ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN..... 1

II. FINALIDAD..... 3

III. OBJETIVOS..... 3

IV. BASE LEGAL..... 3

V. AMBITO..... 4

VI. CONTENIDOS 4

6.1 CONTEXTO DE LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS-BFC)

6.1.1 Progresos del Modelo de Atención Integral en Salud en el Perú..... 4

6.1.2 Avances en la Reforma Sanitaria del Perú..... 7

6.1.3 La Atención Primaria de Salud Renovada..... 10

6.2 MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS-BFC)

6.2.1 La evolución del concepto de salud y de la atención de la salud..... 12

6.2.2 Los Determinantes Sociales de la Salud..... 14

6.2.3 Dimensiones Política y Operativa..... 18

6.2.4 Principios y Valores..... 19

6.2.5 Enfoques..... 21

6.2.6 Configuración General del MAIS-BFC..... 25

6.2.7 Características Generales del MAIS-BFC..... 29

6.2.8 Concordancia entre el MAIS-BFC y la APS-R..... 30

6.3 COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS-BFC)

6.3.1 Componente de Gestión..... 34

6.3.2 Componente de Organización de los servicios para la prestación..... 47

6.3.3 Componente de Prestación de servicios de salud..... 51

6.3.4 Componente de Financiamiento..... 59

6.3.5 Articulación de los componentes y sus elementos para responder a los principios, valores y enfoques del MAIS-BFC..... 62

6.4 CONDICIONES DE ÉXITO PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS-BFC)

6.4.1 El cambio en el paradigma sobre la atención de salud..... 65

6.4.2 La Necesidad de aplicar Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos..... 68

6.4.3 Necesidad de reordenar el Financiamiento de los servicios de salud..... 68

6.4.4 Construyendo el Modelo de Atención desde la dimensión política..... 69

6.4.5 Refuerzo de la acción Intersectorial y la Participación Ciudadana..... 71
6.4.6 Necesidad de actualizar y completar el marco normativo del MAIS-BFC..... 73

VII. BIBLIOGRAFÍA 81

VIII. ANEXOS 82

Anexo N° 01 Lista de acrónimos y abreviaturas..... 82
Anexo N° 02 Glosario de Términos..... 83
Anexo N° 03 Paquete de Atención Integral de Salud a la Persona..... 87
Anexo N° 04 Paquete de Atención Integral de Salud a la Familia..... 100
Anexo N° 05 Flujograma de atención integral a la Persona..... 103
Anexo N° 06 Flujograma de atención integral a la Familia..... 105
Anexo N° 07 Necesidades de Salud..... 106
Anexo N° 08 Proceso de construcción del MAIS-BFC..... 110
Anexo N° 09 Hoja de Ruta del Financiamiento Per Cápita..... 112

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 Equipos de Salud, cuyo cometido principal es contribuir a mejorar la calidad de vida de las poblaciones a cargo en conjunto con ellos.

Las modalidades mediante las cuales los paradigmas del proceso de salud – enfermedad se implementan a través de prácticas sociales de atención a la Salud, constituyen los Modelos de atención a la Salud.

Hablamos de un MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD como un sistema organizado de prácticas realizado por el equipo de Salud, basado en el enfoque bio psico social del individuo, dirigido a población sana y enferma y que incorpora con especial énfasis la dimensión preventivo – promocional en la atención a la Salud y la participación de la comunidad en su conquista.

La incorporación de Reformas de la salud como el Aseguramiento Universal en Salud, La Descentralización en Salud en Salud y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, han introducido cambios significativos en el Sistema de Salud Peruano. En su esencia, reconoce el derecho de las personas, familia y comunidad a una atención integral de salud equitativa con garantías explicitas de calidad y oportunidad de la atención.

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en la atención integral de las familias, priorizando las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, preocupándose de las necesidades de salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de 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. Se da énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; en relación a las acciones curativas, con orientación en la familia y la comunidad;
3. Reorientación de los servicios de salud hacia una atención personalizada, digna, de Calidad y con base en los principios de la salud familiar y comunitaria y las garantías explicitas del Aseguramiento Universal en Salud.
4. Brinda especial atención a los recursos humanos, que prioriza el cierre de brechas con equidad, desarrollo de capacidades con énfasis en la formación de salud familiar y comunitaria y políticas de trabajo digno.
5. Promueve la Gestión de la Salud con enfoque Territorial.
6. Organización de los servicios en redes de salud y que asegure la complementariedad e Integralidad de la atención que requieren las necesidades de

salud sentidas y no sentidas. Que 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 abriendo espacios para la participación ciudadana en salud, individual y colectiva, y la intersectorialidad; incorporando 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. Asegurar a través de diversos mecanismos de financiamiento, equitativos y sostenibles, los recursos necesarios para su implementación y sostenibilidad.
9. Solido marco jurídico sanitario que revitalice y actualice la normatividad vigente, en el contexto de fortalecer su rol rector. ,
10. Respeto e impulso a la transversalización de los enfoques de Derecho, Interculturalidad y Equidad de Género.

El Modelo de Atención Integral propuesto releva el foco de atención en la familia, reconociendo que la familia influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros. Así mismo la situación de salud de cada miembro influye al sistema en su conjunto. Esta relación se expresa en la existencia en la familia de características que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo que hay que identificarlos e intervenirlo desde el nivel operativo en los establecimientos de salud y el nivel político desde el estado, nacional regional y local.

La **Integralidad de la Atención en Salud** es una aspiración de las personas y se constituye en uno de los principios orientadores del modelo de atención centrado en la familia. Asimismo 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 a cargo. **La continuidad** 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, e independiente del lugar geográfico del país donde la persona se encuentre por razones laborales u otras.

En la mejora de la situación de salud, una característica esencial y condición necesaria para el enfoque multidisciplinario, es el trabajo en equipo. La confluencia de miradas desde diferentes disciplinas aporta a un análisis más integral de la situación de salud, no sólo de personas y familias, sino de la comunidad en su 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 para mejorar la comprensión de las distintas dimensiones en que ocurre la vida de la población a cargo y una mejor utilización de los recursos existentes a nivel familiar, comunitario y social.
La conformación de estos equipos básico de salud familiar y comunitaria, multidisciplinarios a cargo de poblaciones pequeñas de familias, facilita el acercamiento, identificación y diagnostico de principales necesidades de salud y su plan de intervención. Se establece una relación equipo-comunidad que enfatiza una mayor responsabilidad por el autocuidado y el cuidado del entorno. La comunidad es parte del desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida.

II. FINALIDAD

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

III. OBJETIVOS

3.1 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.

3.2 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 sectores a través de una efectiva participación ciudadana individual y colectiva.

3.3 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", aprobada el 30 de marzo de 2009 y publicada el 08 de Abril del 2009.
- 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"
- 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 a 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 había implementado 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 estos 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 80s, hasta fines de los 90s, 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.

[1] Aprobado con Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, del 20 de Junio de 2003.

Las prioridades sanitarias nacionales se expresaban a través del funcionamiento de 17 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 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 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 al 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). Ellos orientan los términos bajo 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 aplica las acciones de salud tomando como eje central las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y de la comunidad, antes que a 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 Trasmisibles y Salud Familiar, y cuyas intervenciones se integran de manera coherente y articulada con las intervenciones por etapas de vida, 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 a, entre otras razones, la inequidad en el acceso a los servicios por razones geográficas, económicas, culturales, administrativas, de género, entre otras.

Es de consenso actual al interior del Ministerio de Salud 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 privilegiando 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) continuo como una actividad marginal para los equipos de salud en el primer nivel de atención.

c) Ello 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.

d) 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.

e) 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.

f) Por ende, el principal resultado esperado de la atención integral durante este periodo fue "personas saludables" con una nula o débil protección de la familia, de la comunidad y el entorno.

g) En cuanto al control de determinantes sociales de la salud, los principales esfuerzos realizados fueron a 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.

h) Aunque la mejora de la situación social, económica, educativa y política del país ha sido evidente, el rol de los gobiernos nacional, regionales y locales en la intervención sobre 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.

i) La población no ha asumido un rol pleno en el autocuidado de su salud y su participación en todos los procesos de la gestión pública aun es débil.

j) 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, que expresa apenas las necesidades de salud sentidas por la población, pero que 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 se vuelve necesaria una actualización de los términos en los que está definido el MAIS vigente, incorporando 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 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 reformas impulsadas por el Ministerio de Salud para reducir las inequidades en el acceso a los servicios de salud. A fines de los 90s surgen el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno como dos mecanismos de financiamiento bajo la modalidad de reembolso por las atenciones realizadas a dos grupos de población priorizados en el país. En la siguiente década ellos se fusionan para constituir el Seguro Integral de Salud (SIS).

En marzo del año 2009 se aprobó Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud[2], que establece el marco normativo a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. Un año después se publica su Reglamento[3] en el que se enuncian los mecanismos para su desarrollo e implementación a nivel nacional.

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.

[2] Ley N° 29344, "Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud", aprobada el 30 de marzo de 2009 y publicada el 08 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 03 de abril del 2010.

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 reduciendo las barreras económicas y transfiriendo 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 la auditoría y el 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 retro información 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 16 funciones sectoriales, que comprenden 125 facultades, con sus recursos asociados a 25 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 de Municipalidades; y por normas complementarias que 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 operativizar 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; así como gestionan la Atención Primaria de la Salud y conducen la operativización de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que incluye el abordaje con 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 prevención del riesgo o daño en salud y 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; incluyendo la vigilancia y 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 salud[5], de ellos, 11 son Institutos especializados, 146 son hospitales; 1,331 Centros y 5,959 puestos de salud. Estos dos últimos tipos de establecimientos de salud (centros y puestos) 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, seleccionando y derivando los casos que requieren hacia el siguiente nivel de atención. En este sentido podría resolverse localmente entre el 70 y el 80% de las necesidades básicas más frecuentes incluyendo 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 resolutiva de los servicios de salud del primer nivel de atención. y 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, el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención iniciándose en el 2010 en las regiones pilotos del Aseguramiento Universal en Salud.

[5] De acuerdo al Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Medicos de Apoyo – RENAES, consultado el 25 de abril del 2011.

Esta estrategia promueve lo siguiente:

- Se brinda especial atención a la formación y desarrollo de los recursos humanos: gestores, personal de salud y trabajadores comunitarios; y a la asignación de equipos básicos de salud en los establecimientos del primer nivel de atención. Se da énfasis al desarrollo de capacidades de gestión óptimas.
- Se enfatiza la orientación de los servicios de salud hacia la calidad con participación de la comunidad, basado en la mejora de los procesos de atención, diseño y aplicación de instrumentos de garantía de la calidad que permitan alcanzar resultados significativos en el desempeño de los servicios de salud con eficiencia y eficacia.
- Se privilegia las acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad teniendo como eje de intervención para la planificación y la acción a la Persona, Familia y Comunidad.
- 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 compromiso de todos los sectores y actores claves del estado y la sociedad civil, que le 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 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" y la definió para los servicios de salud 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.

[6] Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento Oficial. Borrador para discusión Jul. 12/05. Pág. 24.

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 (como la 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 que influyen en las 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 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 y 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 se cifra en revitalizar la capacidad de todos los países de 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, adoptando un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria, fortaleciendo los mecanismos de vigilancia y 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 Primara 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.

De 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 basado 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, la participación de los diversos sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, mediante la educación apropiada para acrecentar la capacidad de las comunidades para participar y buscar un 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, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles.

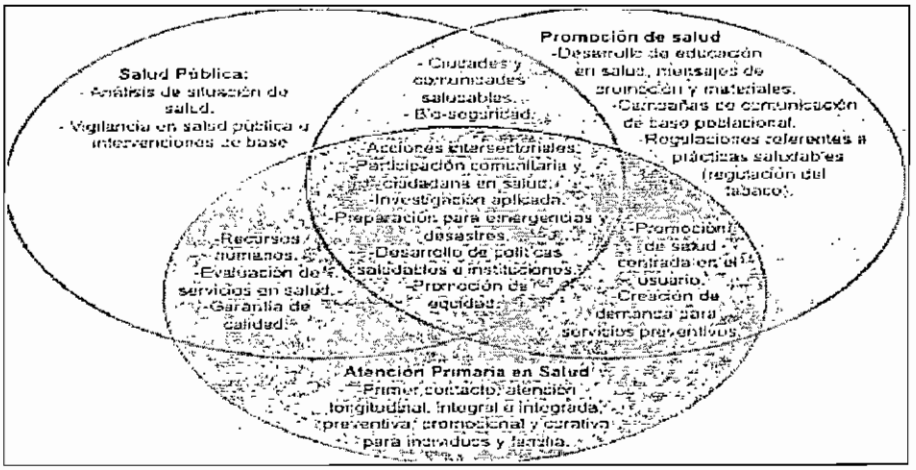
[7] Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento Oficial. Borrador para discusión Jul. 12/05. Pág. 24.

El documento también enuncia los elementos esenciales que en un Sistema de Salud basado en la APS-R debe tener: el acceso y cobertura universal; la atención integral e integrada; el énfasis en la promoción y la prevención; la atención apropiada con calidad; la orientación familiar y comunitaria; los mecanismos activos de participación; el marco legal e institucional; la organización y gestión óptimas; las políticas y programas pro equidad.; el primer contacto del paciente con el sistema de salud; recursos humanos apropiados y competentes; recursos financieros suficientes adecuados y sostenibles; acciones intersectoriales e interculturalidad

Finalmente, es necesario reconocer que 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 estarán siempre ligadas por su esencialidad. Figura N° 01.

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: el Aseguramiento Universal en Salud, la 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 que permite ofrecer intervenciones en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud; que integre y se 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 que se dan en una sociedad, 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 solo 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" que dominó durante gran parte del siglo XX y según el cual la salud era el resultado del equilibrio entre el agente, el huésped y el medio ambiente[8]. Este modelo explicaba por qué se enferma una persona, en términos de la combinación de diversas condiciones, muchas de ellas evitables.

En 1974, con el Informe Lalonde[8], el papel del individuo en la adopción de prácticas de vida saludables y del autocuidado de su propia salud y la participación de la sociedad en sus diversas formas comenzaron a recibir otra importancia en 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 dependen 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 80s a 90s, 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, incluyendo las autoridades, el sector privado, la población y los servicios de salud contribuyan a construir colectivamente una cultura de la salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado, que se organicen en 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 Bangkok[9] (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. Como resultado de esta apreciación, la salud se ha convertido en un componente indispensable de los planes y proyectos de desarrollo social.



Leavell y Clark, Triada Ecologica, 1953; [8] 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.

6.2.1.1 Los Determinantes Sociales de la Salud.

Desde mediados de la década de los 70s, los diversos factores que tienen un impacto gravitante en la situación de salud de la población fueron incorporados en el análisis bajo la denominación de *Determinantes de la Salud*. El informe Lalonde[10], que los describe, identifica a la biología humana, el estilo de vida, el medio ambiente (que incluye a aspectos físicos, químicos, biológicos, sicosociales, 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 Salud[11]. 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].

6.2.1.1.1 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 N° 02 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 las inequidades en salud.
- El "contexto socio económico 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.

