

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**EFFECTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD
BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD EN EL RIESGO
FAMILIAR. COMUNIDAD PATA PATA, 2019 - 2020.**

Para optar el título profesional de

OBSTETRA

Presentado por:

Bachiller Karen Rebeca Tucumango Llanos

Asesor

M. Cs. Obst. Rossana Patricia León Izquierdo

**Cajamarca-Perú
2021**

**Copyright © 2021 by
Karen Rebeca Tucumango Llanos
Derechos reservados**

DEDICO EL PRESENTE TRABAJO A:

A Dios, mi inspiración, forjador, acompañante y padre celestial, que siempre me levanta en cada tropiezo brindándome su incomparable amor en este sendero largo y confuso de la vida.

A mi padre quien no solo me otorgo la vida, sino también estuvo presente en cada paso que doy para vivirla, sé que guiarme y ayudarme a convertirme en la persona que hoy soy fue un gran y arduo trabajo. Espero poder retribuir no solo tu amor sino todo lo que has dado y hecho por mí, ser un respaldo para ti y hacerte sentir orgulloso a cada paso que dé.

A mi madre y hermanos, que siempre estuvieron a mi lado apoyándome en la tribulación y decaimiento, nunca dejando que me rindiera.

Karen

AGRADECIMIENTO A:

Agradezco a Dios por brindarme fuerza y conocimiento para seguir adelante en el camino a recorrer y cumplir mi meta.

A la Obstetra Rossana Patricia León Izquierdo, asesora de esta investigación, quien me ha guiado con su paciencia y rectitud como docente.

A mi alma mater, la Universidad Nacional de Cajamarca, por admitirme en sus aulas y brindarme conocimientos que favorecieron y favorecen mi formación profesional.

Agradezco infinitamente a las Obstetras docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia por ofrecerme conocimientos y experiencias indispensables en mi formación académica.

Karen

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA	1
1.1. Definición y delimitación del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Objetivos	2
1.4. Justificación de la investigación	3
CAPÍTULO II	4
MARCO TEÓRICO	4
2.1. Antecedentes	4
2.2. Bases teóricas	6
2.2.1. Modelo de atención de salud basado en familia y comunidad	6
2.2.2. Aportes relacionados a MAIS	17
2.2.3. Modelo de atención integral en salud en algunos países de América latina	20
2.2.4. Riesgo familiar	23
2.3. Hipótesis	38
2.4. Variables	38
2.5. Conceptualización y operacionalización de las variables	39
CAPÍTULO III	40
DISEÑO METODOLÓGICO	40
	v

3.1. Diseño y tipo de estudio	40
3.2. Área de estudio y población	40
3.3. Muestra	41
3.4. Unidad de análisis	41
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	41
3.6. Consideraciones éticas de la investigación	41
3.7. Procedimiento para la recolección de datos	42
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.9. Procesamiento y análisis de datos	44
3.10. Control de calidad de datos	44
CAPÍTULO IV	45
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	45
CAPÍTULO V	52
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	52
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipo de registro de datos en la ficha familiar según criterios establecidos en el programa de atención en salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata 2019.	45
Tabla 2. Nivel de riesgo familiar del registro de la ficha familiar el programa de atención en salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata 2019.	46
Tabla 3. Tipos de intervenciones ejecutadas en los ejes del programa de salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata 2019.	47
Tabla 4. Intervenciones ejecutadas en los ejes del programa de salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata 2019.	49
Tabla 5. Nivel de riesgo familiar registrado en las fichas familiares según programa de salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata 2020.	50
Tabla 6. Comprobación de hipótesis para determinar el efecto del programa de salud basado en familia y comunidad en el riesgo familiar. Comunidad Pata Pata, 2019 – 2020.	51

