

**PRIMEROS AVANCES DE LA OPERATIVIZACIÓN
DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS-BFC)
EN LA PROVINCIA DE CHURCAMPÁ, HUANCAMELICA-PERÚ**



PRIMEROS AVANCES DE LA OPERATIVIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS-BFC) EN LA PROVINCIA DE CHURCAMP, HUANCVELICA-PERÚ

Lima, 2013

Unidad Operativa de la Red de Salud Churcampa

Dirección Regional de Salud de Huancavelica

Medicus Mundi Navarra

Salud Sin Límites Perú

Coordinadores: Roberto León Segovia, Fernando Carbone Campoverde y Claudia Lema Dodobara

Colaboradores: Marcela Velásquez Ronceros, Yely Palomino Flores, Giovanna Quintana Marquina, Vilarmina Ponce Lucero, Gerardo Seminario Námuch, Eduardo Bedriñana Figueroa, Luis Rodríguez Soriano y Liz Alejandro Orihuela.

Revisión: Gerardo Seminario Námuch

"LA PRESENTE PUBLICACIÓN HA SIDO ELABORADA CON LA ASISTENCIA DE LA UNIÓN EUROPEA. EL CONTENIDO DE LA MISMA ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCVELICA, LA RED DE SALUD CHURCAMP, MEDICUS MUNDI NAVARRA Y SALUD SIN LÍMITES PERÚ Y EN NINGÚN CASO DEBE CONSIDERARSE QUE REFLEJA LOS PUNTOS DE VISTA DE LA UNIÓN EUROPEA"

**Primeros avances de la operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) en la provincia de Churcampa, Huancavelica-Perú
2013**



Pasantía internacional 22 de agosto 2013, centro poblado de Antacalla. Representantes de Bolivia, Guatemala y Perú, autoridades, líderes y población local.

Agradecemos a la población de Churcampa, a sus organizaciones sociales de base, a sus autoridades, al personal de salud, a los agentes comunitarios de salud y a los terapeutas tradicionales, por permitirnos participar con ellos en esta importante iniciativa.

Doctor Luis Rodríguez
Director de la Unidad Operativa de la Red de Salud Churcampa

Índice

Introducción	5
Atención primaria de salud y Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad	7
Atención primaria de salud	7
De la teoría a la práctica	8
Claves para la operativización de modelos de atención integral	9
Una revisión al contexto	11
Primeros avances en la operativización del MAIS-BFC en Churcampa	13
Tácticas e instrumentos utilizados para la operativización	13
Formación de personal de salud, líderes, organizaciones de salud de la comunidad y autoridades locales	17
Propuesta de medición de indicadores	18
Lecciones aprendidas	21



Introducción

Quemos compartir un documento informativo, divulgativo y de rendición de cuentas, que presenta sucintamente la propuesta de operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), que desde abril del 2012 viene desarrollando la Unidad Operativa de la Red de Salud de Churcampa (UORSCH), con el acompañamiento de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica (DIRESA Huancavelica), el nivel central del Ministerio de Salud (MINSA) y el Proyecto Multipaís¹, ejecutado en Perú por Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Límites Perú.

El trabajo que venimos desarrollando se funda en la universalización del derecho a la salud y se vincula a la Atención Primaria de Salud (APS), tal como fue concebida originalmente en Alma Ata²: “el cuidado integral de la salud para todos y por todos”³. El derecho a la salud en el primer nivel de atención se cumple siempre y cuando se organicen equitativamente los recursos, se garantice su universalidad, se aborde con integralidad, se desarrolle con calidad y se articule con la población, ese es el camino que nos hemos trazado.

El primer nivel de atención es el más importante de todo el sistema de salud, todos nosotros deberíamos contactarnos con el sistema a través del primer nivel, sin embargo, los niveles dos y tres realizan gran parte de este trabajo, perdiendo su idoneidad, desestructurando la lógica del sistema y cargándose en exceso de labores.

Como se aprecia en la ilustración 1, basada en una muestra de establecimientos representativos, el 55 % de la población recibe el 12 % del presupuesto y el 16 % del recurso humano; mientras, el 1 % de la población, recibe 49 % del presupuesto y el 43 % del recurso humano. Los centros y puestos de salud a lo largo del país (7290), representan el 97,89 % de todos los establecimientos de salud y aquí se podría resolver entre el 70 y 80 % de las necesidades básicas (MINSA, 2011: 21). Lo anterior busca graficar el grado de desorganización actual del sistema y la atención de la salud.

Aún frente a los problemas señalados, a quienes nos vincula el reto de operativizar el MAIS-BFC, nos anima observar que, una vez iniciado en el trabajo de Atención Primaria, el personal de salud no solo mejora la calidad de su labor, sino que se ve estimulado por el contacto permanente con la población. Asimismo, es muy gratificante saber que el poblador aumenta su confianza en el sistema de salud y en su personal. Este afianzamiento mutuo de confianza y respeto contribuirá a seguir mejorando la salud de nuestra provincia.

¹ Proyecto “Un Modelo Integral e Incluyente bajo un Concepto de Derecho a la Salud”. Desarrollado en Bolivia, Guatemala y Perú y financiado por la Unión Europea y el Gobierno de Navarra.

² Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, Alma Ata - Kazajistán, 1978.

³ Palabras del doctor David Tejada de Rivero, ex ministro de salud del Perú, ex subdirector de la Organización Mundial de la Salud, organizador de Alma Ata, héroe de la salud de las Américas (Organización Panamericana de la Salud).

