultados esperados en la salud de la población.

6.4.2 LA NECESIDAD DE ASEGURAR POLÍTICAS DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS-BFC

El EBS-FC se constituye como el protagonista principal de la implementación de este modelo, ya que en coordinación estrecha con la comunidad, organiza la atención, planificación y acción, según el diagnóstico de necesidades de la persona, familia y comunidad. Ésta se vuelve otra condición crítica (ver figura 16, nivel táctico-operativo).

A nivel nacional tenemos 1066 establecimientos de salud con población asignada, categoría I-3³⁰, para los cuales requerimos dotar de EBS-FC y fortalecer con competencias en salud familiar y comunitaria, lo que significa capacitar a 4264 trabajadores de salud. En la actualidad, a través de un piloto se ha logrado conformar y capacitar a 30 equipos básicos de salud familiar y comunitaria. Esta meta planteada se prevé alcanzar al 2015.

PROSALUD es una primera herramienta para cubrir esta condición de éxito. Sin embargo, debe ser ahora responsabilidad de los gobiernos regionales comenzar a considerar los recursos necesarios para la dotación de personal que el MAIS-BFC necesita.

6.4.3 NECESIDAD DE REORDENAR EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA HACER POSIBLE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS-BFC

Para alcanzar los objetivos sanitarios de la década se necesita urgente del compromiso de las autoridades del nivel nacional, regional y local, para que el Modelo de Atención Integral en Salud basado en la Familia y Comunidad se convierta en el instrumento esencial y direccionador de la

⁽³⁰⁾ De acuerdo con el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES), consultado el 25 de abril del 2011.

reforma sectorial, porque operacionaliza y explicita como *Mejorar el nivel de salud de la población del país y la equidad en el acceso a la atención integral de salud*; lo que implica un fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud, con énfasis en Atención Primaria de la Salud Renovada, que básicamente significa transformar al primer nivel de atención en la puerta de entrada al sistema, con médicos y profesionales de salud que abordan la complejidad de los enfermos y de los sanos desde una perspectiva amplia, dando una solución integral a sus demandas.

Lo anterior, implica la dotación de los recursos necesarios para su implementación, especialmente del primer nivel, como una responsabilidad del Estado, por lo tanto tiene que ser financiada por éste, “si no lo hace, lamentablemente se cae en las inequidades que se producen en los diferentes establecimientos de salud que no tienen capacidad para brindar todas las prestaciones de salud”, por falta de financiamiento (ver figura 6, nivel político).

Es fundamental aumentar el nivel de resolutivez del primer nivel, capacitar a los equipos básicos de salud de forma continua y formar especialistas en el ámbito de la atención primaria, especialmente médicos de familia, para una mejor atención y calidad (disminución de tiempos de espera). *Por esta razón también necesitamos contar con mayores recursos para realizar los exámenes necesarios y garantizar los medicamentos que se requieran.* Casi el 80% de la patología se resuelve en este nivel de atención y más aún su énfasis en la promoción y prevención que no es sólo su ejecución, sino también un ahorro de recursos e inversión en el mediano y largo plazo que garantiza su sostenibilidad y los impactos en la salud de la población.

En los Lineamientos de gestión del MINSa ya se recalca la necesidad de un cambio real en el actual modelo de atención, para cumplir con el objetivo de tener un enfoque más preventivo: *Hoy los equipos básicos de salud están absolutamente absorbidos por la atención de pacientes en lo curativo, 6 a 8 pacientes por hora, llegando a 12 en periodos de campaña de invierno y, por lo tanto, no tienen ninguna posibilidad de llevar a cabo estrategias de prevención.*

No es posible implementar el MAIS- BFC y el fortalecimiento del primer nivel, sin una política de financiamiento firme y sólida que **exija** un reordenamiento a través de políticas pública y explícitas relacionadas con la recolección de ingresos, el *pooling* de riesgos, la compra de servicios de salud y la gestión bajo criterios de oportunidad, suficiencia y sostenibilidad. La identificación del financiamiento requerido para la implementación del MAIS-BFC es una condición para cumplir con la garantía de atención integral en todos los niveles de atención del sistema de salud.

6.4.4 CONSTRUYENDO EL MAIS-BFC DESDE LA DIMENSIÓN POLÍTICA

La implementación del Modelo requiere como condiciones de éxito un cambio considerable en la manera de pensar y ordenar los procesos de gestión y de atención en salud, tanto en el interior del Ministerio de Salud como en las relaciones con otros sectores del Estado, en el marco de los tres ejes estructurales de reforma: Aseguramiento Universal, Descentralización en Salud y Fortalecimiento del Primer Nivel; siendo el objetivo de la gestión pública actual la eficiencia, equidad y calidad. Al mismo tiempo, requiere reordenamiento y articulación entre el Ministerio de Salud y los prestadores y financiadores del sistema de salud (ver figura 6, nivel político y nivel estratégico). Para lograr esta transformación, el sector salud deberá integrar y articular sus acciones con los gobiernos regionales y locales, a través de sus respectivos planes de desarrollo, programas o proyectos de intervención conjuntos que apunten al propósito prioritario: *Renovación y Fortalecimiento de la atención integral en salud teniendo como base la persona, familia y la comunidad.*

6.4.4.1 Rol de Estado: Poder Ejecutivo y Poder Legislativo

La construcción de este nuevo MAIS-BFC requiere el compromiso del nivel político, porque sólo desde de allí es que se puede tener incidencia real y definitiva en los determinantes sociales de la salud.

Es el Estado el que debe crear las condiciones para que la demanda de salud sea modificada, además generar políticas de Estado en el marco legal requerido para hacer viable y sostenible el Modelo.

Políticas como de descentralización, que incluyan la transferencia de facultades a los gobiernos regionales, en el campo de la salud, y que por tanto deben ir a la par con otras políticas nacionales y sectoriales que refuercen los objetivos trazados.

Al Poder Ejecutivo le corresponde establecer y aplicar las diversas políticas que tendrán repercusión mediata o inmediata en la salud de la población. Junto al Ministerio de Salud, los demás ministerios como los de Economía, Trabajo y Promoción del Empleo, Educación, de la Mujer y Desarrollo Social, Producción, entre otros, pueden disponer, según corresponda, políticas económicas, laborales, educativas, de salud, etc., que sean conducentes a la transformación de los determinantes en salud y, por ende, de la situación de salud de la población y de la demanda que ella genera sobre los servicios de salud.

Así como el Ministerio de Salud ha impulsado políticas sanitarias como el Aseguramiento Universal en Salud, el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, y las políticas de prevención y promoción en salud -por mencionar algunas-, corresponde a los demás ministerios hacer posible los cambios necesarios que, dentro de sus competencias, permitan:

- Mejorar las condiciones de vida de la población.
- Mejorar la capacidad adquisitiva de la población.
- Mejorar las oportunidades laborales.
- Mejorar las condiciones laborales.
- Asegurar el acceso a la alimentación saludable.
- Asegurar el acceso a la educación de calidad.
- Asegurar el acceso a la atención de Salud.
- Asegurar el acceso a los servicios básicos.

Todas esas medidas no podrían ser realizadas solamente por el Ministerio de Salud, por lo que es imprescindible que el Estado desde el Poder Ejecutivo y Legislativo se involucre intencionalmente en la construcción del MAIS-BFC.

➤ 6.4.4.2 Rol del Ministerio de Salud

La responsabilidad del MINSA en la construcción del MAIS es primordial; como Autoridad Sanitaria Nacional le 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.

Para que el nuevo MAIS sea efectivo, se debe actuar sobre la demanda en salud, correspondiéndole al MINSA señalar dónde, quiénes y de qué manera incidir. Por ejemplo, en la modificación de los *estilos de vida*, que obedecen a patrones culturales y educativos arraigados en la población y determinados por su propia realidad socioeconómica, es preciso incorporar hábitos y estilos de vida saludables. Esto será posible hacerlo de manera más efectiva y eficiente, si es que se incorporan en el contenido educativo desde el nivel inicial, primario, secundario y si es posible en la formación superior, aspectos educativos que desde la perspectiva de la promoción de la salud contribuyan a cambiar comportamientos dañinos para la salud, que permitan que la población valore y demande la prevención y la promoción en salud.

Este cambio no puede hacerlo otro ministerio, corresponde al Ministerio de Salud definir contenidos esenciales en educación para la salud, que coordinados con el Ministerio de Educación, puedan ser incorporados al currículo educativo regular. Sólo así se podrá ir formando nuevas generaciones con una mirada diferente sobre la salud, que no se centre en lo recuperativo, que supere mitos y tabúes, a la vez que vaya entendiendo y valorando la prevención y promoción, que incorpore estilos de vida saludables e incorpore una cultura de donación de órganos y tejidos, voluntaria y altruista, expresión de una sociedad más solidaria y previsoras.

Así, el Ministerio de Salud podrá orientar de manera efectiva, por ejemplo, la promoción de la salud, y no restringirlo a su aplicación desde el nivel operativo, donde el personal de los establecimientos

poco o ningún impacto pueden tener en ese campo, cuando la población demanda, por lo general, atención de tipo recuperativa, y con razón porque esa es su realidad y su necesidad.

De esta manera, el MINSA participará en la construcción del nuevo modelo de atención, orientando y aportando en la definición de políticas nacionales que contribuyan a los objetivos, y en la formulación y aplicación de políticas sectoriales complementarias que, en conjunto tengan real impacto positivo en los determinantes de la salud.

Adicionalmente, es importante destacar que al cumplir este rol, el MINSA está consolidando el ejercicio de la función de Rectoría Sectorial, necesaria e imprescindible en el escenario de descentralización. En ese sentido, el MINSA deberá incluir la necesidad de desarrollar un proceso de reestructuración y adecuación organizacional, que le permita cumplir a cabalidad su responsabilidad como Autoridad Sanitaria Nacional, como ente rector del Sector salud, y que construye un MAIS-BFC y hace realidad el objetivo de mejorar sustancialmente la situación de salud de la población.

6.4.4.3 Rol de los gobiernos regionales

Los gobiernos regionales deben participar en la construcción del nuevo MAIS y generar las políticas regionales que profundicen los cambios que se desean hacer en los determinantes de la salud.

Las medidas que tengan incidencia más inmediata en los resultados en los determinantes de la salud podrían estar en los niveles regionales, y es donde deben tomarse las decisiones necesarias como las referidas al desarrollo de servicios básicos, mejoras en las condiciones de vida de la población, accesibilidad a alimentación, salud o educación.

Sin embargo, también corresponde a los gobiernos regionales, a través de la autoridad sanitaria regional, intervenir decidida y activamente en la implementación del MAIS-BFC, facilitando los aspectos necesarios considerados en los llamados *componentes*, como son los de prestación, organización, gestión y financiamiento.

6.4.4.4 Rol de las DIRESAS/GERESAS

A su vez, la Autoridad Sanitaria Regional, en su rol de liderazgo en este nivel, es la llamada a identificar las acciones necesarias, que deben ser propuestas y presentadas a otras instancias del gobierno regional para que se incorporen a las actividades de sus respectivos ámbitos. La autonomía regulada de la descentralización permite que los gobiernos regionales puedan, con mucha lucidez y claridad conceptual y técnica, acelerar los procesos en los que desde otros sectores del Estado, se pueda tener el impacto deseado en los determinantes de la salud. Los diferentes espacios de concertación regional pueden contribuir grandemente a ello.

La autoridad sanitaria regional debe asegurar que las redes de salud y los establecimientos de salud estén organizados y en condiciones de implementar el MAIS desde la oferta en salud.

Debe quedar claro que la responsabilidad en la construcción del MAIS-BFC es de toda la autoridad sanitaria regional y no de una instancia orgánica o funcional de su estructura.

6.4.4.5 Rol de los gobiernos locales

Por extensión, los gobiernos locales no son ajenos a esta cadena de responsabilidades y de decisiones políticas que se requiere para construir el MAIS.

Las políticas locales deben contribuir a que los cambios requeridos se puedan dar y se vean en la realidad inmediata de la población a la que gobiernan. Los gobiernos locales también deben involucrarse directa y decididamente en la organización de la prestación bajo el nuevo MAIS, asegurando los recursos necesarios para los diferentes componentes de prestación, organización, gestión y financiamiento.

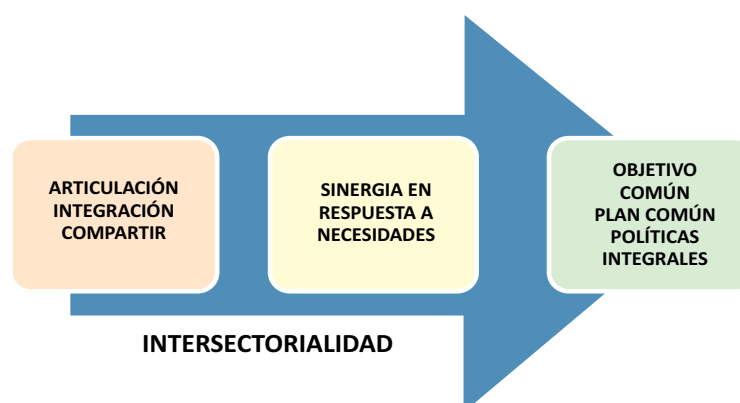
6.4.5 REFUERZO DE LA ACCIÓN INTERSECTORIAL Y DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El abordaje de los determinantes de la salud sólo será posible si se realiza a través de estrategias diversas como la acción intersectorial y la participación ciudadana.

➤ 6.4.5.1 Refuerzo de la acción intersectorial

Se refiere a la convergencia de esfuerzos de diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales para producir políticas integrales e integradas que ofrezcan respuestas a las necesidades generales. Incluye compartir recursos, responsabilidades y acciones. (ver figura 18). Se considera una intervención coordinada de instituciones representativas a la compuesta por más de un sector social en acciones destinadas, total o parcialmente, a los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. A través de esta estrategia se busca impactar significativamente en el proceso salud-enfermedad; se vinculan con el abordaje de la salud a la gestión social del territorio.

Figura 18
El efecto de la intersectorialidad



➤ 6.4.5.2 Participación ciudadana

La participación ciudadana, individual y colectiva constituye uno de los principios orientadores de la política social de salud, así como también la equidad, derechos ciudadanos, calidad y solidaridad. Dado los procesos de descentralización y profundización de la democracia, la participación comunitaria ha adquirido una gran importancia en la formulación de las políticas sociales.

