



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“PERCEPCIONES DE LA
IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD
EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DE LIMA NORTE DEL MINSA, 2011 –
2020, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS
PRESTADORES”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y SALUD
GLOBAL

ANGEL OMAR IRRIBARI POICON

LIMA – PERÚ

2024

ASESOR

Mg. Alfonso Edgardo Nino Guerrero

JURADO DE TESIS

DRA. RUTH ANUNCIACION IGUIÑIZ ROMERO

PRESIDENTE

DRA. MARÍA SOFÍA CUBA FUENTES

VOCAL

MG. JULIO ANDER MAYCA PÉREZ

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A mi madre que me dio todo su amor aún en los momentos más adversos.

A mi esposa, por su comprensión y afecto de siempre.

A mis hijos, por ser mi mayor orgullo e inspiración.

AGRADECIMIENTOS.

A mis familiares y amigos por su apoyo constante

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

FORMATO PARA LA DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	25	FEBRERO	2024
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	ANGEL OMAR IRRIBARI POICON		
PROGRAMA DE POSGRADO	SALUD PÚBLICA Y SALUD GLOBAL		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	08	ENERO	2001
TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	“Percepciones de la implementación del modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad en establecimientos de salud de Lima Norte del MINSA, 2011 – 2020, desde la perspectiva de los prestadores.”		
MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO (marcar)	<input checked="" type="checkbox"/> TESIS	<input type="checkbox"/> TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
Declaración del Autor			
La presente Tesis es un Trabajo de Investigación de Grado original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	01-4231105 / 995530908		
E-mail	angel.irribari@upch.pe / airribari@gmail.com		

Firma del egresado
DNI 21813147

PERCEPCIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA NORTE DEL MINSA, 2011 – 2020, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

4%

2

docs.bvsalud.org

Fuente de Internet

1%

3

pt.scribd.com

Fuente de Internet

1%

4

issuu.com

Fuente de Internet

<1%

5

es.scribd.com

Fuente de Internet

<1%

6

tesis.pucp.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

7

www.mshperu.org

Fuente de Internet

<1%

idoc.pub

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.2 . Formulación de la Pregunta de Investigación	9
1.3. Justificación de la investigación.....	8
II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
Objetivo General.....	10
Objetivos específicos	10
III. MARCO TEÓRICO.....	11
3.1 Antecedentes de la investigación.....	11
3.2. Atención Primaria de la Salud	16
3.2.1. Indicadores para medir APS.....	17
3.3. El MAIS BFC	20
3.3.1. Dimensiones del MAIS BFC.....	21
3.3.3. Factores de Implementación del MAIS BFC	24
IV. METODOLOGÍA.....	36
4.1. Diseño del estudio	36
4.2. Método	36
4.3. Unidad de análisis, universo y muestra:.....	37
4.4. Criterios de inclusión	40
4.5 Criterios de Exclusión	40
4.6. Proceso de categorización	40
4.7. Técnicas y procedimientos de recolección de la información	44
4.8. Instrumentos	45
4.9. Plan de análisis.....	46
4.10. Rigor de la investigación.....	47
4.11. Viabilidad de la propuesta.....	48
4.12. Consideraciones éticas	49
V. RESULTADOS O ARGUMENTACIÓN TEÓRICA	50
VI. DISCUSIONES.....	81
VII. CONCLUSIONES	96

VIII. RECOMENDACIONES (opcional)	100
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
ANEXOS	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Transición del Modelo de Atención Integral de Salud	27
Tabla 2 Selección de población de estudio en cuatro instituciones de salud I.3...	39
Tabla 3 Matriz de temas categorías y subcategorías	42
Tabla 4 Actividades desarrolladas en la investigación	45
Tabla 5 Descripción de las categorías	46
Tabla 6 Resultado 1. Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: Reorientación de la atención de promoción de salud y prevención de la enfermedad sobre las actividades recuperativas y de rehabilitación.....	51
Tabla 7 Resultado 2. Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: Organización del establecimiento para la atención extramural con enfoque en la familia y comunidad.	53
Tabla 8 Resultado 3 Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: Acceso oportuno y de calidad al paquete de cuidados esenciales por etapas de vida	58
Tabla 9 Resultado 4. Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: De una organización en redes desarticuladas a redes integradas de servicios de salud.....	61
Tabla 10 Resultado 5. Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: Pasar de una gestión sectorial a una gestión territorial.....	62
Tabla 11 Resultado 7. Categoría: Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría: Equipo básico de salud familia comunidad capacitado en salud familiar y comunitaria	64
Tabla 12 Resultado 8. Categoría: Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría: Equipo básico de salud familia comunidad formado a través de PROFAM.	65

Tabla 13 Resultado 9. Categoría: Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría. Política remunerativa e incentivos	66
Tabla 14 Resultado 10 Categoría: Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría. Recursos básicos (Materiales, tecnología, equipamiento, entre otros).	68
Tabla 15 Resultado 11. Categoría: Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría. Política de dotación de recursos humanos.....	69
Tabla 16 Resultado 12. Valoración del rol del Estado en el marco de la dimensión política de la implementación del MAIS BFC. Subcategoría: Rol del Poder Ejecutivo y Legislativo y otros sectores.....	71
Tabla 17 Resultado 15. Valoración del rol del Estado en el marco de la dimensión política de la implementación del MAIS BFC. Subcategoría: Necesidad de reordenar el financiamiento de los servicios de salud.....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Dimensiones del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad.....	22
Figura 2 Características del MIAS-BFC: Componentes de la funcionalidad	23
Figura 3 Condiciones de éxito de la implementación del MAIS BFC.....	26
Figura 4 Atención Integral de Salud basado en atención primaria de la salud	28

RESUMEN

La problemática actual sobre el tema de la salud en Perú refleja la poca capacidad de resolución del sistema sanitario y de sostener un modelo de atención basado en familia y comunidad frente a las necesidades de salud de la población, específicamente en su estado sano, pero expuesto a riesgos o con un riesgo presente, especialmente en el primer nivel de atención. En este sentido, el objetivo de la investigación consistió en analizar las percepciones de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad en establecimientos de salud nivel I-3 de la DIRIS Norte del MINSA, en el periodo 2011-2020, desde la perspectiva de los prestadores. Es un estudio cualitativo mediante la aplicación de una entrevista a profundidad, donde se seleccionó cuatro establecimientos de nivel I-3 y se entrevistó a médicos, enfermeros, obstetras, técnicos de enfermería y agentes comunitarios.

Los aportes de estos informantes claves permitieron concluir que, para romper el paradigma de la atención curativa, intramural, hospitalaria, biomédico por un MAIS orientado a la prevención de riesgos y daños y promoción de la salud, extramural, biopsicosocial, las respuestas se distribuyeron en dos direcciones: algunos los vincularon al tema de las condiciones mínimas de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, instrumentos y otros, a las deficientes competencias en salud familiar y comunitarias del personal de salud con marcada cultura asistencialista en el personal médico, principalmente. Asimismo, señalaron el débil rol del Estado, específicamente del MINSA, DIRIS, otros sectores y actores de la sociedad civil, especialmente para el abordaje de los determinantes sociales de la salud y en la formación de la masa crítica para su implementación. Asimismo, los cambios constantes a nivel político y directivos en la conducción del MINSA, se trasladó hasta la DIRIS y establecimientos de salud, impidiendo la sostenibilidad del MAIS BFC.

Palabras clave: Modelo de atención integral en salud, cambio de paradigma, políticas de desarrollo de recursos humanos, rol del Estado.

ABSTRACT

The current health problem in Peru reflects the poor capacity of the health system to resolve and to sustain a care model based on family and community in the face of the health needs of the population, specifically in its healthy but exposed state, at risk or with a present risk, especially at the first level of care. In this sense, the objective of the research was to analyze the perception of the implementation of the Comprehensive Health Care Model based on family and community in level I-3 health establishments of the DIRIS Norte of the MINSA, in the period 2011-2020, from the perspective of the providers. It is a qualitative study through the application of an in-depth interview, where four level I-3 establishments were selected and doctors, nurses, obstetricians, nursing technicians and community agents were interviewed.

The contributions of these key informants allowed us to conclude that, to break the paradigm of curative, intramural, hospital, biomedical care for a MAIS oriented to the prevention of risks and damages and health promotion, extramural, biopsychosocial, the responses were distributed in two directions: some linked them to the issue of the minimum conditions of infrastructure, equipment and human resources, instruments and others, to the deficient competencies in family and community health of health personnel with a marked welfare culture in medical personnel, mainly. Likewise, they pointed out the weak role of the State, specifically the MINSA, DIRIS, other sectors and actors of civil society, especially in addressing the social determinants of health and in the formation of the critical mass for its implementation. Likewise, the constant changes at the political and managerial level in the leadership of the MINSA, moved to the DIRIS and health establishments, preventing the sustainability of the MAIS BFC.

Keywords: Comprehensive health care model, paradigm shift, human resource development policies, role of the State.

I. INTRODUCCIÓN

El modelo de atención de un sistema de salud constituye el marco que reúne, sistematiza y define los conceptos e ideas, así como instrumentos, procesos y argumentos que se desarrollan de forma coherente, para asegurar el cuidado del individuo, la familia y la colectividad, a fin de cubrir sus requerimientos en el área sanitaria, ya sean advertidas o no por la población (1). En este marco, existen diferentes propuestas o métodos en la atención sanitaria, que procuran crear conciencia sobre el hecho de que no depende exclusivamente del gobierno la salud de la ciudadanía, ni de las bondades de los servicios sanitarios.

Es de resaltar que, en el primer nivel de atención, se realizan intervenciones haciendo hincapié en la prevención de riesgos, daños y promoción de la salud, es decir la atención de las necesidades en la persona mientras está sano pero expuesto a riesgos o presentar un riesgo o enfermedad subyacente, sin hacer a un lado las acciones recuperativas y de rehabilitación en el ciudadano. Además, se debe ir más allá, con la intervención de los factores que la condicionan, esto se traduce en que los modelos de atención deben evolucionar a hacer énfasis en los denominados determinantes sociales de la salud, donde el rol del estado como líder articulador y conductor de la política sanitaria es fundamental. El Perú no está ajeno a esta realidad sanitaria, por ello, la necesidad de implementar un modelo de atención en salud con similares características que aborde los requerimientos sanitarios en los entornos personal, familiar y comunitario y los factores sociales que lo rodean desde el rol rector del estado a través de la intersectorialidad y participación social.

En consecuencia, se aprobó en el 2011 su Modelo de Atención Integral de Salud fundamentado en la familia y la comunidad (1). El fin era contribuir a cerrar brechas

en los indicadores sanitarios a partir de la optimización de la organización, prestación, gestión y financiación de las prestaciones en el 1er nivel de atención. Estos modelos han evolucionado, a través del tiempo, de acuerdo con las exigencias en materia sociosanitaria de la población y las regiones donde se desarrollan, o la responsabilidad social de sus gobernantes lo cual impacta en la calidad de vida de la persona.

Además, las evidencias científicas demuestran que la responsabilidad por preservar la salud depende en forma compartida del ciudadano, la sociedad civil y del estado por medio de los entes de servicios de salud públicos y privados (2). La aplicación en la que se aplicó este modelo, el esfuerzo realizado por los trabajadores sanitarios en las instituciones resulta insuficiente e inoportuno por la baja capacidad resolutoria de las entidades sanitarias en el primer nivel de atención, trayendo como consecuencia la insatisfacción de la población atendida, y persistencia de indicadores negativos como elevados indicadores de morbilidad y mortalidad en la ciudadanía, que se traducen en mayores gastos para el gobierno, y por ende una gestión deficiente de los recursos invertidos para la optimización de la salud. (3)

En Perú, se reconoció el beneficio del modelo, sin embargo, los logros aun no son palpables por la población, y a nivel directivo se decidió que el Modelo, debía ser innovado cambiándose al Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida Para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), sin haber realizado la activación completa y correcta del modelo anterior, y por ende tampoco disfrutar de sus beneficios. (4).

En la investigación que se desarrolló se buscó explorar los factores que han incidido en la implementación del MAIS -BFC en cuatro entidades sanitarias de nivel I-3 de Lima del Minsa, 2011 – 2020, visto desde la percepción de los prestadores de los servicios.

Estos prestadores de servicios, a través de sus opiniones y experiencia acumulada, describieron la situación del modelo en el nivel operativo poniéndole especial énfasis a las características de gestión y organización del establecimiento de salud para la prestación de los servicios sanitarios, tanto intramural como extramural. Además, es importante resaltar y valorar su opinión respecto al rol del estado a través del MINSa como órgano rector que lidera el proceso, evaluando sus avances y limitaciones, así como fortalecer el marco presupuestal, instrumental, normativo y jurídico que facilite su implementación. Así como ejercer su rol articulador integrador y conductor de la política sanitaria en materia de salud pública para la acometida de los determinantes sociales en el área sanitaria.

1.1. Planteamiento del Problema

En el Perú, existen problemas persistentes que afectan principalmente a la población menor de un año como los altos índices de mortalidad infantil, neonatal y perinatal, reflejo de la poca capacidad de resolución del sistema sanitario frente a los requerimientos de salud de nuestra ciudadanía, especialmente en el primer nivel de atención, sobre todos los más vulnerables como los niños, gestantes y adultos mayores (5).

Otro problema de salud pública es la mortalidad materna, en el transcurso del año 2020, hasta la semana 39, han ocurrido 306 fallecimientos maternos directas e indirectas, acaecidos hasta los 42 días de terminada la gestación, lo que constituye un aumento de 25,8 % (+61) con respecto al mismo periodo del 2019. El promedio de notificación semanal de muertes maternas, en este período, fue de 7,8.

Aunado a ello, el 90% de la infraestructura sanitaria en el Perú está representado por las entidades de primer nivel de atención que, en su gran mayoría, son entidades sanitarias con categoría I.1 y I.2, en las que existe solo personal técnico y profesional médico y no médico mínimo para la atención. Esto explica el nivel de insatisfacción de la ciudadanía que es atendida en estos puestos de salud que no encuentra solución a sus problemas más urgentes (6)

Asimismo, de acuerdo con el Ministerio de Salud, el desabastecimiento de medicamentos, infraestructuras deterioradas, hospitales colapsados y de alto riesgo (que quedaron en evidencia al promulgar del Decreto Supremo N° 038-2016-SA) declararon en emergencia los hospitales de Lima Metropolitana, para la atención oportuna, etc. (7). A su vez, la ausencia de medios en los Centros hospitalarios de referencia nacional del MINSA, es un problema que amerita ser atendido inmediatamente. La falta de equipos, insumos y medicinas representan una verdadera amenaza para las condiciones de atención al enfermo; así como la limitada capacidad de respuesta de los entes sanitarios del nivel primario de atención que se expresan en indicadores negativos en la población que impacta en la insatisfacción de los usuarios, según datos del MINSA (6):

Esta realidad origina que se cuestionen seriamente, no solamente la forma de gestionar los servicios sanitarios sino, de igual forma, la organización de los servicios para privilegiar las actividades preventivas de riesgos y daños, así como las acciones para promover la salud. También los mecanismos para el manejo de los recursos, exigiendo la reprogramación de los financiamientos, mejoras en la oferta de infraestructura, equipamiento y recursos humanos capacitado y formado en atención primaria, salud familiar y comunitaria, su política salarial y de incentivos para motivar su desempeño (6).

Se cuestiona, también, el papel que desempeña el estado en cada nivel de gobierno en su apoyo al 1er nivel de atención, el débil rol rector del MINSA para impulsarlo desde promover normas o directivas actualizadas que faciliten la aplicación de las dos dimensiones del MAIS en mención. (6)

De igual manera, se debate el rol del estado en la preservación, divulgación, e integración de las comunidades en aspectos de prevención y preservación de la salud, asimismo, los resultados de los planes y políticas de este para lograr desincentivar prácticas sociales perniciosas para la salud, así como la articulación de normas y legislación tendientes a fortalecer y normar el sistema de atención primaria para potenciar sus beneficios. Todos ellos, representan los factores de implementación del MAIS BFC: la valoración del cambio de paradigma, la política, normativa, el financiamiento el desarrollo de los RR HH y los determinantes sociales (1)

Esta afirmación se sustenta en la reflexión que expresa el porcentaje de centros que han presentado una débil gestión de la información (43%) y en la también poca habilidad del equipo sanitario para analizar la fidelidad, fiabilidad y oportunidad de

la información (31%), lo cual se refleja también en la escasa formación para asumir decisiones apoyada en información (46%). (6)

El primer nivel de atención sanitaria ha sido débil y desarticulado con la población y sus grupos organizados (6), en este sentido se desea conocer de primera mano si en realidad el MAIS-BFC, responde o no, a las expectativas sociales y si los procesos que tienen lugar en su implementación y desarrollo son los que realmente deben darse. (8). Partiendo de que el contexto condiciona mucho los resultados del modelo, cuánta responsabilidad ha tenido el médico social en los resultados obtenidos.

Aunado a ello, la naturaleza segmentada del sistema de salud en Perú origina que cada sector trabaje por su lado, sin tener una visión de sistema. Tienen sus propias normas y sus propias modalidades de financiación y prestación del servicio. Esto no beneficia al usuario en el primer nivel de atención, pues cada sector atiende solo a sus propios afiliados y no reciben a otros que no lo sean (19).

Esta segmentación trae como consecuencia un acceso desigual a los servicios sanitarios, duplicidad de acciones, logro de los objetivos fraccionados en todas las estrategias nacionales en materia de salud. Es decir, esto lleva implícito un sistema poco eficiente y desigual para asegurar y proveer servicios sanitarios, siendo el problema más evidente que todavía existen sectores poblacionales que no tienen el mínimo acceso al aseguramiento (27.1% de individuos sin un seguro de salud). Asimismo, se observa que el sistema carece de un liderazgo concreto y eficiente debido a que la rectoría del MINSA se ha visto disminuida por la disgregación de sus facultades para cada subsistema (20).

Esto permite ver una realidad donde los conocimientos de la situación del sistema de salud son escasos, insuficientes o imprecisos para los gobernantes y decisores en todos los niveles de gestión y por ende en la necesidad de investigar, monitorear y estar informado al respecto, sobre todo cuando se cumplen 10 años de haberse implementado como estrategia nacional. Frente a tal escenario, se buscó obtener una comprensión aproximada de la situación que se presenta en la implementación del MAIS-BFC, considerando que es una necesidad tratar de responder a las interrogantes planteadas desde los propios actores en los establecimientos de salud.

Por tales, la investigación se realizó en entidades sanitarias I.3 adscritas a la DIRIS Lima Norte, las cuales conforman el 54.9% del universo de entidades del MINSA (16). Para el año 2017, la DIRIS Lima Norte presenta elevado riesgo, con una deserción esperada y en un escenario III en las inmunizaciones de pentavalente, SPR Y APO. El 6.4% de los niños en edad de 5 o menos años que recibieron atención sanitaria en estos establecimientos, presenta desnutrición crónica. El 39.6% de las niñas y niños en edad comprendida entre 6 y 35 meses, padece de anemia, es decir, de cada 10 infantes que fueron atendidos, 4 están aquejados por este padecimiento; en tanto que el porcentaje de madres embarazadas con anemia está en el 19.8%. Asimismo, fueron 199 las embarazadas que presentaron sífilis, cifra superior comparada con la que se obtuvo en el año 2016. El sobrepeso y obesidad fueron los padecimientos no transmisibles con mayor recurrencia. (16).

La persistencia de estos problemas sanitarios estructurales pone en evidencia que la ejecución del MAIS-BFC, ha sido deficiente y de poco impacto en la mejora del estado de salud de la población en el primer nivel de atención.

1.2. Justificación de la investigación

Esta investigación servirá como basamento para la evaluación de los elementos que han incidido favorable y desfavorablemente en la aplicación del modelo MAIS BFC, a partir de las experiencias de una de las partes responsables en su implementación y de quienes desarrollan de primera mano las actividades y sufren al igual que los pacientes y la población, las falencias en la gestión de la salud. En este sentido también se observa que su utilidad se circunscribe en que se identifican las brechas en la eficiente implementación de un modelo.

Pues, a pesar de los cambios que se han dado para lograr el óptimo desempeño del sistema en el nivel primario, la presencia de subsistemas sanitarios paralelos, desprovistos de articulación en redes, producto del carácter fragmentado de la provisión de servicio de salud peruano, ha dificultado el aseguramiento universal y el avance en las condiciones de atención. Esto permite aprovechar las experiencias para mejorar la gestión, lo cual contribuye a la mejora continua de los sistemas, y permite poner en práctica estrategias de mitigación y corrección de las brechas en la puesta en práctica de nuevas metodologías o estrategias de atención.

Desde la perspectiva social, se traduce en la mejora en cuanto a la calidad de atención y tratamiento de las morbilidades de la población, con lo cual aumenta su bienestar físico, psíquico y social en su conjunto. En cuanto a su utilidad práctica, permitirá poner de relieve las condiciones y factores que, a juicio de los profesionales encuestados, consideran que han fallado en la implementación del plan, lo cual puede incorporarse en la estructuración y reenfoque de nuevas estrategias, y la determinación de índices de seguimiento conforme las experiencias y análisis de las fallas de este (MAIS BFC).

Desde un punto de vista teórico, el trabajo no solo evidenció y documentó las opiniones de los profesionales, sino que también será referente en la implementación y las brechas encontradas como resultado de la activación de las estrategias; esto por supuesto que servirá no solo de basamento teórico para otras investigaciones, sino que también servirá de análisis de la gestión en la implementación de la propia estrategia. Asimismo, permitirá ser replicado desde el referente metodológico en los otros factores que no han sido abordados en esta investigación, y/o comparado con lo encontrado en otros países, hospitales, regiones donde se ha querido implementar el MAIS BFC, y de allí generar el conocimiento necesario.

Así, la investigación se potenció a raíz de lo imperativo que resulta responder a las interrogantes expuestas, pues desconocer o desatender el tema equivale a aceptar que el trabajo que se está realizando sin la certeza de esas respuestas, no contribuye significativamente con los objetivos sectoriales y, lo que hacemos posiblemente o dejando de hacer por desconocimiento o falta de apoyo, este costando vidas de inocentes. En tal sentido, la presente investigación es una necesidad impostergable.

1.3 . Formulación de la Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las percepciones de la implementación del modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad en cuatro establecimientos de salud de NIVEL I-3 de Lima Norte del MINSA en el periodo 2011-2020, desde la perspectiva de los prestadores?

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Analizar las percepciones de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad en establecimientos de salud nivel I-3 de la DIRIS Lima Norte del MINSA, en el periodo 2011-2020, desde la perspectiva de los prestadores.

Objetivos específicos

Indagar en los prestadores de salud las percepciones sobre el cambio en el paradigma sobre la organización y atención de salud basado en Familia y comunidad

Indagar en los prestadores de salud las percepciones sobre las políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC

Indagar en los prestadores de salud las percepciones sobre el rol del estado en la política de financiamiento y regulación de los servicios de salud en el primer nivel de atención para la implementación del MAIS-BF, así como en el abordaje de los determinantes sociales de la salud

Develar lecciones aprendidas que puedan aportar para una mejor implementación del MCI, en términos de resultados obtenidos, áreas críticas identificadas y expectativas para el nuevo Modelo del Cuidado Integral MCI.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de la investigación

Entre las revisiones realizadas a nivel internacional que se definen como antecedentes de este estudio, se encuentra la de Hernández et al. (10), cuyo objetivo fue evaluar la importancia del médico de familia y comunidad, los componentes de la atención sanitaria en el nivel primario y su vínculo con el MAIS, en Colombia.

Para su desarrollo revisaron diversas publicaciones en medios indexados, además de escritos oficiales congruentes con el objetivo del estudio. Estos autores concluyeron que la Medicina Familiar es la especialidad más apta y conveniente para llevar a cabo las actuaciones sanitarias enmarcadas en el novedoso modelo de atención integral de salud, debido a que busca la satisfacción integral e impide la disgregación de la atención.

Para impulsar el aspecto sanitario de la población colombiana, Hernández (11) estudió la atención primaria y los determinantes sociales en salud en la capacitación del recurso humano en dicho país. Presenta una síntesis general de las investigaciones que fueron publicadas en revistas indexadas clasificadas como Q1, enfocándose en las consecuencias, dialéctica y conclusiones descritas en ellas. Concluye que debe hacerse el esfuerzo para implicar y asegurar la continuidad y persistencia de la colectividad en el proceso de activación y monitoreo de la iniciativa en salud, ya que esto garantiza el posicionamiento a largo plazo. En tal sentido, debe ser partícipe principal en el proceso de tomar decisiones de factores que afectan su salud, por lo que corresponde hacer énfasis en recalcar que la salud no está supeditada al establecimiento de salud.

Duarte (12), realizó una Tesis Doctoral en España, cuyo objetivo principal fue analizar la repercusión de la gestión de eventos en atención primaria a través de la actuación de las enfermeras comunitarias de enlace, desde la perspectiva del resultado para el enfermo y su entorno familiar, así como los índices de desempeño para el sistema de salud, utilizando la información de servicio procedente de los registros informáticos de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Concluye que, la atención que proveen las profesionales de enfermería comunitaria de enlace da lugar a un mejor uso de los servicios, los recursos sanitarios y sociales disponibles. Asimismo, la gestión de casos mediante estas enfermeras da lugar a una reducción de la hospitalización, tanto por ingresos en urgencias como por reingresos, por lo tanto, es una opción válida y eficiente en la respuesta a la atención primaria en las comunidades.

Gonzales et al. (17), cuyo objetivo en su investigación fue reflexionar sobre la capacidad resolutive y la calidad de servicio en el primer nivel de atención, así como su vinculación en el marco del MAIS, en Ecuador. Para su desarrollo, se analizaron las dependencias operativas del nivel de atención primaria, desde el enfoque de la Medicina Familiar y Comunitaria. La conclusión a la que arribaron en este estudio es que los cambios propuestos en su modelo de atención justifican estudiar mejor la capacidad resolutive y calidad de la atención que se brinda en el nivel primario, donde se pone en práctica este modelo y el programa de Medicina Familiar y Comunitaria para que garantice su implementación.

Soto et al. publicaron un artículo científico en el cual analizan los factores de instalación del modelo de atención integrada en Chile. Estos autores consideran que

el cambio de paradigma biomédico orientado hacia un modelo biopsicosocial de salud y el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) fueron los factores catalizadores de la transformación en la organización de la atención de salud en Chile.

El sistema sanitario, en ese país, está organizado a partir de una red de establecimientos y equipos bien determinados, donde el 1er nivel de atención tiene el papel primordial. Los centros de salud están distribuidos en zonas o sectores, las cuales están lideradas por un encargado acompañado por un equipo formado por médicos generales y familiares, enfermeros, odontólogos, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, técnicos en enfermería, matronas, administrativos, entre otros.