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ACS	Agente comunitario de salud
APS	Atención primaria en salud.
EBS FC	Equipo básico de salud familiar y comunitario
ESNSF	Estrategia sanitaria nacional salud familiar
FAC	Formato de actividades colectivas
HIS	Sistema de información hospitalario
MAIS	Programa de atención integral.
MAIS-BFC	Programa de atención integral en salud basado en familia y comunidad.
MINSA	Ministerio de Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PEAS	Plan esencial de aseguramiento en salud
PCD	Persona con discapacidad.
PRODEFA	Programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial.
PROFAM	Programa de educación continua en salud familiar, ambulatoria y comunitaria
PRPF	Perfil de riesgo psicosocial de la familia.
RF	Riesgo familiar.
RFT	Riesgo familiar total.
USF	Unidades de salud familiares.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto del programa de salud basado en familia y comunidad en el riesgo familiar. Comunidad Pata Pata, 2019 - 2020. La metodología de investigación fue de tipo explicativo, con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental correlacional causal retrospectivo; la muestra fue de 45 fichas familiares pertenecientes a la comunidad Pata Pata. Se empleó como instrumento, la ficha de recojo de datos, el cual fue validado mediante juicio de expertos, y con ayuda de una prueba piloto se obtuvo 0.755 de alfa de Cronbach para el nivel de confiabilidad. Los resultados muestran que, el registro de la ficha familiar en su gran mayoría, tuvo un registro completo; sin embargo, se observó varias fichas familiares con registro incompleto; al iniciar el programa de salud, se tuvo mayoritariamente un alto riesgo familiar; las intervenciones realizadas en los ejes individual, familiar, de vivienda y entorno, se mostró porcentajes significativos en intervenciones realizadas de forma completa y muy pocos en intervenciones incompletas. Luego de desarrollar las intervenciones el nuevo riesgo para el 2020 fue en su gran mayoría de bajo riesgo familiar. Concluyendo que, el programa de salud basado en familia y comunidad, disminuye el riesgo familiar de la comunidad Pata Pata, observándose un valor $p=0,00 < 0,05$ según el estadístico de Wilcoxon.

Palabras clave: riesgo familiar, programa de salud basado en familia y comunidad.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the effect of family and community based health program on family risk. Pata Pata Community, 2019 – 2020. The research methodology was explanatory, with a quantitative approach, non-experimental retrospective correlational design; the sample consisted of 45 family files belonging to the Pata Pata community. The data collection sheet was used as an instrument, which was validated by expert judgement, and with the help of a pilot test 0.755 Cronbach's alpha was obtained for the level of reliability. The results show that, for the most part, the registration of family records was complete; however, several family records were incomplete; at the beginning of the health program, there was a high family risk. Interventions carried out in the individual, family, housing and environment areas showed significant percentages of interventions carried out completely and very few of incomplete interventions. After the interventions were developed, the new risk for 2020 was for the most part low family risk. Concluding that the family- and community-based health program reduces the family risk of the Pata Pata community, with a $p=0.00 < 0.05$ observed according to the Wilcoxon statistic.

Key words: family risk, family and community based health program.

INTRODUCCIÓN

El riesgo familiar (RF), está dado por efectos negativos en la salud e individual, a partir de variables biológicas, psicológicas, sociales y sanitarias (5). En Perú y algunos países de Latinoamérica con el fin de mejorar la salud familiar y reducir el riesgo familiar, dirigieron mayor interés al primer nivel de atención en salud, implementando el programa de atención integral en salud basado en familia y comunidad (2), el cual presenta actividades de prevención, promoción y recuperación de la salud, según necesidades y problemas identificados en la calificación del riesgo familiar, mediante atenciones brindadas internamente y exteriormente en el sistema de salud (1,20). La investigación de esta problemática se realizó con el interés de generar datos sobre el riesgo familiar a partir de MAIS BFC, el cual se viene aplicando y del cual se hallan escasos datos actualmente.