La participación ciudadana se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones y todos los sectores sociales en sus distintos niveles, dentro de una zona geográfica determinada, intervienen en la identificación de los temas de salud u otros problemas relacionados, con el fin de diseñar, probar y poner en práctica alternativas de solución.

El objetivo de la participación ciudadana apunta a lograr el establecimiento de formas para la realización social, y se basa en la necesidad de incluir a todos los actores sociales vinculados con espacios de convergencia habilitados para procesos que permitan el desarrollo y la resolución de conflictos.

La participación exige el desarrollo de instancias o espacios en los cuales se delibere, concerte y evalúe el cumplimiento de las responsabilidades y compromisos adquiridos por parte de los actores involucrados.

Se ha identificado la presencia de una serie de factores de riesgo que se pueden evitar o controlar, para prevenir o para atender la enfermedad. Sólo en la medida en que la comunidad asuma un papel activo y responsable en su cuidado, será posible mejorar las condiciones de salud de la población.

Por ejemplo, tenemos en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, los comités locales de salud o instancia de coordinación comunal, con su respectiva personería jurídica (SIVICOS, CODECOS, entre otros), instancia de participación social y comunitaria destinada a los líderes vecinales del sector beneficiario. Uno de los objetivos 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.

6.4.6 **NECESIDAD DE ACTUALIZAR Y COMPLETAR EL MARCO NORMATIVO PARA OPERACIONALIZAR EL MAIS-BFC**

En lo que respecta a las tareas de regulación sectorial que forman parte del ejercicio de la función rectora se busca dar énfasis a los siguientes aspectos:

- Marco normativo de funcionamiento sectorial.
- Vigilar el cumplimiento de la normativa sectorial.
- Desarrollo de capacidad de regulación y control.

Esto implica:

- a) Desarrollo y perfeccionamiento de la legislación y normatividad nacional de salud, en el marco del aseguramiento universal y descentralización.
- b) Análisis, regulación sanitaria y fiscalización de mercados básicos relacionados con la salud, tales como seguros públicos y privados de salud, insumos para la producción de servicios (como son los medicamentos, los equipos y los dispositivos médicos), tecnologías sanitarias, comunicación social relacionada con bienes y servicios que guardan relación con la salud, bienes de consumo que tienen relación con la salud, así como las condiciones sanitarias de establecimientos públicos y del ambiente.
- c) Análisis, regulación técnica y fiscalización de la prestación de servicios de salud, de la certificación y del ejercicio de las profesiones de salud, así como de los programas de formación y educación continuas en Ciencias de la Salud.
- d) Establecimiento de normas básicas y formas pautadas de atención a la salud; desarrollo de programas de garantía de calidad; formulación y aplicación de marcos de acreditación, certificación y licenciamiento de instituciones prestadoras de servicios; y evaluación de tecnologías en salud.

Buena parte de dichas tareas se ejercen en alguna medida, pero requieren ser actualizadas, perfeccionadas y amplificadas para alcanzar plenamente los objetivos, de modo eficaz por el bien público en salud.

Por otra parte, las estructuras institucionales no cuentan siempre con el pleno desarrollo de las capacidades ni con la adecuada dotación de recursos que le permita una plena ejecución de las modalidades de regulación y fiscalización arriba señaladas, por ello es importante también promover el desarrollo de estas competencias en los profesionales que van a cumplir esta función; esto es, priorizar más en los aspectos preventivos y de educación, más que en los punitivos y de imposición.

La tabla 5 presenta las principales normas sobre las que se sostiene el funcionamiento de los servicios de salud y que condicionan el modelo de atención actual. Parte de este marco requiere de revisión y actualización.

Sin embargo, es necesario actualizar y completar el marco jurídico, para que el MAIS-BFC pueda ser implementado sin crear conflictos con el régimen de gestión, organización y prestación vigentes (ver figura 16, nivel político).

La tabla 4 presenta aquellas normas que requieren revisión o actualización para que puedan contribuir con el enfoque del MAIS-BFC y puedan facilitar su implementación. La tabla 5 presenta una lista de las normas que deben elaborarse para normar y complementar algunos aspectos claves de la implementación del MAIS-BFC.

Tabla 5
MARCO NORMATIVO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ASPECTO DEL MODELO DE ATENCIÓN	NORMA VIGENTE
Gestión del Sistema de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley Nº 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. ▪ Resolución Ministerial Nº 771-2004/MINSA, que aprueba "Las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud". ▪ Resolución Ministerial Nº 1204-2006/MINSA, que establece que la Gestión de la Atención Primaria de la Salud es el desarrollo de los procesos de planeamiento, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de la atención integral de salud que se realiza en el ámbito local. ▪ Resolución Ministerial Nº 587-2009/MINSA, que establece la "Estrategia Sanitaria nacional de Salud Familiar"
Participación social.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley Nº 29124, Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo Nº 017-2008-SA. ▪ Resolución Ministerial Nº 751-2004/MINSA, que aprueba la NT Nº 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
Organización de las redes de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. ▪ Resolución Ministerial Nº 122-2001-SA/DM, que aprueba los Lineamientos para la Delimitación de Redes de Salud". ▪ Resolución Ministerial Nº 1125-2002-SA/DM, que aprueba la "Directiva para la Delimitación de las Redes y Microrredes de Salud". ▪ Resolución Ministerial Nº 638 -2003-SA/DM, que aprueba el documento "Delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red de Salud y Microrredes de Salud del Ministerio de Salud. ▪ Resolución Ministerial Nº 1217-2004/MINSA, que autoriza a las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, para que en coordinación con sus respectivos Gobiernos Regionales, revisen y, de ser necesario, modifiquen la actual conformación de Redes y Microrredes de Salud de su Región, considerando los criterios técnicos establecidos en los "Lineamientos para Delimitación de Redes", aprobado con Resolución Ministerial Nº 122-2001-SA/DM y la Directiva DGSP-DESS Nº 001-05-2002 aprobada con Resolución Ministerial Nº 1125-2002-SA/DM. ▪ Resolución Ministerial Nº 751 -2004/MINSA, que aprueba la NT Nº 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".

(continúa tabla 5)

ASPECTO DEL MODELO DE ATENCIÓN	NORMA VIGENTE
Normas de implementación de la atención de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución Ministerial N° 478-2009/MINSA, que aprueba la NTS 081-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas". ▪ Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA /DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Emergencia". ▪ Resolución Ministerial N° 696-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. ▪ Resolución Ministerial N° 597 -2006 / MINSA, que aprueba la "Norma Técnica N° 022 -MINSA/DGSP- V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
Financiamiento en Salud y Aseguramiento Universal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
Gestión de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y su modificatoria aprobada por la Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA. ▪ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". ▪ Resolución Ministerial N° 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud". ▪ Resolución Ministerial 970-2005/MINSA, que aprueba NTS N° 038- MINSA/DGSP-V.0: "Norma Técnica de Salud para Proyectos de Arquitectura, Equipamiento y Mobiliario de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención". ▪ Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".
Promoción de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. ▪ Resolución Ministerial N° 457-2005, que aprueba el Programa de Municipios y Comunidades Saludables. ▪ Resolución Ministerial N° 402-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Programa de Familias y Viviendas Saludables". ▪ Resolución Ministerial N° 366-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Desarrollo de la Función Salud en los Gobiernos Locales".

(continúa tabla 5)

MODELO DE ATENCIÓN	NORMA VIGENTE
<p>Normas de atención a las personas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución Ministerial N° 633-2005/MINSA, que aprueba la NTS N° 034-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente". ▪ Resolución Ministerial N° 1077-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el primer nivel de atención". ▪ Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño". ▪ Resolución Ministerial N° 668-2004-SA/MINSA, que aprueba el documento "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva". ▪ Resolución Ministerial N° 1147-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor". ▪ Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 033-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Cultural". ▪ Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores". ▪ Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 046-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Etapas de Vida Adulto Mujer y Varón".
<p>Otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución Ministerial N° 1007-2005/MINSA, que aprueba el Documento Normativo "Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud". ▪ Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. ▪ Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud. Identificación Estándar de Datos en Salud N° 004: "Establecimiento de Salud y Servicio Médico en el Sector Salud".

Tabla 6
CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES POR ACTUALIZAR Y ELABORAR, SEGÚN EL COMPONENTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

COMPONENTE	NORMAS QUE REQUIEREN ACTUALIZACIÓN	FECHA DE EMISIÓN
Gestión Territorial.	1) R.M. N° 984-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 044-MINSA/OGDN-V.01 "Organización y funciónamiento de los COE Salud".	04-10-2004
	2) R.M. N° 217-2004-MINSA, que aprueba la NT N° 008-MINSA/DGSP/V.01 "Manejo de residuos sólidos hospitalarios".	25-02-2004
	3) R.M. N° 519-2006/MINSA que aprueba el DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".	30-05-2006
	4) R.M. N° 456-2007, que aprueba NTS 050-MINSA V.02 "NTS para la Acreditación de ES y servicios médicos de apoyo."	04-06-2007
	5) R.M. N° 474-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP V.01 "Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".	23-06-2006
	6) R.M. N° 640-2006/MINSA, que aprueba el "Manual para la mejora continua de la calidad".	14-07-2006
Organización de la Prestación.	7) R.M. N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP V.01 "NT del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud."	26-07-2004
	8) Resolución Ministerial N° 597-2006 / MINSA, que aprueba la "Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".(Actualización de la Ficha familiar).	26-07-2004
Prestación de Servicios.	9) R.M. N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP V.01 "NTS de los servicios de emergencia".	26-04-2006
	10) R.M. N° 1472-2002/SA/DM, que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".	10-09-2002
	11) R.M. N° 696-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Operativización del MAIS.	30-07-2006
	12) Regulación de suministros de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a nivel nacional.	30-07-2006
	13) R.M. N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las IIH.	23-06-2007

Tabla 6
CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES POR ELABORAR, SEGÚN EL COMPONENTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

COMPONENTE	NORMAS QUE REQUIEREN ELABORACIÓN
Gestión.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Documentos normativos para la organización y funcionamiento de las Autoridades Regionales de Medicamentos, en el ámbito regional y local (Redes de Salud) en el marco del proceso de Descentralización. 2) Documentos normativos (guías, manuales, directivas) para el registro, acopio, control de calidad, proceso, envío y recepción de la información. 3) Documentos normativos para la investigación operativa en el nivel local. 4) Lineamientos para la implementación de la Estrategia 3Rs (reducir, reutilizar y reciclar) en Residuos Sólidos de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo públicos y privados a nivel Nacional. 5) Elaboración de las herramientas para el control y monitoreo del Sistema de Gestión de la Calidad. 6) Guía Técnica para la medición de la satisfacción del usuario externo. 7) Documentos Normativos de Seguridad del Paciente. 8) Lineamientos para la propuesta concertada de la Ley de Carrera Sanitaria. 9) Modelo de Asistencia Técnica en Salud de acuerdo con la Estrategia Nacional de Desarrollo de Capacidades en Salud. 10) Lineamientos de Gestión de Salud Familiar. 11) Plan Nacional de la Estrategia de Salud Familiar.

CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES POR ELABORAR, SEGÚN EL COMPONENTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

COMPONENTE	NORMAS QUE REQUIEREN E LABORACIÓN
Prestación de Servicios.	12) Directiva para la Limpieza y Desinfección de áreas de atención al paciente.
	13) Norma Técnica de Salud de la UPSS Central de Esterilización.
	14) Norma Técnica de Salud de la UPSS Hospitalización.
	15) Norma Técnica de Salud de la UPSS Consulta Externa.
	16) Documentos normativos para facilitar la atención integral en el marco del Aseguramiento Universal.
	17) Norma Técnica de Bioseguridad en los Servicios de Salud.
	18) Guía de Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención sanitaria en el Primer Nivel de Atención.
	19) Norma Técnica de Salud de la UPS promoción de la salud y prevención de riesgos.
	20) Guías de práctica clínica en el marco del PEAS.
	21) Documento técnico del proceso de calificación, acreditación de las sedes docentes para la capacitación en servicio.
	22) Normas para la articulación en el nivel local para la gestión del riesgo de desastre.
	23) Normas para promover la participación ciudadana en los procesos de la Gestión del Riesgo de Desastres.
	24) Normas que garanticen la constitución y funcionamiento de instancias y mecanismos de participación y vigilancia ciudadana en la calidad de la atención.
	25) Sistema de gestión para el proceso de calificación y acreditación de las sedes docentes con instituciones educativas y salud.
	26) Norma Técnica de Salud de atención integral a las familias y comunidad.
	27) Guía de consejería y orientación familiar.

continúa tabla 6
CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES POR ELABORAR, SEGÚN EL COMPONENTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