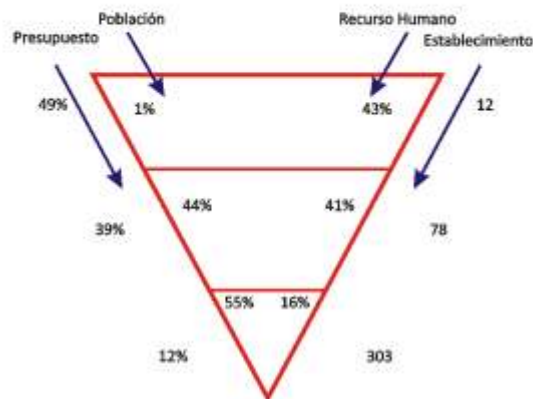


Ilustración 1. Distribución de presupuesto y recursos en el sector salud

Fuente: Imagen presentada por la Dra. Carmen Lengua, ex directora de la DGSP (Dirección General de Salud de las Personas). Mesa: "Propuesta de Medida de Reforma en la Organización y Gestión de Servicios de Salud". Seminario internacional: Hacia la Universalidad de la Protección en Salud en el Perú; 7 de Junio, 2013.

Lo señalado nos lleva a pensar que el trabajo en el primer nivel de atención debería ser objeto de reconocimiento, estímulos y ascensos adecuados, de forma tal que en sí mismo permita un pleno desarrollo personal y laboral, sin la necesidad de que al trabajador se le obligue a migrar a otro nivel. Para contribuir a solucionar esta problemática, es que les hacemos entrega de este documento/propuesta de trabajo.

El libro que tienen en sus manos contiene una apuesta de largo plazo, que se presenta a través de la revisión de los conceptos y teorías del modelo, además contiene un resumen de nuestra experiencia de operativización y lecciones aprendidas, las cuales pensamos son aplicables en el corto plazo. Puede ser tomado como un documento orientador y motivador para otros⁴ que estén iniciando un camino similar al nuestro. El trabajo está estructurado de la siguiente manera: primero se entrega una revisión del marco teórico de la intervención, luego se explica el contexto general de la provincia, a continuación se presentan los principales avances, métodos e instrumentos usados, y finalmente se realiza un repaso a las lecciones aprendidas hasta la fecha. Esperamos que el documento les resulte ilustrativo y sobre todo que aliente al sector salud, al Estado en general y a la cooperación, a seguir apostando por la Atención Primaria en Salud y el Modelo de Atención integral Basado en Familia y Comunidad.

⁴ Siempre que sea necesario, este trabajo señala la bibliografía referencial para profundizar en cada tema. Además, quienes quieran conocer la experiencia con mayor profundidad pueden contactarse con la Red de Salud Churcampa y el Proyecto Multipais.

Atención primaria de salud y Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

El marco conceptual que a continuación presentamos se basa íntegramente en los documentos: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MINSA, 2011), Aportes a la Operativización del MAIS BFC en el Primer Nivel de Atención (Medicus Mundi Navarra, 2012), y Claves para la Transformación de los Modelos de Salud de América Latina (Medicus Mundi Navarra, 2013).

Atención primaria de salud

La Atención Primaria de Salud (APS), tal como fue imaginada en 1978 en Alma Ata, fue uno de los puntos más altos del siglo XX en lo que corresponde a la incorporación de un enfoque social de la salud. Sin embargo, su implementación en el contexto latinoamericano enfrentó serios obstáculos históricos, económicos y políticos. La APS continúa vigente en sus principales lineamientos y se ha visto fortalecida por un movimiento de renovación, lo que también constituye una oportunidad para reflexionar sobre sus límites y desafíos.

La definición clásica de la APS la presenta como “... el *cuidado esencial de la salud* basado en métodos y tecnologías prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable” (OPS: 1984). La estrategia de APS es más que lo médico, se trata de un enfoque sistémico que lo incluye y trasciende, pero al mismo tiempo es una forma de reorganizar los recursos para cuidar y promover la salud y un desarrollo de mecanismos de abogacía para trabajar con otros sectores, con los gobiernos y la comunidad. En años recientes, David Tejada de Rivero, médico peruano, ex subdirector de la OMS y uno de los principales impulsores de Alma Ata, ha usado en distintos escenarios una frase que recoge el espíritu original de la APS: *Cuidado integral de salud para todos y por todos*.

Más recientemente, en su apuesta por la renovación de la Atención Primaria en Salud para las Américas, la OPS/OMS identifica algunos elementos esenciales para su desarrollo: la cobertura y el acceso universal; el primer contacto, es decir, que un sistema de salud basado en APS cuente con un primer nivel de atención; la atención integral e integrada; la orientación familiar y comunitaria; el énfasis en la promoción y prevención; los cuidados apropiados; los mecanismos de participación activa; un marco político legal e institucional sólido;



políticas y programas pro-equidad; buenas prácticas de organización y gestión; recursos humanos adecuados y sostenibles; y acciones intersectoriales.

Si bien este planteamiento posee numerosas fortalezas y proporciona directrices claras y precisas para el redireccionamiento de los sistemas de salud, identificamos algunos desafíos actuales para profundizar los alcances de la renovación:

- a) El desafío de revisar y ampliar la concepción del proceso de la salud-enfermedad.
- b) El desafío de tomar posición respecto al tipo de articulación entre los sistemas de salud oficiales y otros modelos de salud, especialmente los pertenecientes a los pueblos originarios de la región.
- c) El desafío de profundizar el abordaje de la equidad de género en el campo de la salud.
- d) El desafío de enfocar la problemática medio ambiental desde un enfoque holístico y ecosistémico.

De la teoría a la práctica

En el centro de nuestra intervención en Churcampa está una nueva definición de salud, que parte de las necesidades de renovación de la APS arriba expresadas. Concebimos la salud como **“Un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza. La enfermedad es el estado que resulta de la interrupción en el equilibrio y armonía de estas relaciones”⁵**. Se trata de una concepción que busca reconocer la diversidad y dar sustento a una intervención basada en la renovación de la APS.