Esta investigación fue tipo explicativo con enfoque cuantitativo de diseño no experimental correlacional causal retrospectivo, realizada con fichas familiares pertenecientes a la comunidad de Pata Pata en el puesto de salud del mismo nombre. Con la finalidad de evaluar el efecto del programa de salud basado en familia y comunidad en el riesgo familiar.

Estructurada de la siguiente forma:

En el capítulo I se abordó el problema, formulación del problema, objetivos y la justificación de la investigación. En el capítulo II se ocupó del marco teórico el cual incluye los antecedentes, bases teóricas, hipótesis y conceptualización y operacionalización de variables.

En el capítulo III se trató el diseño metodológico, área de estudio y población, muestra y tamaño de la muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión, consideraciones éticas, técnicas de recolección de datos y descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos, y control de calidad de datos.

En el capítulo IV se expuso los resultados de la investigación, análisis y discusión de los resultados. Por último, se incluyeron las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y adicionalmente anexos utilizados en este trabajo de tesis.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La OMS (1), recomienda y coloca como objetivo el trabajo con individuo, familia y comunidad con el fin de apoyar el empoderamiento de salud en estos, así como aumentar y mejorar el acceso a servicios de salud de calidad. Este trabajo requiere un enfoque integrado, que maximice los beneficios de las actividades realizadas en lo interno y lo externo del sistema de salud, y un enfoque intersectorial, que pueda abarcar adecuadamente el riesgo familiar, el cual sugiere la existencia de consecuencias adversas familiares e individuales debido a acontecimientos y condiciones causales identificables en el momento de la valoración (25); es decir, responde a los efectos negativos en la salud familiar e individual, producto de variables biológicas, psicológicas, sociales y sanitarias, a las cuales se encuentra ligada familia e integrantes (5).

En este sentido, se originan programas de salud en América latina, teniendo como punto de fortalecimiento la APS, con el fin de elevar la calidad de vida de las personas, tal hecho es evidenciado en diferentes países latinoamericanos (Chile, Cuba, Ecuador y Brasil) (2). Algunos datos sobre riesgo familiar a nivel internacional son: en Sevilla (España), la población se encuentra en sus mayores porcentajes con bajo riesgo y moderado riesgo, mientras que muy poca población con alto riesgo (44), en Quito (Ecuador) en el año 2015, se revelo que la mayoría de población se encuentra bajo riesgo (32); sin embargo, algunos reportes realizados a nivel nacional, determinan que un gran número de familias se encuentran en un estado de alto riesgo y muy pocas en bajo riesgo (5,6,17).

Entonces, desde la estrategia sanitaria nacional de salud familiar (ESNSF) se implementó el modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad

(MAIS-BFC) originado con la RM N° 464 – 2011(2), este modelo tiene como estrategias de intervención familiar: actividades del equipo de salud basados en prevención, promoción y recuperación de la salud, según necesidades y problemas identificados mediante visitas domiciliarias y llenado de ficha familiar, de tal manera que se cumpla adecuadamente el paquete integral de atención a la familia y con ello disminuir el RF(20).

Una indagación sobre el avance de la operativización del MAIS – BFC, en la región de Huancavelica (2013), describe una mejora en la salud de la población y disminución de riesgos; (3) adicionalmente, en Lima, basada en la experiencia de la implementación del MAIS -BFC, señala que mejoró el reconocimiento de las necesidades de forma integrada y articulada con intervenciones divididas por etapas de vida y familia, ayudando a la disminución de los riesgos y mejora de la calidad de vida, fijando así la mejora del riesgo familiar (12).