COMPONENTE	NORMAS QUE REQUIEREN ELABORACIÓN
Organización de la Prestación.	28) Documento Técnico Criterios para la organización de redes funcionales de atención en el marco del AUS. 29) Norma Técnica del Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencias en Salud. 30) Documento Técnico cartera de servicios de salud por niveles de atención. 31) Elaborar disposiciones para la implementación de la Cartera de Servicios. 32) Normatividad que aprueba la preparación y respuesta del sistema de salud frente a las emergencias masivas o desastres. 33) Modelo de Planeamiento estratégico para la dotación de Recursos Humanos en Salud. 34) Procesos claves del sistema de gestión de RHUS para la organización de servicios de salud del primer nivel de atención, con enfoque de competencias. 35) Directivas administrativas para la Gestión de Salud Ocupacional y Seguridad de los RHUS. 36) Guía de visita domiciliaria integral (validada operativamente). 37) Guía de consejería anticipatoria por ciclo vital familiar.
Financiamiento.	38) Normas para gestión financiera y de recursos en el marco de la gestión del riesgo de desastres en el nivel local. 39) Normas respecto al financiamiento por uso de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en la prestación de salud. 40) Mecanismos legales para posibilitar la doble percepción en las remuneraciones (en entidades públicas) de profesionales de la salud en ámbitos priorizado. 41) Ley del financiamiento de la atención primaria de la salud bajo el enfoque de salud familiar y comunitaria.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud. Documento técnico *La Salud Integral compromiso de todos: El Modelo de Atención Integral de Salud*.
- Organización Panamericana de la Salud. *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento oficial. Borrador para discusión.
- Lalonde M. (1974). *Una Nueva Perspectiva sobre la Salud de los Canadienses*. Gobierno de Canadá, Ottawa.
- OMS (2008). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Informe final. Capítulo 4, pág. 42.
- OIT (1989). *Convenio 169, Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. Ratificado por el Perú mediante Resolución Legislativa N° 26253, del 02/22/1994.
- ONU (2008). Grupo de las Naciones Unidas para el desarrollo. *Directrices sobre los asuntos de los pueblos indígenas*.
- Comisión Andina de Juristas (2009). *Manual informativo para La justicia indígena en los países andinos*. CAN. Lima. P. 90.
- Organización Panamericana de la Salud. 49º Consejo Directivo, 61ª Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., EUA, del 28 de setiembre al 2 de octubre del 2009. *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud*.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Gestión de Redes en la OPS/OMS. Brasil: Conceptos, prácticas y lecciones aprendidas*. Brasilia.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*.
- 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 and Family Function Assessment*. *Fam. Systems Med.* 1982., 1984. **DEFINIR AÑO**
- Organización Panamericana de la Salud (2010). "Redes Integrales de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas". *Serie La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*, N° 4.
- Ministerio de Salud (2010). NTS 050-MINSA V.02: NTS para la Acreditación de EE.SS. y servicios médicos de apoyo. Perú.
- Ministerio de Salud (2009). NT N° 018-MINSA/DGSP V.01: NT del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Perú.
- Ministerio de Salud (2006). *Guía Técnica de Operativización del MAIS*. Perú.
- Ministerio de Salud (1999). APRISABAC: Modelo de Atención en Salud. Perú.
- Ministerio de Salud (2001). PSNB: Proyecto Salud y Nutrición Básica. Informe final. Lima.
- Ministerio de Salud (1999). Región San Martín: Atención Integral del Niño. Tarapoto.
- Ministerio de Salud (2001). Lineamientos para la conformación de Redes de Salud.
- Resolución Ministerial N° 122-2001-SA/DM. Lima.
- Ministerio de Salud (2001). *Lineamientos generales para la organización de las microrredes*. Perú.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

Lista de acrónimos y abreviaturas

AISPED	Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas o Dispersas	OPS	Organización Panamericana de la Salud
APS	Atención Primaria de Salud	PEAS	Plan Esencial de Atención de Salud
APS-R	Atención Primaria de Salud Renovada	RENAES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
AUS	Aseguramiento Universal en Salud	RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
EBS-FC	Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria	SIS	Seguro Integral de Salud
GERESA	Gerencia de Red de Salud	SIVICO	Sistema de Vigilancia Comunitaria
DIRESA	Dirección Regional de Salud	UPC	Unidad Per Cápita
DS	Decreto Supremo	GN	Gobierno Nacional
EsSalud	Seguro Social de Salud del Perú	GR	Gobierno Regional
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud	GL	Gobierno Local
MAIS-BFC	Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad	CNS	Consejo Nacional de Salud
MINSA	Ministerio de Salud	CRS	Consejo Regional de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud	CLS	Consejo Local de Salud

ANEXO 2

Glosario de términos del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad

Ámbito geosociosanitario

Se entiende como el espacio físico determinado en el cual vive y se desarrolla la población residente; donde una autoridad sanitaria o una red de salud ejercen sus competencias y funciones. Tiene tres componentes: geográfico: territorio; socio: desarrollo de la población; y, sanitario: competencias y funciones a ejercer por una autoridad sanitaria.

Atención integral de salud

Se entiende a las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por el establecimiento de salud o la red de salud, con calidad y equidad, teniendo como eje de intervención de la persona, familia y comunidad.

Atención extramural

Atención integral de salud que brinda el personal de salud a la persona, familia y comunidad, fuera del establecimiento, según competencias y nivel de complejidad a través de la visita domiciliaria visitas a escuelas, organizaciones comunitarias y otros ámbitos que convoquen familias de manera participativa para cubrir sus necesidades de salud.

Atención intramural

Atención integral de salud que brinda el personal de salud a la persona y familia, dentro del establecimiento, según sus competencias y nivel de complejidad a través de las unidades productoras de servicios para cubrir sus necesidades de salud.

Autocuidado

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

Comunidad

Es un conjunto de personas y familias que comparten un espacio geográfico definido donde interactúan y que tienen intereses comunes, necesidades y expectativas que pueden o no compartir (esperanzas, valores, creencias, etc.).

Demanda en salud

Expresión de las necesidades de salud de la persona, la familia o comunidad.

Desarrollo humano

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), trata de la promoción del desarrollo potencial de la personas, del aumento de sus posibilidades y del disfrute de la libertad para vivir la vida que valoran. Integra aspectos del desarrollo relativos al desarrollo social, el desarrollo económico (incluye el desarrollo local y rural), así como el desarrollo sostenible.

Equipo básico de salud familiar y comunitaria

Es el equipo constituido por profesionales de Medicina Humana, Enfermería, y Obstetricia; y personal técnico(a) de enfermería con competencias en salud familiar y comunitaria. Se podrá incorporar otros recursos humanos en salud, conforme con las necesidades de atención de salud de la población.

El aspecto esencial del trabajo del equipo básico de salud familiar y comunitaria es atender las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad en el marco de los determinantes de la salud.

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.

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).

Necesidades de salud

Las necesidades de salud son el conjunto de requerimientos con carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen las personas, familia y comunidad para alcanzar una condición de salud deseable, mantenerla, recuperarla y mejorarla.

Necesidades de desarrollo

Son carencias cuya satisfacción permite a las personas, familia y comunidad desarrollar por completo su potencial humano, y permitir su plena inserción social y la satisfacción de las otras necesidades de salud. Es importante resaltar que no se está abordando el desarrollo como una condición de bienestar social, sino desde un punto de vista de potencial físico y psicosocial. Se dividen en:

- Aspectos orientados a reforzar el desarrollo personal.
- Aspectos orientados a reforzar el funcionamiento familiar.
- Aspectos orientados a reforzar el funcionamiento social.

Necesidades de mantenimiento de la salud

Son carencias que, cuando se satisfacen, permiten preservar la situación de salud (biopsicosocial) y vivir en armonía con el ambiente que nos rodea. Además, su sosiego potencia los factores protectores, detecta y evita los factores de riesgo asociados a daños a la salud integral. Se dividen en:

- Aspectos orientados a potenciar factores protectores y abordar factores de riesgo de carácter físico.
- Aspectos orientados a potenciar factores protectores y abordar factores de riesgo de carácter psicosocial.
- Aspectos orientados a potenciar factores protectores y abordar factores de riesgo ambiental.

Necesidades derivadas de daños a la salud

Son carencias que surgen cuando la persona, familia o comunidad presenta una alteración física, emocional o social (enfermedad, malestar, trastorno, injuria, trauma, etc.) que no les permite disfrutar una vida saludable; algunas como:

- Problemas agudos que no son emergencias.
- Problemas agudos que son emergencias.
- Problemas crónicos.

Necesidades derivadas de una disfuncionalidad o discapacidad

Son carencias que al resolverse permiten enfrentar fallas en el funcionamiento sistémico de una persona o familia (por ejemplo, disfunciones físicas o familiares), así como compensar las discapacidades que requieren procesos de rehabilitación; algunas como:

- Disfunciones físicas (sensoriales o somáticas) y psicosociales.
- Disfunciones familiares (punto de contacto con el programa de la familia).
- Discapacidades.

Población residente

Se entiende como la población que vive en un determinado espacio geográfico, donde se desenvuelve para alcanzar el desarrollo humano; tiene como base la provisión de servicios por el Estado.

Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (sean públicas, privadas o mixtas) financian a todos los asegurados; ya que este plan se traduce en uno basado en beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

El PEAS incluye el manejo integral de las personas en sus aspectos preventivos, recuperativos y de rehabilitación, que está enmarcado en el Modelo de Atención Integral de Salud.

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.

Salud comunitaria

Es el conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida. Este concepto de población definida haría referencia específicamente a la que cae dentro del ámbito de trabajo de los equipos básicos de salud; es decir, las zonas o áreas básicas de salud. Aunque también se podría considerar ámbitos territoriales distintos, siempre y cuando se los consideren como un todo. (Susser M. Pioneering community-oriented primary care. Bull World Health Organ 1999; 77: 436-438).

Salud ambiental

Es un proceso continuo que influye sobre los determinantes sociales y de restablecimiento del equilibrio entre el ser humano y su medioambiente. Comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales.

Según la Organización Mundial de la Salud es “aquella disciplina que comprende aquellos aspectos de la salud humana incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones”.

ANEXO 3

ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA

Etapa niño

- Paquete de Atención Integral de Salud del Recién Nacido.
- Paquete de Atención Integral de Salud del Niño de 29 días a 11 meses y 29 días.
- Paquete de Atención Integral de Salud del Niño de 1 a 4 años.
- **Paquete de Atención Integral de Salud del Niño de 5 a 8 años.**
- **Paquete de Atención Integral de Salud del Niño de 9 a 11 años.**

La entrega del paquete integral de salud de los menores de cinco años considera las herramientas y metodología de trabajo de la estrategia AIEPI.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO

1. Atención inmediata del recién nacido normal, o patología según normatividad vigente.
2. Lactancia Materna Exclusiva.
3. Vacunas de recién nacido según esquema vigente.
4. Control del Recién nacido.
5. Sesión de Estimulación Temprana.
6. Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres en:
 - Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable.
7. Visita Familiar Integral
 - Para los nacidos en EESS a las 48 horas del alta.
 - Para los nacidos en domicilio, inmediatamente de tomado conocimiento del nacimiento.
 - Para los que no acuden a control dentro de las 48 horas de vencida la fecha de la cita.
 - Recién Nacidos de bajo peso (< 2500 gr.).
 - Recién Nacidos con Malformaciones congénita.
 - Recién Nacidos de madres con TBC, HIV y Sífilis.
 - Otros de acuerdo a región.

La visita familiar integral utilizará estrategias como el AIEPI comunitario u otra desarrollada a nivel local. El tiempo promedio requerido es de 60 minutos por visita.
8. Atención a daños según protocolo:
 - Asfisia al nacer
 - Sepsis neonatal
 - Prematuridad
 - Otros

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 29 DÍAS A 11 MESES 29 DÍAS

1. Control de Crecimiento y Desarrollo (Evaluación Nutricional, evaluación auditiva, evaluación músculo esquelético y locomotor).
2. Administración de micro-nutrientes: sulfato ferroso, vitamina A, otros según criterios de riesgo, normas y protocolos.
3. Vacunas según norma vigente.
4. Sesión de estimulación temprana.
5. Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres en:
 - Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable.
6. Visita Familiar Integral.
 - Vacunas (no acudió a su cita).
 - Control de crecimiento y desarrollo (no acudió a su cita).
 - Control del daño (seguimiento de neumonías, Enfermedad diarreica con deshidratación/shock, desnutrición).
 - Otros de acuerdo de cada Región.
7. Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes del ámbito nacional, regional y local: Detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 1 AÑO A 4 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS

1. Control de Crecimiento y Desarrollo (Evaluación Nutricional, evaluación auditiva, visual, evaluación músculo esquelético y locomotor).
2. Administración de micronutrientes: sulfato ferroso, vitamina A según criterios de riesgo, normas y protocolos.
3. Inmunizaciones: según norma vigente.
4. Sesión de estimulación temprana (hasta los 36 meses).
5. Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres en:
 - Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable
 - Alimentación y nutrición del niño: Alimentación complementaria, Lonchera saludables.
 - Alimentos fortificados con micronutrientes :yodo, flúor , hierro ,zinc, Vitaminas.
 - Higiene.
 - Cuidados del medio ambiente.
 - Habilidades sociales.
 - Maltrato infantil.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS (cont.)

6. Atención Odontoestomatológica: Examen odontológico, **Determinación de factores de riesgo bucales, diagnóstico, tratamiento y consejería.**
7. Visita Familiar Integral.
 - Vacunas (no acudió a su cita).
 - Control de crecimiento y desarrollo (no acudió a su cita).
 - Control del daño (seguimiento de neumonías, Enfermedad diarreica con deshidratación/shock , Disentéricas, desnutrición).
 - Otros de acuerdo a región.
 - Problemas de violencia, abuso sexual, abandono.
8. Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes:
 - IRA
 - EDA
 - Malnutrición.
 - SOBA-Asma.
 - Caries dental.
 - Problemas de violencia, abuso sexual, abandono.
 - Otros de acuerdo a cada región.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 5 AÑOS A 8 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS

1. Atención de Crecimiento y Desarrollo, Evaluación Nutricional, evaluación de agudeza visual, evaluación auditiva, evaluación músculo esquelético y locomotor.
2. Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres y niños en:
 - Alimentación y Nutrición saludable.
 - Prevención de accidentes.
 - Factores protectores: Higiene, autoestima, habilidades sociales, resiliencia.
 - Prevención de enfermedades prevalentes del niño.
 - Prevención del maltrato infantil.
 - Prevención de problemas de comunicación con los hijos.
 - Salud Bucal.
 - Cuidados del medio ambiente.
 - Estilos de vida saludable.
3. Visita Familiar Integral.
 - A niños con problemas de salud.
 - Niños que no acuden a control de crecimiento, desarrollo y otros.
4. Atención Odontoestomatólogicos: Examen odontológico, **determinación de factores de riesgo bucales, diagnóstico, tratamiento y consejería.**

(continua...)

5. Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes según protocolo:
 - IRA
 - EDA
 - Malnutrición.
 - SOBA-Asma.
 - Caries dental.
 - Problemas de violencia , abuso sexual , abandono
 - Otros de acuerdo a cada región.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 9 A 11 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS

1. Atención de crecimiento y desarrollo:
 - Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC).
 - Evaluación del desarrollo psicosocial con el test de habilidades.
 - Evaluación de la agudeza visual y auditiva.
 - Evaluación del desarrollo sexual según Tanner.
 - Evaluación físico-postural.
2. Aplicación de vacunas según norma vigente
3. Intervenciones Educativas y comunicacionales a los padres y adolescentes: Consejería, charlas, talleres, juegos lúdicos, sociodramas, etc. en:
 - Estilos de vida saludables: Actividad física, alimentación e higiene, prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.
 - Deberes y derechos en salud.
 - Equidad de género, interculturalidad.
 - Habilidades para la vida: Sociales, cognitivas y control de las emociones.
 - Manejo de emociones, toma de decisiones, pensamiento crítico, comunicación asertiva etc.
 - Proyecto de vida.
 - Resiliencia.
 - Viviendo en familia.
 - Sexualidad humana y afectividad.
 - Desarrollo sexual en la pubertad
 - Violencia intrafamiliar, social, juvenil, etc.
 - Medio ambiente saludable.
 - Medidas de seguridad y prevención de accidentes.
 - Salud psicosocial: Resiliencia. Autoestima y comunicación.
 - Autocuidado de la salud
4. Visita Familiar Integral, si no acude a:
 - Tratamiento, seguimiento o control de algún daño prioritario.
 - Tratamiento, seguimiento o control de algún problema o daño relevante.
 - Seguimiento de la niña niño en riesgo psicosocial.
 - Vacunas.
5. Otras intervenciones preventivas en situación de riesgo de:
 - Malnutrición: desnutrición, sobrepeso y anemia.
 - Problemas psicosociales: Depresión, ansiedad, intento de suicidio, pandillaje, otros.
 - Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados: TBC, malaria, bartonelosis, etc.
 - Caries dental, enfermedades periodontales, mala oclusión.
 - Enfermedades no transmisibles: hipertensión, diabetes, obesidad, hiperlipidemia, etc.
6. Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes según norma y protocolo y según región.

Etapa adolescente:

- Paquete de atención integral de salud del adolescente de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días.
- Paquete de atención integral de salud del adolescente de 15 a 17 años, 11 meses y 29 días.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE 12 A 14 AÑOS

1. Atención de crecimiento y desarrollo:
 - Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC).
 - Evaluación del desarrollo psicosocial.
 - Evaluación de la agudeza visual y auditiva.
 - Evaluación del desarrollo sexual según Tanner.
 - Evaluación odontológica.
 - Evaluación físico-postural: asimetría de miembros, alteraciones de columna, alteraciones posturales.
 - Evaluación clínica orientada a búsqueda de patologías comunes de esta edad (talla corta, pubertad precoz, enfermedades genéticas).
 - Tamizaje de violencia, adicciones, depresión, ansiedad.
2. Inmunizaciones: Aplicación del esquema de vacunación vigente.
3. Temas educativos para padres y adolescentes: Consejería, charlas, talleres, juegos lúdicos, sociodrama, etc., en:
 - Estilos de vida saludable: actividad física, alimentación e higiene, prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.
 - Deberes y derechos en salud.
 - Equidad de género e interculturalidad.
 - Habilidades para la vida: sociales, cognitivas y de control de las emociones.
 - Proyectos de vida. Resiliencia.
 - Viviendo en familia.
 - Sexualidad humana y afectividad.
 - Desarrollo sexual en la adolescencia.
 - Violencia familiar (maltrato, abuso sexual), social, juvenil (pandillaje, *bullying*), etc.
 - Medio ambiente saludable.
 - Medidas de seguridad y prevención de accidentes. Primeros auxilios. Resucitación cardiopulmonar.
 - Salud sexual y reproductiva: prevención del embarazo no deseado, ITS y VIH-Sida,
 - Tuberculosis.
 - Tras tornos de la alimentación: Obesidad, anorexia, bulimia.
 - Salud psicosocial: Autoestima, asertividad, toma de decisiones, comunicación, ludopatía, depresión, y suicidio.
4. Visita domiciliaria, si no acude a:
 - Tratamiento, seguimiento o control de algún daño prioritario.
 - Tratamiento, seguimiento o control de algún problema o daño relevante.
 - Seguimiento del adolescente en riesgo psicosocial.
 - Vacunas.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE 12 A 14 AÑOS (cont.)

5. Otras intervenciones preventivas para adolescentes con riesgo de:
 - Malnutrición: desnutrición, sobrepeso y anemia.
 - Problemas psicosociales: Depresión, ansiedad, intento de suicidio, pandillaje, otros.
 - Control de contactos y/o colaterales de los danos priorizados: TBC, malaria, bartonello sis, ITS, salud mental, etc.
 - Caries dental, enfermedades periodontales, mala oclusión, alteración de la articulación témporo maxilar
 - Enfermedades no transmisibles: hipertensión, diabetes, obesidad, hiperlipidemias, etc.
6. Consejería Integral:
 - Salud sexual y reproductiva: sexualidad, anticoncepción, diversidad sexual e identidad de género.
 - Salud psicosocial: autoestima, asertividad, proyecto de vida, identidad, toma de decisiones, relaciones interpersonales, manejo de conflictos, control de emociones, liderazgo, roles de género, manejo del estrés, manejo de emociones y control de la ira, empoderamiento, etc.
 - Salud física: deporte, actividad física, alimentación y nutrición saludable.
 - Autocuidado: protección de la piel, seguridad vial: uso de cinturón, uso de protectores para deportes de riesgo, higiene diaria corporal e íntima.
7. Exámenes de apoyo al diagnóstico:
 - Hemoglobina.
 - Glucosa.
 - Colesterol,
 - Triglicéridos.
 - Examen de orina.
 - Descarte de embarazo(si el caso precisa).
8. Suplementación de micronutrientes: Hierro y ácido fólico.
9. Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente según norma y protocolo y según región.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE 15 A 17 AÑOS, 11 MESES Y 29 DÍAS

1. Control de crecimiento y desarrollo Incluye:
 - Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC).
 - Evaluación del desarrollo psicosocial.
 - Evaluación de la agudeza visual y auditiva.
 - Evaluación del desarrollo sexual según Tanner.
 - Evaluación odontológica.
 - Evaluación físico-postural: asimetría de miembros, alteraciones de columna, alteraciones posturales.
 - Evaluación clínica orientada a búsqueda de patologías comunes de esta edad (talla corta, pubertad precoz, enfermedades genéticas).
 - Tamizaje de violencia, adicciones, depresión, ansiedad.
2. Inmunizaciones: Aplicación del esquema de vacunación vigente.
3. Intervenciones educativas para adolescentes:
 - Desarrollo Integral: físico, sexual, cognitivo, social, emocional, espiritual (valores y ética).
 - Estilos de vida saludable: actividad física y deporte, alimentación y nutrición saludable, prevención del consumo de drogas lícitas e ilícitas, nuevas adicciones (ludopatías).
 - Primeros auxilios. Resucitación cardiopulmonar.
 - Enfoque ecológico:
 - Viviendo en familia: relaciones intergeneracionales, mejorando la comunicación.
 - Viviendo en comunidad.
 - Medio ambiente saludable y medidas de seguridad y prevención de accidentes.
 - Medios de comunicación.
 - Salud Sexual y Reproductiva
 - Sexualidad saludable y responsable.
 - Anticoncepción y Paternidad precoz.
 - Prevención de embarazo adolescente.
 - Relaciones sexuales, abstinencia, sexo seguro.
 - Infecciones de transmisión sexual, VIH-Sida.
 - Diversidad sexual e identidad género.
 - Salud psicosocial
 - Habilidades para la vida: sociales, cognitivas y de control de las emociones.
 - Resiliencia. Empoderamiento. Liderazgo. Participación ciudadana.
 - Proyecto de vida y orientación vocacional.
 - Deberes y Derechos en salud.
 - Violencia familiar (maltrato físico, violencia psicológica, por negligencia abuso sexual), violencia escolar (bullying), violencia social (pandillaje, delincuencia).
 - Salud física .
 - Malnutrición: obesidad, desnutrición, anemia.
 - Trastornos posturales.
 - Enfermedades transmisibles prevalentes: TB C, ITS.
 - Enfermedades no transmisibles: obesidad, hipertensión arterial, diabetes, síndrome metabólico.
 - Trastornos de salud mental: depresión, intento de suicidio, ansiedad, adicciones, trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia).
 - Consejería Integral
 - Complicaciones del embarazo (aborto, mortalidad materna).
 - Salud familiar.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE 15 A 17 AÑOS, 11 MESES Y 29 DÍAS (cont.)

4. Visita Familiar Integral, si no acude a:
 - Tratamiento, seguimiento o control de algún daño prioritario.
 - Tratamiento, seguimiento o control de algún problema o daño relevante.
 - Seguimiento del adolescente en riesgo psicosocial.
 - Vacunas.
5. Intervenciones preventivas a adolescentes con riesgo a:
 - Malnutrición: Desnutrición y Sobrepeso.
 - Problemas psicosociales, pandillaje, tabaco, alcohol y drogas ilícitas.
 - Control de contactos y/o colaterales de los danos priorizados: TBC malaria, o bartonelosis, etc.
 - Caries dental y enfermedades periodontales.
 - Enfermedades no transmisibles: hipertensión, diabetes, obesidad.
 - Trastornos mentales: Depresión, ansiedad, intento de suicidio, psicosis.
6. Consejería integral:
 - Salud sexual y reproductiva: sexo y sexualidad, anticoncepción, paternidad y maternidad adolescente, embarazo, complicaciones del embarazo (aborto, mortalidad materna), parto y puerperio, ITS y VIH-Sida.
 - Salud psicosocial: resiliencia, proyecto de vida. Autoestima, asertividad. Toma de decisiones y comunicación.
 - Salud física y salud bucal..
 - Alimentación saludable y nutrición saludable.
7. Exámenes de apoyo al diagnóstico:
 - Hemoglobina.
 - Glucosa.
 - Colesterol.
 - Triglicéridos.
 - Examen de orina.
 - Descarte de embarazo (si el caso precisa).
8. Suplementación de micronutrientes: Hierro y ácido fólico.
9. Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente, según norma y protocolos.

Etapa joven

- Paquete de atención integral de salud del joven de 18 años a 29 años, 11 meses y 29 días.

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL Y DE LA JOVEN

1. Evaluación integral de la y el joven
 - Evaluación nutricional mediante índice de masa corporal (IMC).
 - Identificación de factores de riesgo psicosocial.
 - Identificación de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles: malnutrición, anemias, dislipidemia, hipertensión, diabetes y cáncer de cuello uterino.
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: TBC, ITS, VIH/Sida, Metaxénicas.
 - Identificación de problemas odontológicos.
 - Identificación de síndrome de maltrato y violencia basada en género.
2. Orientación y consejería para jóvenes.
 - En sexualidad y salud reproductiva: disfunciones sexuales, conductas de riesgo, embarazo no esperado, aborto, cáncer de cuello uterino, métodos de planificación familiar e ITS, VIH/Sida.
 - En salud psicosocial y adicciones: manejo de ansiedad, depresión, conducta suicida, alteraciones de la conducta alimentaria, consumo de alcohol y drogas no lícitas.
 - En enfermedades no transmisibles: Dislipidemia, HTA y diabetes.
 - Salud bucal.
 - Nutrición saludable.
 - Prevención de abuso sexual y violencia basada en género.
 - En habilidades sociales y prevención de accidentes.
3. Intervención preventiva para jóvenes
 - Inmunizaciones: Toxoide Tetánico, Fiebre Amarilla, Hepatitis B y Rubéola.
 - Despistaje de TBC, Sífilis, VIH/Sida y cáncer de cuello uterino.
 - Consejería y atención en planificación familiar.
 - Consejería y atención en sexualidad e ITS y VIH/Sida.
 - Profilaxis dental en adultos y/o destartraje.
 - Talleres sobre problemas psicosociales: delincuencia, violencia basada en género y prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas no lícitas.
 - Despistaje de trastornos mentales: ansiedad, depresión, conducta suicida y esquizofrenia y alteraciones de la conducta alimentaria.
 - Malnutrición: desnutrición y sobrepeso.
 - Tamizaje de enfermedades no transmisibles: Dislipidemia, HTA y diabetes.
 - Problemas Odontológicos. (Referencia)
4. Temas educativos para jóvenes
 - Estilos de vida saludables: Malnutrición (desnutrición y sobrepeso), anemia y prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.
 - Sexualidad y salud sexual y reproductiva: derechos sexuales y reproductivos, disfunciones sexuales y prevención de embarazo, cáncer de cuello uterino, ITS y VIH-Sida.
 - Equidad de género, interculturalidad y derechos humanos.
 - Habilidades para la vida: habilidades de comunicación asertiva, proyecto de vida, laboriosidad, control de impulsos y toma de decisiones asertivas.
 - Ansiedad, Depresión y consumo de tabaco, alcohol y drogas no lícitas.
 - Autocuidado y prevención de accidentes.
 - Preservación y cuidado del medio ambiente.
 - Primeros auxilios. Resucitación cardiopulmonar.
5. Visita domiciliaria y/o seguimiento
 - Inmunizaciones.
 - Tratamiento, seguimiento o control de daño prevalente o relevante, según norma o protocolo de atención.
 - Seguimiento del joven en riesgo psicosocial.
 - Captación, fortalecimiento y trabajo en red con instituciones y organizaciones juveniles.
6. Atención a la salud de las y los jóvenes según prioridad regional
 - Violencia basada en género.
 - IRA.
 - Tuberculosis.
 - Complicaciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio.
 - ITS – VIH/Sida.
 - Enfermedades Metaxénicas.
 - Depresión.
 - Conducta suicida.
 - Alcoholismo.
 - Problemas Odontológicos. (Referencia).