Otro factor importante de éxito, es que no se realizan actividades en el establecimiento, sino que una cantidad relevante de ellas se llevan a cabo en las casas de los usuarios, en las casas de adulto mayor, colegios, entre otros. Asimismo, desde el 1er nivel de atención, los usuarios pueden acceder al siguiente nivel de atención en caso de ser necesario. Desde que se aplicó el Modelo de Atención Integrada de Salud (MAIS), su principio fundamental irrenunciable ha sido “estar centrado en el usuario, manteniendo la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado”

Otro aspecto a destacar es que el MAIS, impulsó también la actividad académica de Universidades que forman profesionales con capacidad para solucionar gran parte de los conflictos del individuo y su comunidad, los médicos especializados en Salud Familiar y Comunitaria. Asimismo, capacitados para

orientar e instruir al usuario, su familia y a toda la comunidad, en herramientas para el autocuidado y prevención.

En relación con los antecedentes nacionales, Liu (13), realizó una evaluación comparativa de la activación de la perspectiva intercultural del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad (MAISBFC) en el área de prenatal de dos entidades sanitarias adscritas a la Red de Salud de Tayacaja, Huancavelica: Quichuas y Santiago de Pichus, entre los años 2015 y 2017. La mirada del estudio fue de tipo cualitativo, con ámbito descriptivo; evaluó tres elementos relativos a los atrasos que influyen en la mortalidad materna: acceso, calidad y aceptabilidad (PHR, 2007), y un elemento relacionado con la vinculación entre aparatos sanitarios (biomédico y tradicional).

Los resultados evidenciaron que son diversos los factores que afectan la determinación de las pacientes a acudir a los centros sanitarios, así como la probabilidad de asegurar que asistan oportunamente a recibir atención prenatal. Su cosmovisión cultural es uno de estos elementos que índice en sus decisiones durante la gestación, además de otros que vienen directamente del contexto social donde se desenvuelven, entre ellos las creencias religiosas y la potestad de los familiares cercanos.

Polo (14), tomando como guía el paso a paso para poner en funcionamiento un MAIS-BFC, presentó una vivencia experimental a partir de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar (ESNSF) 2010-2015. La intervención se hizo a octubre de 2015, en una población de 244 649 hogares, cifra que constituye un 11,6% de los hogares desvalidos de Perú. Adicionalmente, se realizaron 17 250 sesiones de aprendizaje en las que el tema principal estuvo relacionado con la promoción de la

salud. Como consecuencia de esta experiencia de visita sanitaria familiar, se logró captar 37 303 patologías, evidenciándose que el 58.2% fueron crónicas y el 49.8% fueron patologías no crónicas que nunca habían sido atendidas.

Respecto al fomento de las capacidades del personal sanitario, a través de talleres se ejecutaron 46 asistencias técnicas en el 2013 con 1 376 personas capacitadas, en 2014 fueron 1 054 capacitados en 23 talleres y en el 2015 se realizaron 29 que capacitaron a 1 468 individuos. En cuanto al punto de referencia de macro procesos, de las 1274 entidades sanitarias con las que se contaba en el 2014, luego de realizada en 28 entidades, se aumentó la cifra a 1703 entidades sanitarias que implementan e, MAIS-BFC, lo que representa un índice de 21.8% de entidades sanitarias de nivel primario en el país.

Esta circunstancia implicaría un avance en el acceso a los servicios sanitarios, aún más al iniciarse una supervisión minuciosa que traería beneficios, al prevenir posibles dificultades futuras.

Cruz (15), desarrolló una tesis doctoral en la que propuso un Modelo de Atención Intercultural que mejoraría el servicio integral de salud BFC de los establecimientos I-3, Provincia de Condorcanqui, en 2016. Metodológicamente corresponde a una investigación descriptiva prospectiva, cuyos resultados evidencian que los CS I-3 de la Provincia de Condorcanqui, Departamento de Amazonas, presentan un desarrollo inferior al 40%, tomando en cuenta este índice que aún la AIS BFC no está formalizado.

Obtiene como conclusión que, al evaluar la variable independiente referida a la política de interculturalidad sanitaria, a través de la aplicación del instrumento

correspondiente, se establece que el consolidado general de los E.S. I-3 en la provincia de Condorcanqui reflejan en etapa inicial un 58.3% y en proceso 41.7%.

Por último, Feo y Tobar, en su informe de evaluación del modelo integral e inclusivo bajo un enfoque de derecho a la salud. Estos autores, al referirse a los factores de aplicación del MAIS-BFC, señalan que los expertos sostienen que este modelo “se ocupa básicamente del aparato prestador, de la medicina reparatoria, y está dirigida a la atención a la enfermedad y no a la salud”, es decir, “se queda mucho en el discurso y poco en la práctica”. Esto debido a que continua el predominio el modelo prestacional basado en la curación, dividido, con poca participación comunitaria y con una capacidad resolutive baja.

Aun cuando estos autores señalan que la lección aprendida de mayor relevancia que deja la implementación del MAIS-BFC es que prueba que es viable aplicar un modelo de atención integral e inclusivo que universaliza el Derecho a la Salud; señalan que dicho modelo no logró impactar lo necesario en los medios de vida de las personas ni menos incrementar la calidad y cobertura de las prestaciones.

3.2. Atención Primaria de la Salud

La Atención Primaria de la Salud (APS) se realiza en varios países y representa la primera línea de comunicación entre la comunidad, sus integrantes y el sistema sanitario, al llevar la atención médica lo más cerca posible (21). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, una estructura sanitaria fundamentada en la atención primaria dispone su organización y responsabilidad hacia la igualdad, solidaridad social y el derecho de cada individuo de gozar de la atención en salud sin diferencia de raza, credo religioso, convicción política o situación económica o social (22).

Es en este contexto en el que se disponen los lazos con la comunidad para la aproximación a la problemática de la población brindando una atención integral, completa y duradera (1).

La atención sanitaria tiene que verse como una gestión continua, basada en la participación de la familia en actividades especiales que prevengan riesgos, daños y promuevan la salud, que brinden herramientas para el autocuidado, prevaleciendo la preocupación por las necesidades de salud en caso de enfermedad (23). En tal sentido, es un método que plantea los temas de salud de manera integral, cuyo enfoque incluye la asistencia, prevención de patologías y promoción sanitaria, haciendo extensivo el sistema de salud a toda la población. En Perú, la APS se fundamenta en la salud como derecho humano primordial, basado en los valores de equidad, solidaridad y universalidad.

3.2.1. Indicadores para medir APS

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (57), presentan el marco de medición del desempeño y los indicadores de la APS; muchos de los cuales están basados en normas acordadas a escala mundial, como el Marco mundial de indicadores para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Marco de Impacto del Decimotercer Programa General de Trabajo 2019-2023 (GPW 13) de la OMS. Estos indicadores son, a nivel estructural:

- Indicadores de gobernanza: Involucra el compromiso político en todas las políticas nacionales, con coordinación multisectorial orientadas a la APS; así como la existencia de legislación sobre derecho a la salud y el Compromiso con las comunidades y otras partes interesadas mediante estrategias nacionales, regionales y locales.

- Indicadores de ajuste a las necesidades de la población: Con un monitoreo y evaluación permanente mediante un plan de cumplimiento de criterios con bases de datos y evidencias.

- Indicadores de financiamiento: asignación de recursos total y específicamente para APS como porcentaje del producto interno bruto. Establecimiento de fondos de contingencia disponibles para emergencias y de un sistema de compras y pago.

- Indicadores de infraestructura física: Tomando en cuenta la densidad y distribución de establecimientos de salud. Disponibilidad de energía y comunicaciones. Acceso a transporte de emergencia para traslado entre instalaciones.

- Indicadores del personal sanitario: Densidad y distribución de trabajadores de la salud. Implementación de mecanismos de acreditación para instituciones de educación universitaria y de sistemas nacionales de desarrollo profesional continuo en APS.

- Medicamentos y otros productos para la salud: Disponibilidad de medicamentos esenciales, de equipos médicos prioritarios y otros dispositivos médicos necesarios.

- Indicadores de información en salud: Implementación de un sistema de información con integridad de los informes por instalaciones (registros de nacimiento, de defunción, entre otros) y un sistema regular de encuestas sobre instalaciones y pacientes. Asimismo, la existencia de un sistema de vigilancia eficaz.

- Tecnologías digitales para indicadores de salud: Involucra una estrategia nacional de ciber salud con acceso a telemedicina con establecimientos que utilicen registros médicos electrónicos.

Por su parte Barbara Starfield et al. Son seis los mecanismos, solos o en combinación, que pueden explicar el impacto beneficioso de la atención primaria en la salud de la población. Son (a) un mayor acceso a los servicios necesarios, (b) una mejor calidad de la atención, (c) un mayor enfoque en la prevención, (d) el manejo temprano de los problemas de salud, (e) el efecto acumulativo de las principales características de la prestación de atención primaria y (f) el papel de la atención primaria en la reducción de la atención especializada innecesaria y potencialmente dañina. (58).

A su vez, Andrade et al. (59) analizaron la implementación de la estrategia de salud familiar en Brasil (ESF); los resultados mostraron que la adopción y expansión del ESF se asociaron positivamente con el tamaño pequeño de la población, la baja densidad de población, la baja cobertura del seguro médico privado, el bajo nivel de desarrollo económico, la alineación política entre el alcalde y el gobernador y la disponibilidad de personal de atención médica. Lo más importante es que la experiencia brasileña muestra que la ampliación de la atención primaria es factible, aunque no homogénea entre los municipios.

Los hallazgos apuntan a la necesidad de políticas diferentes condicionadas al tamaño de la población y el desarrollo económico. Para los municipios pequeños y pobres, es probable que los mecanismos de financiación garanticen la cobertura universal de salud. Para los países más grandes y ricos, las fuentes competitivas de

atención sanitaria suelen ser un obstáculo y, por tanto, las políticas deberían incluir mecanismos que abarquen tanto al sector público como al privado. (59)

3.3. El MAIS BFC

El MAIS BFC constituye un programa organizado de experiencias realizadas por el equipo sanitario, fundamentado en la perspectiva biopsicosocial de las personas, destinado tanto a la población sana como a la enferma, que incluye con singular ahínco la perspectiva de prevención de riesgos y daños y promoción de la salud en la asistencia sanitaria e implica la colaboración de la comunidad para su captación. Reconoce que la familia es decisiva en la sanidad y enfermedad de sus miembros, a la vez que la condición particular de salud de cada uno de sus integrantes afecta el sistema de salud en su totalidad (31).

Incluye la definición de los determinantes sociales de la salud que plantea la OMS, y considera que los elementos estructurales y las condiciones de vida conforman el origen de la mayoría de las desigualdades en el área de la salud dentro y fuera de todo país. Concibe la atención sanitaria como un proceso constante centrado en la atención integral de las familias, al priorizar las acciones relativas a promover la salud y prevenir enfermedades. Además, se preocupa de los requerimientos sanitarios de los individuos con antelación a que se presente el padecimiento, pues le otorga herramientas e instrucciones para su autocuidado (35).

Entre sus principios, se encuentran la Integralidad de la Atención en Salud, que es la esperanza de muchos individuos y se erige como uno de los fundamentos que guían el modelo de atención centrado en la familia, y la permanencia del servicio sanitario, individualizado y perdurable en el tiempo. La continuidad, asimismo,

comprende la respuesta permanente, que se brinda a los ciudadanos en todos los puntos de atención (31).

3.3.1. Dimensiones del MAIS BFC

El MAIS BFC tiene dos dimensiones de intervención:

a) La dimensión política está definida por la participación de los organismos de los tres niveles de gobierno: local, regional y nacional. Le atañe a la dimensión política la construcción del modelo de atención integral de salud en los aspectos relacionados a optimizar la calidad de vida. Los cambios estructurales planteados en esta dimensión son responsabilidad de los tres niveles de gobierno mencionados, actuando de manera articulada aun por fuera del área sanitaria, como en los aspectos social, político y económico del país, que representan los determinantes estructurales de la salud e influyen en las características y calidad de vida de los individuos.

b) La dimensión operativa se desarrolla en las entidades sanitarias y a cargo de trabajadores de salud, donde se practica la atención de salud y se debe cumplir el modelo prestacional que privilegia la prevención de riesgos y daños y promoción de la salud sin descuidar las acciones recuperativas y de rehabilitación. Estas actividades deben cumplirse fuera del establecimiento en el entorno familiar y comunitario, principalmente.

La interacción que se da en este nivel donde la población demanda servicios y la oferta debe corresponder a esta demanda, es donde se define el modelo de atención. Siendo que la población demanda atenciones curativas y la oferta de satisfacer estas demandas curativas brindando el paquete de cuidados de salud

correspondiente es como se conforma el modelo de atención curativa y biomédica que se percibe en las entidades sanitarias.

La disposición de los servicios debe garantizar la atención integral de salud, y esa disposición está señalada en la propia norma del MAIS BFC, enfocando principalmente la organización en redes integradas de servicios de salud. La Dimensión técnico-operativo busca cubrir las necesidades de salud sentidas o no sentidas a través de la entrega de paquetes de cuidados esenciales en los tres espacios de injerencia: persona, familia y comunidad.

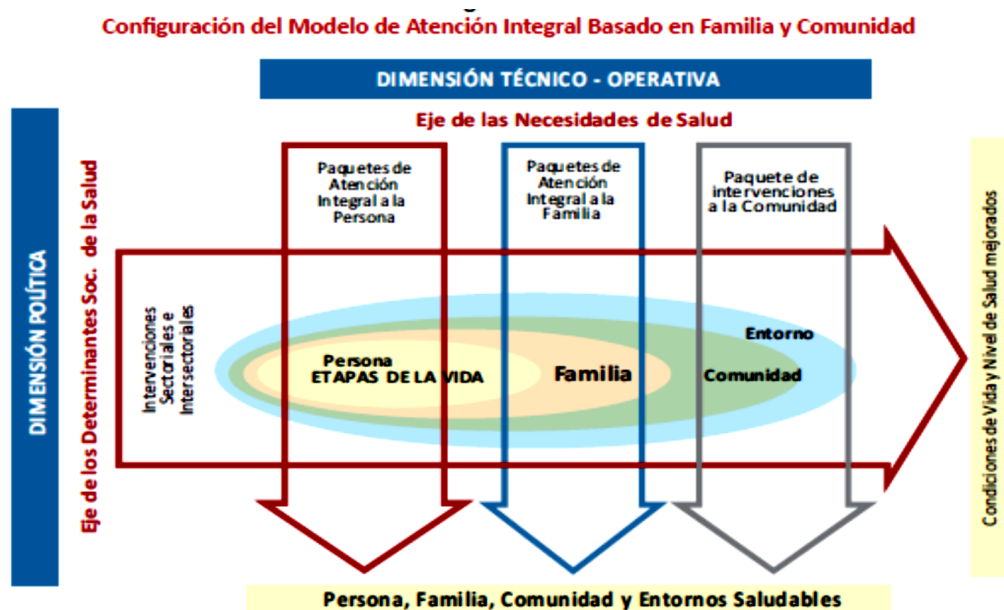


Figura 1 Dimensiones del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad

Fuente: MINSA (1)

Estas dos dimensiones del MAIS-BFC deben articularse en sus esfuerzos, capacidades y uso de recursos para alcanzar los objetivos expresados en el cumplimiento de los requerimientos sanitarios de la población. Esta articulación, implica un trabajo coordinado, entre las instituciones del gobierno que trabajan en

salud, los prestadores públicos y privados, usuarios interno y externo y la sociedad civil organizada donde destacamos la participación de la colectividad en los procesos de planificación, acción y control social.

El trabajo aislado de cualquiera de ellos siempre será insuficiente y los problemas sanitarios serán persistentes como lo demuestra la información estadística y epidemiológica del Ministerio de Salud de los pasados dos decenios.

3.3.2. Componentes del MAIS BFC

En la figura 2 se describe los componentes del modelo de atención integral de salud enmarcada en la ley de Aseguramiento Universal y Descentralización en salud (1).



Figura 2 Características del MIAS-BFC: Componentes de la funcionalidad

Fuente: MINSA (1)

De acuerdo con el MINSA (1) el componente de gestión es trabajado con enfoque territorial que significa articular el trabajo de todos los actores dentro del territorio que tiene que ver con el desarrollo familiar y comunitario. El componente de organización de los servicios se trabaja pensando en asegurar la permanencia e integralidad del servicio a través de la constitución de redes integradas de servicios

sanitarios que consideren el ordenamiento de la oferta universal de servicios sanitarios tomando en cuenta los requerimientos sanitarios de la demanda del territorio jurisdiccional.

El componente de prestación de servicios sanitarios se implementa por medio de una serie de prestaciones de salud orientado a la comunidad y los elementos que la integran, que prioriza las actividades que promuevan la salud y prevengan las enfermedades sin desatender las acciones de recuperación y rehabilitación; esto significa fortalecer el trabajo extramural. Este conjunto de prestaciones es realizado por el equipo sanitario formado en salud de la familia y la comunidad.

El componente financiamiento del MAIS-BFC se basa en establecer políticas equitativas de adjudicación de recursos acorde a los requerimientos sanitarios de la población; por ello plantea el mecanismo capitado como el de mayor impacto para aplicar en el nivel de atención primario y alcanzar beneficios en la salud de la población. Así mismo se plantea articular los presupuestos de los gobiernos nacionales, regionales y locales con miras a la implementación del MAIS BFC, alineando además los presupuestos de la cooperación externa a estos propósitos (1).

3.3.3. Factores de Implementación del MAIS BFC

La puesta en marcha del MAIS-BFC, representa un reto para el país, donde está la esperanza de cambiar la realidad sanitaria de la población en un nuevo enfoque de gerencia de los servicios sanitarios con políticas de prevención de riesgos y daños y promoción de la salud; en un nuevo rol del estado que se preocupa por mantener la salud de la población, y no solo en recuperarla o rehabilitarla, como históricamente se ha venido haciendo en un sistema de salud que casi viene colapsando por los altos costos que significa mantener un sistema sanitario basado

en la enfermedad. Por ello, la implementación del MAIS BFC representa medir la voluntad política expresada en acciones concretas como la distribución equitativa de los recursos en función de los requerimientos sanitarios de la población.

Exige el abordaje de ciertos factores críticos que tienen que ser intervenidos para que el modelo pueda funcionar y cubrir los requerimientos sanitarios de la población.

En este contexto es pertinente elaborar la Guía de Operativización del MAIS BFC, señalado y aprobado en la resolución ministerial 464.2011/MINSA. Este documento técnico describe los instrumentos y herramientas que son necesarias para facilitar la ejecución de los procesos de gestión y organización para la asistencia integral de salud orientada al individuo en su entorno familiar y comunitario. En la Figura 3, se presenta algunos aspectos a considerar en la activación del MAIS-BFC (1):

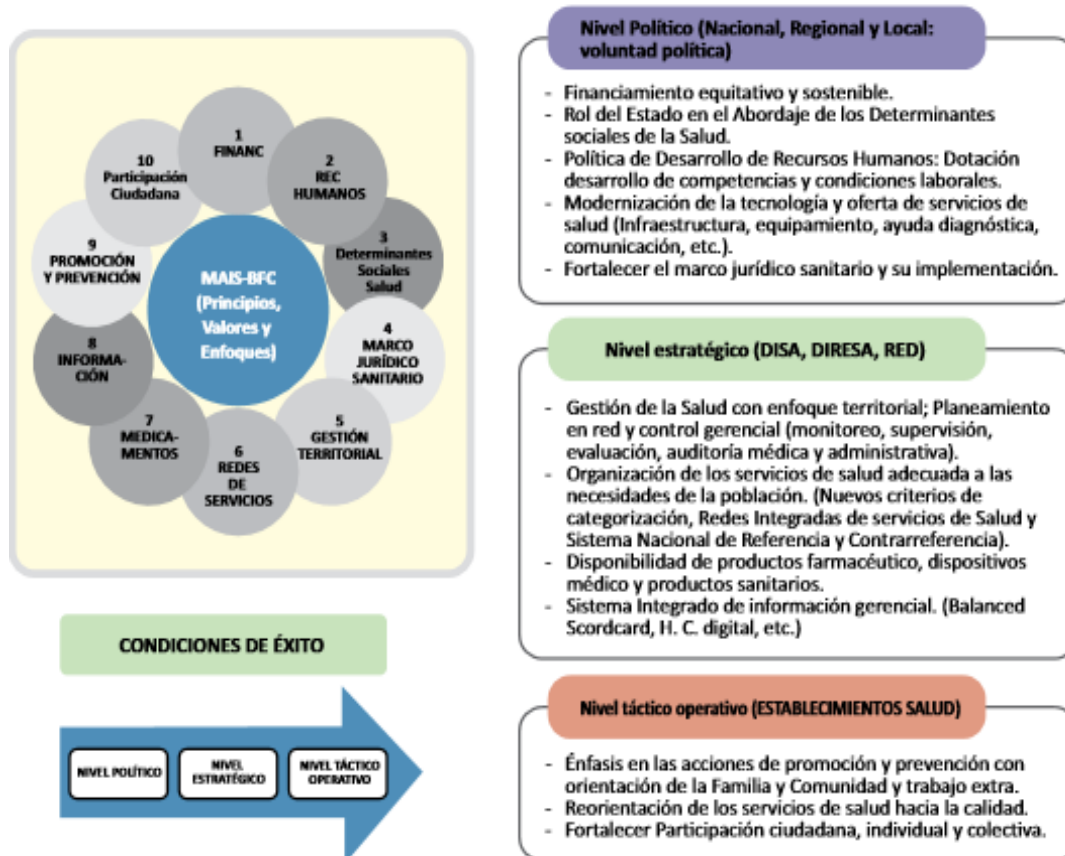


Figura 3 Condiciones de éxito de la implementación del MAIS BFC

Fuente: MINSA (1)

Sin embargo, en la investigación se tomarán en cuenta los factores claves para implementar el MAIS BFC, que se describen a continuación: (1)

3.3.3.1 El cambio en el paradigma sobre la atención de salud

Cambiar la perspectiva sobre la atención de salud recuperativa y de rehabilitación dentro del establecimiento, intramural por la atención de salud preventiva y promoción, fuera del establecimiento, extramural que involucra, tanto a los trabajadores sanitarios como a los usuarios de los servicios, ya sea persona, familia y comunidad, es un reto y desafío constante en la implementación del MIAS BFC. Esta debe ser gradual, pues implica una transformación en el modo de

gestionar, organizar, prestar y financiar los servicios sanitarios pensando en una visión holística de la persona, familia y comunidad (1)

Tabla 1 Transición del Modelo de Atención Integral de Salud

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

Fuente: MINSA (1)

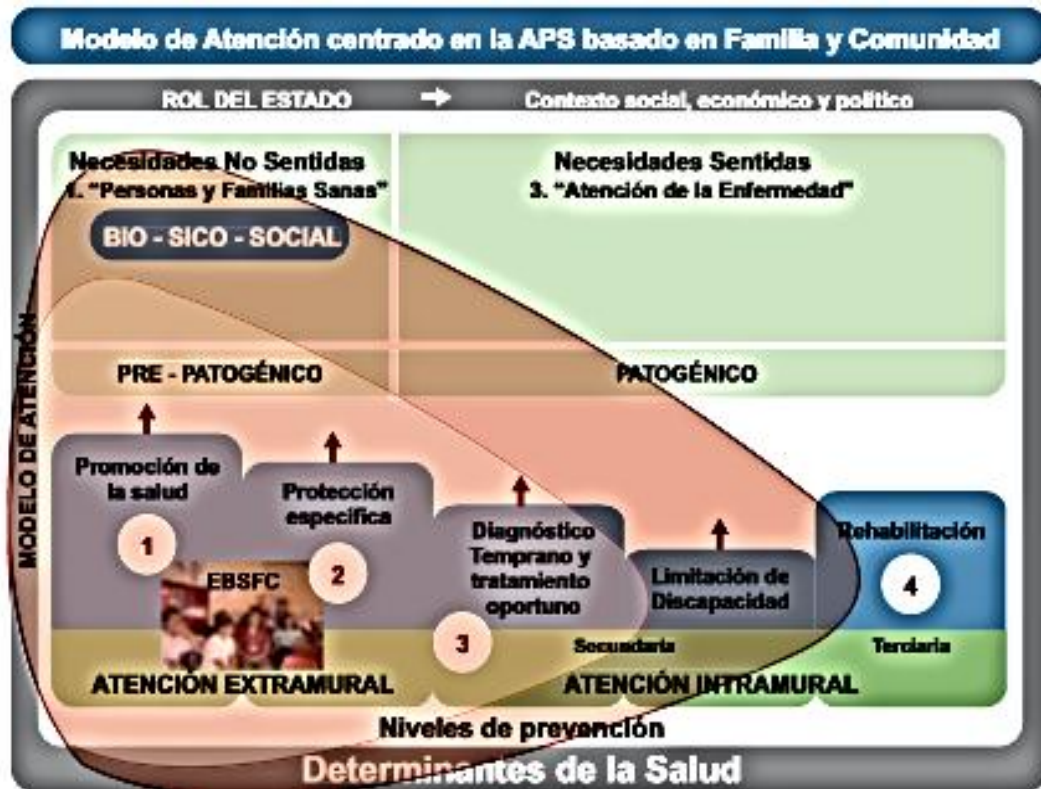


Figura 4 Atención Integral de Salud basado en atención primaria de la salud

Fuente: MINSA (1)

3.3.3.2 Políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC

El Equipo Básico de Salud Familiar y Comunidad EBS-FC es la piedra angular para la activación de este modelo, organiza su trabajo en estrecha vinculación con la comunidad, sectoriza, realiza el censo comunitario, aplicando la ficha familiar y de acuerdo a la valoración de requerimientos de las personas, familias y comunidad establece la clasificación de riesgo para finalmente definir su plan de intervención que significa garantizar el paquete de cuidados esenciales sea intramural o extramural de manera oportuna y de calidad.

Este equipo de salud debe estar entrenado y formado en salud familiar y comunitaria, para cumplir los propósitos del MAIS BFC (1). En este marco, el gobierno creó el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria “PROFAM”, que en sus inicios tuvo presupuesto y respaldo y por ende se avanzó en formar equipos de salud con mirada en salud familiar y comunitaria. Sus funciones consistían en afianzar las capacidades del personal en el 1er nivel de atención y expandir la red pedagógica de la especialidad en sus diversos niveles de complejidad (35).

Los expertos coinciden que, para alcanzar una implementación exitosa del MAIS BFC, se necesita una masa crítica de equipos de salud integrados por profesionales, técnicos y administrativos con competencias relacionadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientados en la familia y comunidad. De esta forma, se asegura que la gestión en el 1er nivel de atención se enfile con los principios orientadores del modelo (11). Sin embargo, existe alta rotación de los recursos humanos en salud y distribución inequitativa a pesar los grandes esfuerzos que se han realizado. A su vez, si bien el PROFAM marco un buen inicio, con desarrollo de competencias en el personal, no fue sostenible (34).