Sin embargo, desde la aplicación de MAIS BFC a nivel regional, provincial y local de la ciudad de Cajamarca y sobre todo en la comunidad de Pata Pata, no se hallan datos sobre nivel de RF; en consecuencia, no se puede evaluar como este programa mejora el riesgo familiar; de ahí que, es preciso generar la evidencia científica respecto al efecto del programa de salud basado en familia y comunidad en el riesgo familiar, y que en base a los resultados se puedan generar nuevas estrategias de intervención.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el efecto del programa de salud basado en familia y comunidad en el riesgo familiar. Comunidad Pata Pata, 2019 - 2020?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Evaluar el efecto del programa de salud basado en familia y comunidad en el riesgo familiar. Comunidad Pata Pata, 2019 - 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir el tipo de registro de datos en la ficha familiar según los criterios establecidos en el programa de atención en salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata, 2019.
2. Identificar el nivel de riesgo familiar del registro de la ficha familiar según el programa de atención en salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata, 2019.
3. Especificar los tipos de intervenciones ejecutadas en los ejes del programa de salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata, 2019.
4. Indicar el nivel de riesgo familiar del año 2020, posteriores a las intervenciones ejecutadas en los ejes del programa de salud basado en familia y comunidad.

1.4. Justificación de la investigación

La presente investigación se propone debido a la existencia del alto porcentaje de familias que presentan riesgo familiar en la población peruana, el cual tiene efectos negativos en la salud de las personas y familia, siendo esta el eje principal en la formación de hábitos, comportamientos y estilos de vida saludables. Actualmente, el MAIS - BFC a través del programa de salud familiar abordar el riesgo familiar.

Este estudio se planteó con la finalidad de determinar cuál es el efecto que tuvo el programa de salud basado en la familia y la comunidad en cuanto a la mejora del RF; dado que hace varios años se viene aplicando, pero aún no se han generado estudios que demuestren si los cambios en los referidos riesgos se deben justamente a estas intervenciones.

La información brindada en esta investigación aportará al conocimiento que se viene formando sobre RF y el efecto de las intervenciones del programa de salud basado en familia y comunidad, así mismo, servirá en futuras investigaciones de salud en los campos de salud familiar, medicina familiar, medición de salud y trabajo comunitario, que requieren de evidencia que pueda servir de base para el replanteamiento de las estrategias ya ejecutadas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Casagrande G. (Sao Paulo, 2015), en su investigación realizada sobre las visitas domiciliarias en la estrategia de salud de la familia en puestos de salud de atención primaria, donde se evaluó a 2611 familias reflejaron que el 52% se encontraban en un riesgo normal de riesgo, 23% en bajo riesgo, 13% en riesgo medio y 12% en riesgo alto, por ello, programaron diferentes horarios de visita domiciliarias (riesgo normal: cada 45 días, riesgo bajo: cada 30 días, riesgo medio cada 30 días y riesgo alto cada 15 días), de 30 minutos cada visita en donde se fijó mayor actividad en las familias de alto riesgo y en responder los riesgos identificados. Concluyendo que, para mejorar el nivel de riesgo familiar, es necesario identificar las condiciones de riesgo de las familias para que el equipo a cargo, planifique las visitas domiciliarias con el fin de atender las necesidades de salud de la población considerando las dimensiones individuales y colectivas de salud enfermedad (19).

López A. (Ecuador, 2015), en su investigación sobre la implementación de MAIS en un puesto de salud, muestran que en la aplicación de ficha familiar se hallaron que de todas las familias en las cuales se realizó el estudio, el 1.6% se encuentran sin riesgo, 88.5% riesgo bajo, 9.4% riesgo medio y 0.5% riesgo alto. Por lo que, se llevó a cabo un plan de acuerdo a las necesidades, donde se promovieron compromisos y actividades dirigidas a reducir los riesgos, a partir de los cuales se obtuvo: el 3% cumplen con los compromisos, 2% no cumple, 7% cumple parcialmente y 18% no se registran; se realizaron actividades promoción y prevención en la mayoría de familias según los riesgos diagnosticados, precisando así la disminución del nivel de riesgo. Concluyendo así que, las intervenciones brindadas son útiles para disminución de riesgo familiar, sin embargo, requieren de seguimiento (32).