En el proceso de operativizar esta concepción, se ha visto su correspondencia con el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) lo que nos permite, a la Red de Salud Churcampa, a la DIRESA Huancavelica y al Proyecto Multipaís, trabajar bajo un marco único. Para el MAIS-BFC⁶, la operativización se da a través de *niveles de análisis-acción*, que configuran paquetes de atención integral de salud para cubrir un conjunto de necesidades específicas:

1. *Paquete de atención integral a la persona: Constituye la oferta de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades por etapas de vida de la persona. Ofrecen cuidados esenciales para el niño, adolescente, joven, adulto, gestante y adulto mayor.*
2. *Paquete de atención integral a la familia: Constituye la oferta de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades de la familia por etapas del ciclo vital familiar. Ofrecen cuidados esenciales para la familia en formación, en expansión, en dispersión y en contracción.*

⁵ Taller UMIIDES, Guatemala, mayo 2011. Trabajo grupal de los integrantes del Proyecto Multipaís.

⁶ Para conocer con más detalle el marco conceptual del MAIS BFC, remitirse a MINSa 2011.

3. *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.* (MINSA 2011: 39)

Claves para la operativización de modelos de atención integral

Sumado a lo antes expuesto, el Proyecto Multipaís, en base a su trabajo regional (Bolivia y Guatemala y Perú), contribuye a la Red de Salud Churcampa y a la DIRESA Huancavelica, identificado algunos elementos clave para operativizar los modelos de atención integral con enfoque familiar y comunitario. La imagen que presentamos más abajo está basada en la idea de las pirámides fractales⁷, donde existe una correspondencia entre la parte y el todo, “cada pirámide pequeña es similar a la grande que incluye a todas, sin embargo, la grande no expresa sólo la sumatoria de las pequeñas, sino que tiene una cualidad superior ya que a su vez brinda una lógica a todo el resto. Sucede lo mismo con las claves propuestas: cada una de ellas afecta y se ven afectadas por el desempeño del resto del sistema de salud.” (Medicus Mundi Navarra 2013: 18). Las claves son las siguientes:

- ⊙ Primera Clave: Universalizar el derecho a la salud.
- ⊙ Segunda Clave: Repensar la salud a partir de una multiconcepción del proceso salud-enfermedad.
- ⊙ Tercera Clave: Intersectorialidad y participación social en el Primer Nivel de Atención.
- ⊙ Cuarta Clave: La pertinencia intercultural en los distintos componentes del primer nivel.
- ⊙ Quinta Clave: La perspectiva relacional de género en lo programático-operativa.
- ⊙ Sexta Clave: Un enfoque ecosistémico ambiente en el primer nivel de atención.
- ⊙ Séptima Clave: Horizontalización programática: niveles individual, familiar y comunitario.
- ⊙ Octava Clave: Reordenamiento del territorio y reorganización del primer nivel.
- ⊙ Novena Clave: Equipos de trabajo polifuncionales para el primer nivel de atención.
- ⊙ Décima Clave: La operacionalización de la vigilancia sociocultural de la salud y el sistema de Información.
- ⊙ Onceava Clave: El financiamiento del primer nivel de atención.
- ⊙ Doceava Clave: La gestión efectiva del primer nivel de atención.

⁷ La teoría fractal recuerda a la teoría del mundo holográfico. Un holograma es una imagen que al ser iluminada por un láser proyecta una figura tridimensional. Su particularidad es que cualquier sección separada de la imagen vuelve a proyectar el conjunto de la imagen original, no importa cuán ínfima sea esta sección. Entonces, en una pirámide fractal el todo y la parte guardan una relación isomórfica y no se puede alterar una sin alterar la otra.





Ilustración 2. Claves para la transformación de los Sistemas de Salud

Fuente: Medicus Mundi 2013

Cada uno de estos elementos contiene un desarrollo particular (Medicus Mundi Navarra 2013) que da pie al diseño de acciones prácticas para operativizar modelos de atención integrales e incluyentes como el MAIS BFC y otros modelos de atención integral inspirados en la APS. En la siguiente sección mostraremos la experiencia particular de Churcampa en la operativización del MAIS-BFC, la que se inspira en las premisas de la APS y en las claves antes presentadas.

Una revisión al contexto

A veces, en el desarrollo de políticas públicas la revisión contextual es un cumplimiento con las formas, sin embargo el contexto es la tierra en la que siembras, la bibliografía internacional da cuenta que iniciativas similares tienen resultados muy diversos y esto suele tener que ver con el contexto previo al desarrollo del emprendimiento. Repasemos la situación de nuestra provincia.

Churcampa se encuentra ubicada en la región Huancavelica, entre los valles interandinos centrales del Perú. Limita por el este con la región Ayacucho, por el oeste con la provincia de Huancavelica, por el norte con la provincia de Tayacaja y por el sur con la provincia de Acobamba. Presenta pisos ecológicos que varían entre 2000 y 4850 m.s.n.m., cuenta con 11 distritos y 150 centros poblados, su superficie es de 1232,45 Km² que configura una densidad poblacional de 36,5 habitantes por Km².

Según el Censo Nacional del año 2007⁸, la provincia de Churcampa registra 44 903 habitantes, siendo 22 144 varones y 22 759 mujeres. Según área de residencia el 22,7 % es población urbana y el 77,3 % es rural. Las mujeres en edad fértil (12 a 49 años) son 9764 (21,7 %). La población tiene como lengua materna el quechua.

La provincia cuenta con una Unidad Operativa de Red de Salud (UORS), que está formada por dos microredes, cinco centros de salud, veintinueve puestos de salud y un



Ilustración 3. Mapa de Churcampa y distribución de establecimientos de salud

Fuente: Red de Salud Churcampa

⁸ XI de población y VI de vivienda del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED). La distribución de establecimientos según categoría es la siguiente: el 70 % (24) son de categoría I.1; 15 % (5) corresponde a I.2; el 12 % (4) pertenecen a la categoría I.3 y solo el 3 % (1) está en el nivel I.4.