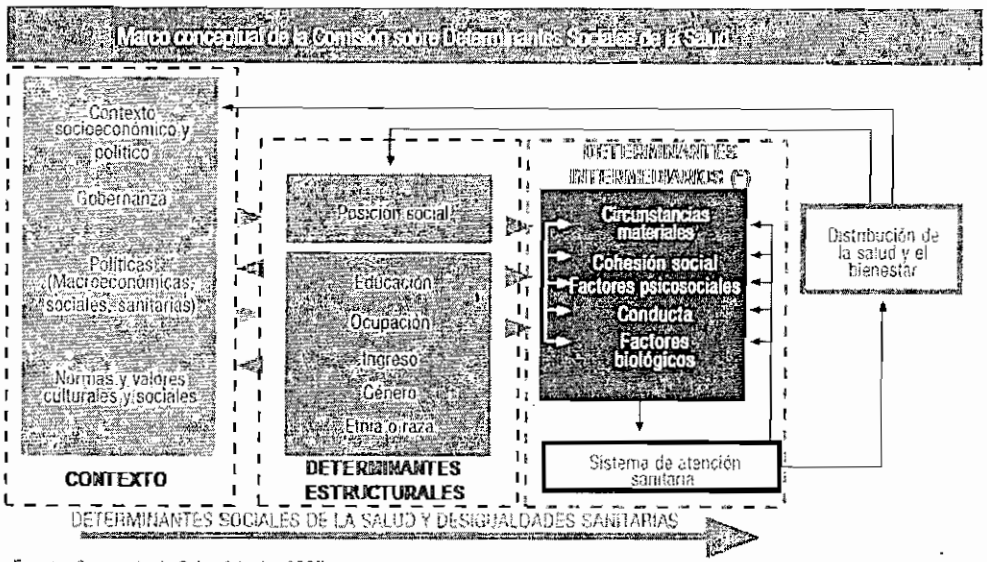
[11] La **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud** (CDSS) fue creada en marzo de 2005 por el Director General de la OMS, para acopiar datos para mejorar la salud, analizar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables a fin de que ella esté distribuida de forma más justa en todo el mundo, y 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 Nº 02

Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud



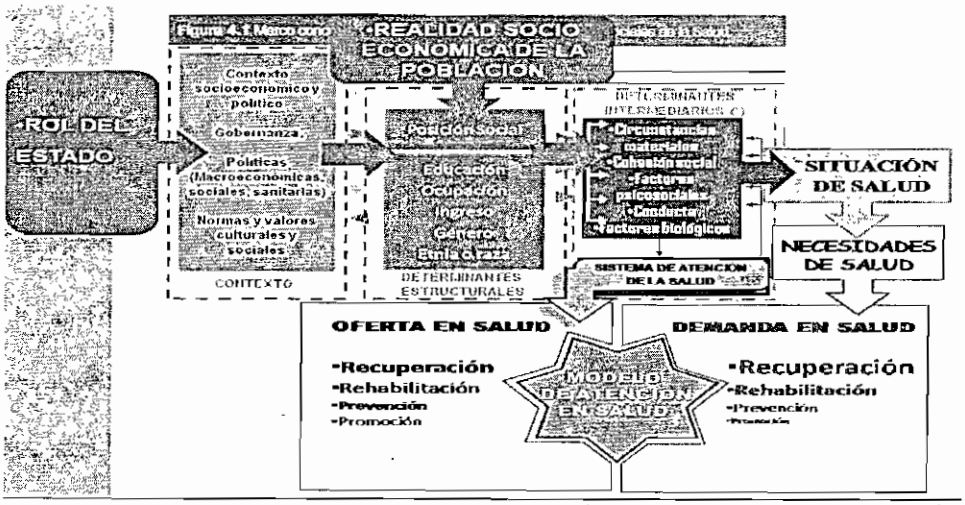
Fuente: Corregido de Solar & Irwin, 2007.

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 socio económica de la población***, y del ***rol del Estado respecto a la salud en el país*** (ver Figura Nº 03).

- La ***realidad socio económica de la población***, tiene directa relación con las determinantes estructurales (vinculadas a la posición social, educación, ocupación, ingreso económico, género y la etnia o raza) que a su vez influyen en los determinantes intermediarios. 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 a las posibilidades de acceder o no a mejores condiciones nutricionales, a tener un mejor sistema inmunológico, o mejor capacidad de aprendizaje, entre otras.

- ***Rol del Estado respecto a la salud en el país***, ya que es el Estado el que directamente determina el contexto socio económico 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 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 Intermediarios (en particular en el sistema de atención de salud, y en especial en el subsistema público).

Figura Nº 03
Influencia del Rol del Estado y de la Realidad Socio Económica de la Población en los Determinantes Sociales de la Salud y su efecto final en la Oferta y Demanda de Salud



Desde este análisis, tanto la realidad socioeconómica de la población como el rol del Estado respecto a la salud en el país, influyen en los Determinantes Sociales de la Salud, y éstas definen la Situación de Salud de la población.

6.2.1.1.2 Los Determinantes Sociales de la Salud y el comportamiento de la Demanda.

Como se representa en la Figura Nº 03, 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 se expresan y configuran la *Demanda en Salud*. Dentro de las 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 demanda[14].

Es evidente que, pese al esfuerzo que se ha hecho en el primer nivel de atención de salud, es muy poco lo que se avanzado para desarrollar efectivamente el MAIS. Eso es, porque hasta ahora el MAIS ha orientado todas las energías a organizar la prestación, a organizar 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. Aún 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, adecuándose a ella, y terminando por privilegiar a la oferta recuperativa.

De hecho, **la oferta** se ha adecuado para intentar ofrecer atención integral, privilegiando 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 socio económica en la que vive, 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 le permita cubrir sus necesidades básicas, dedicando a ello todos sus esfuerzos y deteniéndose solo 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 a 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.

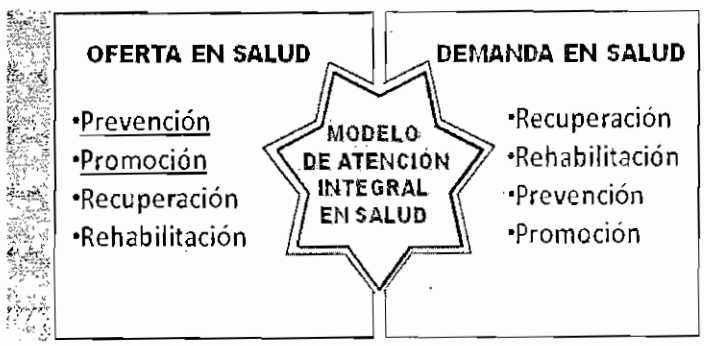
La demanda en salud es la expresión de las necesidades sanitarias de la población (esto es lo que la población entiende como sus prioridades), y son reflejo de la Situación de Salud.

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 las Determinantes Sociales de la Salud.

6.2.1.1.3 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, haciendo que exista un equilibrio razonable entre las intervenciones sanitarias de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; logrando que se supere el predominio avasallador de las atenciones recuperativas (ver Figura N° 04).

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; y con ello el MAIS contribuirá a mejorar significativamente la situación de salud de la población a la que atiende.

Alcanzar ello podrá hacerse realidad si se interviene no solo en la Oferta, sino principalmente en la Demanda. Modificar el comportamiento de la demanda, implica hacer que busque, valore y prefiera la Atención Integral.

6.2.1.2 Las Dimensiones Política y Operativa.

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 de intervenir en las 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 las 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:

- 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 solo 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, que establecer las pautas y criterios para lograr un MAIS efectivo (ver Figura N° 05).

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* le corresponde implementarlo. Con frecuencia el desarrollo del MAIS se ha tratado de implementar trabajando solo 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 las Determinantes Sociales en Salud, es la Dimensión Política quien debe trabajar en esa dimensión para poder modificar el comportamiento de la Demanda.

Las Determinantes Sociales de la Salud son gravitantes en la Situación de Salud, definen el comportamiento de la Demanda en Salud. Ésta no podrá cambiar si no se interviene en los Determinantes Sociales de la Salud. Los cambios necesarios en esa dimensión solo 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 al medio, las biológicas o de los estilos de vida, así como de la calidad del sistema de atención de salud, corresponde a las decisiones de Estado, que se materializan por las acciones del Poder Ejecutivo (que incluye al MINSA) y del Poder Legislativo, por lo menos, para definir las Políticas de Estado que hagan ello posible y 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

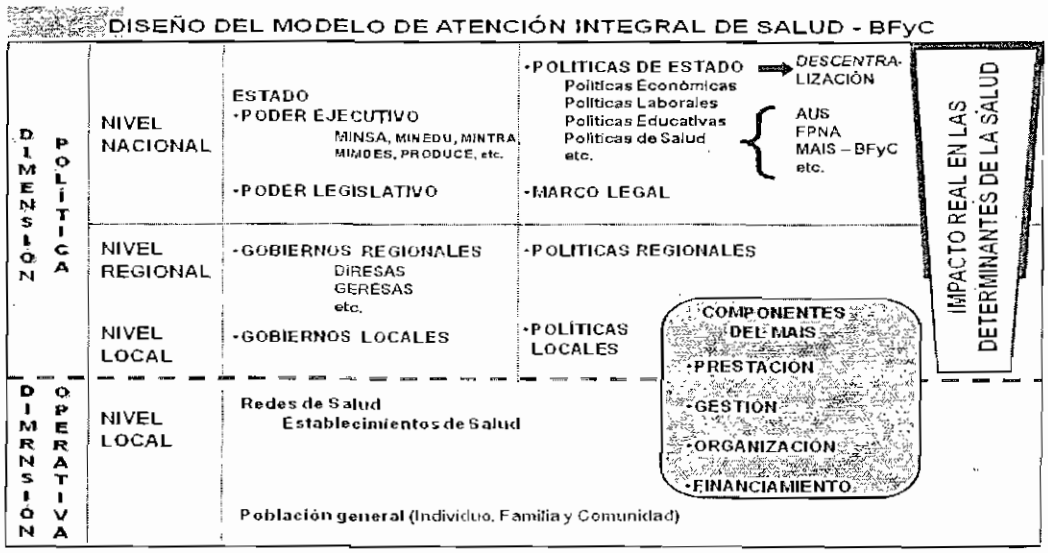
El Nivel Político incluye además a los niveles de gobierno regional y local, quienes deben formular y aplicar las políticas correspondientes y coherentes a las dispuestas por las políticas nacionales, y que consoliden los cambios en las Determinantes Sociales de la Salud. También es importante desarrollar y fortalecer los espacios de vigilancia social del cumplimiento de la intervención política, y realizarla con participación de la sociedad civil.

b) *Dimensión Operativa*, en esta dimensión se ubican los prestadores de servicios, los establecimientos de salud, que deben aplicar e implementar el nuevo MAIS, y se ubica 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 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.

Aún cuando se sabe que la oferta sigue a la demanda, en tanto la demanda no sea modificada desde las 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 Nº 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



6.2.1.3 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):

6.2.1.3.1 Integralidad.

La integralidad es un principio fundamental 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 eco-biológicas. 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 que es a ella la que 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 ello, la integralidad de la atención requiere el trabajo de equipos multidisciplinarios (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).
- La atención continua: La atención es continua en todos los niveles, ordenando de forma flexible los flujos de atención y de recursos, asegurando 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.

6.2.1.3.2 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 a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para cubrir sus necesidades de salud sin distinción de clase social, raza, credo, género u otra condición.

6.2.1.3.3 Calidad.

Orientación de los esfuerzos institucionales hacia la obtención del máximo beneficio para las personas, familia y comunidad, promoviendo el óptimo desempeño de la institución y la búsqueda permanente de la mejora continua de la atención en salud.

6.2.1.3.4 Corresponsabilidad.

Es la garantía del deber de participar de la persona, familia y comunidad como socios activos en la toma de decisiones para lograr y mantener un adecuado estado de salud.

6.2.1.3.5 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.

6.2.1.3.6 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.

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

6.2.1.3.7 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 debe 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.

6.2.1.4 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:

6.2.1.4.1 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, impidiendo 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 salud[16].

Las normas de atención de salud vigentes reconocen que la discriminación por motivo 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 llevan 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, la no regresividad de los avances en materia de logro de los derechos y priorice a 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 debe proyectarse al de ciudadanos miembros 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.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
DG

[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.

6.2.1.4.2 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 y 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 él.

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 cumplimiento de roles, para lograr un adecuado funcionamiento familiar y contribuir al desarrollo pleno de sus integrantes. Para modificar las inequidades de género que afectan la salud integral y el desarrollo humano, se deben adoptar entre otras, las siguientes medidas[15]:

- 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 a las necesidades particulares de salud de cada sexo y en cada contexto socioeconómico y exigir aporte financiero en función de la capacidad de pago.
- Distribuir 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.

6.2.1.4.3 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 terapeutas 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[15]:

- 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 étnicos-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.

6.2.1.4.4 El Enfoque de Territorialidad.

De acuerdo al enfoque de territorialidad, el territorio no solo 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 medio ambiente, 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 territorio[17].

El proceso de Reforma del Estado, busca mejorar el servicio al ciudadano, reconoce que el Perú es un Estado unitario y descentralizado, que existen tres niveles de gobierno: Nacional, Regional y Local, y cada nivel cumple un rol en cada área o materia de acción estatal[18]. De acuerdo con el marco normativo referente al proceso de descentralización, la transferencia de competencias y funciones del nivel nacional, a 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.

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 diferentes intervenciones en múltiples dimensiones, actuando en forma separada o en conjunto deben 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 N° 06).

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.

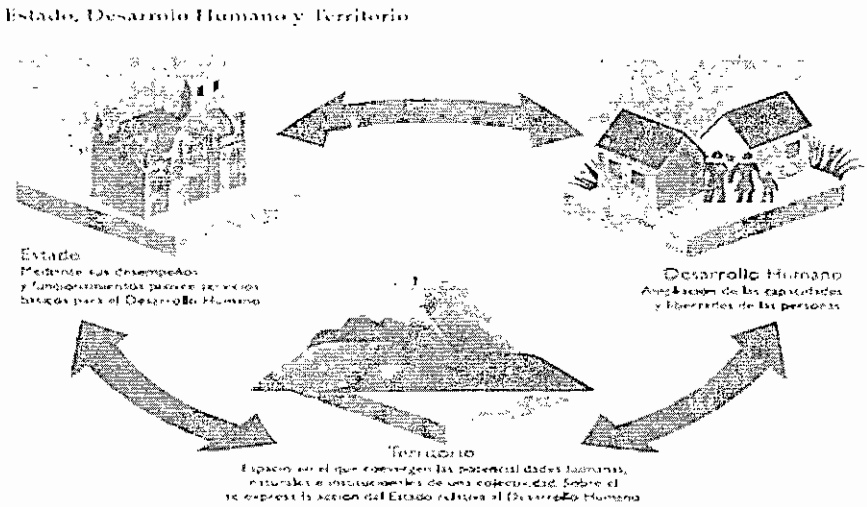


[17] Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2009: Por una densidad del Estado al servicio de la gente

[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.

Figura N° 06

Relación Estado, Desarrollo Humano y Territorio



Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2009

El enfoque territorial reconoce las circunscripciones político-administrativas, que son departamentos, provincias y distritos, que de acuerdo a su nivel determinan el ámbito territorial de gobierno y administración, y que cada una cuenta con una población caracterizada por su identidad histórico-cultural, y un ámbito geográfico, soporte de sus relaciones sociales, económicas y administrativas[19].

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 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 geo-socio-sanitario.**

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.

[19] Ley N° 27795 Ley de Demarcación y Organización Territorial.

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 los grupos étnicos culturales. Tales acciones se dirigirán especialmente a: promover competencias en el personal de salud, tanto del que se encuentra en servicio como de aquel que se está formando para ello, para el respeto y 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 atienda 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 las inequidades que los afectan respecto de las oportunidades para acceder al más alto nivel de salud[15].