3.3.3.3 Financiamiento equitativo y sostenible para hacer viable la aplicación del MAIS-BFC

Este factor detalla la disposición del presupuesto por resultados a la atención integral enfocada en la salud familiar y comunitaria, así como la capitación para el nivel de atención primario. El aspecto fundamental para la renovación de los sistemas sanitarios es la creación de políticas que favorezcan un financiamiento público sostenible, dirigido a una cobertura universal equitativa, poniendo énfasis

en el Primer Nivel de Atención (36). El MAIS BFC requiere de los recursos internos de los tres niveles de gobierno articulados y los recursos externos alineados a esta política, llamado a convertirse en el instrumento esencial y direccionador del cambio en salud, porque recoge los fundamentos y principios de la atención sanitaria primaria renovada, y explica cómo aplicar en la práctica dichos principios y fundamentos en la atención de salud en las personas, en su entorno familiar y comunitario (1).

Uno de los mecanismos reconocidos por su eficacia e impacto en los indicadores sanitarios es el financiamiento capitado. Una política de financiamiento equitativa es pensar en distribuir los recursos según los requerimientos y demanda de la población y no en la asignación de recursos siguiendo patrones históricos e irreales que no cubren las mínimas necesidades sanitarias de las entidades sanitarias y menos de la población (1). Se trata de un emprendimiento eficiente y de calidad pues disminuye el gasto familiar, a la vez que coadyuva al mejoramiento de su salud a través de servicios que conllevan a promover la salud y prevenir enfermedad (36).

La inversión del nivel primario se comparte fundamentalmente en los servicios finales (niveles individual, familiar y comunitario y de los ECOS), dejando una porción a servicios intermedios como capacitación, supervisión, logística, mantenimiento y vigilancia en salud (los cuales dependen de los niveles municipales o distritales) (36). Asimismo, las actividades deben estar enfocadas en la promoción de la salud y prevención de riesgos que son de menor costo y de más repercusión en el mediano y largo plazo.

Es muy difícil poner en funcionamiento el MAIS- BFC a través del nivel primario sin principios equitativos de financiamiento que orienten la inversión y la distribución de los escasos recursos hacia el primer nivel de atención (1).

3.3.3.4 Construyendo el MAIS-BFC desde la dimensión política

Enmarcado en los objetivos sanitarios del sistema de salud de nuestro país como la eficiencia, equidad y calidad, y siendo el MINSA parte del sistema y rectora de la salud, le corresponde reordenar y articular la planificación y la acción entre el MINSA, los prestadores y financiadores del sistema sanitario en favor de cubrir los requerimientos y aspiraciones de la población.

Corresponde a la dimensión política construir el MAIS BFC abordando los determinantes sociales de la salud, aprobando lineamientos claros desde el poder ejecutivo y legislativo. En esta tarea es imprescindible involucrar y articular el trabajo con los tres niveles de gobierno, mediante sus planes de desarrollo respectivos y estableciendo alianzas estrategias a través de convenios y con los diferentes actores sociales involucrados en salud en el ámbito nacional e internacional (1).

En este sentido, es imposible promover la salud y prevenir las enfermedades, acciones entendidas como agentes de cambio de las determinantes y condicionantes del proceso sanidad-enfermedad, sin la participación de aquellos sectores del Estado inmersos en el desarrollo de acciones orientadas al control de los determinantes sociales sanitarios. Es decir, el Modelo de atención amerita un espaldarazo legal y político, que lo instituya como una política de estado y de cada gobierno (36).

3.3.3.5 Refuerzo de la acción intersectorial y de la participación ciudadana

La acometida a los determinantes de la salud solamente será factible por medio de diversas estrategias, tales como la intervención intersectorial y la contribución de la ciudadanía. La intervención intersectorial lleva implícita la concurrencia de voluntades de diversos sectores gubernamentales y no gubernamentales para la creación de políticas integrales e integradas que presenten soluciones a las exigencias habituales. Esto comprende el compartir recursos, responsabilidades y acciones (1).

La contribución de la ciudadanía, personal y en conjunto, conforma uno de los fundamentos que guían la política social sanitaria, al igual que la igualdad, calidad, derechos civiles y solidaridad. En virtud de las acciones que se han dado para descentralizar y profundizar la democracia, la contribución de la comunidad ha alcanzado gran notoriedad en el planteamiento de las políticas sociales (35)

3.3.3.6 Necesidad de actualizar y completar el marco normativo para operacionalizar el MAIS-BFC

La implementación del MAIS BFC requiere de un fuerte marco jurídico sanitario que facilite su aplicación en sus dos dimensiones: Técnico operativo (gestión, organización, prestación y financiamiento) y la dimensión política para acometer los determinantes sociales sanitarios. En ese marco era preciso revisar y actualizar el marco normativo vigente que regula los procesos de la activación del MAIS BFC, en sus aspectos de gestión, organización, prestación y financiamiento de los servicios sanitarios.

Un aspecto de relevancia para este propósito es la elaboración, validación, aprobación y aplicación de la Guía de Operativización del MAIS BFC (1). En el 2001, el ente rector en materia sanitaria dio la aprobación a algunas normas relacionadas con las redes sanitarias, entre las que estaban los Lineamientos para la conformación de Redes de Salud, (que se han ido modificando y actualizando).

En el año 2013, se promulgó el Decreto Legislativo N° 1166, en el que se aprueba la articulación y puesta en marcha de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud, luego se derogó en el 2016, para aprobarse el Decreto Legislativo N° 1305, que persigue la optimización del funcionamiento de los servicios sanitarios. Fue anulado en el año 2017 con la Ley N° 30545, que restituyó el Decreto Legislativo N° 1166. En la actualidad, la Ley N° 30885 dispone la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).

En el 2018 fue aprobada con Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, la Política General del Gobierno hasta el 2021, cuyo principal lineamiento se basó en brindar inmejorables servicios sanitarios, apropiados, con idoneidad resolutive y desde una perspectiva territorial (34).

Según Carbone (32) en su artículo sobre la salud pública basada en las personas, sus familias, y la comunidad para la operativización del MAIS-BFC se desarrollaron técnicas e instrumentos que harían viable el desarrollo del MAIS-BFC. Las estrategias y herramientas que destaca como factores implementadores son: Programación horizontal de servicios primarios y secundarios en una red integrada de servicios médicos; organización y colocación regional; toma de decisiones de factores sociales. Salud familiar y comunitaria para personal

interdisciplinario y primario con participación social en la atención; capacitación continua en desarrollo de aplicaciones informáticas y salud pública para familias, desarrollando un seguimiento sociocultural, gestionando y financiando las necesidades operativas clave para ello.

Ciertamente mediante estas técnicas e instrumentos, coinciden con las condiciones de éxito que señala el documento técnico y descrito líneas arriba.

Sin embargo, en la mayoría de los 1,141 establecimientos de salud MINSA, de nivel 1-3, donde se implementó, no se sabe qué sucedió, pero los efectos han sido contrarios a lo que se esperaba (6). Estrategias similares se han propuesto e implementado en todo el mundo, la más significativa y valorada en América Latina es la de Ecuador que desde el año 2007 con su estrategia nacional de salud “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunidad e Intercultural” (MAIS-FCI).

Este prototipo ha alcanzado logros importantes en grupos de atención prioritaria, tanto en escenarios de la atención individual, familiar, comunitaria, así como de atención al ambiente o entorno natural, contexto socio económico y político. Esta experiencia estuvo y está caracterizada por la evaluación continua de sus procesos, lo que la ha ubicado como una de las estrategias nacionales en salud que más se acerca al enfrentamiento real de las dificultades en la salud de la persona, sus familiares y la comunidad. Hoy, está cara a cara frente a determinantes sociales y ambientales de la salud, renovando y/o reestructurando de manera continua sus intervenciones prioritarias (sobre medicamentos básicos, la industria farmacéutica y los medicamentos genéricos, por ejemplo) (3).

Las experiencias con el Modelo de Atención Integral basada en Familia y Comunidad en Argentina, Brasil, Colombia, Bolivia, Uruguay, Paraguay y Chile, México, Salvador, Costa Rica y Nicaragua, no estuvieron tan marcadas por los éxitos, lo que ha motivado poner en cuestión la viabilidad de los valores y principios orientadores de la APS. Estudios realizados por la OMS, demuestran que el ejercicio de la atención primaria en dicho modelo no depende de éstos; sino de los profesionales, porque estos estaban condicionados por el entorno político, social y normativo (6).

Esta aseveración pone el mayor interés del presente trabajo a conocer y explorar las perspectivas de los protagonistas principales de la implementación de este modelo de atención, que son los prestadores de salud. Se analizan las Metodologías aplicadas y el rol de las determinantes sanitarias, dejando entrever que la evaluación tendría que ser permanente en los procesos de implementación y desarrollo de estos modelos (5,6).

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio

En relación con el diseño del estudio, corresponde al no experimental de carácter transeccional debido a que la recolección de la información se realizó en una sola medición. A su vez, el estudio es de tipo cualitativo, pues se buscó analizar un fenómeno desde la perspectiva de los actores involucrados mediante la aplicación de la entrevista a profundidad.

4.2. Método

En razón a que estudio responde a una investigación cualitativa se consideró que la herramienta metodológica más apropiada para interpretar el fenómeno objeto de estudio es el método hermenéutico. De los textos griegos y bíblicos, la hermenéutica pasó a las ciencias jurídicas y a la jurisprudencia y, poco a poco, a todas las demás ciencias humanas. Entre los principales exponentes de la hermenéutica como método, están Schleiermacher (1967), Dilthey (1900), Heidegger (1974), Gadamer (1984), Ricoeur (1969, 1971), Radnitzky (1970), Kockelmans (1975). Hurtado y Toro (60), define el método hermenéutico como “el proceso por medio del cual conocemos la vida psíquica con la ayuda de signos sensibles que son su manifestación”. (p. 121).

Entonces, según este autor, la hermenéutica ya no sólo puede ser vista como la interpretación de textos escritos, sino de toda expresión humana, por lo que tendría como misión descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los gestos y, en general, el comportamiento humano, así como cualquier acto u obra suya, pero conservando su singularidad en el contexto de que

forma parte. En este sentido, para interpretar, el investigador se implicó en un diálogo con los actores en un intento de llegar a una mutua comprensión del significado e intenciones que están detrás de las expresiones de cada uno.

En vista de que el objetivo de esta investigación consistió en analizar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad en establecimientos de salud nivel I-3 de la DIRIS Lima Norte del MINSA, en el periodo 2011-2020, como se ha dado este proceso, cómo interpretan los prestadores el cambio de paradigma, las políticas de desarrollo de recursos humanos, el rol del estado en la implementación del MAIS-BFC y develar las lecciones aprendidas se justifica la adopción de este método.

Para concluir, en el ámbito de la investigación realizada, se puede afirmar que el método hermenéutico permitió interpretar y comprender la información suministrada por los prestadores de salud en un encuentro dialógico que, como tal, constituyó un basamento teórico que permitió fundamentar y legitimar las aproximaciones interpretativas que se encontraban en el contexto específico estudiado. Esto reafirma la orientación cualitativa de la investigación cuya perspectiva es eminentemente formativa en la búsqueda de alternativas que contribuyan a la comprensión del problema de investigación y a los nuevos conocimientos sobre la misma realidad.

4.3. Unidad de análisis, universo y muestra:

Unidad de análisis Lo constituyen el grupo básico de salud familia y comunidad (médico, enfermera, obstetras, técnico) de los establecimientos de categoría I.3, que han asumido y están en funciones asistenciales; así como

directivos y coordinadores de programas como TBC, enfermedades transmisibles y no transmisibles, maternal, nutrición, entre otros.

Son personas expertas que han tenido contacto y mucha interacción con los procesos de implementación a lo largo de la etapa de vigencia de la norma técnica. Es preciso señalar que se llama Equipo o grupo básico de salud familia y comunidad, “EBAS-FC” al formado en salud de la familia y la comunidad, sea mediante la especialidad, diplomaturas o programas de capacitación como el “PROFAM”.

Universo: constituido por el personal del área salud, tanto profesional como técnico, de instituciones de salud categoría I.3 con experiencia en la atención familiar y comunitaria de manera integral en el primer nivel de atención durante los años 2011-2020, en la DIRIS Lima Norte. Los expertos han sido médicos, enfermeros (as), obstetras, técnicos; entre otros.

La DIRIS Lima Norte se organiza en 112 establecimientos de salud, el 61% de ellos es de categoría I.3 y de mayor complejidad. El ámbito de la investigación comprendió cuatro establecimientos de salud, tres de categoría I.3 y uno de categoría I.4. Estos establecimientos se caracterizan por tener un equipo básico con formación en salud familiar y comunitaria (médico, enfermera, obstetra y técnico de enfermería), como mínimo, que realizan el trabajo extramural.

Adicionalmente, se incorporó al agente comunitario en salud en el estudio, uno por cada establecimiento. Conforme los indicadores de la DIRIS Lima Norte, la población que se atiende en estos establecimientos de salud es muy vulnerable, con elevadas tasas de mortalidad y morbilidad por causa de las infecciones respiratorias

agudas, así como enfermedades no trasmisibles como Hipertensión arterial, diabetes, obesidad y cáncer.

Muestra: Fue una muestra no probabilística, que no requirió una representatividad de elementos sino una cuidadosa elección de sujetos con características específicas expuestas en el planteamiento del problema y la población universo. En este marco, el total de entrevistados fueron 20 trabajadores de salud, correspondiendo en cada establecimiento al equipo de salud familiar comunitaria, es decir cuatro médicos (20%), cuatro enfermeras (20%), cuatro obstetras (20%, cuatro técnicos de enfermería (20%) y cuatro agentes comunitarios (20%).

Los participantes eran trabajadores de salud distribuidos equitativamente, según la conformación del equipo básico de familia y comunidad, es decir 20% por cada miembro del equipo. La condición laboral de los entrevistados fue de 60% nombrados (12) y 40% de la modalidad CAS (contrato de administración de salud), todos en condición estable. El 70% de los entrevistados fueron mujeres (14) y 30% varones (6), la etapa de vida predominante fue adulto (30 – 59 años), hasta en un 90%

Tabla 2 Selección de población de estudio en cuatro instituciones de salud I.3

Personal del establecimiento (equipo básico)	Establecimientos de salud				Total
	CS México	CS Leoncio Prado	CS Perú IV Zona	CS Amakella	
Médico	1	1	1	1	4
Enfermero	1	1	1	1	4
Obstetra	1	1	1	1	4
Técnico (a) de Enfermería	1	1	1	1	4
Agente Comunitario en Salud	1	1	1	1	4
Total	5.0	5.0	5.0	5.0	20

4.4. Criterios de inclusión

Personal asistencial con tres años mínimo en el establecimiento o en otros centros del 1er nivel de atención y que se encontraban laborando en la actualidad en los servicios de emergencia, consulta externa, internamiento y farmacia: Médico, enfermera y obstetrices que hayan tenido o tengan algún tipo de responsabilidad en el servicio como directivos o coordinadores de programas estratégicos.

Personal asistencial que está formado en salud familiar y comunitaria a través de la especialidad, diplomaturas en diferentes instituciones formadoras, así como programas de capacitación como el “PROFAM”

4.5 Criterios de Exclusión

Se excluyeron a directivos y personal de servicios, que no desearon colaborar voluntariamente en el estudio luego de ser informados sobre sus objetivos y fines, fue solo un (01) personal profesional.

Trabajadores de salud que nunca trabajaron en el 1er nivel de Atención o tengan menos de tres años laborando en el 1er nivel de atención. Ningún caso

4.6. Proceso de categorización

En el proceso de categorización de la información se tendrán en cuenta las seis situaciones de éxito para la ejecución del MAIS BFC:

Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud

Subcategorías: Reorientación de la atención de promoción de salud y prevención del daño sobre la atención recuperativas y de rehabilitación; organización del establecimiento para la atención extramural con énfasis en la familia y comunidad; acceso oportuno y de calidad al conjunto de prestaciones por grupos de edad; de

disponer de redes desarticuladas a construir redes integradas; transitar de una mirada sectorial de la salud a una mirada territorial y financiar la demanda y no la oferta de siempre con énfasis en la parte preventiva.

Categoría: Valoración de la necesidad de garantizar políticas de desarrollo de potencial humanos para la aplicación del MAIS-BFC

Subcategorías: Equipo básico de salud familia comunidad capacitado y comprometido en desarrollar el trabajo en salud familiar y comunitaria; equipo básico de salud familia comunidad formado en salud familiar y comunitaria a través de PROFAM; condiciones de trabajo para implementar el MAIS BFC. Política remunerativa e incentivos; condiciones de trabajo para implementar el MAIS BFC. Recursos básicos (materiales, tecnología, equipamiento, entre otros) y política de incorporación de personal de salud para el cierre de brechas. rol de PROSALUD.

Categoría: Valoración del rol del estado en el marco de la dimensión política de la implementación del MAIS BFC

Subcategorías: Valoración del rol del Poder Ejecutivo y Poder Legislativo; rol del MINSA y otros sectores; rol de las DIRIS; valoración de la necesidad de fortalecer y completar el marco regulatorio para operacionalizar el MAIS-BFC; valoración del abordaje de los determinantes sociales desde la intersectorialidad y la participación comunitaria y valorar la necesidad de ordenar el financiamiento de la salud para hacer viable la aplicación del MAIS-BFC.

Tabla 3 Matriz de temas categorías y subcategorías

Tema (Dimensión operativa del MAIS BFC)	Categorías	Subcategorías	Ítems	Criterio de Medición	Instrumento
Cambio de paradigma sobre la atención de salud	Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Reorientación de la atención de promoción de salud y prevención de la enfermedad sobre las actividades recuperativas y de rehabilitación. enfoque biopsicosocial y no con un enfoque biomédico y hospitalaria - Organización del establecimiento para la atención extramural con enfoque en la familia y comunidad - Acceso oportuno y de calidad al paquete de cuidados esenciales por etapas de vida - De una organización en redes desarticuladas a redes integradas de servicios de salud - Pasar de una gestión sectorial a una gestión territorial - Financiar la demanda y no la oferta de siempre con énfasis en la parte preventiva 	1 al 11	Análisis del discurso	Guía de entrevista

Continuación tabla 3. Matriz de temas categorías y subcategorías

Tema (Dimensión política del MAIS BFC)	Categorías	Subcategorías	Ítems	Criterio de Medición	Instrumento
Políticas de desarrollo de recursos humanos	Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo básico de salud familia comunidad capacitado y comprometido en desarrollar el trabajo en salud familiar y comunitaria - Equipo básico de salud familia comunidad formado en salud familiar y comunitaria a través de PROFAM - Condiciones de trabajo para implementar el MAIS BFC. Política remunerativa e incentivos - Condiciones de trabajo para implementar el MAIS BFC. Recursos básicos (materiales, tecnología, equipamiento, entre otros) - Política de dotación de recursos humanos en salud para el cierre de brechas. rol de PROSALUD 	12 al 18	Análisis del discurso	Guía de entrevista
Rol del estado en la política de financiamiento y regulación de los servicios	Valoración del rol del estado en el marco de la dimensión política de la implementación del MAIS BFC	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del rol del Poder Ejecutivo y Poder Legislativo; rol del MINSA y otros sectores; rol de las DIRIS - Valoración de la necesidad de actualizar y completar el marco normativo para operacionalizar el MAIS-BFC - Valoración del abordaje de los determinantes sociales desde la intersectorialidad y la participación comunitaria - Valoración de la necesidad de reordenar el financiamiento de los servicios de salud para hacer posible la implementación del MAIS-BFC 	19 al 31		

4.7. Técnicas y procedimientos de recolección de la información

De acuerdo a Hernández-Sampieri y Mendoza, la técnica de recolección de la información en la investigación cualitativa corresponde al acopio de datos narrativos en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de muestreo. En este estudio se utilizó la entrevista estructurada debido a que el investigador dispuso una guía de preguntas específicas que fueron respondidas por los informantes clave. (37)

El punto de saturación fue de 20 entrevistas en profundidad de forma online mediante la plataforma Zoom, Google meet o Microsoft Teams y a través de video llamadas por el teléfono celular. Se calcula un período de tiempo aproximado de 40 a 60 minutos para la aplicación de la guía de entrevista. Es preciso señalar que, los informantes clave respondieron las 31 preguntas de la guía de entrevista; sobre los factores de implementación del MAIS BFC promoviendo siempre el intercambio abierto de los participantes y con una participación efectiva y protagónica en el desarrollo de la entrevista. (37).

Las entrevistas, con una duración de 60 a 90 min. En cada entrevista se siguió el protocolo de entrevista aprobado para estos fines. Las entrevistas fueron programadas y coordinadas con cada personal seleccionado, en horarios adecuados para los entrevistados, fueron grabados, vía zoom y en algunos casos video llamadas y posteriormente transcritos para el análisis. Las preguntas que guiaron las entrevistas tuvieron como base los conceptos de cambio de paradigma en la atención de salud en el marco del MAIS BFC, política de desarrollo de recursos humanos en el primer nivel de atención y rol del Estado en temas de financiamiento, regulación y control, así como conducción de este modelo de atención.

Estas tres categorías de información, permitieron la apertura necesaria para que las entrevistas del personal de salud surgieran de manera profunda. La percepción se entiende en este artículo como la apreciación subjetiva de los encuestados, basados en sus experiencias, emociones y vínculos alcanzados en su relación con el entorno. Es importante mencionar que se consideró también el contexto de lenguaje no verbal del participante, como las expresiones de asombro, preocupación entre otros.

En la siguiente tabla se describe los momentos, tareas que se desarrollaron en la duración del trabajo:

Tabla 4 Actividades desarrolladas en la investigación

MOMENTOS Y SESIONES	ACTIVIDADES	REFLEXION DESDE LO QUE SE QUIERE COMUNICAR	TECNICA/ INSTRUMENTO
MOMENTO 1 4 SESIONES	Reunión con los jefes de establecimientos de salud	Dar a conocer la investigación para llegar a acuerdos entre los actores involucrados	- Información y sensibilización
MOMENTO 2 ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD 22 SESIONES	Aplicación de Entrevistas	Presentar la guía de entrevista para realizar las orientaciones pertinentes para una adecuada aplicación	Técnicas: - Guía de Entrevista a profundidad. con abordaje persona a persona.
MOMENTO 3 2 SESIONES	Proceso de categorización y aplicación del Plan de Análisis	Realimentación general de los hallazgos finales y realizar aportes para la construcción de las lecciones aprendidas.	Teoría de Miles y Huberman en Rusque conclusiones finales

4.8. Instrumentos

Para el estudio cualitativo, se utilizó la herramienta Guía de pautas de las entrevistas en profundidad sobre factores de implementación del MAIS BFC.

Se intentó comprender cuáles han sido los factores de implementación del MAIS BFC desde la óptica de sus prestadores y operadores. El instrumento se sometió al proceso de validez mediante la metodología juicio de expertos por trabajadores profesionales de salud con distinguida trayectoria, en el área y en la docencia universitaria, obteniendo un promedio de valoración de 91%.

4.9. Plan de análisis

Las respuestas que se obtuvieron en las entrevistas fueron transcritas por el investigador, para ello se hizo uso de matrices de análisis de discursos y contenidos mediante las cuales se realizó el análisis de la información recabada. En la transcripción de la entrevista se realizaron los siguientes procesos:

- Identificación de las categorías
- Disecamos, separamos la extraemos las categorías
- Codificación a través de un número, código numérico. el código tiene una dirección, E1 (número de entrevista), instrucción, etc
- Se establecieron subcategoría para cada categoría.
- Se hizo una descripción, aplicando la siguiente tabla:

Tabla 5 Descripción de las categorías

CATEGORIA	SUBCATEGORÍA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E...

E1, E2, E3, E... Entrevista 1, 2, 3 y 4

Después de transcribir se procedió a la codificación y segmentación por grandes temas de las entrevistas a profundidad según las categorías y subcategorías.

En tal sentido, para el análisis de la información se llevó a cabo mediante la teoría de Miles y Huberman en Rusque (38), que radica en tres acciones que

convergen entre sí, como son reducir la información, presentarla e interpretarla y la comprobación de las conclusiones.

En la primera etapa se simplificó o seleccionó la información para hacerla más abarcable y manejable, en función de criterios teóricos y prácticos, pero conservando, en lo posible, los aspectos del contexto afines a los acontecimientos que los originaron. Por lo tanto, los datos recogidos son traducidos en categorías.

En la segunda actividad se ensamblaron los datos en matrices, las cuales contienen las declaraciones expresadas por los participantes y los aportes de referentes teóricos, de tal manera que se pueda extraer conclusiones. En la tercera se interpretaron y verificaron las conclusiones. Esto demandó una reflexión metódica, teórica y valorativa del procedimiento investigativo, con la finalidad de contrastarla, con la teoría y con los hallazgos prácticos, para luego extraer y confirmar unas conclusiones más comprensivas (38).

4.10. Rigor de la investigación

La validez y credibilidad deben estar presentes en la investigación cualitativa. Kirk & Millar citado por Claret (39), recomiendan encontrar la consistencia de los resultados basados en los siguientes procesos: invención, descubrimiento, interpretación y registro para coordinar la toma de decisiones. Por ello, la validez se alcanzó por el grado de intervención y el lugar asumido por el autor en el grupo analizado, la tipificación y selección idónea de los informantes clave, la especificación del escenario natural, interpersonal y social donde se recoge la información, la precisión en la selección de las técnicas de recopilación de la información y de su posterior análisis.

En tal sentido, el grado de validez de esta metodología y de los estudios realizados con éstos se evaluó por el nivel de coherencia lógica interna de sus derivaciones y por la no presencia de discordancias con hallazgos de otros estudios acertadamente sólidos. Del mismo modo, la credibilidad del estudio, se logró a través de la semejanza entre las realidades erigidas por los actores y las reconstrucciones de quien evaluó adjudicadas a ellos, lo que se denomina proceso de triangulación. Es decir, se comprobaron los resultados con un nivel de concordancia interpretativa, donde la información obtenida por diferentes fuentes y puntos de vista, demuestran consistencia en los datos (38).

Al mismo tiempo, se obtuvo a través de la devolución sistemática de las entrevistas a los informantes para que den fe de su credibilidad, debido a que toda investigación debe cumplir con este paso importante para alejar la subjetividad del investigador en la información recabada, la cual debe ser lo más aproximado a la realidad de los informantes. Asimismo, darán fe de que todo lo escrito fue lo aportado por ellos durante las entrevistas sostenidas con el investigador (38).

4.11. Viabilidad de la propuesta

Se contó con un equipo de 12 personas con conocimientos de la práctica profesional médico-social y que cuentan con habilidades para la sistematización, el análisis de situación (a través de los discursos y/o contenidos), administración de proyectos, para el trabajo en equipo y, sobre todo tienen las competencias para la práctica reflexiva y sensibilidad social. El financiamiento y los recursos logísticos fueron asumidos por el suscrito y se coordinó con el MINSA para articular esfuerzos y recursos.

Se cuenta con experiencia en procesos evaluativos en todos los niveles de atención. Se consiguió apoyo del MINSA, y la red de salud involucrada en el estudio.