Se cuenta con 222 trabajadores, entre profesionales médicos, no médicos y administrativos. Además, en la capital de la provincia se cuenta con una posta médica del Seguro Social de Salud (EsSalud⁹).

La última información censal disponible (2007), nos señala que el 71,7 % de la población de la provincia se encuentra en extrema pobreza, hay un 25 % de analfabetismo (29 % en mujeres), el 76 % no tiene acceso a agua segura y el 67 % no cuenta con desagüe o letrinas. Estos indicadores condicionan fuertemente el desarrollo de enfermedades diarreicas y desnutrición crónica (57 % en la provincia), atacando generalmente a los más vulnerables, especialmente a los niños menores de cinco años. Sobre la vivienda y entorno, el Censo 2007 nos señala que el 76 % de la población cocina con carbón, leña o bosta, sin

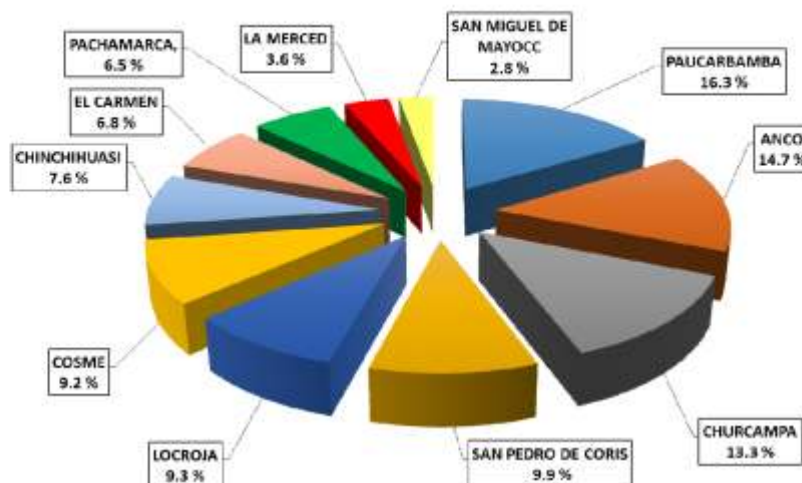


Ilustración 4. Distribución de la población de Churcampá

Fuente: Red de Salud Churcampá

chimenea en la cocina, lo cual influye en el desarrollo de enfermedades respiratorias, siendo nuevamente los más vulnerables los menores de cinco años. Información más actual, proveniente del Informe de Desarrollo Humano 2013, muestra que, entre las 195 provincias del país, Churcampá tiene una esperanza de vida al nacer es de 62,68 años (puesto 183), el 34,14 % de la población tiene secundaria completa (puesto 138), el promedio de años de educación son 5,05 (puesto 172) y el ingreso promedio es de 282,8 nuevos soles mensuales (puesto 140). Churcampá, con un índice de desarrollo humano de 0,2606, ocupa el puesto 164 en el ranking de desarrollo humano del país.

⁹ Régimen público contributivo de aseguramiento en salud del Estado peruano

¹⁰ Revisado en: <http://proyectos.inei.gob.pe/Censos2007/> A la fecha de terminada esta publicación, la información provincial del censo 2011 no se encontraba habilitada.

Primeros avances en la operativización del MAIS-BFC en Churcampa

Este punto se refiere propiamente a la experiencia desarrollada en Churcampa, para entenderlo mejor es bueno orientarse con el *Flujo lógico de actividades* (Ilustración 5) que presentamos más adelante, también es conveniente acudir a la bibliografía señalada al final del documento.

Tácticas e instrumentos utilizados para la operativización.

Plan de Implementación Escalonada (PIE).- La intervención en salud familiar y comunitaria en la provincia de Churcampa se realizó de acuerdo al PIE, documento que fue definido y validado concertadamente entre la Unidad Operativa Red de Salud Churcampa (UORSCH) y el Proyecto Multipaís, planificado para llegar al 100 % de los EESS en una temporalidad de 3 años como se detalla a continuación:

Año	Distritos	EESS	% EESS
I Año	4	14	41 %
II Año	3	7	41 %
III Año	4	13	38 %
Total	11	34	100 %

Tabla 1. Plan de Implementación Escalonada

En base a este PIE, durante el primer año (2012) 14 establecimientos de salud (EESS) iniciaron con la operativización del MAIS-BFC, apoyados con el desarrollo del *Diplomado en Atención Integral de Salud con Enfoque de Familia y Comunidad*, que fue financiado por el Proyecto Multipaís. Sin embargo, a partir del segundo año, con la implementación del *Programa de Formación Continua en Salud Individual, Familiar y Comunitaria en el Primer Nivel de Atención*, 33 de 34 EESS vienen desarrollando la operativización. A su vez, los EESS también vienen implementando el PIE en la intervención en salud individual, familiar y comunitaria, pues eligen una comunidad piloto de inicio y luego pasan sucesivamente a las otras, llegando así a la totalidad de comunidades de su jurisdicción.

Conformación del Comité Técnico Impulsor del MAIS-BFC en la UORSCH.- Este comité técnico fue conformado mediante resolución directoral N° 028-2012 de fecha 30 de mayo, su rol es de acompañamiento técnico, operativo, seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones que demanda la implementación del MAIS BFC en los EESS de la UORSCH.

Educación Permanente en Salud (EPS).-

La EPS, como estrategia educativa y de gestión, utiliza las tareas cotidianas del trabajo como un proceso dentro del cual se produce la interacción aprendizaje-enseñanza, permitiendo el desarrollo del recurso humano y de la organización. Implica un espacio de participación activa y diálogo entre los miembros del equipo de salud, la reflexión conjunta sobre los problemas identificados y priorizados que se presentan al entorno del servicio y la planificación de acciones de mejora.