6.2.1.5 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 a 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:

6.2.1.5.1 El eje de atención de las necesidades.

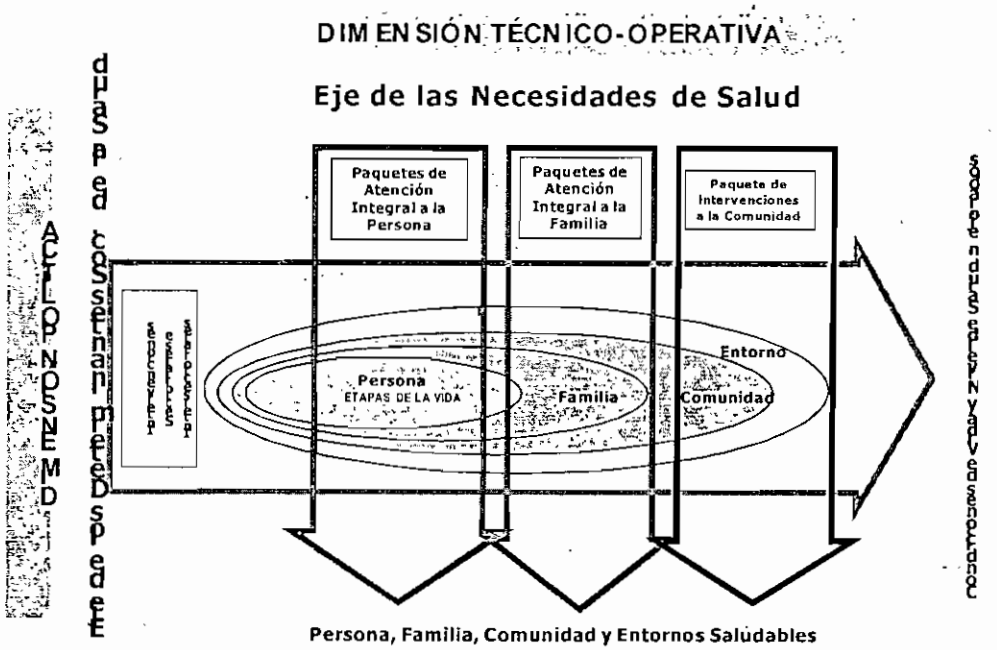
El eje de las necesidades es la parte predominantemente sectorial del MAIS-BFC y comprende las intervenciones para responder a las necesidades de salud de la persona, la familia y la comunidad está a cargo del personal de salud. En este eje se ubican tanto los prestadores de servicios (establecimientos 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 (ver Anexo N° 07), 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.

Figura Nº 07
Configuración del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad



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

a) **Paquetes 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.

b) **Paquetes de atención integral a la familia.-** Constituye la oferta de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades de la familia por etapas del ciclo vital familiar. Ofrecen cuidados esenciales para la familia en formación, en expansión, en dispersión y en contracción.

c) **Intervenciones en la comunidad.-** Constituye la oferta de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que están orientadas a atender las necesidades de salud de la comunidad en sus diferentes escenarios: instituciones educativas, centros laborales, redes sociales y otros. Ofrecen intervenciones sanitarias para el desarrollo de comunidades con entornos saludables.

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 las Determinantes Sociales y las prioridades sanitarias.

6.2.1.5.2 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 las inequidades 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 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 las 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.

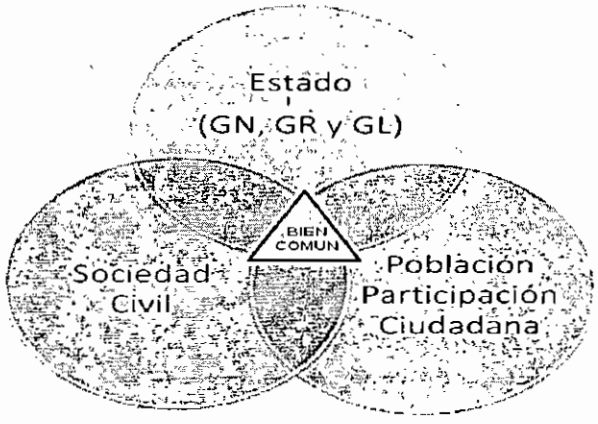
Los cambios necesarios en esa dimensión solo podrán hacerse con la decisión política de los tres niveles gobiernos, de realizar y concertar acciones e intervenciones que van más allá del campo sanitario, y que tienen impacto en la salud de las personas, familia y de la comunidad. Los resultados de la intervención en este nivel se verán en el mediano y el largo plazo, por lo que iniciarlas cuanto antes es imperativo.

[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.

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).

Figura N° 08

Actores para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud



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

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

6.2.1.5.3 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. Esta comisión se encargaría de:

- Convocar a las instituciones (instituciones de proyección social destacadas, grupos académicos y profesionales) y expertos nacionales que por su desempeño actual puedan contribuir al levantamiento progresivo y sostenido de información para evaluar las causas y efectos de las inequidades 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 la Universidades y con las 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.

6.2.1.6 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 que han sido 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 del 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**, desplazando 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.

6.2.1.7 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 14 atributos esenciales que deben tener estas redes[21] 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 Nº 01.

Tabla Nº 01

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.	▪ Proceso de delimitación de redes de salud / Redes de salud articuladas funcionalmente.	Organización de la prestación
	▪ La gestión de la salud con enfoque territorial. ▪ La elaboración del plan de salud local (y su diagnóstico situacional de salud).	Gestión.
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.	▪ Redes de salud / redes de salud articuladas funcionalmente. ▪ Registro y categorización de los establecimientos de salud. ▪ La acreditación de servicios de salud.	Organización de la prestación.
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.	▪ 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.

[21] OPS, Organizacion Panamericana de la Salud. Redes Integrales de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Politica y Hoja de Ruta para su Implementacion en las Americas. Serie La Renovacion de la Atencion Primaria de la Salud en las Americas, Nº 4. 2010.

Tabla Nº 01

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
4) Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.	▪ La acreditación de servicios de salud. ▪ Oferta Móvil especializada complementaria a la oferta fija	Organización de la prestación
	▪ La gestión de la salud con enfoque territorial para la atención especializada.	Gestión.
5) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.	▪ Sistema de Referencia y Contrarreferencia. ▪ La adecuación de los servicios de salud para la atención integral basada en la familia y la comunidad. – 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.	Prestación y Organización de la prestación.
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.	▪ La provisión de paquetes de atención integral a la persona, familia y comunidad intramural y extramural: – La adecuación de los servicios de salud para incorporar el enfoque de derechos, de género e Interculturalidad en la atención de salud.	Prestación y Organización de la prestación.
7) Un sistema de gobernanza único para toda la red.	▪ El marco del AUS: – Las Redes Funcionales de Atención.	Gestión y Organización de la Prestación

Tabla Nº 01

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
8) Participación social amplia.	▪ 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.	▪ 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.	▪ 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.	▪ 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.	▪ Desarrollo progresivo de un sistema integrado de información funcional. ▪ El sistema integrado de control gerencial.	Gestión

Tabla N° 01

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
13) Gestión basada en resultados.	▪ 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.	▪ La implementación de los acuerdos de gestión.	Gestión
	▪ Implementación del mecanismo de capitación para financiamiento en el Primer Nivel de Atención. ▪ Implementación del Presupuesto por Resultado.	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).

6.2.2 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:

a) Gestión

b) Organización de la Prestación

c) Prestación de Servicios de Salud

d) Financiamiento.

La Figura N° 09 trata de representar los cuatro componentes del MAIS-BFC, enfatizando su componente de salud familiar y comunitaria y enmarcándolo 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.

6.2.2.1 COMPONENTE DE GESTIÓN

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

a) *La Dotación suficiente de Equipos de Salud* que integren a profesionales de la salud con competencias para implementar la atención primaria de salud renovada (APS-R) en el primer nivel de atención, contribuyendo sustantivamente en la mejora de su capacidad resolutiva, enfatizando en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, centrando su accionar en la atención integral de la persona, familia y comunidad. Esto será posible a través de las siguientes estrategias:

- La planificación territorial de la dotación de equipos de salud con criterios de equidad y pertinencia social.
- Sistemas de 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, promoviendo 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; lo que implica esfuerzos comunes para incorporar en estos últimos, nuevos contenidos y enfoques pedagógicos así como nuevos escenarios de práctica que permita 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, las redes de salud en su ámbito geo-socio-sanitario 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 la implementación de los planes estratégicos integrados para la atención de salud y el desarrollo social a través de las asociaciones CLAS o a través de directorios intersectoriales con participación de actores de la sociedad civil.
- La gestión adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, garantizando el acceso a medicamentos seguros, de calidad y 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 resolutiva 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.

6.2.2.1.1 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 en base a profesionales de medicina humana, enfermería, obstetricia y técnicos de enfermería, y el desarrollo de sus competencias.

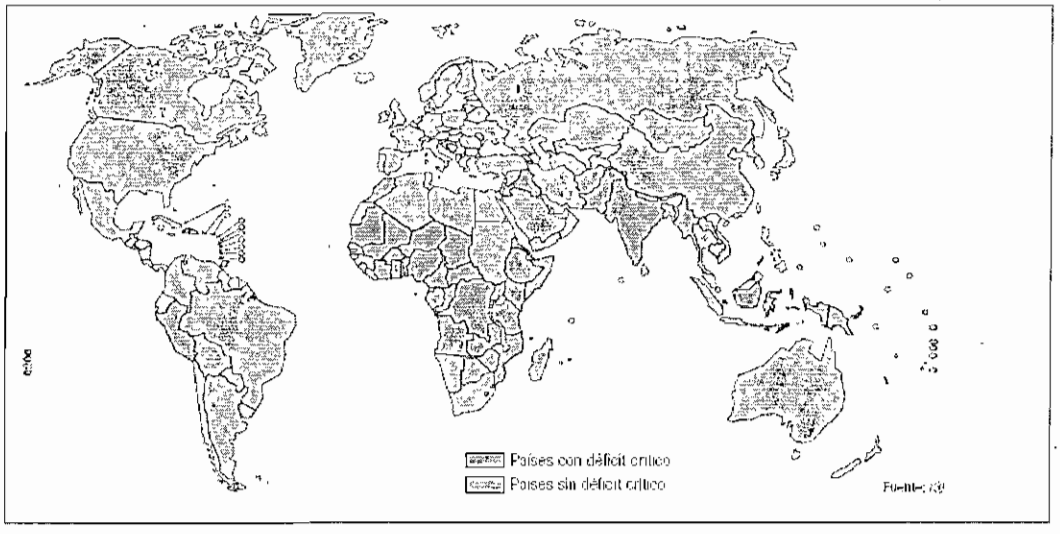
Así mismo se podrán integrar otros profesionales de la salud que sean necesarios para desarrollar la atención integral a la persona, familia y comunidad en el ámbito de una Red de Salud. A este equipo se denomina: "Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria" (EBS-FC); se incorporarán los agentes comunitarios 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 según 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; 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 Milenio[22] (ver figura N° 10).

Figura N° 10

Estratificación de Densidad de Recursos Humanos de Salud en el mundo.



Fuente: OMS 2006.

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 costeños y de grandes urbes están por encima de este dato crítico (ver Figura N° 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 en 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 con 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.

[22] Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial de la Salud, año 2006.

Figura Nº 11

Densidad de Recursos Humanos en el Sector Salud por Departamentos

Perú-2009



1/ Se considera población Distrital 2009 según OGEI-MINSA según CPV 2007- INEI
2/ Incluye a la Provincia Constitucional del Callao
Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos 2009 - DNRHUS - DGGDRH - MINSA
Información Remitida por ESSALUD - 2009 (no incluye CAS de Cajamarca, Sullana y Tumbes)
Información Remitida por la División de Desarrollo Humanos DIREMASS,DIRESAL,PNP 2009
Información remitida por la FFAA 2009.
No se considera a la EPS, debido a que los Recursos Humanos tambien laboran en otra institución.
Elaborado por : Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud - DGGDRH - MINSA

6.2.2.1.1.1 Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los recursos humanos para el Aseguramiento Universal en Salud- PROSALUD:

El Decreto Supremo Nº 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, el cual debe 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 a 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 a 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; garantizando 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.

6.2.2.1.1.2 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 los decisores, gestores y operadores de las distintas instancias de decisión, gerencial y administrativas en salud; orientados a desarrollar las capacidades y competencias, en tres componentes: Asistencia Técnica, Capacitación y Articulación Educación-Salud; en el marco de la implementación de los mismos, se propone un conjunto de programas educativos alineados a los objetivos sanitarios; entre ellos podemos mencionar al Programa de Epidemiología de Campo (PREC); al Programa de Gerencia y Gobierno en Salud (PREG), el Programa de Gestión de Políticas en el Campo de los Recursos Humanos en Salud (CIRHUS-Perú) y el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM).

6.2.2.1.1.3 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 geo-socio-sanitario 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 e incluye por lo tanto 6 módulos de la fase 1, 19 módulos de la fase 2, más 10 módulos esta fase.

6.2.2.1.1.4 Agentes Comunitarios de Salud como parte del EBS-FC en el MAIS-BFC.

Así mismo, se requiere el concurso de otros actores importantes como es el ***Agente Comunitario de Salud-ACS***, forma parte de la estructura organizativa de su comunidad, depende directamente de ella, mantiene relaciones funcionales con las autoridades, según 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, contribuyendo a una adecuada prestación de servicios, capacitando 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 de las horas académicas respectivas.

6.2.2.1.2 Gestión de la Salud con Enfoque Territorial.

La Gestión *de la Salud con enfoque territorial*, es un proceso de articulación político, institucional, gubernamental y social que se desarrolla en un territorio determinado, para el abordaje de las determinantes sociales logrando 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: (ver figura N° 08)

- 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, ONGs, universidades, organizaciones sociales, entre otros).
- Población a través del ejercicio de la Participación Ciudadana.

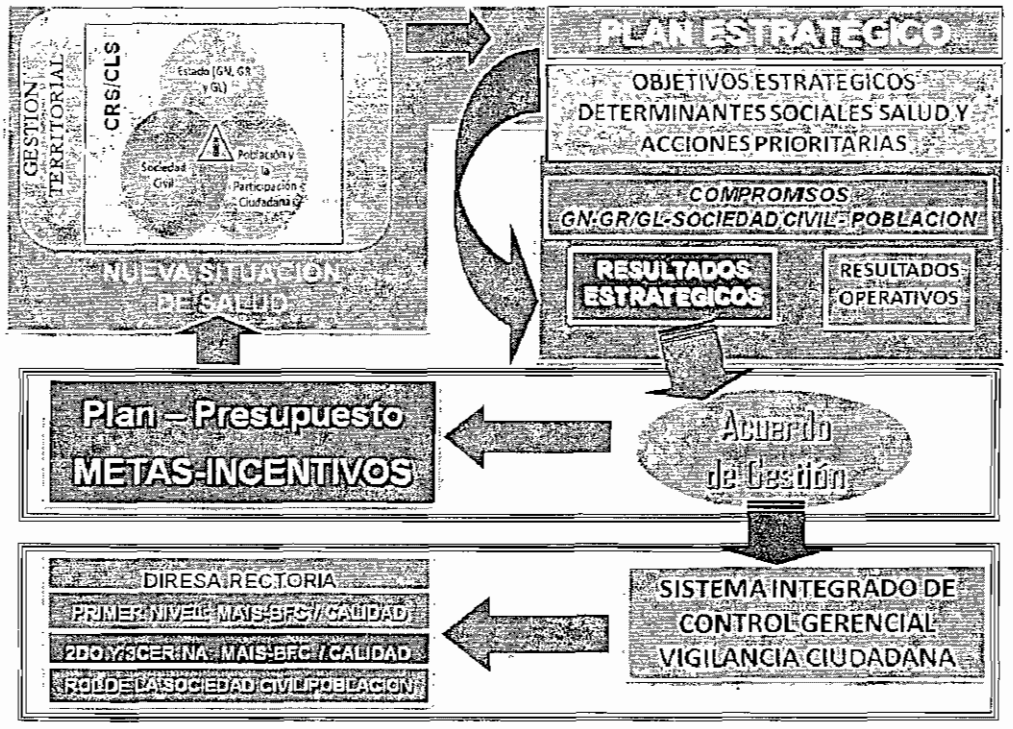
El desarrollo de la Gestión de la Salud con enfoque territorial comprende, entre otros, los siguientes procesos:

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 N° 12). A partir de ellos se establecen las metas por alcanzar a través de 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, contribuyendo al mejor desempeño de los servicios de salud y al abordaje de los determinantes sociales de la salud

Figura N° 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.