4.12. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación recogió los principios elementales de la Declaración de Helsinki, los principios éticos del Reporte Belmont de respeto al ser humano y su autonomía, en la que se procura incrementar los beneficios y reducir los posibles perjuicios de una intervención. La información recabada fue confidencial para uso de fines del estudio solamente. De otro lado, se está considerando las normas del Comité de Ética de la UPCH y de los EESS involucrados en el estudio. Se utilizará el Turnitin para hacer control de calidad y verificar la originalidad del presente trabajo, y así evitar los contenidos que no correspondan por su origen dudoso.

V. RESULTADOS O ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

A continuación, se muestran los resultados de las entrevistas realizadas al grupo básico de salud familia y comunidad (médico, enfermera, obstetras, técnico) de los establecimientos de categoría I.3 seleccionados. El análisis de la información se llevó a cabo mediante la teoría de Miles y Huberman; por lo que la información recogida se tradujo en categorías. Posteriormente, se ensamblaron en matrices con las declaraciones expresadas por informantes clave y los aportes de referentes teóricos. Finalmente, se interpretó la información y contrastó con la teoría para luego extraer unas conclusiones.

Resultado 1: Reorientación de la atención de promoción de salud y prevención de la enfermedad sobre las actividades recuperativas y de rehabilitación. Según algunos de los testimonios de los entrevistados, especialmente el personal profesional de enfermería, existe un fuerte componente relacionado a los estilos de vida de la población: de solo buscar atención cuando se está enfermo; lo que refuerza la oferta curativa que debe tener listo el establecimiento de salud para satisfacer esas necesidades. A su vez, manifestaron que, para pasar del paradigma de la atención curativa por la atención preventiva promocional, pasa por dos caminos, primero que el personal de salud tiene que estar entrenado en la atención con enfoque de salud familiar y comunitaria y no solo asistencialismo, como sucede ahora. En segundo lugar, complementario al primero es garantizar las condiciones mínimas de oferta de salud (infraestructura, equipamiento, materiales e insumos y principalmente recursos humanos) y los instrumentos de gestión respectivos.

Por otro lado, se debe contar con una mayor presencia del estado en liderar el abordaje de los determinantes sociales de la salud, desde el nivel local, regional y nacional.

Tabla 6 Resultado 1. Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: Reorientación de la atención de promoción de salud y prevención de la enfermedad sobre las actividades recuperativas y de rehabilitación

E1-M-CS: LP	Es el asunto formativo, o sea los médicos hemos sido formados para atender enfermos y tenemos una visión si no global, casi global de la mirada y la asistencia hospitalaria, los médicos se han formado para atender a enfermos, para atender pacientes. A mí me pareció muy buena la idea, porque se entendía que en vez de esperar que el paciente venga cuando ya está enfermo, nosotros ir por ellos para adelantarnos a la enfermedad identificando e interviniendo esos riesgos.
E2-M-CS: AMAK	Creo que allí el tema del acompañamiento ha sido muy volátil, muy esporádico... generalmente vienen a decir bueno, cumple, no cumple, cumple, no cumple, pero no nos dan ¿Por qué no cumple? ¿Qué pasó? ¿Qué problema hay acá? ¿Cómo podemos ayudarlos? Simplemente toman fotos, pero no hay ese acompañamiento más cercano.
E3-M-CS: PIVZ	Ha habido mejoras, pero no son sustanciales. Las mejoras, por ejemplo, es que ahora tenemos un equipo de consultorios, podemos tener una impresora. El peruano está acostumbrado. Yo me enfermo, yo me voy al centro de salud. Pero si yo estoy bien, ¿para qué voy ahí? Y es nosotros convencer familia por familia, persona por persona para que vengan al centro de salud,
E4-M-CS: MEX	Ahorita tengo una brecha de equipos informáticos...quizás no depende de la misma estrategia, sino del abastecimiento a nivel nacional de DIRIS
E9-O-CS: LP	La salud debe ser preventivo más que recuperativo. Pero, ¿qué pasa? Que a veces estamos tan copados, copados en el sentido de que nosotros damos una atención, pero hay que llenar tanto papel, que perdemos esa oportunidad de hacer atención preventiva en la familia
E11-O-CS: PIVZ	Nosotros a la semana al menos una o dos veces debemos estar en campo y haciendo seguimiento y haciendo prevención, ¿no? Incluso realizando campañas
E12-O-CS: MEX	Mientras no haya una política de mejorar la capacidad de respuesta de los establecimientos, también la infraestructura, el personal que se esté capacitando permanentemente, las universidades que garanticen que, pues, están ingresando profesionales, digamos, con estas competencias para estos modelos, yo creo que cambiaría en algo.
E14-TE-CS: AMAK	El censo comunitario si era una actividad que lo hemos hecho siempre y con el apoyo de nuestros agentes comunitarios, fue de gran ayuda, sobre todo porque había mucha familia que deseaban colaborar y que entremos a su casa

REFERENTES TEÓRICOS	<p>Según el Minsa, en la actualidad se cuestiona seriamente, la organización de los servicios para privilegiar las actividades preventivas de riesgos y daños, así como las acciones para promover la salud mientras la persona está sana, pero expuesta a riesgos (6).</p> <p>Actualmente, la definición de salud está determinada por el modelo biomédico, caracterizado por ser curativo, por lo que para poder vencer algunas dificultades que involucran esta clase de concepciones, se hace necesario un modelo que enfatice en la relevancia de las acciones preventivas (2)</p> <p>En este modelo entre las limitaciones que persistieron se encuentra la resistencia para el cambio de paradigma sobre la atención de salud tanto de parte de los profesionales de la salud como de los usuarios de los servicios (34).</p> <p>Feo y Tobar afirman que el modelo solo se ocupó solo de la medicina reparativa dirigida a la atención a la enfermedad y no a la salud.</p>
------------------------	--

Resultado 2. Organización del establecimiento para la atención extramural con enfoque en la familia y comunidad: En cuanto a la transición de privilegiar el trabajo extramural sobre el trabajo intramural con enfoque en la familia y comunidad, la mayoría de los encuestados, destacaron el avance significativo en el proceso de sectorización con un rol muy protagónico del agente comunitario en salud, personal profesional de enfermería y del profesional médico especialista en familia y comunidad. Se reconoce los beneficios de contar con el médico de familia y la especialidad que se mejor se adecua para implementar los atributos de la atención primaria. En esa misma línea de análisis, se resalta el dedicado trabajo del personal profesional de enfermería para el trabajo de seguimiento en la familia y comunidad.

Asimismo, señalaron que entre las limitaciones de hacer el trabajo extramural se encuentra la inseguridad, tanto para el prestador como para el usuario, direcciones falsas, familias que no colaboran y no abren, desplazamientos permanentes, horarios de trabajo, las cuales les impidieron en muchos casos completar con el proceso de atención integral de salud. A su vez, una percepción

presente en los entrevistados, fue que resulta inviable tener un solo modelo para zona urbana y rural porque tienen diferentes características. En la zona rural es más accesible lograr participación de la familia y comunidad y el trabajo de prevención que en la zona urbana muy densa, migrante y con otro nivel o estrato social, así como dinámica de vida y búsqueda de atención curativa principalmente.

Tabla 7 Resultado 2. Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: Organización del establecimiento para la atención extramural con enfoque en la familia y comunidad.

E1-M-CS: LP	<p>Cada uno sabía cuál era su sector y me tocaba visitar tal lado, entonces yo iba a pegar mis colores donde me tocaba visitar, salía avisando, dejaba dónde estoy, mi teléfono y me iba, y las técnicas se montaban de manera bien interesante, ahí ha habido un avance.</p> <p>Hasta ahora tenemos una brecha de recursos, de recursos humanos.</p> <p>Entonces, creo que el proceso de formación que se hizo respecto a la capacitación y al PROFAN fue bien acertado, porque en el desarrollo del programa y el modelo, se forzaba a la estudiante para que entienda que implicaba mirar de otra manera la prestación, que implicaba ir más allá, organizarse.</p> <p>No siempre encontramos cubierto esta necesidad (de medicamentos), porque la actividad curativa es la que predomina y consume todos los recursos.</p> <p>Los médicos somos de escribir menos, entonces cuando les presentaron la histórica, se perdieron la ficha familiar y otra vez era escribir y escribir y escribir. Entonces creo que esa fue una primera debilidad general.</p> <p>Un problema muy frecuente en el equipo era el llenado de la información, era muy agotador, y no era reconocido para efectos de la producción de los trabajadores donde me incluyo.</p>
E2-M-CS: AMAK	<p>Los representantes de la comunidad se organizaban el trabajo y comenzaron a llevar un cuaderno, abrir un cuaderno para cada localidad donde los responsables iban a hacer sus registros primero o digamos de las reuniones y después de cómo se iban a dividir las familias.</p> <p>El tema de seguridad a nivel de Lima Metropolitana es un problema álgido, ¿No? La mayoría de mi personal ha sufrido asaltos, robos, y los mismos pacientes.</p> <p>Teníamos a nuestro cargo una jurisdicción en diferentes localidades, ahí en la zona donde trabajaba era una zona urbana y también tenían la parte rural, ¿No? Entonces, nos organizamos de una manera diferente para la zona urbana y zona rural, porque las características geográficas de la zona y de la población, que el MAIS BFC no contemplaba ese grado de sectorización.</p> <p>Tenemos una población urbanizada, pero ellos tienen un seguro porque pertenecen a la sanidad y de la naval y la policía, y ellos tienen un seguro privado, son desconfiados, cuando vamos a tocar las puertas, no es que este,</p>

	<p>sean muy permeables, ¿No? Entonces, son diferentes y diferentes y diferentes realidades culturales"</p> <p>Yo considero que el personal que tengo ahí sobre todo en el tema profesional este está bastante comprometido les gusta trabajar en el primer nivel</p> <p>Éramos pocos médicos y además este tenemos una tremenda demanda intramural.</p> <p>A esa actividad extramural transformarla a una actividad ya más integral donde no solamente se iba a ver el caso hacer el seguimiento del caso sino también ver trabajar con la familia con todo el entorno familiar y buscar otros riesgos identificar y coordinar para la atención y a eso era o un trabajo adicional ¿No? Entonces este es el principal este obstáculo.</p> <p>Una limitante que a veces se hace es que no tenemos un registro único de información de todo el trabajo que se hace, no tanto el intra como el extramural, entonces eso muchas veces y los registros que tenemos son tan complejos para por ejemplo registrar una actividad preventiva que en realidad este ya yo más o menos eh eh lo puedo hacer, los hacen algunos de mis colegas, pero el resto no lo hace porque en realidad es es tediosísimo.</p> <p>Este modelo prioriza la parte preventiva, la visita domiciliaria, a la familia, a la comunidad, pero el sistema de información estaba adaptado para coger ese tipo de actividades para que se pueda registrar ese tipo de actividades y valorar porque muchas veces ese esa actividad que es en la familia, en la comunidad, sale como una sola actividad y a veces nos mide por producción</p>
E3-M-CS: PIVZ	<p>Tenemos mapeado por diferentes estrategias, sea el tema de gestantes, niños con anemia, niños de alto riesgo, zonas de drogadicción, zonas que son muy precarias, en las cuales sí necesitamos una ayuda frecuente, y siempre somos los interesados.</p> <p>Ese es nuestro principal problema, Tenemos que convencer a las familias en prevenir su salud. No hay una cultura de prevención en la salud.</p> <p>Lo que pasa es que siempre tenemos la dificultad de falta de personal, o sea, el equipo humano es precario, es escaso.</p> <p>Hacemos lo que son las campañas de salud dirigida a los niños, pero lo que nos quita el mayor tiempo son las actividades curativas intramurales.</p>
E4-M-CS: MEX	<p>De verdad que con la comunidad no tenemos problemas, nos este nos abre, nos apertura.</p> <p>El problema es salir a las familias o buscarlas, más que las familias son como lo voy a decir, la alta delincuencia que hay.</p> <p>Las visitas familiares, la asignación de la familia, los damos por grupo de riesgo, fácil de implementarlo en la comunidad y muy difícil en la ciudad.</p> <p>Si somos realistas en los centros de salud tenemos una población asignada digamos un ejemplo pues en mi centro tengo cincuenta mil habitantes y debería de tener obviamente cada cantidad de habitantes un médico exclusivo y no llegamos porque la brecha es enorme.</p>
E5-E-CS: LP	<p>Muy buena, muy buena iniciativa para un cambio de salud, más ordenada, organizada, si podemos decirlo. Sin embargo, mucho trabajo para el profesional, horas extras.</p> <p>La cantidad de información que teníamos que registrar, fichas familiares, historias, reportes de visitas, entre otros hacía y hace más difícil la intervención, que podría solucionarse si se cuenta con la historia familiar digital, por ejemplo.</p>

E6-E-CS: AMAK	<p>Cuando hicimos la sectorización, nos facilitó hasta el día de hoy. Nos ha facilitado conocer los lotes, las manzanas de cada sector que hay y también cada que digamos cada dirigente o cada institución que hay en nuestro sector</p>
E7-E-CS: PIVZ	<p>Salimos a visitas domiciliarias, intervenimos en grupos de profesionales a las familias que hemos escogido que están en alto riesgo, dependiendo la edad del paciente.</p> <p>Vamos a la familia y no solamente vamos a identificar los factores que intervienen para el paciente en sí, sino el entorno, el entorno donde vive la familia, donde vive el paciente.</p> <p>Por más capacitaciones, por más políticas que se sigan dando, ¿no? Vamos a fundamentar más nuestro quehacer, pero no vamos a poder tener una efectividad por falta de recursos humanos para poder ejecutarla.</p> <p>Nosotros lo hacemos en base al tiempo que disponemos, pero no es suficiente.</p> <p>En la comunidad agradecen mucho la intervención que hacemos nosotros y las facilidades que damos a la atención de la familia. Entonces, hay una buena aceptación por esa parte del grupo humano de los integrantes de la familia.</p>
E8-E-CS: MEX	<p>Difícil porque no se cuenta con el recurso humano adecuado para poder salir a campo. Nosotros mismos somos las que hacemos todo.</p> <p>Imagínense una sola enfermera para que haga todo lo que era crecimiento, desarrollo, tuberculosis e inmunizaciones, más las salidas extramurales, Entonces, era complicado.</p> <p>El hecho de tener salidas a campo y hacer la parte intramural era complicado porque siempre ha habido mucha más demanda.</p> <p>Sentarse a ver todos esos detalles de organización extramural, sectorización, visitas, reuniones con los agentes comunitarios, era tiempo. Entonces, también dificultaba porque lógicamente cada uno tiene sus actividades extras saliendo fuera de él.</p>
E9-O-CS: LP	<p>Hay gente de mal vivir, gente que consume muchas drogas entonces no se puede ir solos tenemos que ir acompañados ya hemos sido a veces este asaltados.</p> <p>El problema es que a veces dan direcciones falsas, que no se pueden ver. Cosas así que entonces generan que uno no pueda este acceder A irlos a visitar como debe ser.</p> <p>Hay familias que a veces todavía son un poco reacias a que tú llegues a su casa, a abrirse.</p>
E10-O-CS: AMAK	<p>Nosotros salíamos a hacer las visitas. Mhm. familiares y en ellas este aplicábamos la ficha familiar y salíamos pues en equipo o visitábamos a una familia que había eh captado</p> <p>Algunas de las familias, pero no todas, por lo mismo que le comentaba que hay bastante riesgo, ¿no? en San Martín de Porres, Santa Federica, no todas las familias nos dan esa ventaja y facilidad de ingresar a sus casas ¿no? Entonces, que uno se acerque a la comunidad, a veces ellos dicen no, mejor yo voy al establecimiento de salud</p>
E11-0-CS: PIVZ	<p>Nuestra zona está sectorizada. En lo que es obstetricia, nosotros abordamos mayormente, nuestro medio de contacto son las gestantes,</p> <p>A veces el paciente se cierra en darnos información sobre su familia, ¿no? Sabiendo que parte de la familia necesita atención integral.</p>

	Muchas veces no podemos salir a campo porque no podemos dejar el servicio abandonado
E12-O-CS: MEX	<p>Pero ese plan de parto lo tienes que hacer en su domicilio y si es que no lo realizas en su domicilio, no sirve, o sea, no suma al indicador.</p> <p>Por ejemplo, yo considero que en las zonas rurales es mucho más fácil, puesto que la población también es distinta, ¿no?</p> <p>No hay mucha delincuencia, no hay mucha inseguridad como acá en Lima o en las ciudades grandes."</p> <p>Como que hay tantas cosas que el personal de salud operativo, el primer nivel de atención que debe de estar, digamos, enfocado a dar una buena atención al paciente, tiene que estar preocupado por llenar tantísimas formaterías, muchas cosas. Por ejemplo, la atención prenatal reenfocada. Nosotros llenamos 21 formatos, 21 actividades en el primer control prenatal</p>
E13-TE-CS: LP	<p>El centro de salud tiene 5 sectores. cada año cogemos diferentes familias o diferentes sectores que se ubican en el establecimiento de salud.</p> <p>Por lo mismo de que, por la demanda de pacientes que hay, como le digo, a veces un médico, dos médicos, a veces no se abastece,</p>
E14-TE-CS: AMAK	Siempre ha sido nuestro principal problema la falta de recursos humanos, así como profesional, también técnico, para realizar las visitas domiciliarias en las familias y el trabajo de promoción en las comunidades, por ejemplo, para impulsar la alimentación saludable
E15-TE-CS: PIVZ	Identificamos, pues, este, los problemas que tiene este, esa familia. Entonces, se prioriza esa familia para brindarle una atención a toda la familia
E16-TE-CS: MEX	<p>Tenemos trabajado nuestra zona de trabajo, sectorizado, eso lo hacemos con el equipo de salud, asignándonos entre 5 y 6 familias por cada equipo.</p> <p>Lo difícil de hacer este trabajo es la delincuencia, hace que no salgamos regularmente y las familias tampoco nos abran la puerta por la misma situación de seguridad, aun con uniforme puesto las familias dudan que somos de salud</p>
E17-ACS-CS: LP	<p>Bueno en mi trabajo, lo más difícil ha sido lidiar con las casas de familias que no apoyaban y que al final resultaban tener los problemas de salud por no tener una vacuna, por ejemplo.</p> <p>La comunidad siempre no está contenta con lo que recibe, siempre es malo para ellos, por ejemplo, la falta de medicamentos para sus niños, vitaminas como el sulfato ferroso, el paracetamol</p>
E18-ACS-CS: AMAK	<p>Siempre hemos visto familias que no colaboran con recibir al personal de salud, entonces nuestro trabajo consistía en llamar al líder de ese sector y conversar con la familia y de esa manera se podía llegar a las casas.</p> <p>La enfermera nos convocaba mucho para hacer reuniones en las plazas o los colegios y hacer las charlas demostrativas de higiene de manos, dengue, alimentos saludables</p>
E19-ACS-CS: PIVZ	El trabajo con la familia siempre me ha gustado, pero no puedo negar que es muy difícil lograr su participación en actividades de salud como para la vacunación para COVID
FG01	<p>Ahora son este edificio, este, con 20, 30, 40 familias, entonces, todo eso no se ha adaptado al modelo no permite adaptarse a esos cambios.</p> <p>Por otro lado, no hemos sensibilizado a la familia, a la comunidad. Digo, en algunos, acá en los espacios, en las grandes ciudades.</p>

	<p>En la zona rural era fácil, fácil, no, no, no teníamos problemas en implementarlo, pero en la zona urbana ha sido, no hemos podido, o sea, avanzabas un poquito y cambiabas.</p> <p>El país es multidiverso no puede haber un modelo no puede haber un estándar que le apliquemos a todas las comunidades y ahí tenemos los problemas que ustedes lo han mencionado con mucha inteligencia.</p> <p>Entonces yo le decía en un inicio que es tanta la demanda que tenemos, que salir significa disminuir la cantidad de atenciones que tenemos que ver.</p>
Referentes teóricos	<p>La familia y comunidad deben ser los partícipes principales en el proceso de toma de decisiones de factores que afectan su salud, por lo que corresponde hacer énfasis en recalcar que la salud no está supeditada al establecimiento de salud (11).</p> <p>Su cosmovisión cultural de las personas es uno de estos elementos que incide en sus decisiones sobre la salud, además de otros que vienen directamente del contexto social donde se desenvuelven, como, las creencias religiosas (13).</p> <p>Para Soto et al. un factor de implementación de éxito en Chile es que no se realizan actividades en el establecimiento, sino que una cantidad relevante de ellas se llevan a cabo en los domicilios de los pacientes, en centros comunitarios de adulto mayor, juntas de vecinos, colegios, entre otros Duarte (12), concluye que, la atención que proveen las profesionales de enfermería comunitaria de enlace da lugar a un mejor uso de los servicios, los recursos sanitarios y sociales disponibles. Asimismo, la gestión de casos mediante estas enfermeras da lugar a una reducción de la hospitalización, tanto por ingresos en urgencias como por reingresos, por lo tanto, es una opción válida y eficiente en la respuesta a la atención primaria en las comunidades.</p> <p>Hernández et al. (10), evaluaron la importancia del médico de familia y comunidad, los componentes de la atención sanitaria en el nivel primario y su vínculo con el MAIS, en Colombia.</p> <p>Estos autores concluyeron que la Medicina Familiar es la especialidad más apta y conveniente para llevar a cabo las actuaciones sanitarias enmarcadas en el novedoso modelo de atención integral de salud, debido a que busca la satisfacción integral e impide la disgregación de la atención.</p>

Resultado 3. Acceso oportuno y de calidad al paquete de cuidados esenciales por etapas de vida: Otro tema presente en los entrevistados es el referido al plan de intervención con el paquete de cuidados esenciales por etapas de vida, y según los riesgos identificados, es decir vacunas a los niños, medicamentos, procedimientos de diagnósticos, vitaminas, entre otros, se destaca la provisión oportuna de cuidados esenciales para niños y gestantes, sin embargo, podría haber afectado considerablemente evitar el daño o la enfermedad sino se cuenta con los

recursos necesarios y suficientes del paquete de cuidados esenciales, como sucedió en algunos casos.

Se precisan otras variables que han influido considerablemente en el acceso oportuno y de calidad al conjunto de prestaciones preventivas, promoción de la salud, curativas y de rehabilitación como el diferimiento de citas, maltrato de personal, restricciones en el horario de atención, falta de personal profesional y técnico, así como la baja capacidad resolutive del primer nivel de atención.

Tabla 8 Resultado 3 Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: Acceso oportuno y de calidad al paquete de cuidados esenciales por etapas de vida

E1-M-CS: LP	Por ejemplo, señora, este niño está con anemia, necesitamos que tome su sulfato ferroso. No siempre encontramos cubierto esta necesidad, porque la actividad curativa es la que predomina y consume todos los recursos Porque la atienden muy bien, porque la atienden rápido, entonces yo creo que es un factor fundamental por lo que la gente está yendo a otro lugar.
E3-M-CS: PIVZ	El problema, como les vuelvo a decir, es el tema humano. Nos falta, aun así, teniendo el tema humano, también por ejemplo ahora no tenemos una simple hemoglobina. Las citas eran demasiado largas, eran de 15 días, 20 días, o había gente que en realidad sacaba citas por las puras. ¿Por qué? Porque sacaban 20, 30 pacientes y sacaban un bloque para atender y en realidad llegaban 10, llegaban 15, algunos llegaban a sus citas a las 8 de la mañana y bajaban a las 11 de la mañana diciéndome no, es que no me he acordado que hubiera citas,
E4-M-CS: MEX	Hay limitaciones en lo que es a veces no hay medicamentos porque las compras nacionales de CEBNARES no llegan, tenemos desabastecimientos. Incluso mira de hace poco hemos tenido el desabastecimiento del paracetamol, el jarabe.
E7-E-CS: PIVZ	Si ya se estableció las necesidades de la familia, por ejemplo, si yo encontré niños que requieren recibir micronutrientes, vacunas y tienen su tiempo para poder realizarlo porque es mensual, entonces yo ya ejecuto un plan de trabajo para mi intervención mensual, ¿no? Ya tengo localizado mi grupo de intervención. O sea, cuando nosotros queremos hacer una intervención integral, vemos dificultades con respecto a los insumos que se tienen en los centros de salud, que no es mucho, no abastece las necesidades de la población. Tenemos agotamiento de insumos
E8-E-CS: MEX	El otro problema es el paquete de cuidados esenciales, sobre todo el preventivo como las vacunas para los niños, el control y crecimiento del niño, hubo etapas donde no teníamos sulfato ferroso, por ejemplo, o algún insumo, esto se pudo sentir más en la pandemia
E9-O-CS: LP	La vez pasada no hemos tenido insumos de planificación casi un mes, o sea, varios insumos que teníamos que estar cambiándole de método al paciente

	<p>porque no se quede sin método, pero no es así, o sea, deberíamos de estar abastecidos.</p> <p>Lamentablemente en muchos centros de salud a veces solamente está tienen un horario restringido. Porque vienen a las ocho de la mañana, y ya no hay cupo, ya no hay cupo para que sean atendidos, y a veces no se cuenta todos los centros con el turno tarde, o para también generar que vengan en la tarde.</p>
E13-TE-CS: LP	Voy a ser bien sincera, al maltrato de que entre en admisión porque hay gente que no tiene buen trato al público, de verdad.
E14-TE-CS: AMAK	Tengo muchos años en mi centro de salud y siempre he visto que las vacunas casi nunca han faltado, salvo en tiempos de COVID, pero también he visto falta de medicamentos e insumos en la farmacia.
E15-TE-CS: PIVZ	<p>Si es que no, no tuviese, se le saca cita, ¿No? Para que lo más pronto, se le saca cita lo más pronto posible para ser atendido ese niño, ¿No? En su paquete, ya sea de vacunas, de crecimiento y desarrollo, en caso si le falta su control de hemoglobina,</p> <p>Bueno, a veces hay muchas dificultades, los pacientes manifiestan muchas veces que hay muchas dificultades para separar citas, ¿No?</p>
E16-TE-CS: MEX	<p>Todos los pacientitos que han presentado riesgos, los derivamos al centro para que complete su diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Hemos tenido por varios periodos desabastecimientos de medicamentos como paracetamol, reactivos de laboratorio incluso algo tan básico como para sacar examen de orina, hemogramas.</p>
E17-ACS-CS: LP	Las actividades de educación a los niños adolescentes en lavado de manos en tiempos de COVID, cuidados para prevenir enfermedades respiratorias, es lo que más recuerdo de mi trabajo como agente comunitario, lo hacíamos con el personal de la posta que siempre nos convocaban para apoyar
E18-ACS-CS: AMAK	Una de las quejas que siempre escuchaba en la comunidad y que se lo decía a la enfermera era que no había medicina en el centro, por ejemplo, paracetamol y por eso no iban al establecimiento a perder su tiempo decían
E20-ACS-CS: MEX	Considero que lo más difícil para la población es conseguir citas en la posta y que haya los especialistas para recibir la atención, así como la medicina, pierdo tiempo me han dicho muchas veces
Referentes teóricos	<p>Según la Defensoría del pueblo se comprobó que en los centros de atención primaria de Lima hay falta de personal médico especializado, así como de insumos (40).</p> <p>Los principales problemas identificados por los directivos de los establecimientos de salud son la escasez de recursos humanos, la falta de insumos y medicamentos, la deficiente infraestructura y el déficit presupuestal (41)</p>

Resultado 4. De una organización en redes desarticuladas a redes integradas de servicios de salud: Resulta interesante, ver en las versiones de algunos entrevistados, respecto a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), coinciden algunos en destacar su baja implementación, frustraciones por su inoperatividad. Identificando por ejemplo los siguientes problemas, un primer nivel de atención que no es puerta de entrada al sistema de salud porque no tiene capacidad resolutoria, estructura orgánica sin capacidad de decisión, desarticulación

con otros efectores del sistema como Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, entre otros.