Sectorización Concertada.- Consiste en delimitar territorialmente y organizar las comunidades de la jurisdicción de los EESS en sectores, respetando la territorialidad y ancestralidad comunal. La realizan los equipos de salud en concertación con las autoridades y ACS, con el objetivo de organizar la atención primaria en salud para la intervención individual, familiar y comunitaria.

Codificación familiar.- Es la identificación de la familia en su comunidad, sector y vivienda. Además, nos precisa el número de familias por vivienda.

Censo Comunal.- Permite recolectar información básica sobre la situación social y sanitaria de las familias. El instrumento que utiliza es la Ficha Familiar, que incluye datos generales, riesgos, problemas y determinantes sociales de salud de cada familia.

Carpeta Familiar.- Organiza la atención integral e integrada en función a la salud individual, familiar y comunitaria, incluye las historias clínicas individuales de cada miembro de la familia, la Ficha Familiar y el Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM).



Foto 1. Mapa de sectorización de la comunidad de Chachaspata

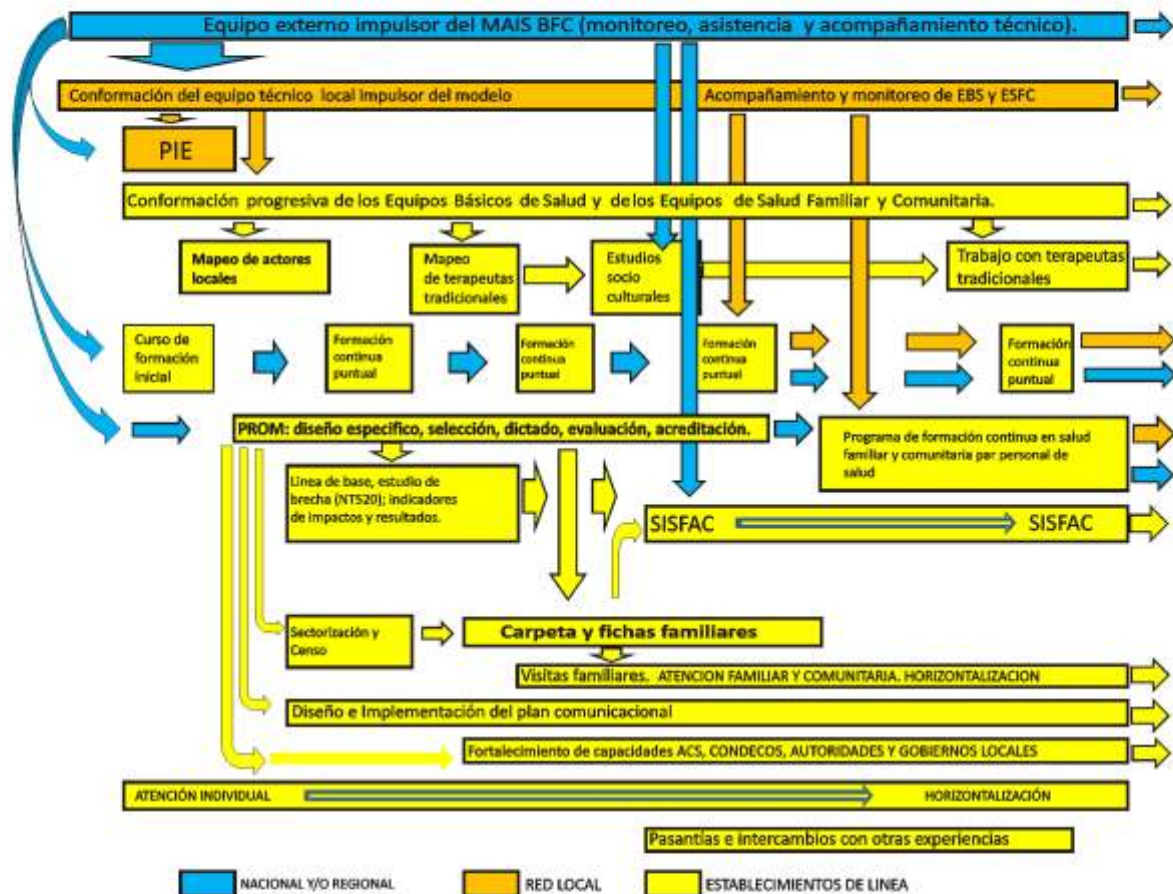


Ilustración 5. Flujo lógico de actividades para la operativización del MAIS-BFC en el primer nivel de atención

Fuente: Elaboración del Proyecto Multipaís

Sistema de Salud Familiar y Comunitaria (SISFAC).- Es un aplicativo informático desarrollado por la ONG *Practical Action*, a pedido del Proyecto Multipaís, que nos permite sistematizar y analizar la información recogida en el censo comunal para la intervención del equipo de salud. Brinda información clave para la valoración familiar, ASIS familiar y el PAIFAM.

Polifuncionalidad.- El primer nivel de atención requiere de equipos de salud con nuevas perspectivas y competencias. No debe haber preeminencia de alguna profesión, ni de la especialización hospitalaria. El rol principal del personal es garantizar el acceso y cobertura universal, para lo cual es ideal contar con equipos de salud polifuncionales. Algunas de las ventajas de los equipos polifuncionales son: al realizar rotaciones en los diferentes programas, el personal conoce de manera importante el entorno personal, familiar y comunitario de la población bajo su cobertura; la polifuncionalidad genera mayores posibilidades de trabajo en equipo, permite la distribución equitativa del trabajo para los integrantes del equipo; el trabajo en equipo brinda la posibilidad de cubrir cualquier ausencia del personal, al tener todas/os la experiencia en las diferentes actividades del establecimiento.