Etapa adulto

- Paquete de atención integral de salud del adulto varón.
- Paquete de atención integral de salud del adulto mujer.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO VARÓN

1. Evaluación general de adulto varón: Incluye:
 - Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC).
 - Evaluación general del estado de salud, identificar presencia de discapacidades.
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: endocrinas, neoplasias, cardiovasculares, oculares y otros.
 - Identificación de factores de riesgo que originen lesiones por causas externas.
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS u otras según corresponda para el área o región.
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades ocupacionales.
 - Identificación de factores de riesgo de trastornos mentales.
 - Identificación de problemas odontológicos.
2. Intervenciones Educativas y comunicacionales: Consejería, charlas, talleres, etc., en:
 - Estilos de vida saludable: Actividad física, alimentación e higiene
 - Salud integral.
 - Salud sexual y reproductiva: sexo y sexualidad, paternidad responsable, Planificación Familiar, ITS, VIH/Sida.
 - Salud psicosocial: Resiliencia. Autoestima. Asertividad. Toma de decisiones y comunicación. Control de emociones.
 - Problemas psicosociales: tabaco, alcohol y drogas ilícitas
 - Violencia física, psicológica y sexual en la familia.
 - Derechos y deberes en salud.
 - Habilidades para la vida (educación para ser padres, autoestima, buen uso del tiempo libre, valores).
3. Atención preventiva
 - Salud sexual y reproductiva.
 - Inmunización IT, anti amarílica y otras vacunas según prioridad regional.
4. Visita familiar integral, si no acude a:
 - Seguimiento o control de algún problema o daño relevante.
5. Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos:
 - Atención o referencia de problemas odontológicos.
 - TBC.
 - ITS/NIH.
 - Metaxénicas.
 - Malnutrición.
 - Otros.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MUJER

1. Evaluación general de adulto mujer: Incluye
 - Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC).
 - Evaluación general del estado de salud, identificar presencia de discapacidades.
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: cánceres priorizados (mama y cérvix), diabetes, hipertensión, malnutrición, osteoporosis, climaterio, endocrinas, cardiovasculares, oculares.
 - Identificación de factores de riesgo que originen lesiones por causas externas.
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, y otros según corresponda para el área o región.
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades ocupacionales.
 - Identificación de factores de riesgo de trastornos mentales.
 - Identificación de problemas odontológicos.
2. Intervenciones Educativas y comunicacionales: Consejería, charlas, talleres, etc., en:
 - Salud integral.
 - Salud sexual y reproductiva (sexo y sexualidad, paternidad responsable, Planificación Familiar, menopausia, ITS, VIH/Sida).
 - Nutrición, salud bucal, etc.
 - Maltrato y violencia física, psicológica y sexual en la familia.
 - Salud psicosocial: Resiliencia. Autoestima. Asertividad. Toma de decisiones y comunicación. Control de emociones.
 - Problemas psicosociales: tabaco, alcohol y drogas ilícitas.
 - Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene).
 - Derechos y deberes en salud.
 - Habilidades para la vida (educación para ser padres, autoestima, salud mental, buen uso del tiempo libre, valores).
3. Atención preventiva:
 - Inmunización antitetánica. Inmunización anti-tetánica según prioridad regional.
 - Salud sexual y reproductiva.
4. Visita familiar integral domiciliaria, si no acude a:
 - Seguimiento o control de algún problema o daño relevante.
5. Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos:
 - Atención o referencia de problemas odontológicos.
 - TBC.
 - ITS/NIH.
 - Metaxénicas.
 - Malnutrición.
 - Otros.

Etapa adulto mayor

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

1. Evaluación integral del adulto mayor:
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: neoplasias, hipertensión, diabetes, dislipidemias, depresión, osteoartritis, osteoporosis, demencia, y otros.
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, y otros según corresponda.
 - Identificación de síndromes y principales problemas geriátricos (deprivación visual, auditiva, malnutrición, incontinencia urinaria, caídas, otros).
 - Identificación de problemas sociales (pobreza, abandono, maltrato).
 - Identificación de problemas odontológicos.
 - Determinar la funcionalidad.
2. Intervenciones Educativas y comunicacionales: Consejería, charlas, talleres, etc., en:
 - Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene).
 - Derechos y deberes en salud.
 - Habilidades para la vida (autoestima, buen uso del tiempo libre).
 - Problemas psicosociales: tabaco, alcohol y drogas ilícitas.
3. Atención preventiva:
 - Vacunación antiamarílica según prioridad regional.
4. Visita familiar integral:
 - Al adulto mayor postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud.
 - Cuando no acude a seguimiento o control de dar o prevalente.
 - Cuando no acude a vacunación Antiamarílica según prioridad regional.
5. Atención de dar os considerados prioridades regionales según protocolos:
 - Atención o referencia de problemas odontológicos.
 - TBC.
 - ITSNIH.
 - Metaxénicas.
 - Malnutrición.
 - Otros.

Etapa gestante

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA GESTANTE

1. Atención prenatal:
 - Vigilancia nutricional.
 - Administración de suplementos de: hierro, ácido fólico.
 - Planificación del parto: Plan de parto.
 - Despistaje de cáncer ginecológico.
 - Inmunización con DT.
 - Evaluación del bienestar fetal ecografía.
 - Paquete de exámenes auxiliares de la gestante: sangre: grupo y factor Rh, Hematocrito, Hemoglobina, glicemia, RPR, VIH (ELISA o tira reactiva).
 - Otros exámenes según patologías o complicaciones.
2. Consejería nutricional.
3. Consejería en salud reproductiva-Planificación familiar.
4. Detección y eliminación de placa bacteriana.
5. Visita familiar integral, si no acude a:
 - Atención prenatal
 - Seguimiento o control de daño o problema relevante.
6. Atención de parto y/o sus complicaciones según protocolo (incluye cesárea y monitoreo clínico fetal).
7. Atención del puerperio según protocolo:
 - Administración de hierro y vitamina A.
 - Entrega de método anticonceptivo si lo solicita.
8. Intervenciones Educativo y comunicacionales: Consejería, charlas, talleres, etc., en:
 - Signos de alarma de embarazo, parto y puerperio.
 - Higiene personal e higiene bucal.
 - Actividad física.
 - Lactancia materna.
 - Cuidados del recién nacido.
 - Deberes y derechos en salud.
 - Salud sexual y reproductiva.
9. Atención de complicaciones durante embarazo, parto y puerperio según protocolo:
 - Aborto.
 - Enfermedad hipertensiva del embarazo.
 - Hemorragia obstétrica.
 - Infecciones obstétricas (endometritis y otras).
 - Parto obstruido.
 - Otras.
10. Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos:
 - Atención o referencia de problemas odontológicos.
 - TBC.
 - ITSNIH.
 - Metaxénicas.
 - Malnutrición.
 - Otros.

ANEXO 4

Paquetes de atención integral a la familia

Categoría del establecimiento de salud	Atención Integral a la Familia
I.1 con población asignada	a. Atención integral individual a los miembros de la familia
	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia del cumplimiento de paquetes de atención individual de los integrantes de la familia.
	b. Atención integral a la familia como unidad
	1. Valoración familiar
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del tipo de familia
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del ciclo vital familiar
	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica y funcionamiento familiar
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los recursos familiares externos (redes de apoyo a la familia)
	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación del riesgo familiar (Alto, Mediano o Bajo riesgo)
	2. Identificación de las necesidades de desarrollo (promoción)
	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería anticipatoria al ciclo vital familiar
	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería a la familia para el adecuado funcionamiento de acuerdo con el tipo y ciclo vital en el que se encuentre la familia.
	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería familiar para el desarrollo social: uso de recursos o redes de apoyo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería familiar para el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables (alimentación y nutrición; higiene y ambiente; actividad física; salud sexual y reproductiva; habilidades para la vida; seguridad vial y cultura de tránsito; salud mental; cultura de paz y buen trato igualdad para todos).
	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería familiar para desarrollar y mantener una vivienda y entorno saludable (saneamiento básico de la vivienda y el entorno).
3. Identificación de las necesidades de mantenimiento (prevención)	
<ul style="list-style-type: none"> • Consejería familiar para desarrollar y fortalecer mecanismos protectores para la prevención de enfermedades o discapacidad, de acuerdo con los factores de riesgo biológico o físico identificados. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Consejería familiar para desarrollar y fortalecer mecanismos protectores para la prevención de problemas psicosociales de acuerdo con los factores de riesgo identificados. 	

ANEXO 4

Paquetes de atención integral a la familia

Categoría del establecimiento de salud	Atención Integral a la Familia
I.1 con población asignada	<ul style="list-style-type: none"> Consejería familiar para la detección o identificación temprana; y referencia oportuna de alguno de sus integrantes con alguna discapacidad en todas sus formas (prevención secundaria).
	4. Identificación de las necesidades derivadas de daño (recuperación)
	<ul style="list-style-type: none"> Consejería familiar sobre el rol de la familia ante sus integrantes.
	<ul style="list-style-type: none"> Consejería familiar sobre el rol de la familia ante problemas crónicos integrantes (enfermedades no transmisibles, terminales)
	5. Identificación de las necesidades derivadas de disfunción familiar o discapacidad de sus miembros
	<ul style="list-style-type: none"> Consejería sobre el rol de la familia ante problemas de discapacidad en todas sus formas; servicios de intervención temprana; sistemas de captación; rehabilitación basada en comunidad para su integridad e integración social. Referencia de familias con disfunción o discapacidad en todas sus formas.
I-2 con población asignada	Además de lo anterior:
	<ul style="list-style-type: none"> Atención de las familias según necesidades del ciclo vital familiar.
	<ul style="list-style-type: none"> Atención de familias con disfunción leve. Referencia de familias con disfunción moderada, severa o problemas de discapacidad de sus integrantes en todas sus formas
I-3 y I-4 con población asignada	Además de lo anterior
	<ul style="list-style-type: none"> Atención de familias con disfunción leve y/o moderada. Referencia de familias con disfunción severa, con problemas de discapacidad de sus integrantes en todas sus formas.
II y III	<p>Atención de familias con disfunción severa</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia familiar. Manejo especializado de problemas agudos, crónicos o de discapacidad de sus integrantes en todas sus formas.

CICLO VITAL FAMILIAR	
FAMILIA EN FORMACIÓN	<p>Pareja que aún no tiene hijos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noviazgo • Matrimonio o convivencia • Embarazo
FAMILIA EN EXPANSIÓN.	<p>Pareja con hijos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nacimiento primer hijo • Hijo en edad preescolar • Hijo en edad escolar • Hijo en edad adolescente • Hijo en edad adulta
FAMILIA EN DISPERSIÓN.	<p>Familia en la cual se inicia y termina la partida de los hijos en el hogar. Desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el ultimo.</p>
FAMILIA EN CONTRACCIÓN.	<p>Familia en la cual han partido los hijos y la pareja queda sola.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jubilación • Retiro y muerte de cónyuge

TIPO DE FAMILIAS	
NUCLEAR	Constituida por ambos padres y los hijos
EXTENDIDA	Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes en la tercera generación,
AMPLIADA	Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, cuñados, primos, etc.
MONO PARENTAL	Formada por el padre o la madre y los hijos
RECONSTITUIDA	Constituida por uno de padres, su nueva pareja y los hijos

ANEXO 5

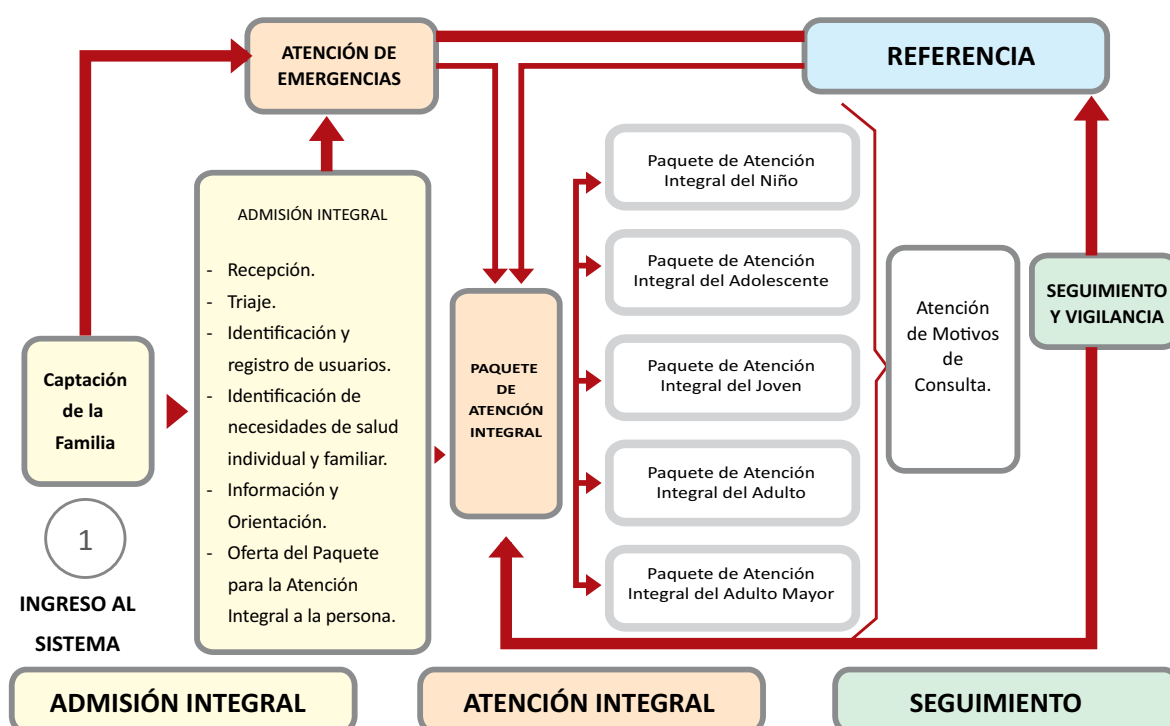
Flujograma de los paquetes de atención integral a la persona

Con el fin de satisfacer los criterios de calidad para la atención y poder responder adecuadamente a las necesidades de salud, los programas de atención integral deben seguir los siguientes procesos:

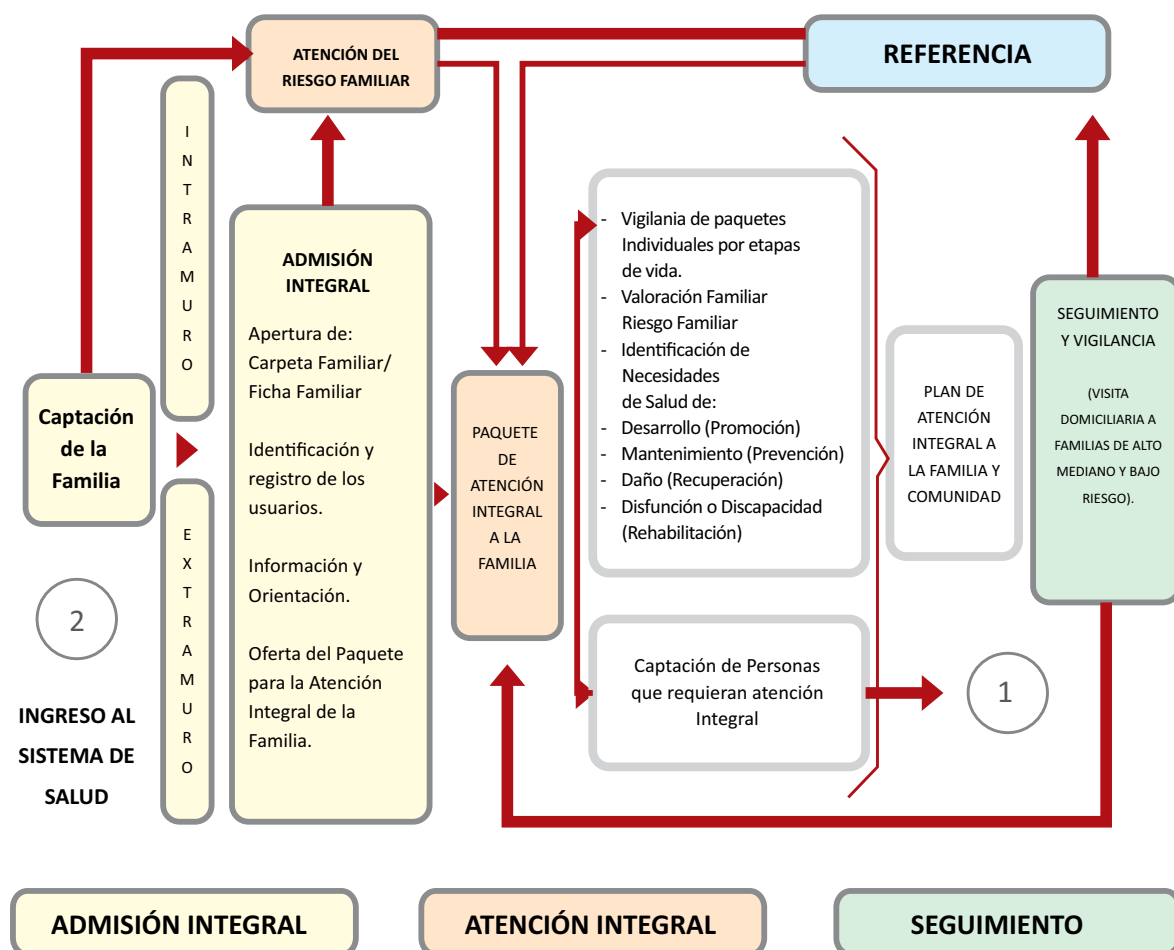
1. **Captación.** Conforme a los criterios de mercadeo social, los programas de atención integral por etapas de la vida y el programa de atención integral a la familia promocionan sus actividades, informan y alientan la participación de las personas y la familia; en particular de los componentes preventivos. Las personas son captadas cuando acuden al establecimiento de salud como consultantes, acompañantes, usuarios de otros servicios del establecimiento o referidos. En tal sentido, es necesario:
 - Planificar actividades de promoción y mercadeo social.
 - Promover que todo el personal de los establecimientos de salud ofrezca información clara y detallada sobre la oferta de actividades de los programas, resaltando los potenciales beneficios para su salud.
 - Trabajar con la comunidad para establecer diversas formas de llegar a la población.
2. **Admisión integral.** Las personas son clasificadas en grupos diversos según sus necesidades de salud. En consecuencia, este proceso incorpora un diagnóstico de necesidades de salud y la definición de un plan para la oferta del paquete de atención integral. Dicho plan asegura la continuidad de las acciones hasta completar la oferta del paquete de atención integral.

Atención integral: en función del grupo en que las personas son ubicadas se le ofrecen los diversos cuidados esenciales que forman parte del paquete de atención integral. El proceso de entrega de los cuidados esenciales será orientado por las guías clínicas, normas y protocolos.

 1. **Seguimiento y monitoreo de personas y familia:** A partir de los resultados de la atención se realizará dos tipos de seguimiento:
 - a) Seguimiento individual: verifica el progreso en la oferta completa del paquete de atención integral de las personas. Incluye el acompañamiento de las actividades realizadas por el equipo de salud.
 - b) Seguimiento a familias: verifica el progreso en la oferta de las actividades de atención a las familias, de acuerdo con lo definido por el programa de atención integral de la familia, según los riesgos identificados.



Los integrantes de la familia pasan por un proceso de admisión integral, en el que se les ofrece cuidados esenciales propios de la familia; se verifica si alguno de los miembros tiene necesidad de una atención individual particular.

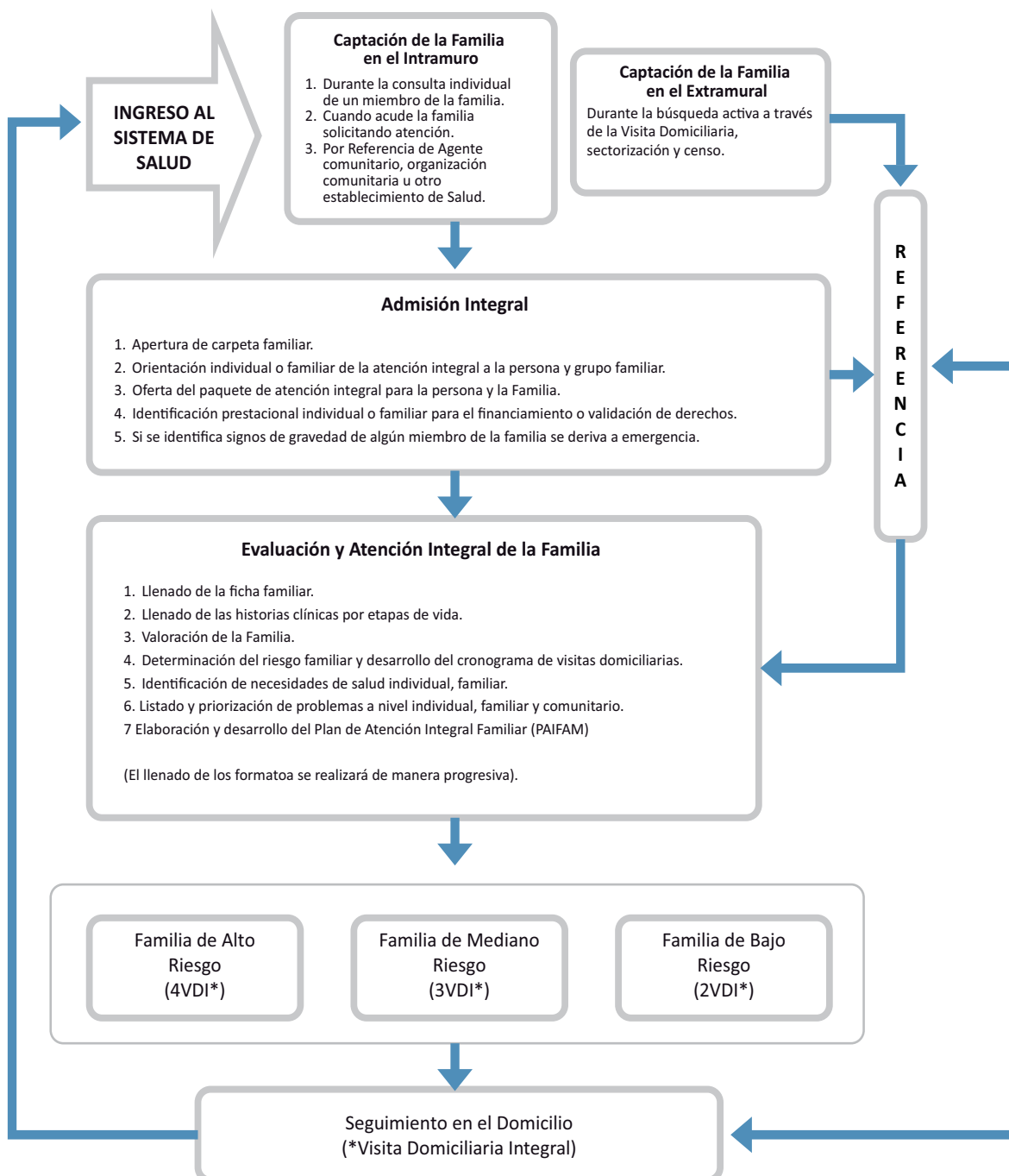


Como puede apreciarse en la figura anterior, la admisión integral es un momento clave en la organización de la atención, porque adicionalmente a los procesos que habitualmente se desarrollan en ésta, se incorpora la identificación de necesidades de salud individual y familiar. Este diagnóstico de necesidades de salud determinará el ajuste del paquete de atención integral que la persona requiere, según la etapa de la vida en la que se encuentre.

ANEXO 6

Flujograma del paquete de atención integral a la familia

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA LA FAMILIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



ANEXO 7

Necesidades de salud

Etapa de la Vida	Necesidades de Salud
Algunas necesidades de salud del niño	<p>De desarrollo de la salud Para el desarrollo personal: alcanzar su máximo potencial de desarrollo como ser humano; atención a los derechos del niño y del que está por nacer; desarrollo de habilidades sociales (autoestima), etc. PARA EL DESARROLLO FAMILIAR. Ejemplo: desarrollar relaciones afectivas positivas en la familia (unión con los padres o tutores). PARA EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL. Ejemplo: desarrollo de relaciones afectivas y establecimiento de vínculos afectivos en el nido/escuela.</p> <p>DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER FÍSICO. Ejemplo: nacimiento sin riesgos ni complicaciones; desarrollo de mecanismos de prevención contra las enfermedades inmunoprevenibles; alimentación y nutrición adecuada; cuidado corporal, etc. PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER PSICOSOCIAL. Ejemplo: desarrollo de mecanismos de prevención contra riesgos de adicción o consumo excesivo de videojuegos o programas de TV perjudiciales; hábitos de seguridad personal y convivencia ciudadana; seguridad y confianza, etc. PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL. Ejemplo: condiciones ambientales adecuadas: abrigo, temperatura, iluminación, entre otros; participación en el cuidado de la salud ambiental, observar normas de seguridad vial, etc.</p> <p>DERIVADAS DE DAÑOS A LA SALUD PROBLEMAS AGUDOS QUE NO SON EMERGENCIAS. Ejemplo: EDA, parasitosis, IRA, problemas dérmicos, caries, dermatosis, dermatitis del pañal, entre otros. EMERGENCIAS. Ejemplo: sufrimiento fetal; asfixia neonatal; deshidratación severa; neumonía severa; meningitis; etc. PROBLEMAS CRÓNICOS. Ejemplo: asma, rinitis, desnutrición, obesidad, anemia, maltrato infantil, entre otros.</p> <p>DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES DISFUNCIONES PSICOSOCIALES: Ejemplo: retardo mental leve, dificultades para el aprendizaje, desempeño escolar inadecuado y retraso escolar; etc. DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares conflictivas; disfunciones familiares, etc. DISCAPACIDADES. Ejemplo: secuelas de enfermedades y daños que requieren rehabilitación: parálisis cerebral, retardo mental severo y otras manifestaciones de síndrome genéticos y enfermedades congénitas; etc.</p>
Algunas necesidades de salud del adolescente	<p>DE DESARROLLO DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO PERSONAL. Ejemplo: desarrollo de habilidades sociales y proyecto de vida, promoción de sentimientos de religiosidad o espiritualidad, uso adecuado del tiempo libre, potencialidades intelectuales, laborales, artísticas, deportivas, etc. PARA EL DESARROLLO FAMILIAR. Ejemplo: desarrollar relaciones afectivas positivas en la familia (comunicación empática, corresponsabilidad, emociones, roles en la relación padres-hijos). PARA EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL. Ejemplo: desarrollo de relaciones afectivas compromiso, y corresponsabilidad con el trabajo, desarrollo de relaciones afectivas; desarrollo de vínculos de identificación con escuela/ colegio, etc.</p> <p>DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER FÍSICO. Ejemplo: desarrollo de prácticas de higiene, alimentación y nutrición saludables; mecanismos de prevención para evitar el riesgo de contraer enfermedades inmunoprevenibles y transmisibles. PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER PSICOSOCIAL. Ejemplo: manejo del estrés y condicionamientos sociales y psicológicos; ejercicios físicos y cuidado corporal; resolución de conflictos; desarrollo de mecanismos protectores para evitar el embarazo inesperado. PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL. Ejemplo: participación en el cuidado de la salud ambiental.</p> <p>DERIVADAS DE DAÑOS A LA SALUD PROBLEMAS AGUDOS QUE NO SON EMERGENCIAS. Ejemplo: Infecciones Respiratorias Leves. PROBLEMAS AGUDOS QUE SON EMERGENCIAS. Ejemplo: Traumatismos, Neumonía. PROBLEMAS CRÓNICOS. Ejemplo: Depresión, Obesidad, Diabetes Juvenil, Asma.</p> <p>DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES Disfunciones físicas: alteraciones visuales. DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares conflictivas, disfunciones familiares; DISCAPACIDADES. Ejemplo: secuelas de enfermedades y d años que requieren rehabilitación; retardo mental severo y otras manifestaciones de síndrome genéticos y enfermedades congénitas.</p>

continua...