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, para 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 que contribuirán a mejorar el diálogo, el entendimiento y el respeto entre los representantes de la población, los representantes del estado, (los trabajadores de salud y las 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 y ser acogidos en los servicios de salud, para además de facilitar el diálogo, la generación y desarrollo de una voz colectiva e informada, a partir de ciudadanos que se van empoderando en el ejercicio de su derecho a participar 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 a 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 respuesta"[23].

6.2.2.1.3 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 solo en el momento de promover políticas sanitarias relevantes sino, de manera más rutinaria.

[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.

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

Mencionar que el primer eslabón de la cadena de procesos del sistema de información es el **Registro**, es importante realizar los esfuerzos necesarios para que el registro 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 medio ambiente y en la comunidad (ámbitos de intervención de promoción de la salud).

Asimismo se han actualizado e incorporado tablas adicionales como:

- **Pertenencia étnica,** identificación de usuario según pertenencia étnica (de 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 usuario nacionales y extranjeros.

6.2.2.1.4 Reorientación de los servicios de salud hacia la Calidad de la atención.

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

Con este propósito la Autoridad Sanitaria Nacional establece una serie de directrices, a través de la Política Nacional de Calidad en Salud[24], 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, 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 Explicitas de Calidad establecidos en la normatividad vigente de Aseguramiento Universal en Salud[25].

Las garantías explicitas 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 la séptima directriz, señala que los establecimientos de salud deben cumplir las normas y estándares de calidad para mejorar la calidad de la atención de salud, presentando como principal estrategia; la acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y en la duodécima y final directriz, indica 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 con una serie de estándares mínimos y factibles de alcanzar, con un enfoque de procesos como punto central de la metodología de mejoramiento continuo, promoviendo acciones de mejora de la calidad de atención orientados 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 intra 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 la participación ciudadana, se promueve la vigilancia ciudadana en salud que se enmarca en lo establecido en el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud[27], que en el artículo 9° Mecanismos de Vigilancia Ciudadana, se señala que el Ministerio de Salud establecerá los mecanismos de vigilancia ciudadana a ser desarrollados por los Gobiernos Regionales.

[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.
[27] Aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

6.2.2.1.5 Gestión adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

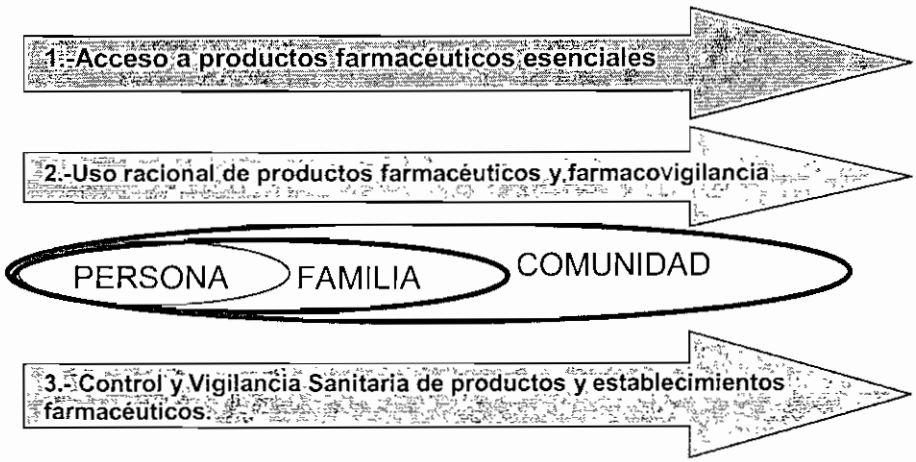
El MAIS-BFC exige la integralidad, accesibilidad a los servicios de salud, oportunidad, calidad y participación social y comunitaria, principios que no son ajenos a la exigencia en materia de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos. Una atención integral de salud requiere de productos 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 dentro del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad, es el aspecto preventivo-promocional y el rol que cumple 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, de rehabilitación, de mantenimiento, de diagnóstico o mitigar dolencias sino también al aspecto preventivo-promocional y educativo orientado al usuario, la familia y la comunidad.

La gestión de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos, en el marco del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad, dará énfasis en tres ejes de acción, según la Figura N° 13:

Figura N° 13

Esquema del Acceso, Uso, Farmacovigilancia, Control y Vigilancia Sanitaria de productos farmacéuticos en el MAIS-BFC



6.2.2.1.5.1 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 lineamentos:

- **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.

6.2.2.1.5.2 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 en base a información actualizada, independiente y confiable; y asimismo, que la población en general tome conciencia de la importancia del autocuidado y de la adecuada utilización de estos productos.
El uso racional se sustentará en los siguientes lineamentos:

- **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 independiente sobre el uso de los productos farmacéuticos basadas en evidencia, que le 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 que se entregue al paciente que corresponda, el medicamento correcto, en la dosis y cantidad prescrita, con información clara sobre su uso y conservación, y en un envase que permita mantener la calidad del medicamento.

- **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 a productos farmacéuticos y dispositivos médicos, con la finalidad 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.

6.2.2.1.5.3 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 a 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 Vigilancia sanitaria se sustentará en los siguientes lineamentos:

- **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 la 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.

6.2.2.1.6 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 redes de servicio y nivel de complejidad, con enfoque de interculturalidad y de gestión territorial.

De acuerdo a las evaluaciones: Físico funcional[28] y 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 transfiera partidas de la Presidencia del Consejo de Ministros[29] para el mantenimiento y reposición de los establecimientos de salud públicos a nivel nacional, con el objetivo de fortalecer la capacidad resolutiva 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, y del MAIS-BFC es indispensable considerar las inversiones necesarias, coh 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.

6.2.2.2 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 la comunidad en un enfoque Territorial. Comprende la organización de la oferta de los servicios de salud en función de las necesidades de salud.

La autoridad sanitaria ejerce sus funciones y competencias en un ámbito geo-socio-sanitario, 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 a 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, son 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 basado en familia y comunidad con énfasis en la prevención y promoción, y la articulación funcional debe considerar todos los prestadores y financiadores presentes en el ámbito geo-socio-sanitario.

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.

[28] Diagnóstico Físico funcional de infraestructura, equipamiento y mantenimientos de los hospitales e institutos del MINSA – 2006.

[29] Decreto de Urgencia N°036-2008 se declara en emergencia los establecimientos de salud del sector salud y autorizan 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 se establecen medidas extraordinarias para la ejecución del mantenimiento y reposición de equipamiento de los establecimientos de salud.

c) Los establecimientos de salud categorizados del primer nivel de atención deberán tener el enfoque de salud familiar y comunitaria, 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 basado en familia y comunidad aplicando un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud.

6.2.2.2.1 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, priorizando 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 contribuyan en la intervención de otros determinantes sociales de la salud.

6.2.2.2.2 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, en base a niveles de complejidad y a 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, teniendo como eje de planificación para la acción 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 instalan en una primera etapa en los establecimientos de salud con población de salud, de categoría I-3, y están conformados por profesionales de la salud de medicina humana, enfermería y obstetricia, además del técnico de enfermería; teniendo 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 EBS-FC 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 resolutiva 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.



6.2.2.2.3 El Sistema de Referencia y Contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención.

De acuerdo al 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 resolutiva.

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.

6.2.2.2.4 La Oferta Móvil de Servicios de Salud.

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

Enfatiza la prevención y promoción basado en familia y comunidad aplicando 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, la capacitación de los equipos AISPED debe incluir 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; priorizando las 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 hiper urbanas, zonas urbanas, zonas peri urbanas 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.

6.2.2.3 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 al 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 al 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 que 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, adecuándolos con enfoque de derecho, equidad de género e interculturalidad en salud.

f) La implementación de los flujos de atención intra y extramural y algunas herramientas para asegurar la integralidad (como la disponibilidad de historias clínicas por etapa de vida, fichas familiares y otros formatos).

6.2.2.3.1 La provisión de paquetes de atención integral a la persona, familia y comunidad intramural y extramural.

El modelo hace 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 N° 03):

- 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 N° 04). Ellos deben ser ofertados en forma continua, con calidad y con enfoque biopsicosocial cubriendo 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 N° 04).

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.

6.2.2.3.2 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 conformado por un equipo multiprofesional que incluye profesionales de medicina humana, enfermería, obstetricia y técnicos de enfermería establecidos 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 desarrollando 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 al ciclo vital de la familia y según las necesidades identificadas de salud de la familia.

a) **Elaboración del Diagnostico 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 bases 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 en el 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; siendo 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 diagnostico 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 realizara 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 encontraran 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 a 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, teniendo 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, pudiendo esta cifra ser ajustada de acuerdo a 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 de acuerdo a las características de la población y escenarios como:

Poblaciones pequeñas homogéneas de pobreza extrema, zonas rurales, donde las necesidades de salud son comunes se requiere un involucramiento colectivo donde los actores principales son los líderes comunitarios requiere 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.

a) En poblaciones periurbanas e hiper urbanas heterogéneas en dónde 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 a 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.

6.2.2.3.3 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 N° 13.

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

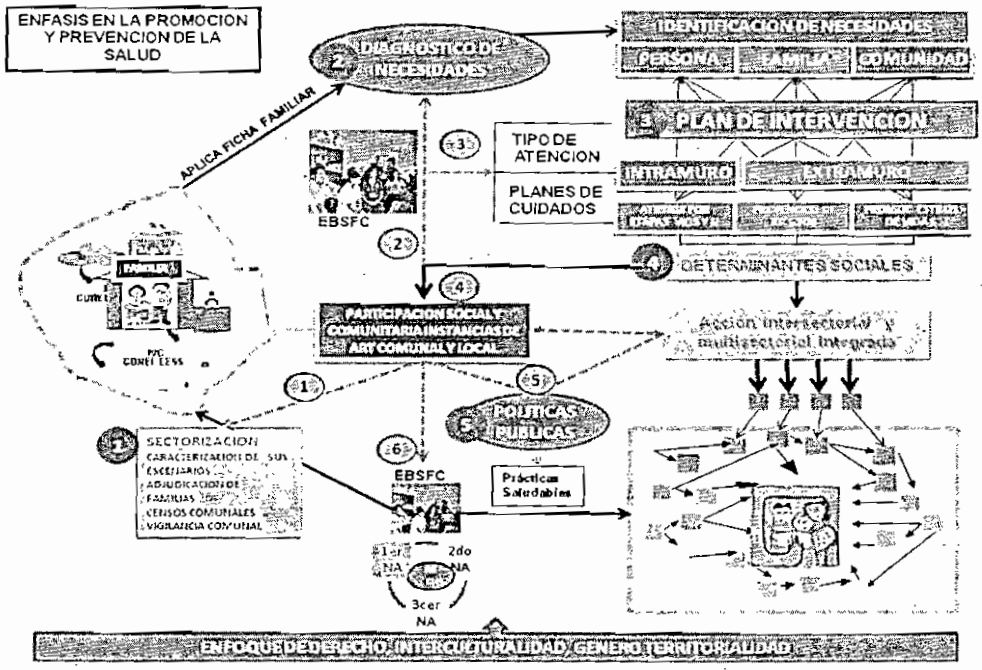
Las fichas de Autodiagnóstico y de Comportamientos y Estilos de Vida Saludable, es el instrumento para la obtención del diagnóstico desde la perspectiva de la familia.

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 N° 14

Implementación del Trabajo Extramural



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 N° 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) que integran las funciones y responsabilidades atribuidas.

6.2.2.3.4 El Sistema de Seguimiento de las 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 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 contra-referidos 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 a 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.

6.2.2.3.5 Elaboración de los Planes Locales de Atención de Salud.

Con la intervención de las autoridades locales, se definen, además 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 inequidades.

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 a 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 en base a riesgos comunes (Hipertensos, diabéticos, asmáticos, adictos, gestantes, lactantes, adolescentes, entre otros). Estas acciones grupales permiten el desarrollo de estrategias educativas y de grupos de apoyo, lo cual incrementa la eficiencia y la efectividad.

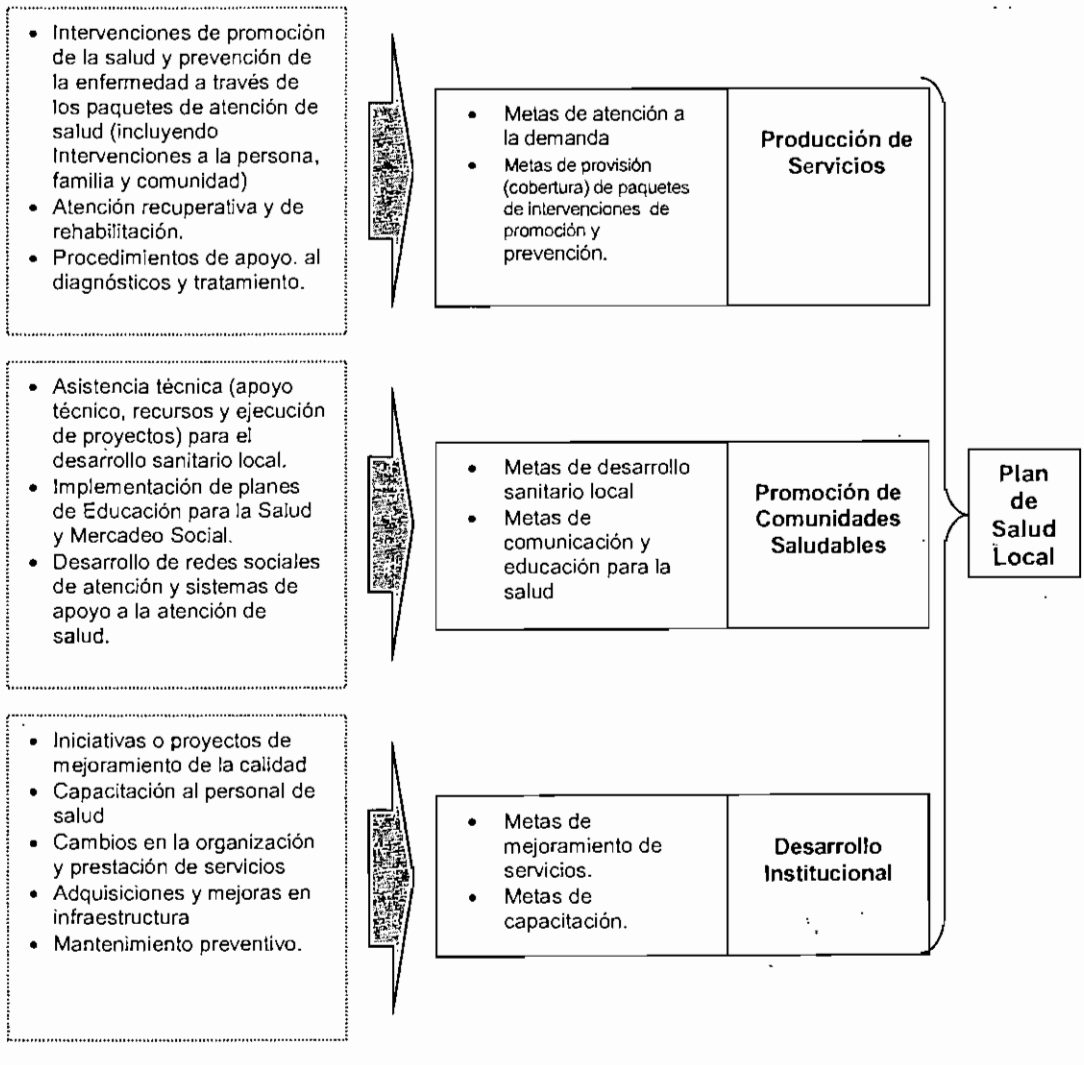
Las intervenciones en la Familia y la Comunidad implementadas como parte del plan son finalmente evaluadas, de acuerdo a las metas establecidas en el Plan Comunal y de acuerdo a los indicadores normados.