Programación intra y extramural.- Es la planificación mensual que realizan los equipos de salud. Considera actividades intra y extramurales que permiten hacer la intervención en salud individual, familiar y comunitaria.

Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM).- Instrumento que permite a los equipos de salud planificar e intervenir a nivel de la unidad familiar, para generar corresponsabilidad en el autocuidado de la salud, se implementa de manera participativa y concertada, incidiendo en la participación del jefe de hogar.

Visión y Plan de Salud Familiar.- Son dos instrumentos que permiten a la familia promover y liderar el autocuidado de su salud. Se implementan con el asesoramiento de los equipos de salud durante las visitas domiciliarias integrales. El desarrollo de las actividades está a cargo de las familias y el acompañamiento, seguimiento y monitoreo es realizado por los equipos de salud y el Agente Comunitario de Salud.

Participación Comunitaria.- Promovida a través del Consejo de Desarrollo Comunal (CONDECO), organización social de base que suma y articula a todas las organizaciones existentes dentro de la comunidad. Su objetivo es promover el desarrollo integral de la comunidad con participación activa de sus autoridades y sus organizaciones para el abordaje de las determinantes sociales de la salud, fortaleciendo las potencialidades y el empoderamiento comunitario, basándose en la organización, participación y gestión de desarrollo integral e intersectorial. Su expresión se da a través de la visión, diagnóstico y Plan de Desarrollo Comunal.

Organización del servicio de salud con pertinencia intercultural.- Se realiza para garantizar el acceso a los servicios de salud, el primer contacto, la atención integral e integrada de la persona, la familia y la comunidad en el primer nivel de atención. Se organizan servicios con pertinencia intercultural en función de las necesidades de salud. Esto implica: cartera de servicios y flujograma de intervención, elaborados con pertinencia intercultural; identificación de los ambientes con pertinencia intercultural, según la cartera de servicios de salud, provisión de paquetes de atención y por etapas de vida; horario de atención concertado con la comunidad; sala de espera adecuada y con pertinencia intercultural; buzón de sugerencias del EESS.

Sala situacional con énfasis en salud familiar.- Espacio físico, dinámico y flexible, que contiene información multidimensional (demográfica, económica, social, cultural, ambiental, entre otras) tanto a nivel individual, familiar y comunitario, que permite tener información pasada, presente y futura para la toma de decisiones e intervenciones articuladas. Contiene las siguientes secciones: gestión y direccionamiento, situación de salud, problemas priorizados, vigilancia epidemiológica, proyectos, otros problemas de gestión y Análisis de la Situación de Salud (ASIS) familiar.

Atención integral e integrada.- Se brinda atención integral e integrada por etapas de vida que se registra en las historias clínicas por etapas de vida y cuadernos de seguimiento.

Sistema de referencia y contrareferencia.- El sistema está organizado y planificado para garantizar la continuidad de la atención, el EESS cuenta con el plan y mapas de referencia y contrareferencia, considerando los flujos de emergencias, atención de parto, apoyo al diagnóstico, consulta externa, transporte, comunicación y recursos humanos.

Articulación de la medicina tradicional y académica.- El equipo de salud respeta e integra a la medicina tradicional, para ello, junto a los Agentes de Medicina Tradicional (AMT), elabora la matriz de los síndromes culturales locales.

Formación de personal de salud, líderes, organizaciones de salud de la comunidad y autoridades locales

Primera fase del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM), Diplomatura de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria.- En el año 2012, el Proyecto Multipaís, en convenio con la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga y la UORSCH, impulsa el desarrollo de la primera diplomatura descentralizada en salud Familiar y Comunitaria, con el objetivo de fortalecer las competencias de los equipos de salud del primer nivel de atención. Participaron 26 trabajadores de salud, 22 de EESS y 4 representantes del Comité Técnico Impulsor de la UORSCH, llegando a cubrir el 10 % del personal de salud de la provincia.

Programa de Formación Continua en Salud Individual, Familiar y Comunitaria dirigido a equipos de salud del primer nivel de atención.- Este programa tiene como propósito facilitar la implementación de un modelo de salud integral e incluyente que aborda la salud individual, familiar y comunitaria en el primer

I. Introducción a la salud individual, familiar y comunitaria	• Sectorización • Territorialidad • Censo y llenado de la Ficha Familiar • Instalación del aplicativo y digitación de la información de la ficha familiar • Estrategia de Educación Permanente en Salud (EPS)
II. Salud Familiar	• Salud familiar: obtención de reportes del Aplicativo de la Ficha Familiar; estructura y dinámica familiar; enfoque de riesgo y factores protectores • Tácticas para la intervención en salud familiar: polifuncionalidad, programación de prestación intramural y extramural para visitas integrales, Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM) • Género
III. Gestión y organización	• Pertinencia intercultural • Organización de los servicios de salud para una atención de calidad, integral e integrada con pertinencia intercultural • Acceso y cobertura con énfasis en el primer contacto • Calidad en Salud • Sala situacional y ASIS familiar
IV. Salud individual: Atención integral e integrada	• Derecho a la salud • Atención integral por etapas de vida e implementación de HC familiar • Sistema de referencia y contrareferencia. • Enfermedades populares y vigilancia epidemiológica sociocultural • Articulación de servicios de salud con agentes de la medicina tradicional
V. Salud Comunitaria	• Participación comunitaria • Determinantes sociales de la salud • Tácticas para la intervención en salud comunitaria: instituciones educativas, comunidades y municipios saludables

Cuadro 1. Principales características de la malla curricular del Programa de Formación Continua

nivel de atención en el marco del MAIS-BFC, cuenta con el respaldo de la Resolución Directoral N° 0015 – 2013 de fecha 10 de junio. El programa ha sido diseñado entre el equipo técnico de la Unidad Operativa de la Red de Salud Churcampa (ORSCH) y el proyecto Multipaís. La malla curricular está conformada por cinco módulos (Introducción a la salud individual, familiar y comunitaria; Salud Familiar; Gestión y Organización; Salud Individual Integral e Integrada; y Salud Comunitaria) que se desarrollan en 83 horas lectivas teóricas y 1434 horas prácticas en la fase no presencial, haciendo un total de 47 créditos académicos.