Etapas de la Vida	Necesidades de Salud
Algunas necesidades de salud del Joven	<p>DE DESARROLLO DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO PERSONAL. Ejemplo: Alcanzar su máximo potencial de desarrollo como ser humano, uso adecuado del tiempo libre, orientación sobre los derechos y deberes ciudadanos en salud, desarrollo de habilidades sociales, desarrollo de habilidades sociales y proyecto de vida, promoción de sentimientos de religiosidad o espiritualidad, uso adecuado del tiempo libre, potencialidades intelectuales, laborales, artísticas, deportivas, etc.</p> <p>PARA EL DESARROLLO FAMILIAR. Ejemplo: desarrollar relaciones afectivas positivas en la familia, ejercer roles equitativos, comunicación horizontal, respeto a derechos y deberes en la familia, paternidad y maternidad responsable (proteger a la persona desde el inicio de su vida así como la educación de los hijos).</p> <p>PARA EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL. Ejemplo: Oportunidad de participar y ser útil a la sociedad, desarrollar vínculos positivos en centro laboral y de estudio, participar en organizaciones de salud (énfasis en talleres de salud, comité de salud); organizaciones vecinales en bien de la salud y el ambiente.</p> <p>DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER BIOLÓGICO: Ejemplo: prevención para las enfermedades inmunoprevenibles, no transmisibles y transmisibles; desarrollo de prácticas de higiene alimentación y nutrición saludables; actividad física y cuidado corporal, maternidad saludable.</p> <p>PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER PSICOSOCIAL. Ejemplo: manejar adecuadamente stress y condicionantes, desarrollo de factores protectores familiares para resolución de conflictos, prácticas de autocuidado mutuo con relación a la maternidad y paternidad saludable, factores protectores para prevenir uso de drogas ilegales.</p> <p>DERIVADAS DE DAÑOS A LA SALUD PROBLEMAS QUE SON EMERGENCIAS. Ejemplo: traumatismos, emergencia hipertensiva, accidente cerebro vascular, infarto del corazón, amenaza de aborto, pre eclampsia-eclampsia, sepsis puerperal, Intento suicida.</p> <p>PROBLEMAS QUE NO SON EMERGENCIAS. Ejemplo: infecciones respiratorias leves, infecciones intestinales, dolores osteomusculares, hiperémesis gravídica, entre otros.</p> <p>PROBLEMAS CRÓNICOS. Ejemplo: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, asma, depresión.</p> <p>DERIVADAS DE DISFUNCIONES O DISCAPACIDADES DISFUNCIONES FÍSICAS. Ejemplo: alteraciones visuales, DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: familias disfuncionales; crisis familiares. DISCAPACIDADES. Ejemplo: hemiplejía, amputación de una extremidad, problemas mentales que alteren la labor.</p>
Algunas necesidades de salud del adulto	<p>DE DESARROLLO DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO PERSONAL. Ejemplo: alcanzar su máximo potencial de desarrollo como ser humano, uso adecuado del tiempo libre, orientación sobre los derechos y deberes ciudadanos en salud, desarrollo de habilidades sociales.</p> <p>PARA EL DESARROLLO FAMILIAR. Ejemplo: desarrollar relaciones afectivas positivas en la familia, ejercer roles equitativos, comunicación horizontal, respeto a derechos y deberes en la familia, paternidad y maternidad responsable (proteger a la persona desde el inicio de su vida así como la educación de los hijos).</p> <p>PARA EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL. Ejemplo: oportunidad de participar y ser útil a la sociedad, desarrollar vínculos positivos en centro laboral y de estudio, participar en organizaciones de salud (énfasis en talleres de salud, comité de salud); organizaciones vecinales en bien de la salud y el ambiente.</p> <p>DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER BIOLÓGICO: Ejemplo: prevención para las enfermedades no transmisibles y transmisibles; alimentación y nutrición saludables; actividad física y cuidado corporal, maternidad saludable.</p> <p>PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER PSICOSOCIAL. Ejemplo: manejar adecuadamente estrés y condicionantes, desarrollo de factores protectores familiares para resolución de conflictos, prácticas de autocuidado mutuo con relación a la maternidad y paternidad saludable, factores protectores para prevenir uso de drogas ilegales.</p> <p>DERIVADAS DE DAÑOS A LA SALUD PROBLEMAS QUE SON EMERGENCIAS. Ejemplo: traumatismos, emergencia hipertensiva, accidente cerebro vascular, infarto del corazón, amenaza de aborto, preeclampsia-eclampsia, sepsis puerperal, intento suicida.</p> <p>PROBLEMAS QUE NO SON EMERGENCIAS. Ejemplo: infecciones respiratorias leves, infecciones intestinales, dolores osteomusculares, hiperémesis gravídica, entre otros.</p> <p>PROBLEMAS CRÓNICOS. Ejemplo: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, asma, depresión.</p> <p>DERIVADAS DE DISFUNCIONES O DISCAPACIDADES DISFUNCIONES FÍSICAS. Ejemplo: alteraciones visuales, DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: familias disfuncionales, crisis familiares. DISCAPACIDADES. Ejemplo: hemiplejía, amputación de una extremidad, problemas mentales que alteren la labor.</p>

continua...

<p>Algunas necesidades de salud adulto mayor</p>	<p>DE DESARROLLO DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO PERSONAL. Ejemplo: envejecimiento activo; uso adecuado del tiempo libre; autoestima del adulto mayor; desarrollo de potencialidades, así como conocer sus derechos y deberes ciudadanos en salud. PARA EL DESARROLLO FAMILIAR. Ejemplo: desarrollar relaciones afectivas positivas familiares e intergeneracionales (abuelos, padres, y nietos) y la relación con otros adultos mayores y su entorno. PARA EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL. Ejemplo: participación en actividades sociales y de voluntariado; actitud vigilante para la observancia de sus derechos y de otros adultos mayores.</p> <p>DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER FÍSICO. Ejemplo: prevención de los factores de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles; alimentación y nutrición saludables; ejercicios físicos de acuerdo a la funcionalidad e independencia. PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER PSICOSOCIAL. Ejemplo: manejar adecuadamente los condicionantes del maltrato; manejar adecuadamente los trastornos de adaptación y condicionantes de alteraciones psicosociales.</p> <p>DERIVADAS DE DAÑOS A LA SALUD PROBLEMAS AGUDOS QUE NO SON EMERGENCIAS. Ejemplo: infecciones respiratorias leves. PROBLEMAS AGUDOS QUE SON EMERGENCIAS. Ejemplo: traumatismos, deshidratación severa. PROBLEMAS CRÓNICOS. Ejemplo: depresión, obesidad, hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, asma.</p> <p>DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES DISFUNCIONES FÍSICAS. Ejemplo: secuelas de enfermedades que requieren rehabilitación. DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares e intergeneracionales disfuncionales. DISCAPACIDADES. Ejemplo: postración con dependencia total.</p>
--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grupos de familias	Necesidades de Salud
<p>Algunas necesidades de salud de la familia en formación</p>	<p>DE DESARROLLO DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO FAMILIAR: alcanzar un óptimo desarrollo como pareja, con valores y principios; desarrollar un buen funcionamiento familiar; establecer una comunicación adecuada, en la que se incluya el abordaje abierto de temas de sexualidad entre esposos. Ajuste de caracteres de los esposos, distribución adecuada de roles, estrategias para pactar y enfrentarse a desacuerdos; desarrollar y mantener recursos familiares (intra o extra familiares); fomentar deberes y responsabilidades como esposos, paternidad y maternidad responsable; reajuste con la familia de origen.</p> <p>DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER PSICOSOCIAL: rear un hogar-vivienda saludable, desarrollar estilos de vida saludable. PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER AMBIENTAL participar en el cuidado de la salud ambiental.</p> <p>DERIVADAS DE DAÑOS A LA SALUD Familia con embarazo de alto riesgo, con problema de infertilidad, familia nueva que no genera nuevos valores y normas, familia en crisis; familia donde hay violencia doméstica; familia con hábitos perjudiciales a la salud.</p> <p>DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares e intergeneracionales disfuncionales.</p>
<p>Algunas necesidades de salud identificadas de la familia en expansión</p>	<p>DE DESARROLLO DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO FAMILIAR: Alcanzar un óptimo desarrollo como familia con valores y principios; desarrollar un buen funcionamiento familiar; establecer una comunicación e interacción adecuada entre los miembros de la familia acorde con la edad del hijo(a) mayor, con énfasis en los adolescentes; distribución adecuada de roles; adecuado manejo de recursos y una capacidad óptima para la resolución de problemas; desarrollar y mantener recursos intra o extrafamiliares; permitir la separación progresiva de los hijos del hogar; crecer y madurar con los hijos, educarlos, forjando deberes y responsabilidades de los integrantes de la familia.</p> <p>DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER FÍSICO: Mantener un hogar-vivienda saludable, desarrollar mecanismos de prevención para las enfermedades infectocontagiosas a nivel familiar; desarrollar estilos de vida saludable. PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER AMBIENTAL: crear y mantener un entorno saludable, participar en el cuidado de la salud ambiental.</p> <p>DERIVADAS DE DAÑOS A LA SALUD Desarrollar mecanismos compensatorios para lidiar con enfermedades crónicas o discapacitantes, y otras situaciones familiares que repercuten en el funcionamiento familiar; familia en crisis familia donde hay violencia física o psicológica familia con hábitos perjudiciales a la salud, que afectan la atención y las decisiones médicas futuras.</p>

DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares e intergeneracionales disfuncionales.	
Algunas necesidades de salud de la familia en dispersión	<p>DE DESARROLLO DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO FAMILIAR: desarrollar un buen funcionamiento familiar; mantener una comunicación adecuada; redistribución de roles ante la partida de los hijos; adecuado manejo de recursos familiares adicionales a los hijos y una capacidad óptima para la resolución de problemas; aceptar el despegue de los hijos del hogar paterno; aceptar nuevo tipo de relación con los hijos y sus familias.</p> <p>DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER FÍSICO: mantener un hogar-vivienda saludable, desarrollar mecanismos de prevención para las enfermedades infectocontagiosas a nivel familiar; desarrollar estilos de vida saludable.</p> <p>PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER AMBIENTAL: crear y mantener un entorno saludable, participar en el cuidado de la salud ambiental.</p> <p>DERIVADAS DE DAÑOS A LA SALUD Desarrollar mecanismos compensatorios para lidiar con enfermedades crónicas o discapacitantes, y otras situaciones familiares que repercuten en el funcionamiento familiar; familia en crisis, familia donde hay violencia física o psicológica, familia con hábitos perjudiciales a la salud, que afectan la atención y las decisiones médicas futuras.</p> <p>DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares e intergeneracionales disfuncionales.</p>
Algunas necesidades de salud de la familia en contracción	<p>DE DESARROLLO DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO FAMILIAR: desarrollar un buen funcionamiento familiar; mantener una comunicación adecuada; redistribución de roles ante la partida de los hijos; adecuado manejo de recursos y una capacidad óptima para la resolución de problemas; desarrollar y mantener recursos familiares adicionales a los hijos; aceptar nuevo tipo de relación con la pareja.</p> <p>DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER FÍSICO: Mantener un hogar-vivienda saludable, desarrollar mecanismos de prevención para las enfermedades infectocontagiosas a nivel familiar; desarrollar estilos de vida saludable.</p> <p>PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER AMBIENTAL: crear y mantener un entorno a la vivienda saludable, participar en el cuidado de la salud ambiental.</p> <p>DERIVADAS DE DAÑOS A LA SALUD Desarrollar mecanismos compensatorios para lidiar con enfermedades crónicas o discapacitantes, y otras situaciones familiares que repercuten en el funcionamiento familiar; familia en crisis; familia donde hay violencia física o psicológica; maltrato al adulto mayor; familia con hábitos perjudiciales a la salud, que afectan la atención y las decisiones médicas futuras.</p> <p>DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares e intergeneracionales disfuncionales.</p>

ANEXO 8

Proceso de construcción del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad

La Alta Dirección del Ministerio de Salud, en cumplimiento de sus lineamientos de gestión, estableció como grandes estrategias para alcanzar los objetivos sanitarios, el Aseguramiento Universal en Salud, la Descentralización en Salud y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención; y señala como ejes de reforma para la implementación de éstas el fortalecimiento de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional y el diseño de un nuevo modelo de atención integral en salud. En este contexto, dispuso la conformación de una comisión de alto nivel, presidida por un representante del Ministro de Salud e integrado por representantes de todas las direcciones y oficinas generales del Ministerio de Salud; asimismo, convocó como asistencia técnica a la cooperación internacional asentada en nuestro país, tales como la Organización Panamericana de la Salud; Proyecto de Calidad y Políticas de USAID en Salud; la Cooperación Italiana, entre otras; instituciones y organizaciones de relevancia pública y privada, del ámbito nacional, regional y local que se reunieron en talleres de socialización y validación técnica, social y política para la elaboración del documento técnico denominado “Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y Comunidad”.

La comisión denominada de “Comisión Nacional de Revisión y Rediseño del Modelo de Atención Integral de Salud”, una vez instalada, cumplió las siguientes actividades:

- 1) Aprobó la hoja de ruta y su plan de trabajo para alcanzar su propósito: revisión y rediseño del Modelo de Atención Integral de Salud (figura 1).
- 2) Definió su metodología de trabajo y un código de conducta para el desarrollo y el cumplimiento de sus actividades.
- 3) Señaló cuatro dimensiones de abordaje para la revisión y el rediseño del Modelo de Atención Integral de Salud:
 - i. **Dimensión técnica.** Proceso durante el cual se construye la propuesta técnica del documento técnico denominado “Reforma del Modelo de Atención Integral en Salud”, el cual convoca a los expertos nacionales e internacionales, en reuniones de gabinete, talleres de socialización nacional, regional y de alcance internacional.
 - ii. **Dimensión social.** Proceso durante el cual se somete a consulta la propuesta técnica a los diferentes actores de la sociedad civil y del Estado (colegio profesionales, universidades, organizaciones sociales de la comunidad, ONG, sociedades científicas, gremios, sector Educación, Vivienda, Desarrollo Social, gobiernos locales, entre otros), representados en los consejos regionales y locales de salud, a través del desarrollo de los talleres macrorregionales, y del seminario internacional de socialización y validación del documento técnico en mención.
 - iii. **Dimensión política.** Con la decisión política expresa del Ministro de Salud se inició este proceso de revisión y rediseño del Modelo de Atención Integral en Salud, acto que buscó -como corresponde- el involucramiento de los otros decisores políticos del sistema y niveles de gobierno; por ello el documento técnico trabajado, con los procesos previos de validación técnica y social, se presentó en tres espacios de decisión política: los consejos regionales de salud (talleres macrorregionales); la Comisión Intergubernamental de Salud (desarrollada en Iquitos y Arequipa) y el Comité Técnico Nacional Implementador del Aseguramiento Universal en Salud (CTIN), donde se recibieron importantes aportes y respaldo para continuar con el proceso de formalización e implementación.
 - iv. **Dimensión normativa.** Esta dimensión fue sumamente relevante, porque se revisó toda la normatividad vigente relacionada con este proceso, en el contexto actual del aseguramiento universal en salud y la descentralización, a fin de entender la importancia

del marco jurídico en todos los procesos de reforma sanitaria para su implementación; de igual modo, se revisó la aplicación de esta normas y el rol del Estado nacional, regional y local para vigilar su cumplimiento. Por último, se sugirió fortalecer el marco regulatorio, y su correspondiente articulación en el nivel regional y local para vigilar su cumplimiento.

- 4) Finalmente, la Comisión de Revisión y Rediseño del Modelo de Atención Integral de Salud, cumpliendo con su hoja de ruta y plan de trabajo establecido, concluyó sus funciones y entregó el producto final, denominado “Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y Comunidad”, que cuenta con aval técnico, social y político descrito anteriormente y una sólida propuesta de fortalecimiento y renovación del marco jurídico sanitarios, elementos claves para la legalidad, legitimidad y sostenibilidad de la reforma en mención.