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 03 paquetes y metas (paquete de producción de servicios, paquete de promoción de comunidades saludables y paquete de desarrollo institucional).

Figura N° 15

Contenidos referenciales del Plan de Salud Local



6.2.2.3.6 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: Apertura de la carpeta familiar, ficha familiar, historia clínica personal y la organización del archivo de historias clínicas en función a carpetas familiares.
- La organización e implementación de flujos de atención intramural y fundamentalmente el flujo de atención extramural del establecimiento de salud (Ver Anexos N° 05 y 06).
- 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 los ambientes de espera familiar cerca a la sala de parto, en los establecimientos de salud para albergar a la familia que acompaña el parto.
  - La inclusión de profesionales de la salud que hablen quechua y aymara en el perfil de 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.

6.2.2.4 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, 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 con enfoque de familia y comunidad,

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:

6.2.2.4.1 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 semi-contributivos 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, conteniendo las garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios. 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.

6.2.2.4.2 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 oportunidad para impulsar la sostenibilidad de las intervenciones preventivo promocional del MAIS BFC, son los Programas Presupuestales Estratégicos, de los cuales se debe fortalecer y/o ampliar sus finalidades (productos) 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 al trabajo extramural, a 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.

6.2.2.4.3 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 inscrito 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 describen en el **Anexo N° 09**

6.2.2.4.4 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 la implementación de proyectos específicos para resolver o atenuar situaciones priorizadas 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 el 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.

6.2.2.5 Articulación de los Componente y sus elementos para responder a los Principios, Valores y Enfoques del MAIS-BFC

La tabla N° 03, presenta los elementos que conforman los cuatro componentes tratados en las secciones anteriormente. 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 numeral 6.2 de este documento normativo.

Tabla Nº 03
Articulación de los Componente 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	<u>Elemento</u>: ▪ Paquetes de atención integral a la persona, familia y comunidad. ▪ Disposición de servicios según el flujo de atención. <u>Proceso / Actividad</u>: ▪ 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). <u>Instrumento</u>: ▪ Flujos de atención de salud intra y extramural. ▪ Historia clínica familiar / carpeta de archivo familiar. ▪ Libro de registro de atenciones.	<u>Elemento</u>: ▪ Organización de redes funcionales de servicios. ▪ Sistema de referencia y contra referencia. <u>Proceso / Actividad</u>: ▪ Categorización de establecimientos.	• <u>Elemento</u>: • Gestión adecuada de medicamentos. • Desarrollo del sistema de información de salud de salud. • Implementación de planes y proyectos de intervención sobre determinantes. • <u>Proceso / Actividad</u>: • Refuerzo del ciclo de gestión: Plan estratégico integrado, plan por resultados, sistema gerencial de control. • <u>Instrumento</u>: • Plan estratégico integrado. • Acuerdos de gestión • Observatorio de determinantes de la salud.	<u>Condición de éxito:</u> ▪ Redefinición de financiamiento para cerrar la brecha de RRHH. ▪ Implementación del presupuesto capitado. <u>Proceso / Actividad</u>: ▪ Elaboración de proyectos de presupuesto participativo.
Universalidad en el acceso.	<u>Elemento</u>: ▪ Implementación de la oferta móvil de atención: (AISPED, hospitales de campaña). ▪ Red local de agentes comunitarios de salud.	<u>Elemento</u>: ▪ Organización de redes funcionales de servicios. ▪ Sistema de referencia y contra referencia.	• <u>Elemento</u>: • Desarrollo del sistema de información de salud de salud • <u>Proceso / Actividad</u>: • Refuerzo del ciclo de gestión: Plan estratégico, plan por resultados, sistema gerencial de control.	<u>Condición de éxito:</u> ▪ Redefinición de financiamiento para cerrar la brecha de RRHH. <u>Elemento</u>: ▪ Seguro Integrado de Salud. ▪ Implementación del presupuesto capitado.

Tabla Nº 03
Articulación de los Componente 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 de la salud con enfoque Territorial	Financiamiento
Calidad	<u>Instrumento</u>: ▪ Guías técnicas de atención.	<u>Proceso / Actividad</u>: ▪ Acreditación de establecimientos. <u>Instrumento</u>: ▪ Estándares de calidad de servicios. ▪ Registro Nacional de Establecimientos de Salud.	<u>Elemento</u>: ▪ Adopción de las garantías explicita de calidad. ▪ Gestión de la infraestructura y equipamiento. <u>Proceso / Actividad</u>: ▪ 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. <u>Instrumento</u>: ▪ Acuerdos de gestión.	<u>Proceso / Actividad</u>: ▪ 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.
Corresponsabilidad y Participación Social.	<u>Elemento</u>: ▪ Red local de agentes comunitarios de salud.	**Redes comunitarias como :organizaciones de base entre otros**	<u>Elemento:</u> ▪ Modelo de gestión CLAS o Directorio social de servicios. ▪ Vigilancia ciudadana de la gestión. <u>Proceso / Actividad</u>: ▪ Planificación participativa. <u>Instrumento</u>: ▪ Plan estratégico integrado. ▪ Acuerdos de gestión.	<u>Elemento:</u> ▪ Presupuesto participativo. <u>Proceso / Actividad</u>: ▪ Elaboración de proyectos de presupuesto participativo.
Equidad	<u>Instrumento</u>: ▪ Plan Esencial de Atención de Salud (PEAS).	<u>Elemento</u>: ▪ Organización de redes funcionales de servicios. ▪ Sistema de referencia y contra referencia.	<u>Proceso / Actividad</u>: 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.	<u>Elemento :</u> ▪ Aseguramiento Universal en Salud. ▪ Seguro Integrado de Salud. <u>Instrumento</u>: ▪ Sistema de focalización de hogares.
Solidaridad	<u>Elemento</u>: ▪ Intercambio de Prestaciones	<u>Elemento</u>: ▪ Organización de redes funcionales de servicios. ▪ Sistema de referencia y contra referencia.		<u>Elemento :</u> ▪ Aseguramiento Universal en Salud. <u>Instrumento</u>: ▪ Sistema de focalización de hogares.

Tabla Nº 03
Articulación de los Componente y sus elementos para responder a los Principios, Valores y Enfoques del MAIS-BFC

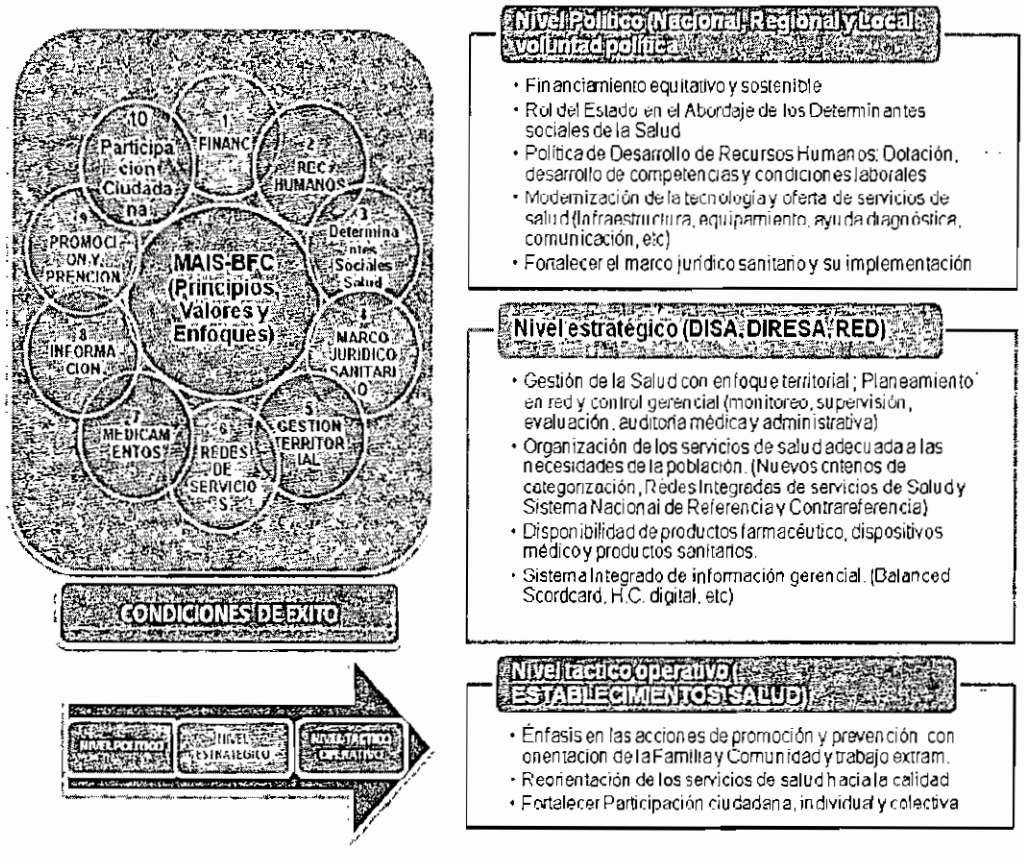
Principios, Valores, Enfoque	Prestación de Servicios	Organización de la Prestación	Gestión de la salud con enfoque Territorial	Financiamiento
Enfoque de derechos	**Instrumento**: Este enfoque implica la obligación estatal inmediata de brindar las garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, impidiendo así toda discriminación en la atención Integral de salud	**Elemento**: ▪ Organización de redes funcionales de servicios. ▪ Sistema de referencia y contra referencia. ▪ Oferta Móvil	**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	**Elemento** : ▪ Aseguramiento Universal en Salud. ▪ Seguro Integrado de Salud. **Proceso / Actividad**: El enfoque de derecho implica que el Estado garantice a la población los recursos para la atención en salud **Instrumento**: ▪ Sistema de focalización de hogares.
Enfoque de género	**Proceso / Actividad**: Promover el acceso y la utilización de servicios que aborden problemática específica de mujeres y varones como grupos diferenciados. ▪ Sistema de vigilancia comunitaria ▪ Sistema de focalización de hogares.	**Proceso / Actividad**: 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.	**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.	**Proceso / Actividad**: Asignar de manera diferenciada recursos de acuerdo a las necesidades particulares de salud de cada sexo y en cada contexto socioeconómico y exigir aporte financiero en función de la capacidad de pago.
Enfoque Intercultural	**Proceso / Actividad**: Promover en los agentes del sistema de salud actitudes de respeto a la diferencia y la diversidad así como de reconocimiento y valoración de la contribución de las medicinas tradicionales.	**Elemento**: ▪ Red local de agentes comunitarios de salud. ▪ Redes comunitarias como :organizaciones de base entre otros **Proceso / Actividad**: ▪ Adecuación cultural de servicios: parto vertical casas de espera, atención en lengua nativa, entre otros.	**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.	**Proceso / Actividad**: Asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo.

6.2.3 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 también una toma de decisión sobre el compromiso político para destinar los recursos del Estado y 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. Estas se encuentran enunciadas para cada nivel de gestión en la Figura N° 16.

Figura N°16
Condiciones de éxito de la Implementación del Modelo 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 y desarrolla algunos aspectos de las condiciones de éxito y desafíos que se han identificado para la implantación del MAIS-BFC.

6.2.3.1 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 (Figura N°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 que las personas tienen con 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 y que las futuras acciones de fortalecimiento del primer nivel de atención deberán asumir este enfoque.

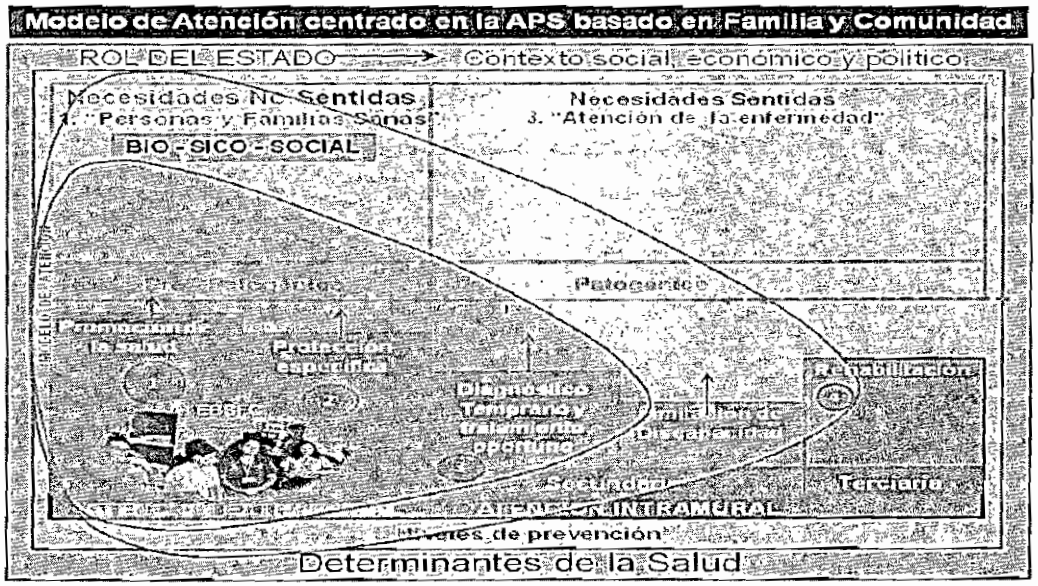
La implementación del MAIS-BFC representa una transición de la forma de entender la atención de salud en varios aspectos. Es la transición de: (ver Tabla N°04 y Figura N°17).

Tabla N 04

Transición del Modelo de Atención Integral de Salud

SISTEMA DE SALUD ACTUAL	MODELO DE ATENCION INTEGRAL BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD
• Prioriza la atención Recuperativa y de rehabilitación.	• Prioriza la atención de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
• Prioriza la Atención Intramural	• Prioriza la Atención con un enfoque comunitario priorizando la atención extramural.
• Enfoque Hospitalario.	• 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.
• De mirar la salud relacionada solo a la presencia de enfermedad.	• A mirar la salud con un enfoque bio-sicosocial.
• De una organización fragmentada.	• A una organización articulada de redes de servicios de salud.
• De buscar en la oferta y en el nivel operativo cambiar la situación de salud.	• A intervenir en la demanda, modificando los determinantes sociales de la salud, desde el nivel político a través del estado.
• De financiar la Oferta.	• A financiar la demanda vía mecanismo de Capitación.

Figura N°17
Atención Integral en Salud basado en Atención Primaria de la Salud



El MAIS-BFC recoge los principios y valores de la Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer nivel dentro de la organización del sistema de salud peruano, y es aquel de 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 factores determinantes de la salud (periodo pre patogénico) y cuando se está enfermo o perdido la salud, (periodo patogénico), integrando acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Durante décadas el modelo de atención en salud aplicado en 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 *bio-psico-social*, 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 que tiene un 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 además comprender los problemas de salud como multifactoriales, debiendo considerarse para su entendimiento variables 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.

6.2.3.2 La Necesidad asegurar Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos para la implementación del MAIS-BFC.

En este Modelo de atención, el EBS-FC se constituye el protagonista principal de la implementación 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 (Figura N°16, nivel táctico operativo).

A nivel nacional tenemos 1066 establecimientos de salud con población asignada, categoría I-3[30], para los cuales requerimos dotar de EBS-FC y fortalecer con competencias en salud familiar y comunitaria, lo que significa capacitar a 4,264 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, si el modelo se va a necesitar, debe ser ahora responsabilidad de los Gobiernos Regionales comenzar a considerar los recursos necesarios para la dotación de personal que el MAIS-BFC necesita.