Al respecto resultó llamativo que algunos de los entrevistados percibieron que un factor que influye en no trabajar en redes es la inaplicabilidad del intercambio prestacional por la normatividad vigente que impide que un paciente de Essalud por ejemplo no se pueda atender en establecimientos del MINSA o viceversa. Al parecer, hay un fuerte componente normativo que impide articular la atención en redes con el perjuicio de garantizar la continuidad e integralidad de la atención al paciente. Un tema frecuente fue el de las tarifas que no son las mismas que establece la Seguridad social y el Seguro Integral de salud, por ejemplo y no facilitan intercambiar servicios. Asimismo, se destaca la percepción de no favorecer al trabajador la articulación en redes integradas de servicios de salud, desde el punto de vista de la carga laboral y los incentivos vinculados a desempeño y productividad que sería desigual e inequitativo e insostenible por las características diferentes del financiamiento de estas aseguradoras SIS y Essalud principalmente que representan más del 90% de los afiliados al aseguramiento universal en salud, mientras que uno es con fondos públicos el otro es con los aportantes de los afiliados.

Tabla 9 Resultado 4. Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: De una organización en redes desarticuladas a redes integradas de servicios de salud

E1-M-CS: LP	Con un primer nivel de atención como el que tenemos en mi centro de salud que no resuelve mucho de las necesidades de salud de nuestra población y por ello se pasan directo al hospital, difícilmente podemos construir redes integradas de salud. No podemos brindar continuidad e integralidad en la atención de los pacientes porque muchos de ellos son afiliados a la seguridad social o la sanidad de la Policía Nacional del Perú y con ellos no está funcionando el intercambio prestacional
E2-M-CS: AMAK	Las redes es la peor decepción que ha pasado en Lima ¿No cierto? Antes teníamos a las redes con pocos establecimientos, ahora tenemos una sola Diris ¿No cierto? Con una cantidad de casi tres millones, dos millones de personas cada uno No tienen capacidad de decisión ¿No cierto? debe integrarse la gestión sanitaria, planificar la salud de la población
E3-M-CS: PIVZ	Ha habido mejoras, pero no son sustanciales. Las mejoras, por ejemplo, es que ahora tenemos un equipo de consultorios, podemos tener una impresora, que no significa mucho para fortalecer el primer nivel de atención
E4-M-CS: MEX	Minsa no ha podido ejercer autoridad y liderazgo sobre los otros efectores del sistema de salud y eso nos dificulta hacer el trabajo de campo cuando tenemos que ofrecer el paquete de cuidados esenciales a los ciudadanos
Referentes teóricos	Las redes integradas de salud logran dar solución a los requerimientos de atención de la ciudadanía en una red; lo que mejora el desempeño del sistema sanitario peruano (27). Además, contribuiría a fortalecer la gestión del primer nivel de atención para que sean la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema nacional de salud y puedan resolver la mayor parte de servicios requeridos (42). El actual marco normativo no termina con la segmentación del sistema de salud, contrariamente, la resalta y eterniza la poca eficiencia del estado para manejar los recursos públicos; adicionalmente, restringe la gobernanza alrededor de una región (27). Para Soto et al. el sistema sanitario de Chile está organizado a partir de una red de centros de salud y equipos bien determinados, donde el nivel primario de atención tiene el papel primordial

Resultado 5. Pasar de una gestión sectorial a una gestión territorial: Algunos de los entrevistados cuestionan la forma de planificar la salud en el primer nivel de atención, donde existe muy poca participación de los actores claves para mejorar la salud, dejando toda la responsabilidad al equipo de salud del establecimiento que hace su mejor esfuerzo, pero insuficiente ante tanta demanda, situación que pone en evidencia la necesidad imperiosa de articular esfuerzos y recursos para atender con oportunidad y calidad a la población

Los espacios de concertación de los diferentes sectores y actores claves en el territorio son poco participativos y sus recomendaciones no son vinculantes, como los consejos locales de salud, los comités de salud, las mesas de concertación y otros que se formaron, por ejemplo, para combatir la pandemia

Tabla 10 Resultado 5. Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: Pasar de una gestión sectorial a una gestión territorial.

E1-M-CS: LP	Nosotros seguimos trabajando desarticulados con los actores y sectores del gobierno, solo por contingencia nos convocan como en los brotes que hemos tenido, no hay una planificación territorial todavía, seguimos planificando sectorialmente. Lo que sí he visto es que ante situaciones críticas sí se puede convocar este por ejemplo cuando hemos tenido el tema de los brotes de Dengue Lima donde se han formado estas mesas multisectoriales donde se convocaba todo y ahí sí pues, pero son temas muy puntuales
E4-M-CS: MEX	La comunidad ha sido discretamente participativa en los temas de ámbito social como el agua, la pobreza, el transporte de pacientes, entre otros. Sin embargo, su aporte es significativo en la atención extramural a la familia y comunidad
Referentes teóricos	En este contexto de cambios, resulta indispensable proponer acciones estratégicas que vayan más allá del ámbito de la prestación de servicios de salud hacia la gestión territorial (43). Hoy, sin una organización territorial efectiva y dada la fragmentación del sector salud, las estrategias no logran orientarse hacia el ciudadano (44). La participación de los municipios, del sector educación (el trabajo con los especialistas de la UGEL, docentes, las escuelas para padres), los comunicadores sociales, las autoridades comunales y otros actores ha sido clave para la sostenibilidad de una forma diferente de hacer salud en el primer nivel de atención (32)

Resultado 6. De financiar la demanda y no históricamente la oferta: Las actividades preventivas de riesgos y enfermedades son financiadas por las estrategias sanitarias principalmente con serias limitaciones que impiden garantizar el paquete de cuidados esenciales a la persona, familia y comunidad, fueron los comentarios de algunos entrevistados.

Tabla 11 *Resultado 6. Categoría: Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: De financiar la demanda y no históricamente la oferta.*

E1-M-CS: LP	Se sigue atendiendo y dando énfasis a las actividades recuperativas, el SIS te paga por atenciones brindadas y las preventivas en menor proporción, estas son cubiertas por los programas o estrategias sanitarias que casi siempre están deficitarias
E3-M-CS: PIVZ	No se puede fraccionar el financiamiento en actividades preventivas a través de los programas presupuestales y as actividades recuperativas a través del SIS principalmente
E4-M-CS: MEX	No ha aumentado la plata porque nosotros no sabemos cuánto nos llega por el SIS no sabemos qué nos compran por el SIS y no hay ningún aliciente para atender más o menos el mismo que recibes todos los años produzcas o no produzcas
Referentes teóricos	El Seguro Integral de Salud (SIS), no cuenta con recursos suficientes para generar una reducción significativa de la demanda encubierta (45). La falta de priorización de la prevención y de la atención primaria no solamente es ineficiente, sino que también genera sobre demanda en los otros niveles. Mientras tanto, el SIS ha expandido la definición de su paquete de servicios sin que se tenga claridad sobre la capacidad de entrega del servicio, el costo real de este paquete o el financiamiento del mismo (46). Para Feo y Tobar, el modelo se quedó mucho en el discurso y poco en la práctica

Resultado 7. Equipo básico de salud familia comunidad capacitado en salud familiar y comunitaria: La mayoría de los entrevistados señalan haber recibido una capacitación y asistencia técnica en Salud familiar y comunitaria indicando la importancia de esta actividad para impulsar y facilitar la implementación del enfoque de familia y comunidad en la atención. La formación del equipo básico de salud familia y comunidad, resulta ser una de las condiciones claves de éxito en la implementación del MAIS BFC; motivo por el cual, muchos de los entrevistados se han vistos obligados a especializarse.

Se resalta el hecho del recambio constante del personal de salud formado en salud familiar y comunitaria, debido a una falta de política de retención de los recursos humanos, que terminan rotando antes del primer año, dejando postergado el avance logrado y en muchos casos volviendo a iniciar el proceso.

Tabla 11 *Resultado 7. Categoría: Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría: Equipo básico de salud familia comunidad capacitado en salud familiar y comunitaria*

E1-M-CS: LP	Felizmente en su momento se lanzó el diplomado de salud familiar y hay un grupo que logró participar del diplomado vía presencial, otros lo hicieron vía virtual, pero participaron.
E2-M-CS: AMAK	Considero que el personal que tengo ahí sobre todo en el tema profesional esté está bastante comprometido les gusta trabajar en el primer nivel y es clave para el éxito en la implementación del MAIS BFC. El personal trabajaba pues en realidad por compromiso, por entusiasmo, pero no era que eso fuera un incentivo adicional, es su mística
E4-M-CS: MEX	Yo creo que sí, yo creo que sí, sí, contamos con las competencias, las competencias. Hay falta, hay brecha de equipos informáticos, hay brecha de impresoras, que actualmente son muy importantes porque ahora todo es virtual Si somos realistas en los primeros niveles de atención tenemos una población asignada digamos un ejemplo pues en mi centro tengo cincuenta mil habitantes y debería de tener obviamente cada cantidad de habitantes un médico exclusivo y no llegamos porque la brecha es enorme
E6-E-CS: AMAK	Nosotros pertenecíamos a la Red de Salud Rima, San Martín de Porres y Los Olivos y nos dieron capacitaciones para poder integrarnos en los centros de salud a la atención integral, o sea al MAIS"
E7-E-CS: PIVZ	Seguimos trabajando como hasta ahora lo estamos haciendo, haciendo esfuerzos sobre humanos fuera de horario, porque esa es una carga de trabajo agregado a lo que ya estamos realizando
E10-O-CS: AMAK	El modelo no creo que no ha sido socializado con todo el personal como equipo, creo que algunos profesionales hemos sido capacitados, algunos han sido este de repente capacitados eh de otra forma, ¿No? O han leído la norma, pero no ha habido una un manejo este una capacitación constante de equipo ¿No?
E11-0-CS: PIVZ	Sí, aquí en el centro sí, todos estamos capacitados
E13-TE-CS: LP	Hicimos una capacitación, o sea, hicimos un curso de PROFAM.
E14-TE-CS: AMAK	He recibido en varias oportunidades capacitación sobre salud familiar y comunitaria, y creo que a todos mis compañeros también lo han recibido y ha sido muy bueno recibirlo
E15-TE-CS: PIVZ	Sí, falta un poco más de capacitación lo que es este tipo de programas, ya que muchos de los personales, como les indicaba, son nombrados y de una edad ya avanzada
E16-TE-CS: MEX	Hemos recibido muchas capacitaciones, en lo que es salud familiar, lo recibimos en talleres con Cayetano, pero fue solo al inicio, después se olvidaron
E17-ACS-CS: LP	Me gusta apoyar a mi comunidad y por eso participo de las capacitaciones que la posta siempre nos da, sobre todo en lo que nosotros podemos apoyar Hacemos nuestro trabajo por el compromiso y el cariño que le tenemos a la comunidad, no recibimos ningún sueldo ni incentivos, aunque lo necesitamos, pero sabemos que este trabajo es voluntario
E18-ACS-CS: AMAK	A mí la Posta de Salud me capacito en atención integral, más de una vez y también a un grupo de promotoras de salud

E20-ACS-CS: MEX	Uyy he recibido muchas capacitaciones, la posta siempre nos llama, a mí por ejemplo en detectar signos de alarma en gestantes, primeros auxilios y trabajo de apoyo en la comunidad
REFERENTES TEÓRICOS	Es importante trabajar para involucrar y garantizar la permanencia y continuidad de los trabajadores de salud en el proceso de ejecución y seguimiento de la atención primaria, ya que, ello garantiza el posicionamiento y cambio a largo plazo (11). La capacitación debe ser continua en desarrollo de aplicaciones informáticas y salud pública para familias, desarrollando un seguimiento sociocultural, gestionando y financiando las necesidades operativas clave para ello (32). Otro aspecto que faltó fortalecer en este modelo fue la formación de los profesionales de la salud, pues aún se centra en los aspectos recuperativos de la salud, siendo necesario capacitarlos en aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocados en la familia y comunidad (34)

Resultado 8. Equipo básico de salud familia comunidad formado a través de

PROFAM: La formación del equipo básico de salud familia y comunidad, resulta, ser, como una de las condiciones claves de éxito en la implementación del MAIS BFC y el motivo por el cual, muchas de los entrevistados se han vistos obligados (as), a especializarse y desarrollar competencias por su propia iniciativa ante la ausencia del estado de sostener una estrategia tan importante como el PROFAM.

Asimismo, sostienen que uno de los factores que imposibilitó el éxito del programa fue la falta de la formación de una masa crítica nacional, regional y local que impulsara el modelo; personal que permaneciera en el programa; esto debido a la alta rotación del personal.

Tabla 12 *Resultado 8. Categoría: Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría: Equipo básico de salud familia comunidad formado a través de PROFAM.*

E1-M-CS: LP	Es el asunto formativo, o sea los médicos hemos sido formados para atender enfermos, esa es una formación que desde la universidad se ha metido en la impronta de los médicos Moverlos de allí hacia caminar e ir por la calle y buscar la puerta y tocar la puerta y exponerte a que te ladre un perro te asalte y salir a caminar por un lugar cuando
-------------	--

	<p>él cree que le están pagando para que atienda solo enfermos en el centro de salud, es un primer problema.</p> <p>Creo que el proceso de formación que se hizo respecto a la capacitación y al PROFAN, específicamente, fue bien acertado.</p> <p>Se invierte mucho tiempo y recursos en capacitar y formar a nuestro personal y en menos de un año se van, por mejoras económicas o mejores oportunidades para desarrollarse como profesionales</p>
E2-M-CS: AMAK	<p>Nosotros no se olvide que, bueno, años antes, pues, este, la formación que teníamos en la facultad era básicamente recuperativa, individualista</p> <p>Considero que el personal que tengo ahí sobre todo en el tema profesional este está bastante comprometido les gusta trabajar en el primer nivel</p> <p>Por ejemplo, hubo un momento que dos o tres los médicos que estaban trabajando conmigo, postularon a la residencia y se fueron.</p> <p>Faltó la formación de la masa crítica que se mantuviera por la alta rotación del personal</p>
E3-M-CS: PIVZ	<p>En lo que es el programa del PROFAM, la capacitación se dio por una necesidad en el examen, creo que se hizo a ver en lo que es la programación del PROFAM. Era un programa muy llamativo ya que nosotros nos enfocábamos a una determinada familia y hasta ahora se ejerce el PROFAN en lo que son las guardias comunitarias en caso de los nombrados</p>
E5-E-CS: LP	<p>Yo postulé, agarré, y ahí fue que tuve que aprender. Y me enfrenté a los profesionales que habían hecho un diplomado en Cayetano Heredia. Fui aprendiendo, fui aprendiendo, viendo las bases, todo eso, ¿no?</p> <p>Faltó ese apoyo, el contar con la formación de la masa crítica encargada de implementarlo</p>

Resultado 9. Política remunerativa e incentivos: En todos los casos los entrevistados mencionaron su descontento respecto a la política remunerativa para el personal del primer nivel de atención. Resaltando, además, mucho personal en la modalidad de locador que no tenían derechos.

Respecto a los incentivos y bonos por trabajar en el primer nivel de atención y con enfoque a la familia, fueron muy bien recibido, sin embargo, éstos no se cumplían oportunamente y en algunos casos generó mucha desmotivación para el personal que hacía el mismo trabajo, pero no le correspondía.

Tabla 13 Resultado 9. Categoría: Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría. Política remunerativa e incentivos

E1-M-CS: LP	<p>Los trabajadores tienen una postergación histórica de una justicia en el aspecto remunerativo, y cuando le llega un incentivo directo o indirecto subalterno, no sé, por ahí por abajo, le lleva para implementar una política, pero que implique cien, doscientos, trescientos,</p>
-------------	---

	<p>cuatrocientos soles, ochocientos soles, mil doscientos soles, se convierte en un anzuelo y una carnada realmente fantástica</p> <p>El ministerio de salud les empezó a dar una retribución por la visita familiar, un bono que consistía en que yo tenía que hacer seguimiento y visitar a las familias que tenían riesgo y el ministerio de salud a través de un programa se asignó un bono para efectuar al mes, creo que eran 20, 18, 24, bien interesante, eso fue algo motivador porque en algún momento en las tardes todos salían</p>
E2-M-CS: AMAK	<p>El sector entonces este era en realidad un sueldo muy muy muy básico en realidad también</p> <p>No había ningún otro tipo de incentivo. No había incentivo</p>
E3-M-CS: PIVZ	Tengo 7 años en el Estado, 5 años como tercero, en la cual no tenía derecho absolutamente a nada, ni el derecho a descanso médico
E5-E-CS: LP	Creo que generosamente MINSA ha intentado dar un bono, que tampoco debería, no debería ser un bono, que debería estar en las planillas, y que deberían estar para todos, no para unos cuantos, y que debería ser la exigencia para todos.
E6-E-CS: AMAK	Sinceramente, el personal cuando veía dinero más trabajaba y cuando no veía dinero, pues para qué voy a matarme si ni siquiera nos dan insumos
E8-E-CS: MEX	Complicado porque el hecho de dar un bono, ¿no? Ayudaba de alguna manera para que la gente se motivara a salir al campo
E9-O-CS: LP	La remuneración no es la adecuada, porque si nosotros trabajamos, y trabajamos saliendo a las casas, caminando, ahora con lo, con esta epidemia que hubo del dengue, hemos tenido que salir
E10-O-CS: AMAK	Mucho de la zona. En realidad, por ejemplo, aquí en la zona en la que yo trabajo es la zona de San Martín de Porres, es una zona bastante eh riesgosa en lo que significa este pues lo que son asaltos, robos, ¿No? Es una zona bastante peligrosa. Entonces, muchas veces implica a veces tratar de moverse con movilidad o con acompañamiento solo como personal es un poco difícil tenemos el número limitado de profesionales para poder abarcar toda la comunidad y creo que en esa relación no hay eh digamos no es eh adecuada tanto la remuneración como el número de profesionales para esta actividad
E12-O-CS: MEX	En un mismo consultorio podemos tener un profesional que por un determinado tipo de contrato tiene un sueldo, el otro tiene otro sueldo, y ahí es un tema también que no se estandariza los sueldos, ¿no?
E13-TE-CS: LP	Todo está basado en papeles, nada más no cumple, ¿no? Por ejemplo, ellos nos hacen trabajar, pero no nos quieren ni recompensar con días libres, o sea, salimos a comer, ellos nos exigen, nosotros los hacemos, pero después de habernos trabajado ellos dicen no, no hay dinero, no se les va a pagar y todo eso, ¿no?
E15-TE-CS: PIVZ	Hay diferentes tipos de contrato Que no tenemos, no gozamos de guardia, ¿No? A diferencia de los nombrados que gozan de guardia
E16-TE-CS: MEX	Nuestros salarios son bajos, siempre lo han sido, a pesar de nuestro reclamos y huelgas hechas, no nos escuchan.
E17-ACS-CS: LP	Sería bueno que el personal de salud de la posta reciba una mejor remuneración o quizás que tengan todo lo necesario para trabajar bien y no se vayan rápido, porque eso si lo veo mucho, que se van rapidito
E18-ACS-CS: AMAK	Nosotros no tenemos un sueldo, ni recibimos ningún incentivo, nuestro trabajo es voluntario y siempre lo hemos hecho con mucho cariño por nuestra comunidad
E20-ACS-CS: MEX	Nuestro trabajo ha sido y siempre voluntario, nunca nos han pagado, pero si hemos recibido reconocimientos, diplomas y en algunas veces movilidad local para desplazarnos a zonas de difícil acceso con el personal de salud

Resultado 10. Recursos básicos (Materiales, tecnología, equipamiento, entre otros): A partir del discurso de los especialistas se desprende precisiones de que no hay condiciones mínimas para realizar el trabajo de campo en la familia y comunidad. Carecen de recursos como medios de transporte, equipos de protección de personal, materiales e insumos para la atención como estetoscopios, baja lengua, material de escritorio, historias clínicas familiares digitales, entre otros. Esto ocasiona que el equipo básico de salud familia y comunidad postergue su atención en la familia y comunidad, porque simplemente no tenía quien los traslade, o los recursos mínimos para la atención, ya que hoy en día el tema de la seguridad es vital.

Tabla 14 *Resultado 10 Categoría: Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría. Recursos básicos (Materiales, tecnología, equipamiento, entre otros).*

E1-M-CS: LP	No siempre hay las condiciones ideales, no siempre. Yo creo que el Estado como tal tiene múltiples problemas y es muy heterogénea las condiciones. No puede ser que yo encuentre a una señora que tiene gestación y que le está subiendo la presión y vaya al centro de salud y no haya un tensiómetro
E2-M-CS: AMAK	O sea, el tema ahí la gran limitante es este disponer de otros recursos para poder atender, falta de personal nosotros somos I.3 tenemos laboratorio por ejemplo este y solamente hay un técnico entonces este personal todo no puede atender en los dos turnos son doce horas de atención del establecimiento y hay una demanda constante
E3-M-CS: PIVZ	Estamos completamente hacinados. Incluso nos hacen una evaluación para una acreditación, para ver que sigamos siendo un Centro de Salud, pero los consultorios no tienen las medidas que deberían de tener, pero eso no lo construyen
E4-M-CS: MEX	En general diría que, si hay un presupuesto aumentado o no para el primer nivel de atención, nosotros no lo vemos, no lo sentimos realidad en nuestro centro.
E6-E-CS: AMAK	Usted sabe que para tener una atención que una atención integral teníamos que contar con no solamente con recursos humanos, teníamos que contar con recursos materiales e insumos que el cual hay veces no había. No tenemos primeramente la infraestructura, materiales e insumos suficientes para dar una atención de calidad a nuestros pacientes que vienen al establecimiento y a los que encontramos en las visitas domiciliarias
E8-E-CS: MEX	Entonces, no solamente dándole plata le vas a hacer que la gente lo haga, ¿no? Otra de las cosas es la parte del, este, no tenía un sostenimiento, ¿por qué? Porque no había, por ejemplo, la parte de logística, ¿no?
E9-O-CS: LP	Nos agarró una pandemia sin las armas, no teníamos una mascarilla, no teníamos mandilones, no teníamos nada, Sin embargo, estábamos como soldados expuestos a todo

E13-TE-CS: LP	Un ventilador que necesitábamos o quizás un arreglo de CPU, eso no lo podemos hacer por la caja chica porque es mínimo Nosotros como establecimiento, por ejemplo, el Centro de Salud Leoncio Prado, incluso durante esta pandemia que hubo, nos restringían los Equipos de protección de personal (EPP), no nos mandaban, entonces nosotros teníamos que estar comprando, a través de nuestra casa, las mascarillas.
E14-TE-CS: AMAK	A mí me pareció muy bueno el hecho de trabajar con la comunidad, por ejemplo, sin embargo, el no tener apoyo logístico como medios de transporte, material de escritorio y alimentos hicieron muy difícil cumplir con este trabajo
E16-TE-CS: MEX	Yo creo que lo que más hemos sentido para realizar nuestro trabajo comunitario es la falta de seguridad para desplazarnos, a veces caminando muchos kilómetros y sin apoyo logístico como medios de transporte
REFERENTES TEÓRICOS	Es notorio, que para poder lograr éxitos en la implementación del MAIS-BFC, se requiere tener una acción práctica, que incluya una gestión de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para su implementación (51) Esta atención se está dando inadecuadamente, porque la infraestructura, mobiliario, materiales y equipos, no están de acuerdo a la norma técnica del programa (15). A pesar de las diferentes estrategias, aún se evidencia una distribución inequitativa de equipos de salud (34)

Resultado 11. Política de dotación de recursos humanos: Según los testimonios de las entrevistados, la escasez de recursos humanos resulta ser la causa principal de la no implementación del MAIS BFC, sustentando este comentario que la alta demanda de pacientes en el establecimiento, concentra el trabajo del personal en el intramuro postergando realizar el trabajo de campo en la familia y comunidad

Tabla 15 *Resultado 11. Categoría: Valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría. Política de dotación de recursos humanos.*

E1-M-CS: LP	Hasta ahora tenemos una brecha de recursos, de recursos humanos,
E2-M-CS: AMAK	Nuestra primera preocupación era, este, primero, saber que teníamos una población de un volumen importante y éramos pocos recursos humanos, ¿No?
E3-M-CS: PIVZ	Lo que pasa es que siempre tenemos la dificultad de falta de personal, o sea, el equipo humano es precario, es escaso
E4-M-CS: MEX	Si somos realistas en los centros de salud o en los primeros niveles de atención tenemos una población asignada digamos un ejemplo pues en mi centro tengo cincuenta mil habitantes y debería de tener obviamente cada cantidad de habitantes un médico exclusivo y no llegamos porque la brecha es enorme
E5-E-CS: LP	El crecimiento en ese mismo centro que era piloto no alcanzaba a los profesionales para toda la población que había, por más sectorizada, por más linda, por más hermosa que esté, no había equipo completo. Así que se trabajaba como se podía.
E7-E-CS: PIVZ	Pero nosotros ya tenemos ya muy cementado en nosotros mismos, ¿cuál es el trabajo que tenemos que hacer en la comunidad y cómo lo tenemos que hacer?