El programa de formación continua está estructurado de tal manera que permite planificar el desarrollo de la fase presencial, brindar asistencia técnica y acompañamiento en la fase no presencial, realizar el seguimiento y monitoreo a los avances y evaluar los logros alcanzados.

Durante el segundo semestre del 2013, el programa se viene desarrollando de manera descentralizada en 9 sedes, donde se realiza la fase presencial, facilitada por el equipo técnico de la UORSCH, y el equipo del Proyecto Multipaís, llegando a cubrir al 90 % del recurso humano de la provincia. Su implementación ha sido posible gracias al cofinanciamiento entre las instituciones arriba mencionadas y el apoyo de la DIRESA Huancavelica.

Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y Consejos de Desarrollo Comunal (CONDECO).- Con el objetivo de promover la participación comunitaria y la corresponsabilidad en el autocuidado de la salud, se fortalecieron las competencias de los ACS y CONDECOS en Salud Individual, Familiar y Comunitaria en el marco del MAIS-BFC, incluyéndolos en las sesiones del programa de formación continua en tres módulos (Introducción de la Salud Individual Familiar y Comunitaria, Salud Familiar y Salud Comunitaria). Su participación ha sido clave para articular los servicios de salud con la comunidad y con la medicina tradicional.

Autoridades locales.- El involucramiento de las autoridades locales es clave para el abordaje e intervención en las determinantes sociales de la salud, por ello se han fortalecido capacidades de autoridades locales en Proyectos de Inversión Pública.

Propuesta de medición de indicadores

Con el objetivo de medir los resultados de la intervención en salud centrada en la persona, familia y comunidad, se han propuesto los siguientes indicadores de medición del desempeño en el primer nivel de atención, en el marco del MAIS-BFC (solo presentamos los principales):

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR
DEMOGRAFÍA		Población por etapas de vida (realizar la brecha entre INEI y real (nominado, censo, etc.)
INTELIGENCIA SANITARIA		Documento de ASIS con enfoque individual, familiar y comunitario que incluye el listado de enfermedades populares.
		Sala situacional implementada con enfoque individual, familiar y comunitario.
		10 primeras causas de morbilidad por etapas de vida
		Nº de familias con riesgo familiar
MAPEO		Directorio de autoridades locales, comunales, organizaciones de mujeres, Agentes Comunitarios de Salud (ACS), Agentes de Medicina tradicional (AMT), organizaciones no gubernamentales (ONG) y Programas sociales
GESTION	Recursos Humanos	Nº de recursos humanos capacitados en salud intercultural
		Nº de recursos humanos capacitados en salud individual, familiar y comunitaria
		Nº de recursos humanos con el diplomado PROFAM
	Calidad	Nº de proyectos de mejora continua de la calidad
		Autoevaluación ejecutada con fines de acreditación
	Documentos Técnicos Normativos de Gestión	POI o PSL con enfoque individual, familiar y comunitario formulado con la comunidad
		POI o PSL con enfoque individual, familiar y comunitario evaluado participativamente
		Reglamento de organización y funciones (ROF) y manual de organización y funciones (MOF) adecuado al MAIS BFC
		Documento plan de emergencias y desastres implementado
		Sistema de referencia y contrareferencia efectivo que garantiza la atención integral y continua por etapas de vida
SIS/AUS	Sistema de referencia y contrareferencia comunitario (ACS y AMT) efectivo	
	Equipos de salud implementan la educación permanente en salud (EPS)	
	Cobertura de afiliación al SIS/AUS por etapas de vida	
ORGANIZACIÓN	Flujograma de atención integral	Extensión de uso SIS/AUS por etapas de vida
		Flujograma de atención integral individual por etapas de vida con pertinencia intercultural
	Señalización del EESS	Flujograma de atención familiar con pertinencia intercultural
		Señalización del EESS con pertinencia intercultural
	Cartera de servicios de salud	Publicación de la cartera de servicios de salud por etapas de vida con pertinencia intercultural
	Sectorización, censo y carpetas familiares	Mapa de sectorización comunal publicado
		Censo ejecutado con la ficha familiar
Atención extramural	Carpetas familiares implementadas	
PRESTACIÓN: Salud Individual	Programación de atención extramural	
PRESTACIÓN: Salud Familiar	Se mide el número de personas con Plan de Atención Integral de Salud (PAIS) de acuerdo al paquete de atención según etapa de vida y la categoría del establecimientos	
PRESTACIÓN: Salud Comunitaria	Familias Saludables	Nº de planes de atención integral a la familia (PAIFAM) implementados
		Nº de familias saludables implementadas
	Municipios Saludables	Nº de comités multisectoriales reconocidos con ordenanza municipal.
		Nº de comités multisectoriales capacitados
		Nº de ordenanzas municipales que declaran el Municipio saludable
		Nº de comunidades con consejo de desarrollo comunal CONDECO capacitados
		Nº de comunidades con diagnóstico comunal implementado
		Nº de comunidades con plan de desarrollo comunal ejecutado
	Comunidad Saludable	Nº de ACS activos y capacitados
		Nº de centros de vigilancia comunal implementados
		Nº de sistemas de agua para consumo humano con desinfección y/o Tto (cloro > ó = 0.5 mg/d)
		Nº de sistemas de agua para consumo humano con vigilancia de la calidad de agua
		Nº de familias que acceden al agua potable
		Instituciones Educativas saludables
		Docentes capacitados en prácticas saludables