6.2.3.3 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**, es urgente y explícito el compromiso de las autoridades del nivel nacional, regional y local, para que el **Modelo de Atención Integral en Salud orientado a la Familia y Comunidad, se convierta en el instrumento esencial y direccionador de la 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 Descentralización en Salud con énfasis en Atención Primaria de la Salud Renovada, que básicamente significa transformar al primer nivel de atención –primario- 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 (Figura N°6, nivel político).

Es fundamental aumentar el nivel de resolutividad del primer nivel, capacitando 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 con 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.

[30] De acuerdo al Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo – RENAES, consultado el 25 de abril del 2011.

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 períodos 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 **exige** de un reordenamiento a través de políticas pública y explicitas 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.

6.2.3.4 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. (Figura N° 06, 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 a través de programas o proyectos de intervención conjuntos que apunten el propósito prioritario: ***Renovación y Fortalecimiento de la atención integral en salud teniendo como base la persona, familia y la comunidad***.

6.2.3.4.1 Rol de Estado, del Poder Ejecutivo, del Poder Legislativo

La construcción de este nuevo MAIS-BFC requiere el compromiso del nivel político, porque solo desde de allí es que se puede tener incidencia real y definitoria en los Determinantes Sociales de la Salud.

Es el Estado el que debe crear las condiciones para que la Demanda de Salud sea modificada, generando las Políticas de Estado necesarias y el Marco Legal requerido para hacer viable y sostenible el Modelo.

Políticas como la de Descentralización, que han incluido la transferencia de facultades a los gobiernos regionales, también 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 entre otras:

- 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.

6.2.3.4.2 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 contribuir de manera eficiente en mejorar el nivel de salud de la población, para lo cual el MAIS es un instrumento valioso, más 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 donde, quienes 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 socio económica, 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 a la currícula educativa 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, y que a la vez vaya entendiendo y valorando la prevención y promoción, que incorpore estilos de vida saludables, que incorpore una cultura de donación de órganos y tejidos, voluntaria y altruista, expresión de una sociedad más solidaria y previsora.

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 las 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 que hace realidad el objetivo de mejorar sustancialmente la Situación de Salud de la población.

6.2.3.4.3 Rol de los Gobiernos Regionales.

Los gobiernos regionales deben participar en la construcción del nuevo MAIS, generando las políticas regionales que profundicen los cambios que se desean hacer en las Determinantes de la Salud.

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

6.2.3.4.3.1 Rol de las DIRESAS / GERESAS.

A su vez, la Autoridad Sanitaria Regional, en su rol de liderazgo a este nivel, son las llamadas 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 las 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.

6.2.3.4.4 Rol de los Gobiernos Locales.

Por extensión, los gobiernos locales no son ajenos a esta cadena de responsabilidades y de decisiones políticas que requiere construir el MAIS modificando sustancialmente las Determinantes en Salud.

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.

6.2.3.5 Refuerzo de la acción intersectorial y de la participación ciudadana.

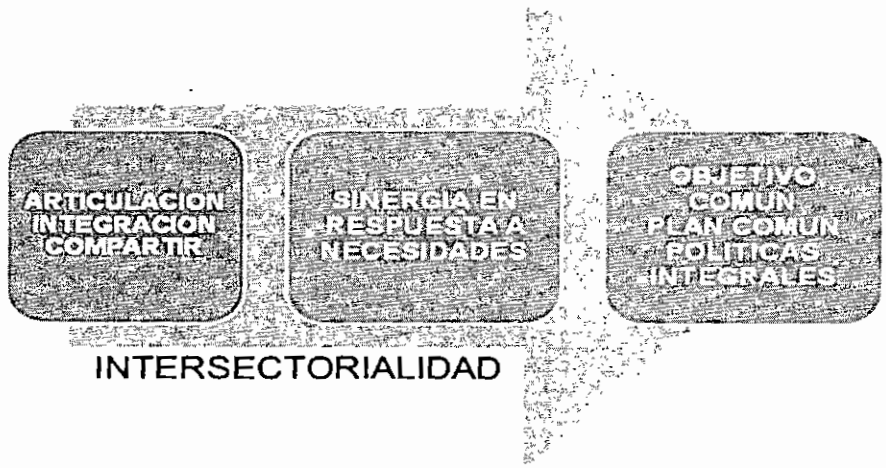
El abordaje de los determinantes de la salud solo será posible si se realiza a través de estrategias diversas como la acción intersectorial y la participación ciudadana.

6.2.3.5.1 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 N° 18)

Se considera una intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social en acciones destinadas, total o parcialmente, 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, vinculando el abordaje de la salud a la gestión social del territorio.

Figura N°18
El efecto de la Intersectorialidad



6.2.3.5.2 Participación Ciudadana.

La participación ciudadana, individual y colectiva, constituye uno de los principios orientadores de la política social de salud, 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 social apunta a lograr el establecimiento de formas para relacionarse socialmente, basada en necesidad de incluir a todos los actores sociales vinculados en espacios de convergencia habilitados para procesos que conduzcan al desarrollo y resolución de conflictos.

La participación, exige el desarrollo de instancias o espacios en los cuales se delibere, concerté y evalué 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, y sólo en la medida en que la comunidad asuma un papel activo y responsable en su cuidado es 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), el cual es una instancia de participación social y comunitaria destinada a los líderes vecinales del sector beneficiario. Entre los objetivos centrales de ésta organización está el acercar los servicios de salud a su comunidad beneficiaria y lo que es más importante; que los usuarios participen del proceso de toma de decisiones al interior de la institución en temas relevantes como: mejorar la calidad de la atención que garantice la conformidad de la población y una mejor calidad de vida de los usuarios de este sistema.

6.2.3.6 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 continua 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 velar 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 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, priorizando mas los aspectos preventivos y de educación más que punitivos y de imposición, de igual a modo a los que tienen la función de cumplir las normas, en ellos con más énfasis en la difusión y aplicación de la norma.

La tabla N° 05 presenta las principales normas en 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 e completar el marco jurídico para que el MAIS-BFC pueda ser implementado sin crear conflictos con el régimen de gestión, organización y prestación vigentes (Figura N°16, nivel político).

La tabla N° 04 presenta aquellas normas que requieren revisión o actualización para que puedan recoger el enfoque del MAIS-BFC y puedan facilitar su implementación. La tabla N° 05 presenta una lista de las normas que deben elaborarse para normar y complementar algunos aspectos claves de la implementación del MAIS-BFC, incorporando en la cultura organizacional y en los procedimientos del sector este enfoque se pueda facilitar su implementación.

Tabla N° 05
MARCO NORMATIVO DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

ASPECTO DEL MODELO DE ATENCIÓN	NORMA VIGENTE
Gestión del Sistema de Salud.	▪ 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.	▪ 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.	▪ 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 Gobiemos Regionales, revisen y, de ser necesario, modifiquen la actual conformación de Redes y Microrredes de Salud de su Región, considerando los criterios técnicos establecimientos 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".

Tabla N° 05
MARCO NORMATIVO DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

ASPECTO DEL MODELO DE ATENCIÓN	NORMA VIGENTE
Normas de implementación de la atención de salud.	▪ Resolución Ministerial Nº 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 Nº 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 042-MINSA /DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Emergencia". ▪ Resolución Ministerial Nº 696-2006/MINSA, que aprueba la "Guia Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. ▪ Resolución Ministerial N° 597-2006 / MINSA, que aprueba la "Norma Técnica Nº 022-MINSA/DGSP- V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
Financiamiento en Salud y Aseguramiento Universal.	▪ Ley Nº 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
Gestión de la calidad.	▪ Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS Nº 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 Nº 072-2008/MINSA. ▪ Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". ▪ Resolución Ministerial Nº 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 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 Nº 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 Nº 640-2006/MINSA, que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".
Promoción de la salud.	▪ Resolución Ministerial Nº 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 Nº 402-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Programa de Familias y Viviendas Saludables". ▪ Resolución Ministerial Nº 366-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Desarrollo de la Función Salud en los Gobiernos Locales".

Tabla N° 05
MARCO NORMATIVO DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

ASPECTO DEL MODELO DE ATENCIÓN	NORMA VIGENTE
Normas de atención a las personas.	▪ Resolución Ministerial Nº 633-2005/MINSA, que aprueba la NTS Nº 034-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente". ▪ Resolución Ministerial Nº 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 Nº 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 040-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño". ▪ Resolución Ministerial Nº 668-2004-SA/MINSA, que aprueba el documento "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva". ▪ Resolución Ministerial Nº 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 Nº 598-2005/MINSA, que aprueba la NT Nº 033-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Cultural". ▪ Resolución Ministerial Nº 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 043-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores". ▪ Resolución Ministerial Nº 626-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 046-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Etapas de Vida Adulto Mujer y Varón".
Otros	▪ Resolución Ministerial Nº 1007-2005/MINSA, que aprueba el Documento Normativo "Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud". ▪ Ley Nº 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. ▪ Decreto Supremo Nº 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud. Identificación Estándar de Datos en Salud Nº 004: "Establecimiento de Salud y Servicio Médico en el Sector Salud".

TABLA N° 06
CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES A ACTUALIZAR Y A ELABORAR, SEGÚN COMPONENTE DE LA ATENCION 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 funcionamiento de los COE Salud.	04-10-2004
	2) R.M. N° 217-2004-MINSA, que aprueba la NT N° 008-MINSA/DGSP/V.O1 "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 "Auditoria 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 Nº 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.	
	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 N° 06
CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES DE ELABORAR SEGÚN COMPONENTE DE LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD

COMPONENTE	NORMAS QUE REQUIEREN ELABORACIÓN
Gestión	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 a 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.

TABLA N° 06
CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES DE ELABORAR SEGÚN COMPONENTE DE LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD

COMPONENTE	NORMAS QUE REQUIEREN ELABORACIÓN
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.

TABLA N° 06
CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES DE ELABORAR SEGÚN COMPONENTE DE LA ATENCION 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 Jul. 12/05.

Lalonde M Gobierno de Canadá. "*Una Nueva Perspectiva sobre la Salud de los Canadienses*" (Ottawa, 1974)

OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe Final. Capítulo 4, p.42. 2008.

OIT (1989). Convenio 169, Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado por el Perú, mediante Resolución Legislativa Nº 26253, del 02/22/1994

ONU (2008). *Directrices sobre los asuntos de los pueblos indígenas*. Grupo de las Naciones Unidas para el desarrollo.

COMISIÓN ANDINA DE JURISTAS (2009). Manual informativo para "La justicia indígena en los paises andinos" Pueblos Indigenas. Lima: CAN, 90 pp.

Organización Panamericana de la Salud, 49.o Consejo Directivo, 61.a Sesión del comité regional, Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud

Organización Panamericana de la Salud, Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: Conceptos, prácticas y lecciones aprendidas, Brasilia, 2008. Brasilia, 2008.

Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo: *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. 2008.

Organización Panamericana de la Salud, 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). 2007.

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

OPS, Organización Panamericana de la Salud. 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.

Ministerio de Salud. NTS 050-MINSA V.02 "NTS para la Acreditación de EE.SS. y servicios médicos de apoyo. Perú. 2010

Ministerio de Salud. NT N° 018-MINSA/DGSP V.01 "NT del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Perú. 2009

Ministerio de Salud. Guía Técnica de Operativización del MAIS. Perú. 2006

Ministerio de Salud -APRISABAC: *Modelo de Atención en Salud. Lima*, Perú 1999.

Ministerio de Salud -PSNB: Proyecto Salud y Nutrición Básica-Informe Final. Lima, MINSA. 2001.

Ministerio de Salud -Región San Martín: Atención Integral del Niño. Tarapoto, MINSA. 1999

Ministerio de Salud: *Lineamientos para la conformación de Redes de Salud*. Resolución Ministerial Nº 122-2001-SA/DM. Lima, 2001.

Ministerio de Salud: *Lineamientos generales para la organización de las microrredes*. Perú. 2001.

VIII ANEXOS

ANEXO N° 01:
LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

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

ANEXO N° 02:

GLOSARIO DE TÉRMINOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

Ámbito geo – socio – sanitario

Se entiende como el espacio físico determinado en el cual vive y se desarrolla la población residente, en el cual 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 la persona, familia y comunidad.

Atención Extramural

Atención integral de salud que se brinda a la persona, familia y comunidad de su jurisdicción fuera del establecimiento por el personal de salud 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 se brinda a la persona y familia dentro del establecimiento, por el personal de salud 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. "El autocuidado. Una habilidad para vivir, Ofelia Lobón Correa."

Comunidad

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

Demanda en Salud

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

Desarrollo Humano

De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), es aquel que sitúa a las personas en el centro del desarrollo, 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 (incluyendo 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 a 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 las Determinantes de la Salud.

Familia

Es la unidad básica de salud, conformada por un numero 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, de 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 aquellas cuya satisfacción permite a las personas, familia y comunidad, desarrollar por completo su potencial humano, permitiendo 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 aquellas que, cuando se satisfacen, permiten preservar la situación de salud (bio-psico-social), y vivir en armonía con el ambiente que nos rodea, potenciando los factores protectores y detectando y evitando 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 aquellas que surgen cuando la persona, familia o comunidad presenta una alteración física, emocional o social (enfermedad, malestar, trastorno, injuria, trauma, etc.) que no le permiten disfrutar una vida saludable.

- problemas agudos que no son emergencias
- problemas agudos que son emergencias
- problemas crónicos

Necesidades derivadas de una disfuncionalidad o discapacidad

Son aquellas 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.

- 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, y se desarrolla para alcanzar el desarrollo humano, teniendo 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 el listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, sean éstas públicas, privadas o mixtas, el mismo que está traducido en un plan de 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 lo que está enmarcado en el modelo de Atención Integral de Salud.

Salud Familiar

Equilibrio biológico, psicológico y social del sistema familiar resultante de la adecuada función o interacción (dinámica) entre sus miembros y de estos con relación al 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 nada se opondría a considerar también ámbitos territoriales distintos, siempre y cuando se consideren éstos 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 medio ambiente y 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 psico-sociales.

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 N° 03:

PAQUETES DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA POR ETAPA DE VIDA

ETAPA NIÑO:

- Paquete de atención integral de salud del Recién Nacido
- Paquete de atención integral de salud del Recién Niño de 29 días a 11 meses y 29 días
- Paquete de atención integral de salud del Recién Niño de 1 a 4 años
- Paquete de atención integral de salud del Recién Niño de 5 a 9 años

La entrega del paquete integral de la niñez considerará las herramientas y metodologias de trabajo de la estrategia Atención Integral de Enfermedades y Problemas de la Infancia (AIEPI).

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO

1. Atención inmediata del recién nacido normal y con patología según normatividad vigente.
2. Lactancia Materna Exclusiva.
3. Inmunizaciones con BCG /HVB.
4. Control del Recién nacido.
5. Sesión de Estimulación Temprana.
6. Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres en:
   - Practicas claves para el crecimiento y desarrollo saludable
7. Visita Familiar Integral
   - Niños nacidos en su domicilio
   - 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 utilizara estrategias como el AIEPI comunitario desarrollada a nivel local.
8. Atención a danos según protocolo:
   - Asfixia 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 locomotor).
2. Administración de micro-nutrientes: sulfato ferroso, vitamina A, otros según criterios de riesgo, normas protocolos.
3. inmunizaciones: DPT, APO, HVB, Pentavalente/Tetravalente, otras según normas vigente
4. Sesión de estimulación temprana
5. Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres en:
   - Practicas 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 danos prevalentes del ámbito nacional, regional y local

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 locomotor).
2. Administración de micro-nutrientes: sulfato ferroso, vitamina A, otros según criterios de riesgo, normas protocolos.
3. inmunizaciones: DPT, APO, HVB, Pentavalente/Tetravalente, otras según normas vigente
4. Sesión de estimulación temprana
5. Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres en:
   - Practicas 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

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 5 AÑOS A 9 AÑOS

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
3. Visita Familiar Integral
   - A niños con problemas de salud
   - Niños que no acuden a control de crecimiento, desarrollo y otros
4. Atención Odontoestomatológica: Examen odontológico, Determinación de Factores de riesgo bucales, diagnostico, tratamiento consejería
5. Atención a prioridades sanitarias y danos prevalentes se un protocolo:

ETAPA ADOLESCENTE:

- Paquete de atención integral de salud del adolescente de 12 a 14 años 11 meses 29 días
- Paquete de atención integral de salud del adolescente de 15 a 17 años 11 meses 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, bulling), 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.
   - Trastornos 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, bartonellosis, 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 genero.
   - 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 (bullyng), violencia social (pandillaje, delincuencia).
   - Salud física.
     - Malnutrición: obesidad, desnutrición, anemia.
     - Trastornos posturales.
     - Enfermedades transmisibles prevalentes: TBC, 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 bartonellosis, 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 29 días.