	Eso ya lo sabemos. El problema que tenemos es que falta el material humano para poder realizarlo. Y por más capacitaciones, por más políticas que se sigan dando, ¿no? Vamos a fundamentar más nuestro quehacer, pero no vamos a poder tener una efectividad por falta de recursos humanos para poder ejecutarla.
E8-E-CS: MEX	No solamente es el pago, es tener mayor recurso humano, porque el hecho de salir y regresar a hacer tu actividad intramural es mucho más carga laboral En la parte de recursos humanos, por ejemplo, si es cierto que se ha incrementado, tenemos mayor recurso humano que antes, pero sigue siendo insuficiente porque tenemos también otras actividades que hacer que se han incrementado, porque antes teníamos pocas estrategias, ahora no, no
E11-0-CS: PIVZ	Para el centro, faltan algunas implementaciones, ¿no? Otro, como mencionó, aparte de que nos faltan recursos humanos, falta implementar, ¿no? Implementar un, como un grupo, nosotros tenemos un grupo ya formado, ¿no?
E12-O-CS: MEX	También en el número de recursos humanos también no es satisfactorio. O sea, al parecer el Ministerio de Economía o nosotros como sector no determinamos bien nuestras brechas y no tenemos el número suficiente. Y si lo tenemos, está mal distribuido
E18-ACS-CS: AMAK	En la posta de salud faltan manos, siempre está lleno de pacientes, el personal no se abastece, siempre que voy los encuentro muy cargados de atención
E20-ACS-CS: MEX	Si falta mucho personal de salud, especialistas, pediatras, ginecólogos, cirujanos, odontólogos, eso quiere la población

Resultado 12. Rol del Poder Ejecutivo y Legislativo y otros sectores: Los entrevistados, especialmente los profesionales médicos, coinciden en señalar que el rol del MINSA en su función de liderar este proceso de implementación del MAIS BFC, ha sido muy débil, sin evidencias concretas de su acción en el primer nivel de atención; como, por ejemplo, en difundir el modelo y brindar asistencia técnica o seguimiento permanente a este proceso

Por otra parte, señalaron que las mejoras en los establecimientos referentes a infraestructura, equipamiento y recursos humanos, han sido escasa o nulas en algunos casos, por lo que el aporte del MINSA, DIRIS ha sido débil en la implementación del MAIS BFC. Los cambios políticos y directivos en la conducción del MINSA y que se traslada hasta el nivel de DIRIS y los establecimientos de salud han sido constante no permitiendo la sostenibilidad del MAIS BFC y el retroceso en algunos aspectos como la parte prestacional.

Tabla 16 *Resultado 12. Valoración del rol del Estado en el marco de la dimensión política de la implementación del MAIS BFC. Subcategoría: Rol del Poder Ejecutivo y Legislativo y otros sectores.*

E1-M-CS: LP	<p>La rectoría del Ministerio, con las disculpas del caso y las academias y lo que hicieron los profesores de la universidad, es un bonito cuadro que está pintado en la pared</p> <p>Y en el nivel nacional, más o menos en el nivel central, pero la rectoría es débil, es anémica, tiene marasmo</p> <p>No vamos a ejercer rectoría con otros sectores si no estamos fuertes</p> <p>Lo otro es el aspecto de la infraestructura y las condiciones internas del establecimiento. Ahí también siempre hay un vacío. Hasta ahora tenemos una brecha de recursos, de recursos humanos, de recursos tecnológicos, de equipamiento.</p> <p>Y es un error que hasta ahora lo tenemos hoy, es que ha generado una tan alta tasa de rotación de directivos, que los directivos que entendieron el programa en su primer momento, que los de las DIRIS, los del Ministerio, que los asesores, que los directores ejecutivos, que los directores generales, aún los coordinadores operativos de las redes, de las microrredes y las DIRIS</p>
E2-M-CS: AMAK	<p>El acompañamiento ha sido muy esporádico y no es cercano</p> <p>Los grandes obstáculos que tenemos para la implementación es el tema por ejemplo de la infraestructura del establecimiento, la disponibilidad de recursos tecnológicos, de medicamentos</p> <p>Una de las cosas que si hemos tenido al menos en Lima Norte en los últimos años es una alta tasa de rotación, de directores, de funcionarios.</p>
E3-M-CS: PIVZ	<p>En realidad, más que todo, necesitamos el apoyo del Estado para hacer la difusión.</p> <p>El MINSA y la DIRIS no han cumplido con asistirnos técnicamente, apoyarnos logísticamente y presupuestalmente. Lo he sentido lejos su presencia en mi establecimiento de salud</p> <p>Ha habido mejoras, pero no son sustanciales. Ahora tenemos un equipo de consultorios</p>
E4-M-CS: MEX	<p>Bueno, yo de verdad no veo que hayan ayudado mucho a los centros de salud del primer nivel...las limitaciones creo que la gran mayoría es los documentos físico legal y poder tener proyectos de inversiones en los centros y mientras eso no haya no vamos a mejorar desde ahí vienen, hablan, dicen que van a apoyar, pero de verdad no se ve un gran apoyo ni de parte del ministerio ni parte del congreso</p> <p>Muchos de ellos no cuentan con una infraestructura suficiente, tienen unos cincuenta años de infraestructura, y no están acorde a actualmente las normas vigentes porque nos piden un metraje y no cumplen.</p> <p>Faltó el apoyo político por la inestabilidad política. La formación de un grupo de personas que impulsaran el modelo</p>
E5-E-CS: LP	<p>Yo creo que ha sido muy del escritorio, muy de arriba, muy vertical, muy de los sabios, intelectuales.</p> <p>Sin embargo, faltó la parte social, la parte de mano, la parte de la camiseta, la parte de las botas, la parte de quién está día a día y quién está en el contacto.</p> <p>Nos sentimos abandonadas, que nadie nos escucha.</p> <p>Los cambios políticos, no tanto la capacidad que puede ejercer. Con quién yo puedo trabajar, quién es de mi confianza, no tanto quién me puede llevar este proyecto, quién me puede continuar este proyecto.</p>
E6-E-CS: AMAK	<p>Pero como le digo, no nos sentimos el apoyo del Ministerio de Salud, inclusive de nuestra misma red. Ni de la parte política para que impulsara el modelo</p> <p>Pero a nosotros yo personalmente, como le digo, no solamente yo, sino mi grupo comentábamos, no hemos sentido apoyo, no ha habido una constancia. Venían, digamos, una vez.</p>

	Involucramiento de otros sectores o del poder legislativos en esa época no, inclusive hasta ahora no ha habido
E7-E-CS: PIVZ	Y mientras la política de salud de la cabeza que es el MINSA no cambie este sistema del gobierno, que no cambie este sistema de salud, sí podemos tener ese tipo de dificultades, ¿no? Y el compromiso que tenga, pues, el estado de la difusión.
E8-E-CS: MEX	El rol del Ministerio de Salud sigue siendo el mismo, no ha habido apoyo para lo que es la parte del crecimiento de la infraestructura, seguimos con las mismas condiciones, al contrario, cada día uno se da cuenta, porque lo que se hace es que tenemos mayores acciones. El apoyo realmente no se ha visto en la parte de infraestructura, en la parte de equipamiento, igualmente no hay porque no hay una política de realizar esas cosas durante muchos años. Ya no había ese seguimiento de parte de redes, de parte de DIRIS, ¿no? por eso que esas actividades de trabajar en las familias y comunidades se fueron debilitando con el tiempo Hay ciertas falencias porque desde DIRIS nos dicen Sí, sí, sí, no se preocupe, no se preocupe, ya, sí, continúen, así, así es lo que en realidad se nota en estos momentos, hasta ahorita, lo mismo, ocurre lo mismo, seguimos esperando el apoyo de DIRIS en proveernos de los recursos más básicos
E9-O-CS: LP	Pero como utilizan la plata para otras cosas, y no solamente es contratar personas, sino también primero implementar bien los establecimientos. Debieron nombrar un grupo de personas que se encargara de que cumpliera con la implementación exitosa Y todo lo que ponen en el papel llegue, porque nunca llega, tenemos a veces cosas malas, y eso es lo que tenemos que lograr, equipos, como le digo, y no hay pues Ha hecho algunas, en mi centro de salud hizo algunas mejoras, pero no grandes mejoras, como poder tener dos puertas para que en plena pandemia los pacientes no se estén chocando, las infraestructuras sean mejor Han pasado creo que ocho años, y nunca terminan de construir, y no se avanza nada
E12-O-CS: MEX	Creo que, la idea del modelo del MAIS fue interesante, pero creo que como política no avanzó más porque realmente los tomadores de decisiones no lo tuvieron en cuenta. Hemos visto ministros que a veces no tienen nada que ver con lo que es este ministerio, digamos, el perfil." No ha habido algún apoyo desde el punto de vista de infraestructura, tecnológico, medicamentos, recursos humanos, que facilite la implementación del modelo "
E13-TE-CS: LP	Son gente contratada por terceros, hay gente que solamente a veces dos meses, tres meses los sacan, los sacan porque no les pagan, o sea, les hacen trabajar y no les pagan y ya los jóvenes tampoco quieren hacer otra cosa
E14-TE-CS: AMAK	Como dije, tengo más de 20 años en este establecimiento y no recuerdo mejoras grandes en el establecimiento de parte de la DIRIS o el MINSA, ellos casi siempre nos han tenido postergados.
E15-TE-CS: PIVZ	Por la infraestructura como le digo es que estamos un poco deficientes porque solo es un piso y los y los ambientes son muy pequeños.
E16-TE-CS: MEX	Nuestro centro de salud tiene más de 50 años y hasta ahora nadie ha venido a apoyarnos con mejorarla, siempre prometen y nunca cumplen
E17-ACS- CS: LP	El gobierno hace muy poco por nuestra posta, tengo años viviendo por esta zona y trabajando por mi comunidad y hasta ahora o veo algo que resaltar y agradecer a las autoridades y no solo el gobierno, sino también los alcaldes. Como lo dije el gobierno se ha olvidado de nosotros, que vengan a mirar cómo se trabaja en la posta y le aseguro que al día siguiente pondrían más médicos y medicina.

Resultado 13. Necesidad de actualizar y completar el marco normativo de operacionalización: Actualizar la normatividad vigente que viene de muchos antes de la aprobación del MAIS BFC y derogar otros que limitan el trabajo extramural y la organización en redes, por ejemplo, aparecen como un sentir común de todos los encuestados y el motivo por el cual muchos de ellos no han logrado conseguir sus objetivos en materia de cobertura de atención, principalmente de los programas estratégicos como vacunación y control de gestantes, por ejemplo.

Es frecuente observar en la normatividad vigente, señalaron los entrevistados, por ejemplo, que no se enfocan en la familia y comunidad, el registro de las actividades extramurales como las visitas domiciliarias y el trabajo en la comunidad no se contemplan en su real magnitud, es una sola actividad de 15 minutos, cuando debe ser una hora o más este tipo de actividad, en perjuicio de la producción del trabajador y la desmotivación de hacerlo, porque se nos evalúa por producción.

Asimismo, algunos de los entrevistados coinciden en señalar que una política en salud tan importante como ésta que se sustenta en los valores y principios de la atención primaria, requiere de un marco jurídico sanitario de mayor jerarquía como una Ley que le de mayor sostenibilidad y viabilidad en el tiempo y no que quede a merced del gobierno de turno como sucedió en el MAIS BFC.

Otro aporte presente en las entrevistas es la necesidad de controlar a través del monitoreo, evaluación, auditorías, el cumplimiento de las normas, porque se siente que se hacen y no se vigila que se cumpla, como la norma de categorización, acreditación, entre otras.

Tabla 18 Resultado 13. Valoración del rol del Estado en el marco de la dimensión política de la implementación del MAIS BFC. Subcategoría: Necesidad de actualizar y completar el marco normativo de operacionalización

E1-M-CS: LP	Si hace falta actualizar muchas normas, como la de categorización, acreditación, cartera de servicios, el tema de los bonos, registro de información, no favorece el trabajo preventivo, así como velar por su cumplimiento a través del monitoreo y evaluación permanente Considero que, siendo un cambio estructural en la manera de abordar la salud basada en la atención primaria, resaltando el enfoque de los determinantes sociales de la salud, no puede ser que esté respaldada solo por una resolución ministerial que lo hace vulnerable a los gobiernos de turno como sucedió con esta norma ya derogada
E2-M-CS: AMAK	Bueno, si bien el MINSA nos dio el marco normativo. Este ya en la práctica eh hay aspectos que considero que tienen que ajustarse y eso es cuando eventualmente alguna vez hemos tenido supervisiones hemos manifestado porque es diferente trabajar en provincia y es diferente trabajar en unas en Lima Este modelo es bueno, conceptualmente, pero no tiene fuerza jurídicamente, como lo tienen otros países que está respaldado por leyes y son sostenibles y viables, el nuestro viene un ministro y lo deroga.
E3-M-CS: PIVZ	Es difícil llegar a cumplir toda la norma y estamos intentando hacer todo lo que podemos para lograr eso, el MINSA no actualiza normas obsoletas ni tampoco vigila que se cumplan las normas como debe ser.
E4-M-CS: MEX	Claro, pero eso ya depende de MINSA, actualizar las normas. Claro. No depende de nosotros, depende de MINSA, y deberían de, cuando comparten las normas, de tener este obviamente eh invitar a los primeros niveles Las normas se hacen, pero no se cumplen en su gran mayoría, y es función de la DIRIS y MINSA como autoridad sanitaria, monitorear, supervisar y evaluar constantemente y no lo hacen
E5-E-CS: LP	Yo creo que las normatividades están hechas para que se mejore. Lo que sí puede dificultar es la multifuncionalidad
E6-E-CS: AMAK	Sí, sí, hay algunas normas que se dieron en su tiempo que no estábamos de acuerdo, pero teníamos que cumplirla y no nos no nos sentíamos como que respaldados.
E14-TE-CS: AMAK	No sé qué a norma se refiera, pero siento que el trabajo que realizamos en el primer nivel de atención, sobre el que hacemos con la familia y comunidad, que tiene muchos riesgos ahora por la inseguridad, no es bien valorada y reconocida por ninguna norma
REFERENTES TEÓRICOS	Es necesario actualizar el marco legal proponiendo un enfoque que impulse la integración funcional en la salud (54).

Resultado 14. Abordaje de los determinantes sociales desde la intersectorialidad y la participación comunitaria: Se reconoce la importancia del liderazgo del MINSA como órgano rector en el abordaje de los determinantes sociales de la salud. En articular y consensuar con los otros sectores y actores de la sociedad civil, en poner en la agenda pública temas como el agua, saneamiento básico, vivienda, pobreza, entre otros. sin embargo, se cuestiona esta función y se menciona como una de las causas del débil abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Al realizar la pregunta ¿Cuál es su opinión del abordaje de los determinantes sociales desde la intersectorialidad?, surgieron ideas y posiciones interesantes, algunos entrevistados coincidieron en señalar muy poco el trabajo desarrollado con vivienda, trabajo, se resalta un mejor trabajo con educación, otros señalan una mejor participación del gobierno local en aspectos de apoyo logístico en mejoras de la infraestructura y soporte con materiales e insumos para las campañas de atención; respecto a los condiciones de agua, vivienda, seguridad, transporte, se requiere un trabajo articulado y dirigido por el MINSA o el Gobierno Nacional

Se reconoce y destaca la importancia de la comunidad para acercar los servicios de salud a la población con especial énfasis en las acciones de prevención de riesgos en las familias y promoción de la salud en la comunidad. El liderazgo de la comunidad para realizar el trabajo de sectorización, censo comunal, pero muy débil en llevar una agenda social y articular el trabajo con otros sectores y actores de la sociedad civil en la promoción de estilos de vida y comportamiento saludables, por ejemplo: Alimentación saludable, lavado de manos, actividad física, no al tabaco y alcoholismo, comunidad y barrios saludables, entre otros.

Tabla 19 *Resultado 14. Valoración del rol del Estado en el marco de la dimensión política de la implementación del MAIS BFC. Subcategoría: Abordaje de los determinantes sociales desde la intersectorialidad y la participación comunitaria.*

E1-M-CS: LP	<p>Sí hubo una vinculación inicial agradable, diríamos apropiada, pero no hubo sostenibilidad, no hubo quien desde el nivel central impulse la intersectorialidad, que impulse el trabajo intergubernamental, que impulse y que haga el seguimiento a esa implementación</p> <p>Creo que la comunidad fue muy receptiva. Yo creo que la comunidad, sí ha cumplido su rol en la parte de la atención del paciente, a través de sus agentes comunitarios, pero muy poco involucramiento de sus líderes y autoridades comunales en poner en agenda lo temas sociales como agua, vivienda, desnutrición, inseguridad, entre otros</p>
E2-M-CS: AMAK	<p>No llegamos a trabajar formando líderes porque en realidad era muy poco el espacio y como le digo es un tema que tiene que ser liderado por el MINSA y de repente con otros actores sociales para coordinar algunas acciones</p>

	<p>Básicamente era con que teníamos con educación porque sí había instituciones educativas de nivel inicial, primario, y y secundario</p> <p>En algunas zonas, había faltado algunos servicios como el agua y desagüe. Entonces, bueno, ya con la municipalidad, se trabajaron, y trajo todo y se implementó</p> <p>Hemos tenido en una buena época hemos tenido la participación de personas de la comunidad que han trabajado como agentes comunitarios, que son nuestro nexos, en realidad ellos nos identifican como personal del sector, este, están satisfechos con el servicio, ahora tenemos una alta tasa de población migrante, también que es todo un gran tema</p>
E3-M-CS: PIVZ	<p>El abordaje de los determinantes debe estar liderado por el MINSA y respaldado por un ente superior como la PCM o la presidencia de la República, para que le de la fuerza necesaria de su intervención con el correspondiente marco legal a ese nivel</p> <p>Exactamente nosotros, en base a lo que es la comunidad, estamos en contacto constante con lo que es la municipalidad, con los comisarios, con los personajes de leyes</p> <p>Con respecto a lo que es los colegios, hacemos las campañas para los adolescentes, niños, y ahí también nos dan problemas para poder autoevaluarlos y saber cuáles son los problemas, quiénes son los problemas en las casas, con más problemas para poderlos ayudar junto con los municipios.</p> <p>Tenemos una serie de problemas como el saneamiento básico, inseguridad, fenómeno del niño, hacinamiento, pobreza, que involucra muchos sectores, pero también a la comunidad, y en estos sí tengo que decir que la comunidad y nosotros no hemos hecho mucho, ni siquiera sentarnos en una mesa para debatir estos temas</p>
E4-M-CS: MEX	<p>Los problemas de agua, vivienda, violencia, inseguridad se han agudizado, es una expresión de que no se viene haciendo un trabajo coordinado con todos los sectores, nuestro ministerio no tenemos normas que nos digan como trabajar estos temas acá en nuestra jurisdicción</p> <p>No. No. No, no, no, no, no estamos vinculados a ese nivel con la comunidad de plantearnos una agenda social.</p> <p>Salió el problema de agua es agua acá vuelvo a explicar es más que todo la delincuencia y el abordaje acá realmente creo que todos queremos mayor seguridad, pero ahí nos escapa de todas nuestras manos</p> <p>La comunidad ha sido discretamente participativa en los temas de ámbito social como el agua, la pobreza, el transporte de pacientes, entre otros</p>
E5-E-CS: LP	<p>Política creo que le ha faltado, sí, en el proyecto lo dice el liderazgo, más que liderazgo, le ha faltado la capacidad de sabiduría, hacia dónde voy. No solo el liderazgo. Sí, el liderazgo, la capacidad de ser sabio.</p> <p>O sea, la política tiene que cambiar, romper también un paradigma de construirse desde arriba hacia abajo, sino desde abajo hacia arriba.</p> <p>Aquí faltan los compromisos extras, como de los municipios, de las ONGs, de los otros ministerios. Este es un trabajo de todos, no es solo del Ministerio de Salud.</p>
E6-E-CS: AMAK	<p>Pero si para mí más frustrante fue la municipalidad al ir a hablar, a querer sacar una cita con ese tiempo con el alcalde y decirnos no, ya vamos a ir a su centro, vamos a ver qué hacemos. Nunca más nos recibieron.</p> <p>Sin embargo, ha mejorado la salud comenzando desde saneamientos ambientales a agua, desagüe y ha mejorado el recojo de basura, basura que es muy importante, no y en eso sí ha mejorado</p>
E7-E-CS: PIVZ	<p>El Estado tiene que estar constantemente informando a la población sobre los cuidados, como le decía, la intervención del Estado es muy importante para eso, para que se pueda cumplir con todos estos factores, con todas estas metas que queremos cumplir.</p>
E8-E-CS: MEX	<p>Las mesas de concertación con la municipalidad, pero este igualmente no siempre se trataba los temas de salud y cuando se agendaba, pero no había un eco, una llegada a la población</p>

E9-O-CS: LP	<p>Yo creo que no ha habido la coordinación, porque la coordinación debe darse desde el MINSA, desde las instancias de arriba, para poder generar esa coordinación, de que todos los que debemos de estar involucrados, hablemos un mismo idioma, y podamos llegar a esa población, que es la que, en la que nosotros debemos de trabajar</p> <p>Bueno, el apoyo de otros sectores y actores ha sido, no mucho, en lo que es a veces las campañas, sí nos apoya la municipalidad, que se hacen las coordinaciones, lo que es la iglesia también se ha involucrado en algo, pero después, mayores actores no hay</p> <p>En los colegios, cuando se hacen las coordinaciones para las intervenciones que hacemos con los alumnos, pero que ellos participen así mucho con nosotros, no.</p>
E11-0-CS: PIVZ	<p>Con respecto a las acciones educativas, muy bueno. Este año sí hemos trabajado con la mayoría de los centros de salud, ¿no? Que son colegios, colegios primarios y secundarios.</p> <p>Hay el apoyo y el acceso directamente a los colegios, ya los directores, los profesores ya saben, ¿no? Entonces ellos piden que el centro de salud, que el equipo multidisciplinario vaya al colegio para dar orientación, consejería, prevenciones</p>
E13-TE-CS: LP	<p>Antes de llegar a todas estas actividades que estamos haciendo, hemos coordinado con los colegios, los vasos de leche, los comedores.</p>
E15-TE-CS: PIVZ	<p>Y sí, la municipalidad también está con una participación activa, ¿No? Para que las familias pueden atenderse</p> <p>La verdad, lo que es el centro de salud trabaja muy bien con su comunidad, pero sí a veces es lo que falta profesionales en algunas áreas</p>
E16-TE-CS: MEX	<p>El municipio apoya, pero muy poco, solo en las campañas que organiza, nos convoca y siempre le apoyamos</p> <p>La comunidad trabaja bien con nosotros en las visitas a las familias, pero no se involucra en los temas de agua, vivienda, delincuencia, tenemos autoridades muy indolentes, están pensando en otras cosas menos en salud</p>
E18-ACS-CS: AMAK	<p>Nuestras autoridades que han pasado por el municipio, por ejemplo, no han sido muy que apoyaron a salud, muy poco, una que otra actividad, están en otras actividades más importantes para ello supongo</p>
E19-ACS-CS: PIVZ	<p>Yo no puedo hablar por el Ministerio de Salud porque haría mal en decir algo de lo que desconozco, pero si puedo decir de mis autoridades y líderes comunales, son muy político, siempre están buscando sus conveniencias y sus intereses, no veo y no he visto mucho apoyo a salud</p>

Resultado 15. Necesidad de reordenar el financiamiento de los servicios de salud: En cuanto a cómo percibían sí los presupuestos asignados a su establecimiento eran suficientes para cubrir sus requerimientos y para atender las necesidades de su población adscrita, la mayoría reconoce una mejora en la disponibilidad de recursos hacia el primer nivel de atención, sin embargo, no seguía el ritmo de crecimiento de la demanda y esto se explicaba tomando como referencia la experiencia visual de la falta de recursos humanos, infraestructura en mal estado, equipamiento deficiente y baja disponibilidad de medicamentos, por ejemplo

El trabajo preventivo de riesgos y enfermedades y promocional de la salud en la familia, en la comunidad es poco financiado, se privilegia la atención curativa y preventiva intramural. El paquete de cuidados esenciales por etapas de vida ha sido cubierto parcialmente sobre todo en la atención del niño y las gestantes, sin embargo, se reconoce la importancia de reordenar el financiamiento más equitativo y sostenible hacia el primer nivel de atención

El presupuesto asignado a través de los Programas Presupuestales (presupuesto por Resultados) en las Estrategias Sanitarias han cumplido mejor su objetivo en el programa de Inmunizaciones, Atención Materna, Tuberculosis, principalmente, sin embargo, se percibe aun un descontento para cubrir los requerimientos de programas como la atención del Cáncer, donde perciben que el primer nivel de atención no tiene capacidad de diagnóstico precoz y menos prevención primaria.

En varios casos incluso ante la percepción de que era escasa el presupuesto asignado al primer nivel de atención, fue importante, para algunas, contar con el apoyo logístico de los gobiernos locales y Cooperantes Externos asentados en la jurisdicción, las cuales les permitieron enfrentar el problema, y atender a los pacientes, sobre todo en tiempos de pandemia. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención no tienen capacidad de gastos, no administran los recursos provenientes para la atención de pacientes, responsabilidad que compete a la DIRIS, coincidieron todos los encuestados, lo que impide atender sus necesidades con oportunidad y suficiencia porque casi siempre son desatendidos en sus reales expectativas.