Tabla 2. Propuesta de indicadores para el primer nivel de atención en el marco del MAIS-BFC

Fuente: Elaboración del Proyecto Multipaís en base a indicadores de la DIRESA Huancavelica, la norma técnica 520 y propuestas del Proyecto Multipaís

Lecciones aprendidas

1. El primer nivel de atención requiere de **equipos de salud** con nuevas perspectivas y competencias. No debe haber preeminencia de algunas profesiones, ni la especialización hospitalaria. Su rol principal es garantizar el acceso y cobertura universal, eliminando barreras para que la prestación sea integral e integrada, continua, eficaz y de calidad. Es decir, los equipos de salud tienen que practicar la polifuncionalidad. Del mismo modo, los equipos de salud deben estar preparados para una gestión institucional efectiva, que se sustente en la coordinación permanente, establecer alianzas con actores sociales y políticos con intereses diversos. Su liderazgo es indispensable para facilitar el abordaje de las determinantes sociales de la salud.
2. Para mejorar la situación de salud y calidad de vida de la población, no es suficiente el trabajo desplegado por el sector. Se hace indispensable la **colaboración y complementariedad efectiva entre todos los sectores del desarrollo**. La intersectorialidad y la participación social se hacen indispensables para alcanzar el derecho a la salud.
3. **Es necesario repensar la salud a partir de una multiconcepción del proceso salud-enfermedad**. La convivencia del ser humano con la naturaleza y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y a la tranquilidad espiritual, individual y social. La persona, la familia y la comunidad no estarán en armonía si no lo están el resto de los elementos del medio ambiente. Es indispensable que el proceso de salud enfermedad sea visto de manera holística en un enfoque eco-sistémico del medio ambiente.
4. **El derecho a la salud se debe considerar en su real magnitud**, que trasciende al simple acceso al servicio de salud o a la atención de salud oportuna y apropiada, para abarcar también las determinantes de la salud, tales como: el acceso a agua segura, adecuadas condiciones sanitarias, suministro de alimentos sanos, de nutrición y de vivienda, condiciones de trabajo saludables y seguras, medio ambiente sano, acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.
5. **Impulsar la pertinencia intercultural** es indispensable para la universalización del derecho a la salud y una oportunidad para el fortalecimiento del primer nivel de atención. El encuentro y el diálogo entre actores con distintas prácticas y saberes se hace ineludible no solo para eliminar progresivamente la discriminación, sino también para asegurar el derecho a la salud de grupos tradicionalmente marginados y lograr eficacia en las acciones sanitarias.
6. Existe la necesidad de **impulsar la perspectiva de género** y abordar sus inequidades. La desigualdad de género tiene consecuencias específicas y diferenciadas en los procesos de salud-enfermedad en ambos sexos.

7. Es necesario **planificar e implementar el reordenamiento de la red de servicios**, para garantizar el acceso y cobertura universal y una prestación integral, integrada y continua a la población. La conformación de redes de servicios debe garantizar el desarrollo de acciones dirigidas a la persona, familia y comunidad.
8. **La prestación fragmentada por la existencia de programas verticales** es una dificultad para el primer nivel de atención, no solo porque lo sobrecarga, sino que nos aleja del abordaje integral de la salud. Los programas verticales son pertinentes para los niveles nacional y regional, que tienen la responsabilidad de hacer el seguimiento y brindar asesoría técnica especializada por estrategia nacional y etapa de vida. Sin embargo, en el primer nivel es indispensable implementar una política programática que horizontalice las diferentes estrategias sanitarias y etapas de vida, centrando su accionar en la persona, familia y comunidad.
9. **La asistencia técnica y acompañamiento** directo o *in situ*, sea externa (cooperación) o interna (del sector) a los equipos de salud del primer nivel de atención, se hace indispensable para avanzar en la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad, esto está vinculado al siguiente punto.
10. El cambio de paradigmas, y la necesidad de **renovar y reorientar la currícula de formación** de recursos humanos en salud se hace cada vez más evidente. Un primer nivel de atención del sistema de salud centrado en lo recuperativo individual, con un enfoque biomédico y que no enfatiza acciones de promoción y prevención, es inequitativo y generará a largo plazo graves problemas sanitarios. Aquí cabe la preguntarnos: ¿de qué sirve curar y recuperar a las personas enfermas, si tienen que regresar al mismo lugar que los enfermó? Entonces, el desarrollo de competencias del recurso humano en salud en el pregrado y posgrado sigue siendo una demanda para la operativización del MAIS-BFC. No es suficiente la incorporación de funciones y responsabilidades en el marco del MAIS-BFC en los términos de referencia para la contratación y evaluación del recurso humano en salud.
11. Finalmente, **el financiamiento** de las acciones de salud en el primer nivel de atención está todavía en gran medida orientada al daño y a lo individual. Existe la necesidad de reorientar el Presupuesto por Resultados (PPR) a la atención integral de salud con enfoque de salud familiar y comunitaria.

Referencias

Medicus Mundi Navarra (2012): *Aportes a la Operativización del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad en el Primer Nivel de Atención*. Medicus Mundi Navarra, Lima.

Medicus Mundi Navarra (2013): *Claves para la Transformación de los Modelos de Salud de América Latina*. Medicus Mundi Navarra, Lima.

Ministerio de Salud del Perú (2011): *Modelo Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad*. Ministerio de Salud del Perú, Lima.

OMS (1984): *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre 1978*. OMS, Switzerland. Revisado el 25 de noviembre del 2011 en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2013): *Informe sobre el desarrollo humano Perú 2013. Cambio climático y territorio: Desafíos y respuestas para un futuro sostenible*. PNUD, Lima.