PAQUETE DE ATENCION 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)

PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL Y DE LA JOVEN

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 trasmisibles: endocrinas, neoplasias, cardiovasculares, oculares y otros.
   - Identificación de factores de riesgo que originen lesiones por causas externas.
   - Identificación de factores de riesgo de enfermedades trasmisibles: 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, antiamarilica 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 danos considerados prioridades regionales según protocolos:
   - Atención o referencia de problemas odontológicos.
   - TBC.
   - ITSNIH.
   - 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 trasmisibles: canceres priorizados (mama y cervix), 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 trasmisibles: 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 use del tiempo libre, valores).
3. Atención preventiva:
   - Inmunización antitetánica. Inmunización antiamarilica 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. 5. Atención de danos considerados prioridades regionales según protocolos:
   - Atención o referencia de problemas odontológicos.
   - TBC.
   - ITSNIH.
   - 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 trasmisibles: neoplasias, hipertensión, diabetes, dislipidemias, depresión, osteoartritis, osteoporosis, demencia, y otros. • Identificación de factores de riesgo de enfermedades trasmisibles: 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 use del tiempo libre). • Problemas psicosociales: tabaco, alcohol y drogas ilícitas. 3. Atención preventiva: • Vacunación antiamarilica 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 Antiamarilica 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, acido 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 danos considerados prioridades regionales según protocolos:
    - Atención o referencia de problemas odontol6gicos.
    - TBC.
    - ITSNIH.
    - Metaxénicas.
    - Malnutrición.
    - Otros.

ANEXO N° 04:

PAQUETES DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA

CATEGORIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ATENCION INTEGRAL A LA FAMILIA
I.1 CON POBLACION ASIGNADA	**A. ATENCIÓN INTEGRAL INDIVIDUAL A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**
	• Vigilancia del cumplimiento de paquetes de atención individual de los integrantes de la familia.
	B. ATENCION INTEGRAL A LA FAMILIA COMO UNIDAD
	1. Valoración Familiar:
	• Identificación del tipo de familia
	• Identificación del ciclo vital familiar
	• Dinámica y funcionamiento familiar
	• Identificación de los recursos Familiares externos (redes de Apoyo a la Familia)
	• Determinación del riesgo familiar (Alto, Mediano o Bajo riesgo)
	2. Identificación de las necesidades de desarrollo (Promoción)
	o Consejería anticipatoria al ciclo vital familiar
	o Consejería a la familia para el adecuado funcionamiento de acuerdo al tipo y ciclo vital en el que se encuentre la familia.
	o Consejería Familiar para el desarrollo social: uso de recursos o redes de apoyo.
	o 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).
	o 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)
	o Consejería Familiar para desarrollar y fortalecer mecanismos protectores para la prevención de enfermedades o discapacidad, de acuerdo a los factores de riesgo biológico o físico identificados.
	o Consejería Familiar para desarrollar y fortalecer mecanismos protectores para la prevención de problemas psicosociales de acuerdo a los factores de Riesgo identificados.

ANEXO N° 04:

PAQUETES DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA

CATEGORIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ATENCION INTEGRAL A LA FAMILIA
I.1 CON POBLACION ASIGNADA	o Consejería familiar para la detección o identificación temprana, manejo básico 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)
	• Consejería familiar sobre el rol de la familia ante problemas nuevos o agudos de sus integrantes.
	• Consejería familiar sobre el rol de la familia ante problemas crónicos de sus integrantes (Enfermedades no transmisibles, terminales)
	5. Identificación de las necesidades derivadas de disfunción familiar o discapacidad de sus miembros
	• 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 POBLACION ASIGNADA	**Además de lo anterior.**
	• Atención de las Familias según necesidades del ciclo vital familiar
	• 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 POBLACION ASIGNADA	**Además de lo anterior**
	• Atención de Familias con disfunción leve, moderada,
	• Referencia de familias con disfunción severa, o problemas de discapacidad de sus integrantes en todas sus formas
II y III	Atención de familias con disfunción severa • Terapia familiar • Manejo especializado de problemas agudos, crónicos o de discapacidad de sus integrantes en todas sus formas.

CICLO VITAL FAMILIAR	
FAMILIA EN FORMACIÓN	Pareja que aun no tiene hijos. • Noviazgo • Matrimonio o convivencia • Embarazo
FAMILIA EN EXPANSIÓN.	Pareja con hijos • Nacimiento primer hijo • Hijo en edad preescolar • Hijo en edad escolar • Hijo en edad adolescente • Hijo en edad adulta
FAMILIA EN DISPERSIÓN.	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.
FAMILIA EN CONTRACCIÓN.	Familia en la cual han partido los hijos y la pareja queda sola. • 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 N° 05:

FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN PARA LOS PAQUETES DE ATENCION 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, informando y alentando la participación de las personas y la familia, sobre todo en particular de los componentes preventivos. Las personas pueden ser 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.

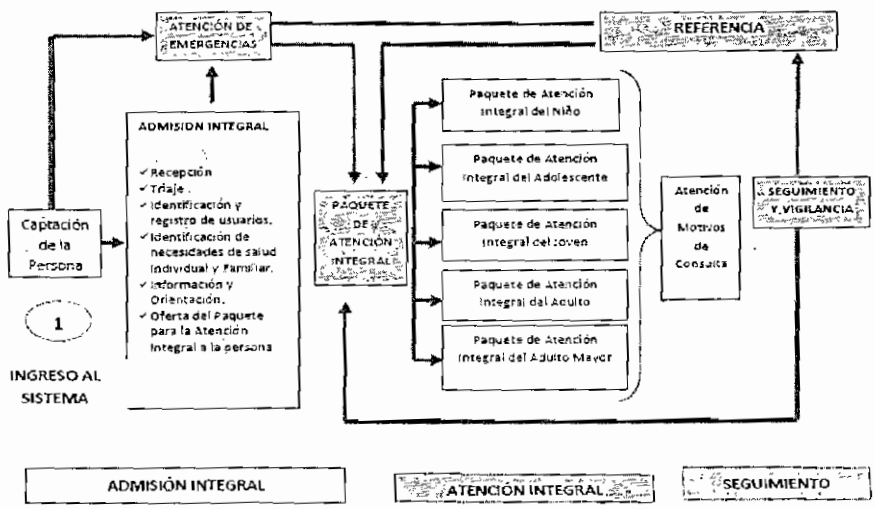
3. **Atención Integral:** en función del grupo en que las personas son ubicadas se le ofrecen los diversos Cuidados Esenciales que forman parte del Paquete de Atención Integral. El proceso de entrega de los cuidados esenciales será orientado por las guías clínicas, normas y protocolos.

4. **Seguimiento y monitoreo de personas y familia:** A partir de los resultados de la atención se hará dos tipos de seguimiento:

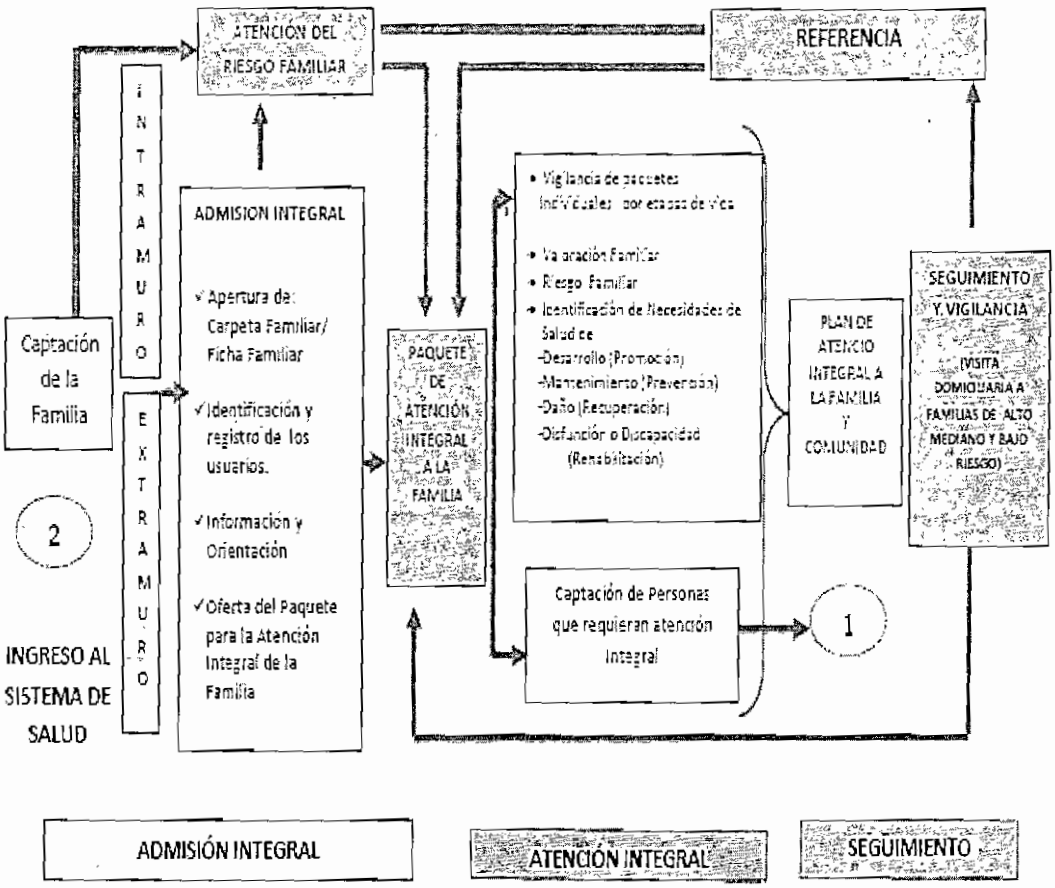
a) Seguimiento Individual: verifica el progreso en la oferta completa del Paquete de Atención Integral de las personas. Incluye el acompañamiento de las actividades realizadas por el equipo de salud.

b) Seguimiento a Familias: verifica el progreso en la oferta de las actividades de atención a las familias, de acuerdo a lo definido por el Programa de Atención Integral de la Familia, según los riesgos identificados.

La atención de las personas y la familia se describe en los gráficos que siguen:



La familia pasa por el mismo proceso de admisión integral, pero a ella, como se ha señalado, se le ofrecen cuidados esenciales propios de la familia, y se verifica si alguno de los miembros de ella tiene necesidad de una atención individual particular.

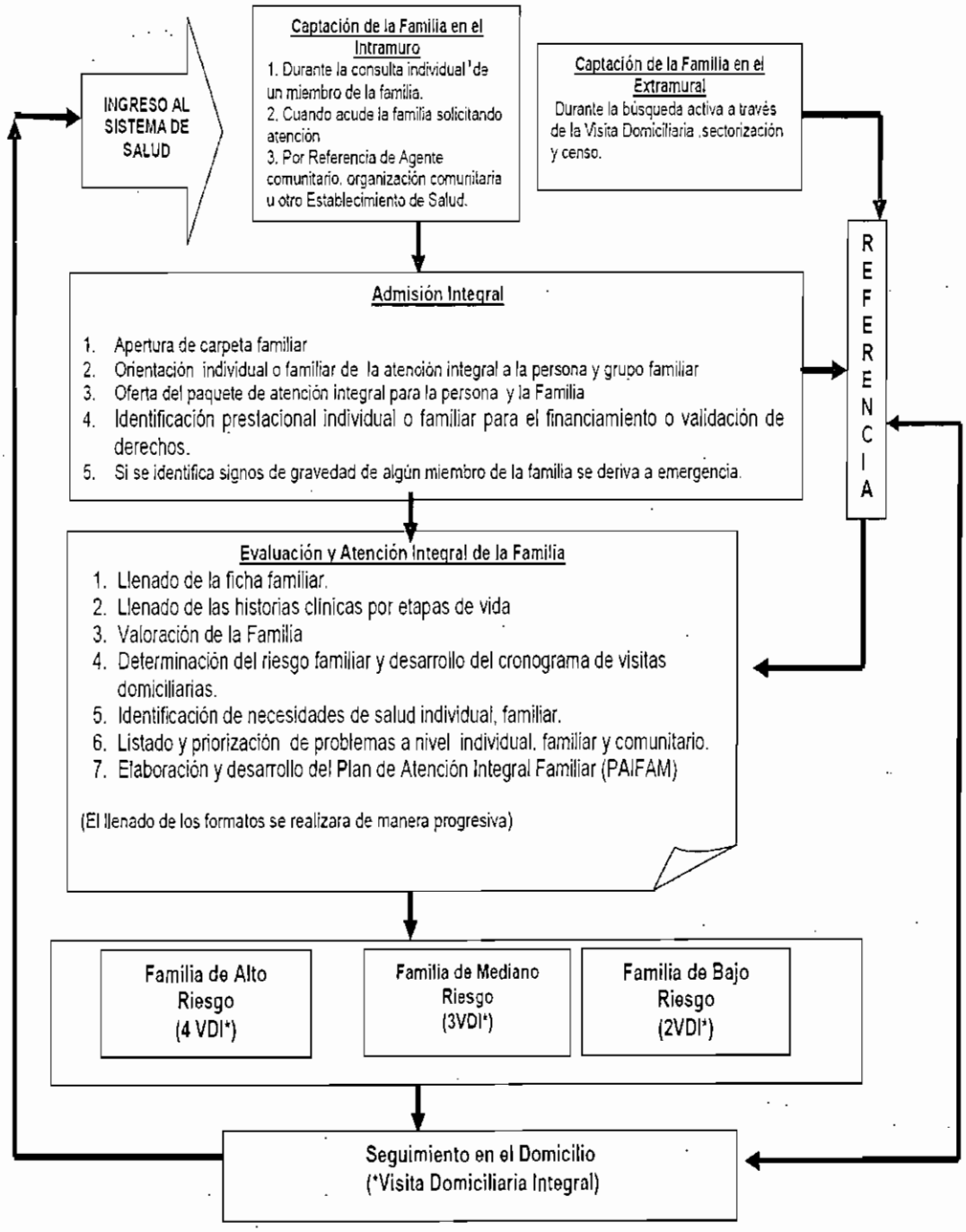


Como puede apreciarse en las figuras anteriores, para la atención a la persona y a la familia, la admisión integral es un momento clave en la organización de la atención porque adicionalmente a los procesos que habitualmente se desarrollan en ésta, se incorpora la identificación de necesidades de salud individual y familiar. Es dicho diagnóstico de necesidades de salud el que va a llevar al ajuste del paquete de atención integral que la persona requiere, según la etapa de la vida en la que se encuentre.