Tabla 17 Resultado 15. Valoración del rol del Estado en el marco de la dimensión política de la implementación del MAIS BFC. Subcategoría: Necesidad de reordenar el financiamiento de los servicios de salud

E1-M-CS: LP	<p>Si se nota mejoras en las condiciones de infraestructura y equipamiento y también de recursos humanos, pero sigue siendo insuficiente para la cantidad de pacientes que vemos y que también ha crecido exponencialmente</p> <p>El cáncer aumenta de manera significativa y a pesar que existe ley de cáncer todavía no vemos ese apoyo en el establecimiento, nos dijeron que iban a comprar equipos y contratar recursos humanos y hasta la fecha nada y creo que ya no vendrá porque ya estamos terminado el año</p> <p>Si tuviéramos que reconocer algún apoyo a las acciones de salud del centro sería al municipio, que siempre se hace presente en las campañas de salud y algún mantenimiento de equipos</p> <p>El presupuesto asignado al primer nivel de atención, a mi establecimiento de salud, no lo administramos nosotros, lo hace la DIRIS, solo recibimos caja chica para gastos menores, pero proyectos de inversión grandes y los presupuestos del SIS y los presupuestos por resultados no lo vemos reflejados en mejoras de nuestro establecimiento de salud</p>
E2-M-CS: AMAK	<p>Nuestro centro de salud mejoró en oferta de servicios, como recursos humanos, infraestructura, pero también creció la demanda, que superaba nuestra oferta, generando una brecha de necesidades insatisfechas en nuestros pacientes</p> <p>Donde sí podemos destacar el trabajo preventivo y promoción es en el programa de vacunación y la atención materna a través de los programas presupuestales (PPR)</p> <p>Las coberturas de inmunizaciones han mejorado bastante, las muertes maternas se han reducido, la mortalidad infantil igualmente y esto porque son programas fuertemente priorizados por el gobierno, también el cáncer, pero todavía sin presupuesto</p> <p>En algunas zonas, este, había faltado algunos servicios como el agua y desagüe. Entonces, bueno, ya con la municipalidad, se trabajaron, y trajo todo y se implementó</p> <p>El centro de salud no maneja presupuesto, solo una caja chica que no alcanza para nada y lo que administra la DIRIS no llega con suficiencia al centro de salud</p>
E3-M-CS: PIVZ	<p>Siempre ha sido mejor pagado la atención recuperativa sobre las preventivas, así lo paga el SIS, las preventivas son financiadas por los programas presupuestales, que a decir verdad no cubre todas las necesidades de salud de la población como tuberculosis, dengue, oncología, por citar algunas prioridades sanitarias</p> <p>Un problema de salud que lo vivimos cada vez más por su incidencia es el cáncer, y no tenemos preventorios como lo dice el MINSA, el centro no tiene capacidad de diagnóstico</p> <p>La municipalidad cumplió muy poco con las necesidades del establecimiento, recursos logísticos para realizar las campas de salud como la vacunación, salud bucal, salud ocular en los colegios, por ejemplo</p> <p>Nuestro centro de salud no maneja presupuesto, solo una caja chica mensual que cubre muy pocas cosas, casi nada, todo el presupuesto del capitado o los PPR lo administra la DIRIS</p>
E4-M-CS: MEX	<p>Ahorita tengo una brecha de equipos informáticos que es una brecha que no lo estamos cubriendo de ahí este hay insumos que a veces bueno quizás no depende quizás de la misma estrategia sino del abastecimiento a nivel nacional de DIRIS</p> <p>Bueno, si mejoró en los últimos años, mejoraron algunos servicios, pero sigue siendo insuficiente para atender las necesidades del centro, lamentablemente sigue priorizando la atención curativa sobre las acciones de prevención de riesgos y promoción de la salud.</p> <p>Lo más difícil porque trabajamos muy chéveres pero lo más complicado quizás es armar las campañas con la municipalidad porque ellos tienen fechas específicas y nosotros ya tenemos nuestras fechas específicas entonces llegar</p>

	<p>a quizás para entrar a ese lado. Sí. En ese sentido sí no hay ningún otro problema.</p> <p>Ahora sin duda hemos mejorado algunos indicadores de algunas prioridades sanitarias como las vacunación, crecimiento y desarrollo en los niños, salud bucal y salud ocular</p> <p>Pero en general diría que, si hay un presupuesto aumentado o no para el primer nivel de atención, nosotros no lo vemos, no lo sentimos realidad en nuestro centro.</p>
E6-E-CS: AMAK	<p>Sí, el presupuesto del SIS es una forma que ha mejorado para que el paciente tenga más acceso, no solamente a la salud, sino a recibir sus exámenes que antes no lo hacía, Tenía que ir a otros lugares Ahora tenemos eso, sí, acceso a, tener sus exámenes, hacer alguna prueba, sus medicamentos. Sí, eso sí nos ha ayudado bastante.</p> <p>Es insuficiente, porque como le digo, nuestra población, a pesar que somos un centro pequeño, aparentemente, pero tenemos una población de más de 50.000 personas. Es poco.</p>
E7-E-CS: PIVZ	<p>El presupuesto no es suficiente. Mire, con la muestra le digo, nosotros queremos hacer el paquete de atención al adulto mayor, brindándole lo que es una batería de análisis, ¿no? Está dentro del paquete. Le da servido un paquete de ese tipo de atención. Pero faltan siempre insumos</p>
E8-E-CS: MEX	<p>Hay algunas cosas que sí, más que todo para las campañas, para esas cosas la municipalidad si ha apoyado, lo que es móvil y mobiliario y esas cosas si nos ayudan</p>
E9-O-CS: LP	<p>El presupuesto es insuficiente, porque muchas veces no tenemos muchos de los insumos que hay por sí, tú los recetas al paciente, y en la farmacia no está abastecida porque no llegan</p>
E12-O-CS: MEX	<p>Y los presupuestos, lamentablemente, como política del Estado, también, doctor, nuestro PBI es ínfimo.</p>
E14-TE-CS: AMAK	<p>Cada vez que me encargan recoger materiales para la atención como algún medicamento, insumo, siempre no había algo, algo faltaba, equipos de protección por ejemplo también faltó mucho, a veces los trabajadores estaban impagos por mucho tiempo y creo que era porque nos decían no hay plata, el SIS todavía no paga.</p>
E18-ACS-CS: AMAK	<p>Que puedo decirle, a lo mejor lo que le comenté temprano, no hay medicina, no hay especialistas, eso significa que no hay mucho presupuesto para la posta que hace lo que puede para atender a los pacientes.</p>
REFERENTES TEÓRICOS	<p>Los recursos financieros y, por tanto, humanos y físicos deben asignarse con mayor énfasis en la atención primaria, la cual debería tener, como mínimo, el 50% de los recursos totales del sistema de salud (56)</p> <p>En el componente de financiamiento, hubo algunas limitaciones, que se tradujo en intervenciones direccionadas a los grupos más vulnerables, quedando el resto de la población desprovista del cuidado integral necesarios (34)</p>

VI. DISCUSIONES

El objetivo general de la investigación consistió en analizar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad en establecimientos de salud nivel I-3 de la DIRIS Lima Norte del MINSA, en el periodo 2011-2020, desde la perspectiva de los prestadores. En este sentido, con respecto al resultado 1 categoría Valoración del cambio de paradigma sobre la atención de salud. Subcategoría: Reorientación de la atención de promoción de salud y prevención de la enfermedad sobre las actividades recuperativas y de rehabilitación, se observó que los ciudadanos solo buscan atención médica cuando están enfermos; cuando necesitan ser curados, lo que refuerza el enfoque curativo del establecimiento de salud.

En tal sentido, los informantes clave señalaron que, para pasar del paradigma de atender las necesidades curativas, por privilegiar la atención de las necesidades de promoción y prevención extramural centrado en la persona, en el contexto y comunidad, pasa por un tema de desarrollar competencias en salud familiar y comunitaria del personal profesional y técnico así como de garantizar las condiciones mínimas de infraestructura, equipamiento y, especialmente, recursos humanos debidamente capacitados en salud familiar y comunitaria, instrumentos y recursos.

Estas aseveraciones concuerdan con lo afirmado por el MINSA (1), cuando señala que se requiere de una presencia más activa y protagónica del Estado en todos los niveles de gobierno en liderar el abordaje de los determinantes sociales de la salud para que puedan tener éxito; además de romper con la cultura asistencialista en el personal médico.

Contrariamente a lo señalado por los informantes, según el MCI (34), entre las limitaciones que persistieron en la implementación del MAIS-BFC se encuentra la resistencia para el cambio de paradigma sobre la atención de salud tanto de parte de los profesionales de la salud como de los usuarios de los servicios (34). Para Cuba-Fuentes y otros (2), esto responde a que, actualmente, la definición de salud está determinada por el modelo biomédico, caracterizado por ser curativo, por lo que para poder vencer algunas dificultades que involucran esta clase de concepciones, se hace necesario un modelo que enfatice en la relevancia de las acciones preventivas (2).

Lo que es corroborado por el Minsa, cuando afirma que, en la actualidad, se cuestiona seriamente la organización de los servicios para privilegiar las actividades preventivas de riesgos y daños, así como las acciones para promover la salud (6). Asimismo, Feo y Tobar, al referirse a los factores de implementación del MAIS-BFC, afirman que el modelo solo se ocupó solo de la medicina reparativa dirigida a la atención a la enfermedad y no a la salud.

Resultado 2. En relación con la subcategoría Organización del establecimiento para la atención extramural con enfoque en la familia y comunidad, los informantes clave, resaltaron que hubo un avance significativo en el proceso de sectorización, de identificación de riesgos en las familias, con un rol protagónico del agente comunitario en salud, profesional de enfermería y el médico de familia y comunidad.

Asimismo, señalaron que entre las limitaciones de hacer el trabajo extramural se encuentra la inseguridad, direcciones falsas, familias que no colaboran y no abren las puertas cuando se visitan, desplazamientos permanentes, horarios de trabajo.

Hernández (11), corrobora lo antes mencionado cuando señala que la familia y comunidad deben ser los partícipes principales en el proceso de toma de decisiones de factores que afectan su salud, por lo que corresponde hacer énfasis en recalcar que la salud no está supeditada al establecimiento de salud, sino que también se pueden realizar actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud en los hogares.

A su vez, señalaron que, en la zona rural es más accesible lograr participación de la familia y comunidad y el trabajo de prevención que en la zona urbana. Esto concuerda con lo señalado por Liu (13), quien refiere que estas diferencias radican en que la cosmovisión cultural de las personas es uno de estos elementos que incide en sus decisiones sobre la salud, además de otros que vienen directamente del contexto social donde se desenvuelven, como, las creencias religiosas, por ejemplo. Para Soto et al. un factor de implementación de éxito en Chile es que no se realizan actividades en el establecimiento, sino que una cantidad relevante de ellas se llevan a cabo en los domicilios de los pacientes, en centros comunitarios de adulto mayor, juntas de vecinos, colegios, entre otros.

Duarte (12), concluye que, la atención que proveen las profesionales de enfermería comunitaria de enlace da lugar a un mejor uso de los servicios, los recursos sanitarios y sociales disponibles. Asimismo, la gestión de casos mediante estas enfermeras da lugar a una reducción de la hospitalización, tanto por ingresos en urgencias como por reingresos, por lo tanto, es una opción válida y eficiente en la respuesta a la atención primaria en las comunidades.

Hernández et al. (10), evaluaron la importancia del médico de familia y comunidad, los componentes de la atención sanitaria en el nivel primario y su

vínculo con el MAIS, en Colombia. Estos autores concluyeron que la Medicina Familiar es la especialidad más apta y conveniente para llevar a cabo las actuaciones sanitarias enmarcadas en el novedoso modelo de atención integral de salud, debido a que busca la satisfacción integral e impide la disgregación de la atención.

Resultado 3. En cuanto a la subcategoría Acceso oportuno y de calidad al paquete de cuidados esenciales por etapas de vida, los entrevistados manifestaron que si no se cuenta con los recursos necesarios no se puede evitar el daño o enfermedad de las personas, sin embargo, destacaron el acceso oportuno del paquete de cuidados esenciales para los niños y gestantes. Esta información es confirmada por la Defensoría del pueblo quien señala que se comprobó que en los centros de atención primaria de Lima hay falta de personal médico especializado, así como de insumos (40).

Además, otros factores que han incidido notablemente en el acceso oportuno y de calidad al conjunto de prestaciones preventivas, promoción, curativas y de rehabilitación son: el diferimiento de citas, maltrato de personal, restricciones en el horario de atención, falta de personal profesional y técnico, así como la baja capacidad resolutive del primer nivel de atención. Eso es ratificado por Espinoza-Portilla y otros cuando señala que los principales problemas identificados por los directivos de los establecimientos de salud son la escasez de recursos humanos, la falta de insumos y medicamentos, la deficiente infraestructura y el déficit presupuestal (41)

Resultado 4. Con respecto a la subcategoría de una organización en redes desarticuladas a redes integradas de servicios de salud, los informantes destacan su baja implementación, su inoperatividad, un primer nivel de atención sin capacidad

resolutiva, estructura orgánica sin capacidad de decisión, desarticulación con otros efectores del sistema como Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú.

Además, señalaron que un factor que influye en no trabajar en redes es la inaplicabilidad del intercambio prestacional por la normatividad vigente que impide que un paciente de Essalud por ejemplo no se pueda atender en establecimientos del MINSA o viceversa. Se resalta el tema de la norma que regula las tarifas de las prestaciones, no coincidentes para estas aseguradoras. Es frecuente la observación dirigida al tema de las diferentes formas de financiamiento que se tiene en Essalud y en el SIS, cuya forma de asignación y ejecución del gasto son diferentes y esto coincide con lo señalado por Cosavalente-Vidarte y otros cuando refiere que el actual marco normativo no termina con la segmentación del sistema de salud, contrariamente, la resalta y eterniza la poca eficiencia del estado para manejar los recursos públicos; adicionalmente, restringe la gobernanza alrededor de una región (27).

Para estos autores las redes integradas de salud logran dar solución a los requerimientos de atención de la ciudadanía en una red; lo que mejora el desempeño del sistema sanitario peruano (27). Videnza (42), concuerda cuando señala que las RISS, además, contribuiría a fortalecer la gestión del primer nivel de atención para que sean la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema nacional de salud y puedan resolver la mayor parte de servicios requeridos. Para Soto et al. el sistema sanitario de Chile está organizado a partir de una red de centros de salud y equipos bien determinados, donde el nivel primario de atención tiene el papel primordial, lo que se constituye en uno de los factores de éxito.

Resultado 5. En cuanto a la subcategoría pasar de una gestión sectorial a una gestión territorial, los entrevistados cuestionan la forma de planificar la salud en el primer nivel de atención, con muy poca participación de los actores claves, cediendo toda la responsabilidad al equipo de salud del establecimiento que se torna insuficiente ante tanta demanda. Los diferentes sectores y actores claves en el territorio son poco participativos y sus recomendaciones no son vinculantes, como son los consejos locales de salud, los comités de salud, las mesas de concertación, entre otros

Videnza (44), corrobora estas afirmaciones al señalar que, sin una organización territorial efectiva y dada la fragmentación del sector salud, las estrategias no logran orientarse hacia el ciudadano (44). A su vez, el MINSA, consciente de las faltas cometidas señala que, en este contexto de cambios, resulta indispensable proponer acciones estratégicas que vayan más allá del ámbito de la prestación de servicios de salud hacia la gestión territorial (43). Por otra parte, para Carbone, la participación de los municipios, del sector educación (el trabajo con los especialistas de la UGEL, docentes, las escuelas para padres), los comunicadores sociales, las autoridades comunales y otros actores ha sido clave para la sostenibilidad de una forma diferente de hacer salud en el primer nivel de atención.

Resultado 6. Con referencia a la subcategoría de financiar la demanda y no históricamente la oferta, según la información suministrada por los informantes clave, las actividades preventivas son financiadas por las estrategias sanitarias, principalmente, con serias limitaciones que impiden garantizar el paquete de cuidados esenciales a la persona, familia y comunidad.

Esto es confirmado por Madueño y Sanabria cuando afirman que el Seguro Integral de Salud (SIS), no cuenta con recursos suficientes para generar una reducción significativa de la demanda encubierta (45). Por su parte, el Banco Mundial, señala que, la falta de priorización de la prevención y de la atención primaria no solamente es ineficiente, sino que también genera sobre demanda en los otros niveles. Mientras tanto, el SIS ha expandido la definición de su paquete de servicios sin que se tenga claridad sobre la capacidad de entrega del servicio, el costo real de este paquete o el financiamiento del mismo (46). Para Feo y Tobar, el modelo se quedó mucho en el discurso y poco en la práctica

Resultado 7. En relación con la categoría valoración de la necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC. Subcategoría: Equipo básico de salud familia comunidad capacitado en salud familiar y comunitaria, la mayoría de los entrevistados señalan haber recibido una capacitación y asistencia técnica en salud familiar y comunitaria. Sin embargo, para Carbone- Campoverde la capacitación debe ser continua en desarrollo de aplicaciones informáticas y salud pública para familias, desarrollando un seguimiento sociocultural, gestionando y financiando las necesidades operativas clave para ello (32).

Por otra parte, los entrevistados resaltan el hecho de la rotación constante del personal de salud capacitado en salud familiar y comunitaria, debido a una falta de política de retención de los recursos humanos dejando postergado el avance logrado. Por ello, Hernández señala que, es importante trabajar para involucrar y garantizar la permanencia y continuidad de los trabajadores de salud en el proceso

de ejecución y seguimiento de la atención primaria, ya que, ello garantiza el posicionamiento y cambio a largo plazo (11).

Resultado 8. En referencia a la subcategoría: Equipo básico de salud familia comunidad formado a través de PROFAM, se verificó que muchos de los entrevistados se vieron obligados a especializarse y desarrollar competencias por su propia iniciativa ante la ausencia del estado de sostener una estrategia tan importante como el PROFAM. Esta información concuerda con lo señalado por MCI, cuando afirma que el programa de formación PROFAM, fue una buena iniciativa, pero la pérdida de continuidad de este programa fue una limitante para el desarrollo del modelo (34).

Hernández, muestra desacuerdo cuando afirma que los profesionales de la salud deben estar capacitados para orientar los servicios de salud no solamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino también garantizar la inclusión de la promoción de la salud en la prestación de sus servicios, articulando a todos los actores y mejorando la capacidad de la comunidad y el empoderamiento del individuo (48)

Además, de acuerdo con la OPS, las escuelas de medicina deben fortalecer las capacidades de los futuros médicos para comprender mejor su papel frente a las necesidades crecientes de la gente y contribuir con el desarrollo de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (47).

Asimismo, señalaron que uno de los factores que impidió el éxito del modelo fue la falta de una masa crítica nacional, regional y local que impulsara el modelo; esto debido a la alta rotación del personal. Para Hernández, incrementar la formación de especialistas en salud familiar y comunitaria permite alcanzar la masa

crítica necesaria para impulsar una reforma en el modelo de atención de salud en el país (11).

Resultado 9. En relación con la subcategoría política remunerativa e incentivos, los entrevistados mencionaron su descontento hacia la política remunerativa para el personal del primer nivel de atención. Respecto a los incentivos y bonos por trabajar en el primer nivel de atención y con enfoque a la familia, fueron muy bien recibidos; sin embargo, éstos no se cumplían oportunamente y en algunos casos generó mucha desmotivación para el personal que hacía el mismo trabajo, pero no le correspondía.

Ello es corroborado por el MINSA, cuando señala que otro aspecto que caracteriza al sistema de salud peruano es la variabilidad de regímenes remunerativos. Se supone que “a igual función, igual remuneración”, pero lamentablemente existen grandes diferencias entre los prestadores del sistema (50). Al respecto Gómez y Enderson señalan que, un gran número de investigaciones plantean el beneficio de los incentivos económicos como mejora de la calidad de las prestaciones y como un motivador importante en los profesionales de la salud (49).

Resultado 10. Con respecto a la subcategoría recursos básicos (Materiales, tecnología, equipamiento, entre otros), de lo aportado por los especialistas se desprende que no hay condiciones mínimas para realizar el trabajo de campo en la familia y comunidad, ya que se carecen de medios de transporte, equipos de protección de personal, materiales e insumos. Esto concuerda con lo señalado por Cruz cuando afirmó que esta atención se está dando inadecuadamente, porque la infraestructura, mobiliario, materiales y equipos, no están de acuerdo a la norma técnica del programa (15). De igual manera, según el MCI, a pesar de las diferentes

estrategias implementadas, se evidenció una distribución inequitativa de equipos de salud en la implementación del MAIS-BFC (34).

De acuerdo con los informantes clave esto ocasiona que el equipo básico de salud familia y comunidad postergue su atención en la familia y comunidad, porque simplemente no tenía quien los traslade, o los recursos mínimos para la atención. Para Kusunoki es notorio, que para poder lograr éxitos en la implementación del MAIS- BFC, se requiere tener una acción práctica, que incluya una gestión de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para su ejecución (51).

Resultado 11. En cuanto a la subcategoría política de dotación de recursos humanos, los entrevistados señalaron que la escasez de recursos humanos es la causa principal de la no implementación del MAIS BFC, la alta demanda de pacientes en el establecimiento, concentra el trabajo del personal en el intramuro postergando realizar el trabajo de campo en la familia y comunidad.

Estas afirmaciones son corroboradas por el Banco Mundial quien señala que, se evidencian grandes diferencias en la disponibilidad de servicios de salud por área geográfica: en general, los recursos humanos en salud escasean (46). Asimismo, Espinoza-Portilla y otros, señalan que, en su investigación realizada, casi la mitad de directivos afirmaron que el principal problema en la gestión de establecimientos de salud en el Perú es el déficit de recursos humanos (41). Asimismo, según el MCI, en la implementación del MAIS_BFC se evidenció una alta rotación de los recursos humanos en salud (34)

Resultado 12. En referencia a la Categoría valoración del rol del Estado en el marco de la dimensión política de la implementación del MAIS BFC. Subcategoría rol del Poder Ejecutivo y Legislativo y otros sectores, los entrevistados señalaron

que el rol del MINSA en su función de liderar este proceso de implementación del MAIS BFC, ha sido muy débil, sin evidencias concretas de su acción en el primer nivel de atención.

Además, los establecimientos no han recibido mejoras en las condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, por lo que el aporte del MINSA, DIRIS ha sido escaso. Afirmaron que la inestabilidad política del país y, por ende, los cambios de directivos en la conducción del MINSA y que se traslada hasta el nivel de DIRIS y los establecimientos de salud han sido constante no permitiendo la sostenibilidad del MAIS BFC y el retroceso en algunos aspectos como la parte prestacional.

Estas afirmaciones son corroboradas por Álvarez y Gutiérrez al señalar que la crisis política en el país ha permitido la debilidad de los poderes del Estado, y con ello el difícil manejo de las autoridades que lo conforman, ha originado una pérdida de credibilidad ante la población, que indiscutiblemente afecta la economía nacional (52). Asimismo, para Contreras-Pulache, y Pérez-Campos la desestructuración de los niveles de atención en salud, la ineficacia de los sistemas de referencia y contrarreferencia, el colapso económico de un sistema social que repercute en el sistema de salud conlleva finalmente a un descuido de las actividades que no brinden ingresos económicos, como, por ejemplo: la atención primaria en salud (53).

Resultado 13. Con relación a la subcategoría necesidad de actualizar y completar el marco normativo de operacionalización, para los informantes clave se hace necesario actualizar la normatividad vigente que viene de muchos antes de la aprobación del MAIS BFC y derogar otros que limitan el trabajo extramural y la

organización en redes, ya que muchos de ellos no han logrado conseguir sus objetivos en materia de cobertura de atención, principalmente de los programas estratégicos como vacunación y control de gestantes, por ejemplo.

Asimismo, señalaron que una política en salud tan importante como ésta requiere de un marco jurídico sanitario de mayor jerarquía como una Ley que le de mayor sostenibilidad y viabilidad en el tiempo y no que quede a merced del gobierno de turno como sucedió en el MAIS BFC. En tal sentido, Ibarra y otros confirman estas afirmaciones al señalar que es necesario actualizar el marco legal proponiendo un enfoque que impulse la integración funcional en la salud (54).

Resultado 14. Con respecto a la subcategoría abordaje de los determinantes sociales desde la intersectorialidad y la participación comunitaria se reconoce la importancia del liderazgo del MINSA como órgano rector en el abordaje de los determinantes sociales de la salud. En articular y consensuar con los otros sectores y actores de la sociedad civil, en poner en la agenda pública temas como el agua, saneamiento básico, vivienda, pobreza, entre otros. sin embargo, se cuestiona esta función y se menciona como una de las causas del débil abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Es muy poco el trabajo desarrollado con vivienda, trabajo, se resalta un mejor trabajo con educación, otros señalan una mejor participación del gobierno local en aspectos de apoyo logístico en mejoras de la infraestructura y soporte con materiales e insumos para las campañas de atención; respecto a las condiciones de agua, vivienda, seguridad, transporte, se requiere un trabajo articulado y dirigido por el MINSA o el Gobierno Nacional

Se reconoce la importancia de la comunidad para acercar los servicios de salud a la población con especial énfasis en las acciones de prevención de enfermedades en las familias y promoción de la salud en la comunidad. El liderazgo de la comunidad para realizar el trabajo de sectorización, censo comunal, pero muy débil en llevar una agenda social y articular el trabajo con otros sectores.

Estas posturas son admitidas por el MINSA cuando señala que, es necesario proponer acciones para fortalecer la coordinación intersectorial e intergubernamental, haciendo posible el abordaje de determinantes sociales que afectan la salud de la población (43). Para George- Quintero y otros para lograr sus metas, el sistema de salud debe relacionarse, establecer alianzas e integrarse de manera sinérgica con otros sistemas de la sociedad y la economía a fin de ejercer control sobre los determinantes sociales de la salud (55).

Resultado 15. Finalmente, con relación a la subcategoría necesidad de reordenar el financiamiento de los servicios de salud, la mayoría reconoce una mejora en la disponibilidad de recursos hacia el primer nivel de atención, sin embargo, no seguía el ritmo de crecimiento de la demanda que se refleja en la falta de recursos humanos, infraestructura en mal estado, equipamiento deficiente y baja disponibilidad de medicamentos.

Por lo tanto, es poco financiado, se privilegia la atención curativa y preventiva intramural. El paquete de cuidados esenciales por etapas de vida ha sido cubierto parcialmente sobre todo en la atención del niño y las gestantes; por lo que destacan la importancia de reordenar el financiamiento más equitativo y sostenible hacia el primer nivel de atención

El presupuesto asignado ha cumplido su objetivo en el programa de inmunizaciones, atención materna, tuberculosis, principalmente, pero, no cubre los requerimientos de programas como la atención del Cáncer, donde el primer nivel de atención no tiene capacidad de diagnóstico precoz y menos prevención primaria.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención no tienen capacidad de gastos, no administran los recursos provenientes para la atención de pacientes, responsabilidad que compete a la DIRIS, coincidieron todos los encuestados, lo que impide atender sus necesidades con oportunidad y suficiencia porque casi siempre son desatendidos.

Esta situación es corroborada por la Universidad del Pacífico quien señala que la ineficiencia en la ejecución del presupuesto es uno de los desafíos primordiales que enfrenta el sector salud en el país. Según cifras oficiales, en el 2022, el Ministerio de Salud ejecutó el 35% del presupuesto de inversión en obra física. A nivel regional, en 2020 y 2021, se ejecutaron sólo el 62% y 51% del presupuesto para el mejoramiento en infraestructura en salud, respectivamente. Asimismo, señala que los recursos financieros y, por tanto, humanos y físicos deben asignarse con mayor énfasis en la atención primaria, la cual debería tener, como mínimo, el 50% de los recursos totales del sistema de salud (56)

A su vez, el MCI, agrega que, en el componente de financiamiento del MAIS-BFC, hubo algunas limitaciones, que se tradujo en intervenciones direccionadas a los grupos más vulnerables, quedando el resto de la población desprovista del cuidado integral necesarios (34).

En este sentido, el investigador, como involucrado y comprometido en el tema de estudio sostiene que, según los resultados encontrados, no es posible sostener

este modelo MCI con un solo equipo de salud que realice las dos actividades de trabajo intra y extramuros a la vez. No es posible la implementación exitosa del modelo si el equipo básico de salud, no tiene las competencias en salud familiar y comunitaria. En las condiciones que se encuentra actualmente el primer nivel de atención, debilitado, es imposible implementar ningún otro modelo.

VII. CONCLUSIONES

- En cuanto al objetivo indagar en los prestadores de salud sobre el cambio en el paradigma sobre la organización y atención de salud basado en Familia y comunidad los entrevistados y referentes teóricos concluyen que para transitar de un MAIS centrado en la enfermedad a uno que privilegie la prevención y promoción sin descuidar las actividades recuperativas y de rehabilitación en el contexto de su familia y comunidad, las respuestas se distribuyeron en dos direcciones: en la dimensión política, algunos los vincularon al tema de las condiciones mínimas de infraestructura, equipamiento y, especialmente, recursos humanos capacitados en salud familiar y comunitaria, desarrollo y aplicación, instrumentos y otros, en la dimensión operativa lo relacionaron con las deficientes competencias en salud familiar y comunitaria del personal de salud y marcada cultura asistencialista en el personal médico, principalmente. Resaltándose el tema de la inoperatividad de las redes integradas de servicios de salud por causas principalmente de inaplicación de las normas vigentes que lo regulan como el de tarifas y financiamiento de las prestaciones, especialmente de la seguridad social y el Seguro Integral de Salud.