Hoja de ruta del proceso de construcción del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad



ANEXO 9

Hoja de ruta del mecanismo de financiamiento per cápita del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)

Para garantizar el financiamiento del Modelo se propone desarrollar un proceso de formulación de políticas de financiamiento que expliciten los recursos necesarios para la implementación operativa e institucionalidad del MAIS- BFC, y se priorice en el primer nivel de atención, cuyo funcionamiento apropiado logra no sólo producir mejores resultados sanitarios, sino un menor costo y con mayor equidad; ya que es la puerta de entrada al sistema de servicios de salud organizado y funcionando en red.

La hoja de ruta para el desarrollo de esta propuesta es la siguiente:

1. Objetivos

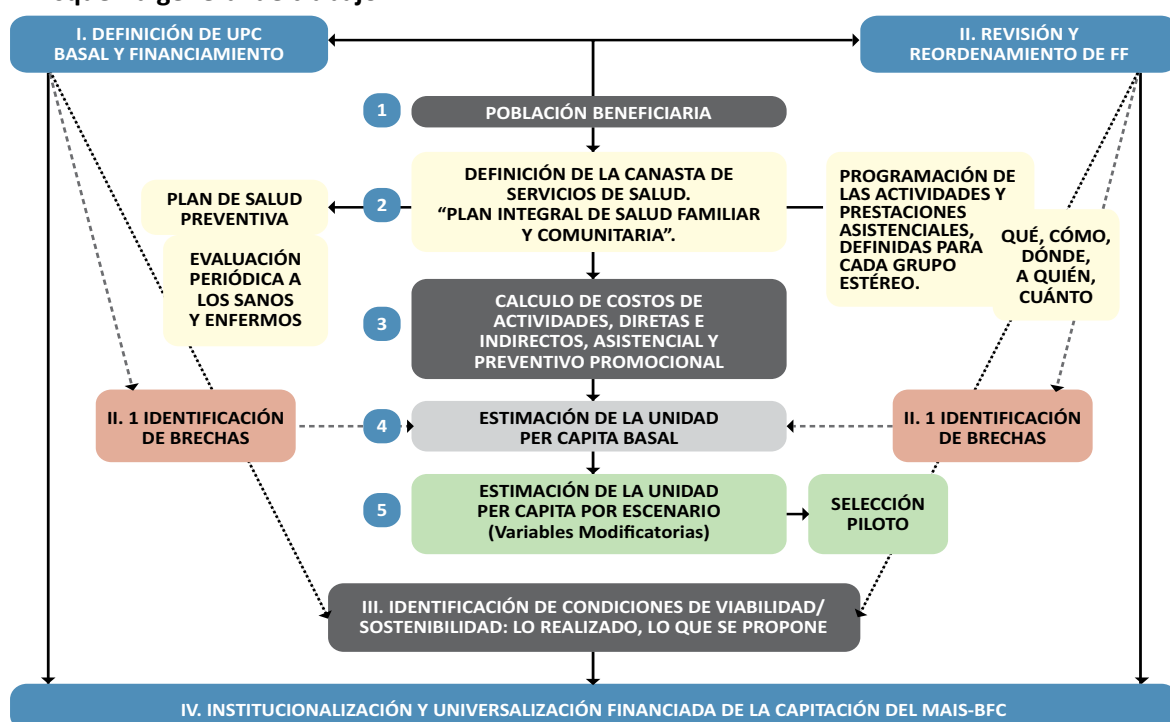
1.1 General

Estimación de los requerimientos financieros para el MAIS-BFC y se priorice en el primer nivel de atención mediante un mecanismo de capitación, la generación de condiciones de viabilidad y sostenibilidad que asegure la implementación progresiva del modelo para promover protección social de la salud, basada en la distribución equitativa financiera y de servicios, dentro de los límites del financiamiento del sistema de salud peruano.

1.2. Específicos

- Estimación per cápita del financiamiento requerido en el primer nivel de atención y la aplicación en territorios que representen la heterogeneidad territorial.
- Revisión, reordenamiento y alineación de los mecanismos de financiamiento, asignación y pago de los otros niveles de atención.
- Identificación de las condiciones de viabilidad y sostenibilidad para implementación progresiva de un reordenamiento del financiamiento para el MAIS-BFC.
- Institucionalización y universalización financiada del MAIS-BFC.

2. Esquema general de trabajo



3. Estrategias

- Aprovechamiento de todos los avances, acumulaciones y productos existentes en el sector salud, especialmente, público.
- Participación de las instancias involucradas de las instituciones del sector salud.
- Articulación de la cooperación técnica financiera de forma interagencial.
- Transferencia de competencias.

4. Organización de la hoja de ruta

Se propone cuatro etapas -como se observa en el esquema de trabajo-: las dos primeras son subsiguientes y las restantes son horizontales a las primeras. Para efectos de la prioridad del primer nivel, se desarrolla y explicita esta etapa, como inicio de la propuesta.

Primera etapa

■ Objetivo

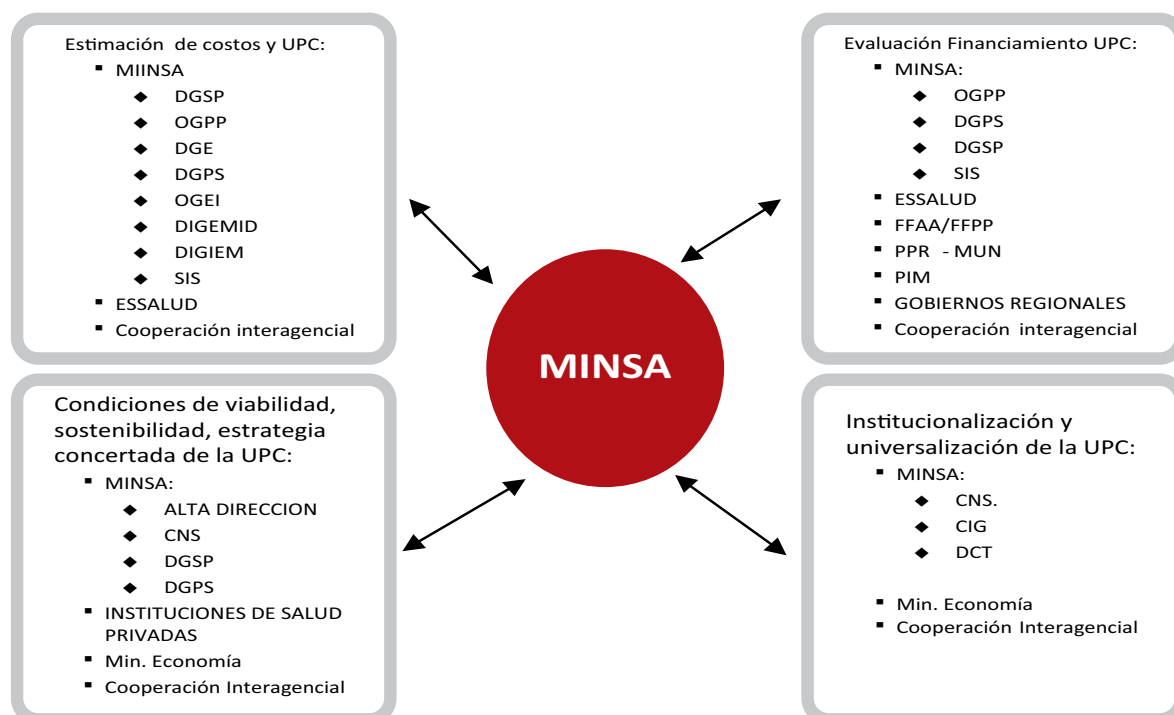
Identificación de la Unidad Per cápita, (UPC) los modificadores de ajuste, el financiamiento requerido para la implementación en el Primer nivel de atención y la aplicación inicial en territorios que representen la heterogeneidad territorial.

■ Componentes

- Estimación de costos de las prestaciones integrales para primer nivel de atención-MAIS-FC.
- Definición y estimación de la UPC para el primer nivel de atención y sus modificadores.
- Análisis del financiamiento requerido, disponible e identificación de alternativas.
- Identificación de las condiciones de viabilidad y sostenibilidad para la implementación del MAIS-FC y estrategia de implementación.
- Institucionalización y universalización financiada de la capitación para el primer nivel.

5. Recursos necesarios

■ Equipo de trabajo



■ **Presupuesto**

Se concertará el apoyo con una estrategia de cooperación técnica y financiera interagencial para lograr la viabilidad financiera y la articulación de esfuerzos, tarea que la asumirá la OPS de esta propuesta.

6. Cronograma

Componente	Actividad	Tareas	Período de ejecución
Preparación de propuesta	Identificación y precisión de características y expectativas en el tema de financiamiento del MAIS-BFC.	Reuniones de trabajo.	una semana
		Discusión de esquema preliminar y ajustes.	
		Formulación de propuesta definitiva.	
		Identificación de fuentes de información y recolección de la misma.	una semana
Estimación de costos de las prestaciones integrales para primer nivel de atención - MAIS-FC.	Identificación del universo de cobertura (población); las condiciones de salud priorizadas y sus frecuencias de uso	Revisión de condiciones de salud priorizadas que se ejecutan en primer nivel.	dos semanas
		Realizar consistencia de base de datos de frecuencia de uso.	
		Elaborar tabla de condiciones de salud priorizadas y frecuencias.	
	Precisión del contenido prestaciones definidas: actividades	Revisión de lo planteado por el MAIS-BFC y ajustes al conjunto de prestaciones integral para el primer nivel de atención.	
		Precisión del contenido de cada prestación: en cuánto, a qué, cómo, dónde, a quién y cuánto; se hará de forma anual de acuerdo con las normas.	
		Elaboración de cada prestación con su contenido detallado.	
	Estimación/ microcosteo de las prestaciones por actividades	Revisión de costeos existentes	dos semanas
		Identificación del presupuesto asignado y gastado en el primer nivel.	
		Costeo de las actividades que no han sido costeadas aún	
		Revisión de validez y sensibilidad de los costos obtenidos.	
		Ajustes a costos.	

Componente	Actividad	Tareas	Período de ejecución
Definición y estimación de la UPC para el primer nivel de atención y sus modificadores	Establecimiento del universo de y cobertura frecuencias de uso	Precisión de las coberturas poblacionales para cada prestación por grupos específicos según frecuencias de uso y normas de atención.	dos semanas
		Elaboración de tablas de cobertura poblacional y frecuencias.	una semana
	Definición de la Unidad per cápita basal	Cálculo de la UPC basal	una semana
		Pruebas de sensibilidad y validez de UPC.	
		Calculo final de UPC.	
	Selección de criterios/variables de ajuste a la UPC	Identificación de criterios/ variables de ajuste.	una semana
		Pruebas de calificación de impactos de criterios de ajuste a la UPC.	
		Selección de criterios y modelización de ajustes a UPC basal.	
	Obtención de la UPC basal y sus criterios / variable de ajuste	Definición de UPC y criterios de ajuste.	una semana
		Instructivo de aplicación (operación y monitoreo) en territorios específicos.	
		Creación de mecanismos de incentivos a resultados apropiados, según norma.	
	Análisis del financiamiento requerido, disponible e identificación de alternativas	Identificación de fuentes y montos de financiamiento y tendencias.	Identificación de estudios de financiamiento en Perú y análisis de resultados.
Análisis de presupuestos asignados y ejecutados en menos de 3 años anteriores de las fuentes disponibles, y su tendencia en mínimo 5 años.			
Elaboración de tablas de financiamiento disponible para el primer nivel y tendencias.			
Análisis de brechas entre financiamiento disponible y requerido según UPC actualizada.		Estimación del financiamiento requerido con base en la UPC basal y sus modificadores.	dos semanas
		Comparación del financiamiento requerido y el disponible en base a la UPC basal y sus modificadores.	
		Identificar alternativas para cerrar brechas.	
Identificación de sitios piloto.		Identificación de criterios para seleccionar pilotajes.	una semana
		Selección de territorios pilotos.	una semana
		Preparación de pilotos con autoridades locales.	
Escenarios de financiamiento y alternativas.		Análisis de escenarios posibles y alternativas de financiamiento.	dos semanas
Aplicación de pilotaje en territorios que representen la heterogeneidad del país.		Selección de contrapartes locales.	una semana
		Inventarios de requerimientos y solución de brechas.	2011
	Inicio de aplicación.		

Componente	Actividad	Tareas	Período de ejecución
		Evaluación mensual.	6 meses
		Sistematización de proceso.	dos meses
Identificación de la condiciones de viabilidad y sostenibilidad para la implementación del MAIS-FC y estrategia de universalización.	Identificación de condiciones de viabilidad y sostenibilidad organizacionales, financieras y políticas.	Identificación de condiciones de viabilidad y sostenibilidad.	una semana
		Preparación de intervenciones para construir viabilidad y factibilidad.	dos meses
		Movilización de recursos para estas otras intervenciones.	5 meses
	Estrategia concertada de implementación progresiva de la capitación del primer nivel de atención.	Mapeo político nacional y local y estrategias de negociación.	5 meses
		Talleres de información y consenso.	
		Diseño de la estrategia e implementación.	
Institucionalización y universalización financiada de la capitación para el primer nivel.	Capacitación acción y educación permanente equipo nacional y local.	Identificar las necesidades de capacitación y de apoyo bibliográfico para cada tema de esta etapa.	6 meses
		Proponer talleres de capacitación y entrega de instrumentos.	
	Metodología e instrumentos de revisión y ajuste. Prestaciones y UPC.	Desarrollar un índice para la elaboración de manual de aplicación de la UPC.	5 meses
		Elaboración del manual.	
	Institucionalización y universalización del UPC.	Establecer responsabilidades institucionales y fortalecimiento de estas instancias.	5 meses
		Mecanismos de universalización de la aplicación de la UPC.	
		Monitoreo y evaluación.	
		Mecanismos de actualización de la UPC.	
	Ejecución	Aplicación y control nacional y local.	5 años
	Evaluación	Monitoreo sistemático.	cada 3 meses
Sistematización del proceso.			

**ESTADO Y SOCIEDAD CIVIL EN MUTUA
CORRESPONSABILIDAD POR LA SALUD**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*