ANEXO N° 06:

FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN PARA EL PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL A LA FAMILIA

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



ANEXO N° 07:

NECESIDADES DE SALUD

Etapa de la Vida	Necesidades de Salud
Algunas necesidades de salud identificadas del Niño	**DE DESARROLLO DE LA SALUD:** PARA EL DESARROLLO PERSONAL. Ejemplo: alcanzar su máximo potencial de desarrollo como ser humano; atención a los derechos del niño 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. **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. **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. **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.
Algunas necesidades de salud identificadas del Adolescente	**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. **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. **DERIVADAS DE DAÑOS A LA SALUD:** PROBLEMAS AGUDOS QUE NO SON EMERGENCIAS. Ejemplo: Infecciones Respiratorias Leves PROBLEMAS AGUDOS QUE SON EMERGENCIAS. Ejemplo: Traumatismos, Neumonia PROBLEMAS CRÓNICOS. Ejemplo: Depresión, Obesidad, Diabetes Juvenil, Asma **DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES:** DISFUNCIONES FÍSICAS. Ejemplo: alteraciones visuales, DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares conflictivas, disfunciones familiares; DISCAPACIDADES. Ejemplo: secuelas de enfermedades y daños que requieren rehabilitación; retardo mental severo y otras manifestaciones de síndrome genéticos y enfermedades congénitas;
Algunas necesidades de salud identificadas	**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

del Joven	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. 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). 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 **DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD:** PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER BIOLOGICO: 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. 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. **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. PROBLEMAS QUE NO SON EMERGENCIAS. Ejemplo: Infecciones Respiratorias Leves, infecciones intestinales, dolores osteomusculares, hiperémesis gravídica, entre otros PROBLEMAS CRÓNICOS. Ejemplo: Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemia, Asma, Depresión. **DERIVADAS DE DISFUNCIONES O DISCAPACIDADES:** DISFUNCIONES FÍSICAS. Ejemplo: alteraciones visuales, DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: Familias disfuncionales; crisis familiares, DISCAPACIDADES. Ejemplo: Hemiplejia, amputación de una extremidad, problemas mentales que alteren la labor
Algunas necesidades de salud identificadas del Adulto	**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. 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). 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 **DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD:** PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER BIOLOGICO: Ejemplo: prevención para las enfermedades no transmisibles y transmisibles; alimentación y nutrición saludables; actividad física y cuidado corporal, maternidad saludable. 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. **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. PROBLEMAS QUE NO SON EMERGENCIAS. Ejemplo: Infecciones Respiratorias Leves, infecciones intestinales, dolores osteomusculares, hiperémesis gravídica, entre otros PROBLEMAS CRÓNICOS. Ejemplo: Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemia, Asma, Depresión. **DERIVADAS DE DISFUNCIONES O DISCAPACIDADES:** DISFUNCIONES FÍSICAS. Ejemplo: alteraciones visuales, DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: Familias disfuncionales; crisis familiares, DISCAPACIDADES. Ejemplo: Hemiplejia, amputación de una extremidad, problemas mentales que alteren la labor

Algunas necesidades de salud identificadas del Adulto Mayor	**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. 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. **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 **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.

Grupos de Familias	Necesidades de salud
Algunas necesidades de salud identificadas de la familia en formación	**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, incluyendo 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. **DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD:** PARA ENFRENTAR FACTORES DE RIESGO DE CARÁCTER PSICOSOCIAL: Crear 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 **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. **DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES:** DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares e intergeneracionales disfuncionales.
Algunas necesidades de salud identificadas de la familia en expansión	**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 adecuada, interacción adecuada entre los miembros de la familia acorde a 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 extra-familiares; 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. **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 a la vivienda saludable, participar en el cuidado de la salud ambiental **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. **DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES:** DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares e intergeneracionales disfuncionales.
Algunas necesidades de salud identificadas de la familia en dispersión	**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. **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 a la vivienda saludable, participar en el cuidado de la salud ambiental **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. **DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES:** DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares e intergeneracionales disfuncionales.
Algunas necesidades de salud identificadas de la familia en contracción	**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. **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 a la vivienda saludable, participar en el cuidado de la salud ambiental **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. **DERIVADAS DE DISFUNCIONES Y DISCAPACIDADES:** DISFUNCIONES FAMILIARES. Ejemplo: relaciones familiares e intergeneracionales disfuncionales.

ANEXO N° 08:

PROCESO DE CONSTRUCCION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN 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, señalando además como ejes de Reforma para la implementación de las mismas; 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, presidido por un representante del Ministro de Salud e integrado por representantes de todas las direcciones y oficinas generales del Ministerio de Salud, convocando además 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, público y privado, del ámbito nacional, regional y local que fueron convocados en talleres de socialización y validación técnica, social y política del Documento Técnico denominado: "Modelo de Atención Integral basado en familia y Comunidad"

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

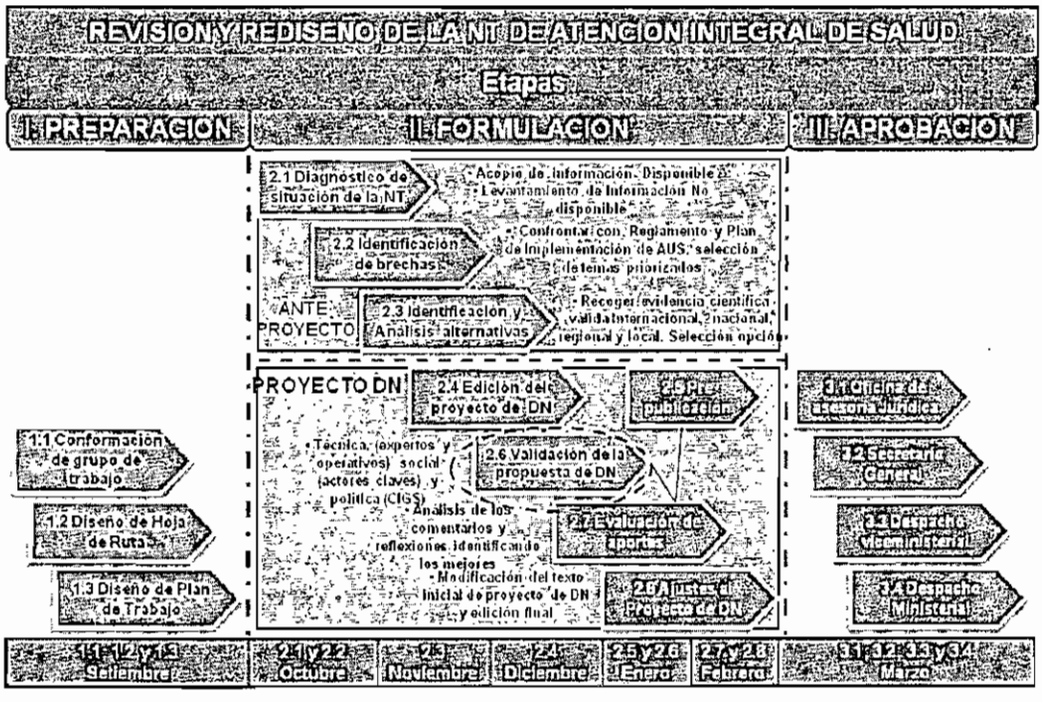
1) Aprobó la Hoja de Ruta y su Plan de trabajo para alcanzar su propósito: Revisión y rediseño del Modelo de Atención Integral de Salud. (Figura N° 01)
2) Definió su metodología de trabajo y un código de conducta para el desarrollo y cumplimiento de sus actividades
3) Señalo cuatro dimensiones de abordaje para la revisión y rediseño del Modelo de Atención Integral en 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" convocando 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 el estado (colegio profesionales, universidades, organizaciones sociales de la comunidad, ONGs, sociedades científicas, gremios, sector educación, vivienda, Desarrollo social, gobiernos locales, entre otros) del ámbito nacional, regional y local, representados en los Consejos Regionales y Locales de Salud, a través del desarrollo de los Talleres Macro Regionales, Nacional y el Seminario Internacional de socialización y validación del documento técnico en mención.
   iii. **Dimensión Política;** Con la decisión política expresa del Sr Ministro de Salud se inicio este proceso de revisión y rediseño del Modelo de Atención Integral en Salud, acto que busco, como corresponde, el involucramiento de los otros decisores políticos del sistema y de los otros niveles de gobierno, por ello, el documento técnico trabajado, con los procesos previos de validación técnica y social, se presento en tres espacios de decisión política; Los Consejos Regionales de Salud, (Talleres Marco Regionales) La Comisión Intergubernamental de Salud, (Desarrollados en Iquitos y Arequipa) y el Comité Técnico Nacional Implementador del aseguramiento Universal en salud (CTIN), donde se recibieron importantes aportes y su respaldo para continuar con el proceso de Formalización e Implementación.
   iv. **Dimensión Normativa**; En esta dimensión, fue sumamente relevante, revisar toda la normatividad vigente relacionada con este proceso, en el contexto actual del Aseguramiento Universal en Salud y descentralización en Salud, entendiendo la importancia que tiene el marco jurídico sanitario en todos los

procesos de reforma sanitaria para su implementación, asimismo se reviso la aplicación de esta normas y el rol del estado nacional, regional y local para vigilar su cumplimiento. Sugiriendo luego de este proceso 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 en Salud, cumpliendo con su hoja de ruta y plan de trabajo establecido, concluyo sus funciones, entregando el producto Final, denominado **"Modelo de Atención Integral en 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.

Figura N° 01
HOJA DE RUTA DEL PROCESO DE CONSTRUCCION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD



ANEXO N° 09:

HOJA DE RUTA DEL MECANISMO DE FINACIAMIENTO PER CÁPITA DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS-BFC)

Para garantizar el financiamiento 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, priorizando en el tiempo el primer nivel de atención cuyo funcionamiento apropiado logra no sólo producir mejores resultados sanitarios, sino a un menor costo y con mayor equidad; a la vez, 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:

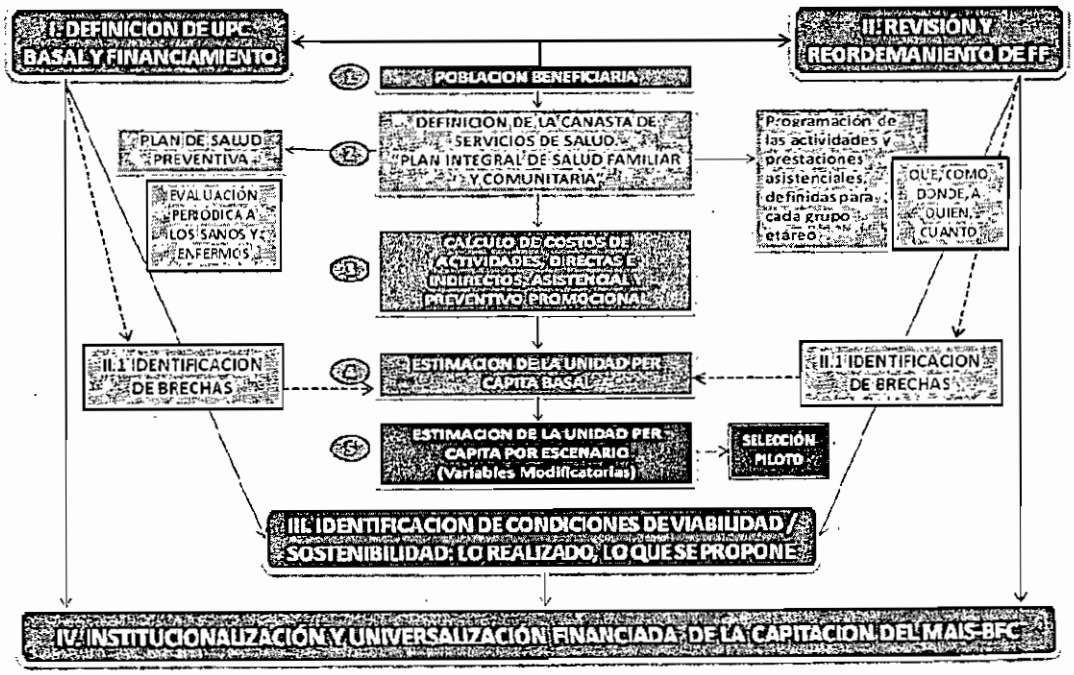
1.1 General:

Estimación de los requerimientos financieros para el MAIS-BFC priorizando 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 del 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:

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

4. Organización de la hoja de ruta:

Se propone cuatro (4) etapas como se puede observar en el esquema de trabajo, las dos primeras son subsecuentes y las 2 restantes son horizontales a las primeras. Por efectos de la prioridad del primer nivel, se desarrolla y explicita esta etapa, como inicio de la propuesta.

4.1 Primera etapa:

4.1.1 Objetivo:

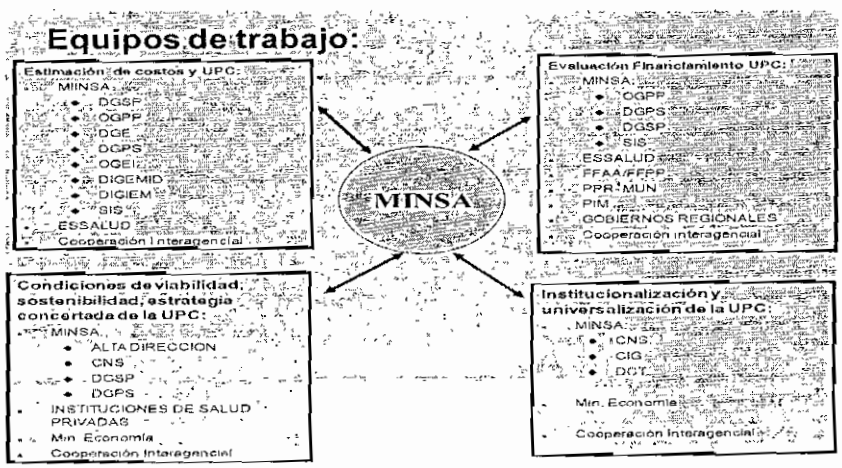
Identificación de la Unidad Per cápita, (UPC) los modificadores de ajuste, el financiamiento requerido para la implementación en el Primer nivel de atención y la aplicación inicial en territorios que representen la heterogeneidad territorial

4.1.2 Componentes

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

5. Recursos necesarios:

5.1 Equipo de trabajo:



5.2 Presupuesto:

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

6. Cronograma:

COMPONENTE	ACTIVIDAD	TAREAS	PERIODO DE EJECUSION
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 cuanto a que como, donde, a quien y cuanto se hará de forma anual de acuerdo a normas	
		Elaboración de cada prestación con su contenido detallado	
	Estimación - microcosteo de las prestaciones x 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	PERIODO DE EJECUSION
Definición y estimación de la UPC para el primer nivel de atención y sus modificadores	Establecimiento de el universo de cobertura población y 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	Calculo 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.	Dos semanas
		Análisis de presupuestos asignados y ejecutados en al menos de 3 años anteriores de las fuentes disponibles y sus tendencia en mínimos 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 en base a 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	
		Preparación de pilotos con autoridades locales.	Una semana
	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.	
		Inicio de aplicación.	2011
		Evaluación mensual.	06 meses

COMPONENTE	ACTIVIDAD	TAREAS	PERIODO DE EJECUSION
		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	05 meses
	Estrategia concertada de implementación progresiva de la capitación del primer nivel de atención	Mapeo político nacional y local y estrategias de negociación	05 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	06 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	05 meses
		Elaboración del manual	
	Institucionalización y universalización del UPC	Establecer responsabilidades institucionales y fortalecimiento de estas instancias	05 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	

MINISTERIO DE SALUD

No. 464-2011/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 14 de JUNIO del 2011.

Visto el expediente Nº 11-048824-001, que contiene el Informe Nº 005-2011-DGSP-DAIS/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas, e Informe Nº 373-2011-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº 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;

Que, según el artículo 3º de la Ley Nº 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);

Z. Solís V.

Que, el artículo 41º del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 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;

W. Olivera A.

Que, a través de la Resolución Ministerial Nº 729-2003/MINSA se aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud";

C. Acosta S.

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

D. León Ch.

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 l) 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.

OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

Z. Solís V.

D. León Ch.