- Con respecto al objetivo indagar en los prestadores de salud sobre las políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC, se concluye que la escasez de recursos humanos, especialistas de salud familiar y comunitaria, la falta de formación de la masa crítica, es la causa principal de la no implementación del MAIS BFC, motivado a la alta demanda de pacientes en el establecimiento que centraliza el trabajo del personal en el intramuro imposibilitando llevar a cabo el trabajo de campo en la familia y comunidad.

Asimismo, se resalta el rol del profesional de enfermería y médico de familia en el trabajo extramural con enfoque de familia y comunidad, señalándolo como las profesiones más idóneas para la implementación de los atributos de la atención primaria en el primer nivel de atención.

- En relación con el objetivo indagar en los prestadores de salud sobre el rol del estado en la política de financiamiento y regulación de los servicios de salud en el primer nivel de atención para la implementación del MAIS-BF, así como en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, se concluye sobre el débil rol del Estado, específicamente del MINSA, DIRIS, Gobiernos Locales. Por un lado, está la posición que faltó seguimiento permanente a través del monitoreo y evaluación de los procesos, que casi fue nulo o escaso y, por otro lado, está el tema del presupuesto asignado al primer nivel de atención, siempre deficitario e histórico. Por otra parte, los cambios políticos y directivos en la conducción del MINSA, que se traslada hasta el nivel de DIRIS y los establecimientos de salud, han sido constante, no permitiendo la sostenibilidad del MAIS BFC.

Finalmente, sobre el objetivo develar lecciones aprendidas que puedan aportar para una mejor implementación del MCI, en términos de resultados obtenidos, áreas críticas identificadas y expectativas para el nuevo Modelo del Cuidado Integral MCI, se concluye que no están dadas las condiciones mínimas para realizar el trabajo de campo en la familia y comunidad; como, por ejemplo, medios de transporte, equipos de protección, de personal especialista en atención primaria, materiales e insumos para la atención, seguridad ciudadana.

Asimismo, existe una fuerte cultura en la población de solamente buscar atención médica cuando está muy enfermo; por lo que, la alta demanda curativa

refuerza el paradigma de la atención curativa, intramural, hospitalaria, de enfoque biomédico. Por ende, en tanto el sistema de salud no intervenga a la población sana, pero expuesta a riesgos como estilos de vida no saludable, por ejemplo, seguirá enfermando repitiéndose el ciclo de seguir curando y atendiendo la enfermedad.

En tal sentido, se hace necesario gestionar y organizar el primer nivel de atención con enfoque territorial en temas de recursos humanos, medicamentos, estilos de vida saludables, entre otros, ya que el enfoque sectorial ha sido perjudicial para el sistema de salud. Es decir, pensar que la salud no solamente es responsabilidad del sector salud y articular e involucrar esfuerzos, recursos y capacidades con todos los actores claves del territorio que tienen que ver con la salud como la ciudadanía misma, la comunidad organizada, la iglesia, voluntariado, alcaldes, cooperantes externos, universidades, otros efectores de la salud como Essalud, sanidades, entre otros.

Asimismo, es ineludible que, en la implementación del MCI, se considere la oferta universal para la prestación de salud, es decir la organización en redes integradas de servicios de salud y no de manera fragmentada para que se garantice la continuidad e integralidad en la atención, acceso y oportunidad en la atención.

De igual manera, el liderazgo del ente rector MINSA y del Estado es fundamental para mejorar las condiciones de vida y del entorno de la población para articular y asumir compromisos sostenibles con los demás sectores y actores claves de la sociedad civil. Situación que, a la luz de los hechos, ha sido muy débil el abordaje e intervención de estos factores desde el rol del estado como, por ejemplo, la débil política de desarrollo de recursos humanos para el primer nivel de atención que se expresa en la falta de formación de una masa crítica de profesionales que

dispongan de las competencias concernientes al primer nivel de atención y políticas de estímulos y retención del personal como mejores sueldos e incentivos, capacitaciones, condiciones laborales, entre otros que por el contrario generaron alta rotación del personal en el primer nivel de atención

Por otra parte, es indispensable, la promulgación de leyes, normas que le otorguen sostenibilidad en el tiempo al MCI, para que no esté a merced de los gobernantes de turno para cambiarla. Esto ayudará a que el modelo de atención pueda consolidarse y que los procesos puedan concluirse y asentarse. Una Ley que garantice el financiamiento equitativo que no afecte de manera negativa al primer nivel de atención como en la actualidad.

VIII. RECOMENDACIONES (opcional)

A continuación, se presentan las recomendaciones que aporta el estudio, las cuales describen las mejoras que se proponen para generar cambios en la nueva propuesta de modelo de atención primaria MCI:

- Para la implementación del MCI es necesario que exista una voluntad política del Poder Ejecutivo y Legislativo que permita la asignación de un mejor presupuesto y logística para el primer nivel de atención como no se dio en MAIS BFC, ni a nivel nacional, ni regional ni local.

-Que el Poder Legislativo brinde un marco legal más sólido al MCI, ya que solo está respaldado por una Resolución Ministerial (RM) y con ese marco legal está a merced del gobierno de turno que con otra RM lo puede derogar. Por lo tanto, se debe mejorar el soporte jurídico mediante una ley que venga del congreso. Asimismo, actualizar normas porque algunas impiden la implementación de este modelo al evitar la integración entre el Minsa, Essalud y otros sectores efectores del sistema de salud, ya que hay leyes que regulan a Minsa, otras leyes que regulan a Essalud, a sanidad, entonces es imposible que se puedan integrar.

- Mejorar la dimensión técnica del MCI, debido a que el trabajo extramural que propone el modelo está complicado por la inseguridad, problemas de transporte, problema de logística. También se hace necesario que haya dos equipos de salud, uno encargado del trabajo intramural y el otro de la parte preventiva familia comunidad para hacer viable la propuesta.

- Es necesario que el modelo sea respaldado no solo por Minsa, sino también por los prestadores, por el usuario, ONG, cooperantes, por todos los actores que están involucrados con su implementación alcaldes, gobierno regional. También es

indispensable formar una masa crítica con alta credibilidad que promueva, impulse, que salgan a defender el MCI, que lo asuman que lo defiendan para que sea aceptado por todos.

- Con estas recomendaciones se abre caminos para nuevos estudios sobre el modelo de atención primaria actual MCI describiendo qué mejoras se pueden proponer para generar cambios y compararlas con el anterior modelo MAIS BFC, objeto de estudio de esta investigación.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de salud (MINSA). Modelo de atención Integral de salud Basado en Familia y Comunidad. Perú: MINSA, 2011.
- (2) Cuba-Fuentes M, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. An Fac med. 2018;79(4):346-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i4.15642>
- (3) Lizana M, Flores E, Carhuayo S. Evaluación de los atributos de atención primaria de salud en establecimientos del primer nivel atención de Ayacucho, Perú. Rev Med Hered. 2020; 31:175-180. DOI: 10.20453/rmh.v31i3.3807 36
- (4) Polo Ubillús OP. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):375-381. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>
- (5) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES-2019. Series anuales de indicadores principales de la ENDES, 1986.2019. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1736/Libro.pdf
- (6) Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención., 2011-2021. Documento técnico. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1620.pdf>
- (7) Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Análisis de Situación de Salud del Perú, 2018.

Revisado el 29 de junio de 2021 en

https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf.

- (8) RPP noticias (redacción). El próximo quinquenio debe estar centrado en fortalecer el primer nivel de atención. Aseguran especialistas. 28 de abril del 2021 1:49 PM.
- (9) Martínez J. Atención primaria de salud: de la teoría a la práctica aplicada a un problema de salud. España: Universidad de Murcia, 2015.
- (10) Hernández, Erwin; Muñoz, Yesi y Avella, Lina. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2019;35(3), p1-16. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94468>
- (11) Hernández, Erwin. Atención primaria y determinantes sociales en salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población, 2017. Tesis Doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche, España
- (12) Duarte, Gonzalo. Evaluación del modelo de gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace, 2016. Tesis Doctoral, Universidad de la Laguna, España.
- (13) Liu pinedo, Bella Liz. Estudio de caso: Diagnóstico de desempeño del enfoque intercultural del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en la atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus, Tayacaja, Huancavelica, para el periodo 2015-2017. Tesis. Pontificia Universidad Católica del Perú

- (14) Polo Olga. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3)
- (15) Cruz, Norma, "Propuesta de modelo de gestión intercultural para mejorar la atención integral de salud BFC de los centros de salud I-3 de la provincia De Condorcanqui Amazonas 2016". Tesis Doctoral, 2017. Universidad César Vallejo
- (16) Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Análisis de situación de salud 2 018.
- (17) Gafas C, Roque Y, Bonilla G. Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017, Ecuador
- (18) Organización Panamericana de la Salud. Modelos de atención en Salud <https://www.paho.org/es/temas/modelos-atencion-salud>
- (19) Cuba, H. Análisis de las facultades otorgadas en materia de fortalecimiento del sistema de salud. 2013. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/comisiones/2013/com2013salud.nsf//pubweb/9D2F6B58750EB09F05257C1C00609450/\\$FILE/PRESIDENTE_DE_LA_ASOCIACION_MEDICA_PERUANA.PDF](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/comisiones/2013/com2013salud.nsf//pubweb/9D2F6B58750EB09F05257C1C00609450/$FILE/PRESIDENTE_DE_LA_ASOCIACION_MEDICA_PERUANA.PDF)
- (20) Comisión de Protección Social. Propuestas de reformas en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo, 2017. http://trabajodigno.pe/wp-content/uploads/2017/11/Informe_Final_Comisi_%C3%B3nProtecci%C3%B3nSocial.pdf
- (21) Eleaquín Delcid. Atención Primaria de Salud. Rev. Fac. Cienc. Méd. 2015; 12(1): 1-9

- (22) Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria en salud. <https://www3.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- (23) Polo Ubillús Olga Patricia. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Jul [citado 2021 agosto 15] ; 64(3): 375-382. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300010&lng=es.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>.
- (24) Oscar Ugarte Ubillúz. Aseguramiento universal en salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2): 133.
- (25) Jumpa-Armas David. Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2019 Jul [citado 2021 Ago 15] ; 19(3): 75-80. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000300012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>.
- (26) Susalud. Ya es oficial: todo peruano sin seguro de salud será afiliado al SIS Agencia Peruana de Noticias, 2019.
- (27) Cosavalente-Vidarte Oscar, Zevallos Leslie, Fasanando Jose, Cuba-Fuentes Sofia. Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú. Rev. peru. med. exp. salud publica [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Ago 15] ; 36(2): 319-325. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-

46342019000200022&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4623>.

- (28) Aquino-Canchari CR. Redes integradas de servicios de salud: ¿una posible respuesta a la salud bucal peruana? *Rev Cubana Estomatol.* 2019;56(3):1-3.
- (29) Salem Juan Carlos. *Redes integradas de salud. Asociación de Clínicas Particulares del Perú*, 2019
- (30) Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- (31) Santivañez, Silvia; Torero Evelyn y Torres Camacho. *Guía de capacitación a facilitadores en la metodología de MCS en el marco de promoción de la salud*, MSH-Perú, 2015
- (32) Carbone Campoverde Fernando. Salud pública centrada en la persona, la familia y la comunidad. *Rev. peru. med. exp. salud publica* [Internet]. 2016 Oct [citado 2021 Ago 15]; 33(4): 837-838. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400039&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2580>.
- (33) Llanos, Luis; Arenas, Daniella; Valcarcel, Bryan y Huapaya, Oscar. *Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales.* *Rev Med Hered.* 2020; 31:266-273.
<https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3861>
- (34) Ministerio de Salud. *Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). Documento Técnico*, 2021

- (35) Medicus Mundi Navarra Delegación Perú y Salud Sin Límites Perú. Aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel, 2012.
- (36) Montano, Karina y Linares Noemí. Modelo de atención integral, Informe final Perú. Medicusmundi
- (37) Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ed. Mc Graw Hill Education
- (38) Rusque, A. (2010). De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa. Valencia, Venezuela: Hermanos Vadell
- (39) Claret, A. (2012). Cómo hacer y defender una tesis. Caracas: M.J. Editores, C.A.
- (40) Defensoría del Pueblo (2022). Centros de salud de Lima registran graves problemas de infraestructura y falta de personal médico. <https://www.defensoria.gob.pe/centros-de-salud-de-lima-registran-graves-problemas-de-infraestructura-y-falta-de-personal-medico/>
- (41) Espinoza-Portilla, E.; Gil-Quevedo, W. y Agurto-Távora, Elvia. (2020). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. Revista Cubana de Salud Pública. 46(4).
- (42) Videnza, consultores. (2021). Redes integradas de salud en el Perú, 2022. <https://www.redesarrollo.pe/wp-content/uploads/2021/07/Redes-integradas-de-salud-en-el-Peru.pdf>

- (43) MINSA Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú, Documento técnico.
<https://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2017/Mayo/20/RM-366-2017-MINSA.PDF>
- (44) Videnza Consultores. Nuevo modelo de gestión en el sector salud, 2020.
<https://www.redesarrollo.pe/wp-content/uploads/2021/05/Nuevo-modelo-de-gestion-.en-el-sector-salud.pdf>
- (45) Madueño Dávila Miguel y Sanabria Montañés César. Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020. PRH plus.
- (46) Banco Mundial. Financiamiento de la salud en el Perú. Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/441041481748303633/pdf/106736-WP-P151238-SPANISH-OUO-9-For-IDU-Action-Analytical-document-has-been-approved-P151238.pdf>
- (47) Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. <https://www.paho.org>
- (48) Hernández E. Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población [tesis doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández, 2017

- (49) Gómez, Patricia y Enders Julio. el sistema de remuneración e incentivos en la salud, como un instrumento para la mejora de la calidad de atención. Revista de Salud Pública, (XX) 1:38-51 abril 2016. <https://revistas.unc.edu.ar>
- (50) Ministerio de Salud. Competencias laborales para la mejora del desempeño de los recursos humanos en salud. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/885021/ii-2-competencias-laborales-para-la-mejora-del-desempeno-de-los_3U0vrFm.pdf
- (51) Kusunoki Fuero, Lourdes y Tavera Salazar, Mario. Diagnóstico de las competencias relacionadas a la atención primaria en salud de los profesionales del servicio rural urbano marginal de salud de la Dirección Regional De Salud Lima- 2015. Tesis de Maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- (52) Álvarez Grados Roxana y Gutiérrez Lisal Tania. Política pública de recursos humanos en salud de los establecimientos de primer nivel de atención Diris Lima sur-Minsa, 2022. Tesis de Maestría. Universidad San Ignacio de Loyola. <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/fe7088f4-6158-482b-8719-96176ab383b2/content>
- (53) Contreras-Pulache, Hans; Pérez-Campos, Pamela ¿Cómo fortalecer el rol del Estado en salud? Revista Peruana de Epidemiología, vol. 18, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 1-3.
- (54) Ibarra Ignacio, Martínez Gabriel, Aguilera Nelly, Orozco Emanuel, Fajardo-Dolci Germán E, González-Block Miguel A. Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la

integración funcional. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 Jun; 55(3): 310-317. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000400009&lng=es.

- (55) George- Quintero R. S, Laborí Ruiz R, Noa Legrá M, , Nicot Martínez N. Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. Revista Información Científica [Internet]. 2017;96(3):527-538. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764112019>
- (56) Universidad del Pacífico. Salud en Perú: Un enorme reto pendiente, 25 de julio de 2023. https://www.up.edu.pe/prensa/noticias/el_reto_de_la_salud_fiestas_patrias_2023
- (57) Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2022. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens.
- (58) Starfield Barbara, Shi, Leiyu y Macinko , James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 3005; 83(3): 457–502. doi: [10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x)
- (59) Viegas Andrade, Mónica; Quaresma Coelho Augusto; Xavier Neto Mauro; Resende de Carvalho Lucas; Atún Rifat y Castro Marcia. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage

expansion over 15 years (1998–2012). *Health Policy and Planning*, Volume 33, Issue 3, 2018, Pages 368–380, <https://doi.org/10.1093/heapol/czx189>

- (60) Hurtado, I. y Toro, J. (2007) *Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio*. Caracas: Editorial CEC, S.A.

ANEXOS

Anexo 1

Guía de entrevista a profundidad

A continuación, se presenta un listado de preguntas cuya respuesta se llenará con un aspa (x) en el recuadro que corresponda a la opción escogida. (Se puede pedir al entrevistado precisar la información vertida).

Condición del entrevistado

Directivo

Personal de salud

Especificaciones:

.....

1. TEMA DE LA DINÁMICA:

FACTORES DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS-BFC) 2011-2017.

2. DURACIÓN DE SESIONES:

90 – 120 minutos

3. HORARIOS POSIBLES:

Sábados a partir de las 4pm., también puede ser en tiempo previamente acordados.

4. PRESUPUESTO:

50 nuevos soles en promedio por informante clave. Siendo 20 informantes =

1000.00

4.1 Recursos humanos:

Investigador del estudio

Personal de apoyo

4.2 Materiales:

Grabadora (una reportera)

5. DESARROLLO DE LA DINÁMICA

Preparación, Explicación y Presentaciones. (Facilitador/Entrevistador)

PREPARACIÓN: (Facilitador)

Coordinación de temas y dinámicas a seguir en tiempo y contenidos

Correspondencias de información y sensibilización

Coordinación de espacios y lugares para realizar entrevistas

Acuerdos específicos sobre beneficios y responsabilidades

EXPLICAR EL OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD (Investigador).

Buenas tardes. Antes de comenzar quería agradecerle su colaboración con el presente estudio. Le he convocado para tratar sobre sus percepciones respecto de la implementación del modelo a de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Como se le informó con anticipación estoy realizando una evaluación del MAIS-BFC desde la perspectiva de sus directivos, personal prestador de servicios de salud a través de entrevistas como esta en la que se trata de que usted como un informante clave sobre el tema emita sus apreciaciones y juicios de valor que nos permitan comprender y analizar lo que pasa con la implementación del MAIS-BFC. Como comprenderá para esta investigación es de vital importancia que su juicio sea estrictamente amplio y preciso. Posteriormente tendremos una pequeña conferencia informativa.

CREACIÓN DE UN AMBIENTE PROPICIO

- Explicitar las reglas fundamentales de la participación en el estudio
- Pedir voto de confidencialidad.

6. PRESENTACIÓN: Dinámica Activa Participativa

7. PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA

a. Preguntas Indirectas

¿Desde cuando trabajas en este establecimiento de salud?

¿Y cómo te ha ido en este tiempo?

¿Qué recuerdas te llamó la atención cuando llegaste?

¿Siempre has trabajado aquí?, por qué?

¿Qué funciones desempeñas en el establecimiento de salud?

¿Cuántas trabajan aquí y como es tu relación con ellos?

b. Preguntas principales, de seguimiento y sondeo

- Para personal de salud: Equipo Básico de Salud de Familia y Comunidad (Médico, Enfermero/a, Obstetra y Técnico de Enfermería), respecto a la implementación del MAIS BFC. **Anexo 1.1**

8. CIERRE DE LA ENTREVISTA

- Resaltar aspectos positivos de la entrevista
- Ofrecer teléfonos y direcciones de servicios de atención

Tema (Dimensión operativa del MAIS BFC)	Preguntas
Cambio de paradigma sobre la atención de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo conociste o te enteraste del Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad? 2. ¿Qué idea primaria le sobrevino en ese momento, te pareció una propuesta diferente para trabajar en el primer nivel de atención? ¿Por qué o por qué no? 3. ¿Influyo en tu motivación y desempeño? ¿Por qué o por qué no? 4. ¿Qué preguntas, inquietudes, preocupaciones se vinieron a tu mente en ese momento? ¿Por qué? 5. ¿Cómo hacen el diagnóstico de necesidades y plan de intervención para satisfacer las necesidades de la población, de sus usuarios? ¿Por qué? 6. ¿Cuáles procesos en esta etapa, son los más importantes o críticos a destacar? ¿Por qué o por qué no? 7. ¿Cómo se organiza el equipo básico de salud familia y comunidad para cumplir su misión? ¿Por qué o por qué no? 8. ¿Qué cambios en el proceso de atención, referencia y contra referencia consideras relevantes y porque crees que lo son? 9. ¿Cuál ha sido el trabajo desarrollado con educación, vivienda, los otros efectores de salud, universidades, colegios profesionales, Cooperación Externa en la problemática sanitaria? 10. ¿Qué cree que es lo más difícil que deben enfrentar el EBS-FC para romper el paradigma de la atención curativa, intramural, hospitalaria, biomédico, de alto costo por un MAIS orientado a la prevención de enfermedades y promoción de la salud extramural centrado en la persona en el contexto de su familia y comunidad, biopsicosocial de bajo costo? ¿Por qué? 11. ¿Por qué cree que algunas pacientes cuando requieren atención no lo buscan en su establecimiento?
Políticas de desarrollo de recursos humanos	<ol style="list-style-type: none"> 12. ¿Qué ha significado para usted la Política Remunerativa e incentivos económicos en el marco del MAIS BFC? ¿Por qué? 13. ¿Qué ha significado para usted el PROFAM en el marco del MAIS BFC? ¿Por qué? 14. ¿Qué ha significado para usted PROSALUD en el marco del MAIS BFC? ¿Por qué? 15. ¿Por qué cree que algunos profesionales de la salud rotan en su primer año de trabajo? 16. ¿Cuál crees ha sido el papel de los Equipos básico de salud familia y comunidad, jefes, directivos, DIRIS, MINSA Líderes comunitarios en esos factores de implementación del MAIS-BFC? ¿Por qué? 17. ¿Considera que se tubo las condiciones de trabajo adecuadas para la implementación del MAIS-BFC? ¿Por qué? 18. ¿Considera que se contaba con recurso humano capacitado? ¿Por qué?

(Dimensión política)	Preguntas
<p>Rol del estado en la política de financiamiento y regulación de los servicios</p>	<p>19. ¿Alguna vez ha sentido que no tiene los recursos humanos, tecnológicos, medicamentos, materiales o insumos para brindar la atención integral? ¿Porqué?</p> <p>20. ¿Ha notado alguna mejora significativa en la oferta de servicios de salud de su establecimiento (¿infraestructura, equipamiento, y Rec. Hum?) que haya permitido brindar una mejor atención integral? ¿Cuáles? ¿Porqué o ¿Por qué no?</p> <p>21. ¿El presupuesto capitado y el PPR atiende los requerimientos de su establecimiento para cubrir las necesidades de su población adscrita, es suficiente? ¿Porqué?</p> <p>22. ¿Desde su perspectiva, qué rol cumplió el poder ejecutivo y el legislativo en la implementación del MAIS BFC?</p> <p>23. ¿Desde su perspectiva, qué rol cumplió el MINSA en la implementación del del MAIS BFC? ¿Por qué?</p> <p>24. ¿Desde su perspectiva, qué rol cumplieron las DIRIS en la implementación del del MAIS BFC? ¿Por qué?</p> <p>25. ¿Qué norma vigente le ha dificultado la implementación de los procesos del MIAS BFC en la organización, prestación, gestión y financiamiento y que considera deben modificarse, eliminarse? ¿Por qué?</p> <p>26. ¿Cuáles son las causas que impiden que estas normas no se hayan actualizado o elaborado a favor del MAIS BFC? ¿Por qué? ¿Por qué no?</p> <p>27. ¿Qué es lo que le impide hacer el trabajo de sectorización censo comunal, intervención en la familia y comunidad, realizar el trabajo extramural en familia y comunidad? ¿Porqué?</p> <p>28. ¿Qué papel ha desarrollado la comunidad en facilitar o no el enfoque de familia y comunidad? ¿Por qué?</p> <p>29. ¿Qué papel ha desarrollado la participación de la comunidad en la agenda social? ¿Por qué?</p> <p>30. ¿Qué cree sea lo más difícil para articular esfuerzos con los otros sectores y actores de la sociedad civil? ¿Por qué?</p> <p>31. ¿Cuál es su opinión del abordaje de los determinantes sociales desde la intersectorialidad y la participación comunitaria en la implementación del del MAIS BFC? ¿Por qué?</p>

Anexo 02

Consentimiento informado para la entrevista en profundidad

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para ver cuáles son las “Percepciones y expectativas del personal de salud acerca del Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad en cuatro establecimientos de salud de nivel i-3, lima del MINSA, 2011 – 2020, la utilidad de este trabajo servirá para mejorar la atención en los servicios de salud a la población, identificando los posibles nudos críticos que limitan una atención de salud con oportunidad y calidad. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El objetivo del estudio es identificar desde la perspectiva del prestador de salud (médico, enfermera, obstetra y técnicos de enfermería) acerca de los factores de implementación del modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad "MAIS-BFC" en cuatro establecimientos de salud de nivel i-3, MINSA, Lima, 2011-2020. En términos prácticos, los resultados de este trabajo de investigación permitirán a quienes dirigen una institución prestadora de servicios de salud de nivel I-3 y decisores políticos, obtener “información para reforzar o corregir las medidas implementadas.

Procedimientos:

Si decide colaborar con el presente estudio y participar activamente entonces se realizará lo siguiente (enumerar los procedimientos del estudio):

1. Se aplicará una entrevista en profundidad, que será grabada y filmada, donde se le realizarán algunas preguntas sobre el tema en mención, esto solo si el participante lo autoriza de lo contrario se tomará nota de todo
2. Esta entrevista tomará un tiempo aproximado de 120 minutos y se realizará en un ambiente previamente coordinado con la institución.

Usted autoriza la grabación de audio de la entrevista Sí () No ()

Usted autoriza la grabación de video de la entrevista Si () No ()

Riesgos:

El participante está exento de cualquier riesgo en este trabajo de investigación. Sin embargo, si considera que algunas preguntas le son incómodas, puede no responderla sin ningún problema si así lo estima pertinente. Cabe mencionar como posible riesgo la pérdida de confidencialidad al grabar el video. No obstante, para garantizar la máxima protección de la confidencialidad, los videos solamente serán vistos por el investigador principal.

Beneficios:

El participante recibirá información de los resultados que arroje el presente estudio puede ser a través de una presentación en conferencia con información sobre el tema del estudio o en medio magnético

Costos y compensación

El participante no abonará nada por participar en el presente estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, solo un refrigerio por el tiempo brindado durante la entrevista realizada.

Confidencialidad:

Es bueno precisar que la información que usted brinde es totalmente confidencial, nadie, excepto el investigador manejará la información obtenida y debiendo codificar las entrevistas.

Antes del inicio de la entrevista y durante toda la entrevista usted puede hacer todas las preguntas que desee, las cuales responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puedes retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame al MC Ángel Omar Iribari Poicón al teléfono [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 2271 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

Declaración del Investigador:

Yo declaro que el participante ha leído la descripción del proyecto, he aclarado sus dudas sobre el estudio, y ha decidido participar voluntariamente en él. Se le ha informado que los datos que provea se mantendrán anónimos y que los resultados del estudio serán utilizados para fines de investigación.

Nombres y Apellidos Investigador

Fecha y Hora