Mesa B y Jaramillo P. (Quito, 2016), en su estudio sobre la operativización del modelo de atención integral de salud, familiar, comunitario e intercultural (MAIS – FCI), señala que: el trabajo con familias es complejo, pues se requiere implicancia verdadera de estas en el llenado de datos de la ficha familiar; la ejecución de las herramientas técnicas para evaluar datos y actividades debería ser más empoderada por el equipo de salud; el trabajo extramural es complejo, puesto que, en instancias se requiere de la intervención de todo el personal de la unidad operativa; y no existe suficientes profesionales en la unidad para la operativización del MAIS-FCI. Concluyendo que la carencia en la operativización del MAIS-FCI, se debe a la falta de aplicación de las estrategias, las cuales cuentan con factibilidad, sumado al problema estructural de la falta de personal para la ejecución y la asignación poblacional desproporcionada a los equipos de atención integral en salud (59).

Cásares O. (Sevilla, 2017), en su estudio con respecto al programa de tratamiento a familias con menores, donde trabajó con una población de 6.342 familias de la región de Anda Lucía, obtuvo que la distribución del nivel de riesgo en las familias fue: 38% un nivel bajo, 36% moderado y 26% alto, en los cuales se evidencia que los problemas psicológicos son los más afectados en todos los niveles. En la evolución del programa a lo largo de los meses se alcanzaron los objetivos terapéuticos que el equipo de salud estableció para promover la reducción del riesgo en la familia en un 84%, mediante orientaciones y atenciones individuales y en grupo (44).

Ferreira B, Mota D y Lima G. (Sao Paulo, 2017), en su estudio realizado con 782 familias de la unidad de salud familiar Coelos I, donde el equipo de salud está formado por: 1 doctor, 1 enfermera, 1 técnico en enfermería, 1 cirujano, 4 agentes comunitarios, 1 recepcionista, 4 guardias de seguridad y 1 asistente de servicios generales; señala que 64.46% se encuentran con riesgo bajo, 28.20% con riesgo medio, 7.32% riesgo alto y el resto con riesgo normal. Concluyó que las familias en riesgo alto necesitan mayor cuidado de salud y prioridades durante la visita domiciliaria del agente comunitario (60).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Cruz V. (Chiclayo, 2017), en su estudio con respecto a la mejora de la atención integral de salud basada en familia y comunidad en cuatro centros de salud I-3, donde el equipo básico de salud (EBAS) estuvo conformado por un médico, un obstetra, un

enfermero y un técnico en enfermería; señala que, no presentan trabajos planificados y organizados dirigidos a las familias de mayor riesgo, ya que, no se recogió ni se realizó la primera visita familiar, correspondiente al censo, donde se obtiene la información necesaria para intervenir en los riesgos. Así mismo, el análisis de la información e intervenciones de la unidad familiar es deficiente pues presenta un 0% de desarrollo, a pesar de que el personal de salud recibió capacitación. Por otro lado, en la atención a la persona por etapa de vida, se nota que un 100% se encuentran desarrolladas en gestante y niño, faltando brindar atención a adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores. Concluyendo que se necesita mejora de la implementación de la atención integral de salud BFC en los centros de salud I-3 (61).

Polo O. (Lima, 2018), en su estudio con respecto a la implementación del programa de MAIS-BFC, se intervino 244 649 familias de las cuales un 11.6% fueron son familias pobres y extremadamente pobres, el 58,2% presentaron patologías crónicas y el 49,8% con patologías no crónicas nunca tratadas, lo que llevó a los centros de salud a mejorar el acceso a la atención e iniciar intervenciones sanitarias para la mejora y control de patologías según MAIS -BFC, mediante atenciones intra y extramurales, acción intersectorial y multisectorial integral, participación social, logrando el acercamiento con la comunidad, familia y persona, y mejorando las condiciones de vida de los afectados (12).

Beltrán M. (Lima, 2019), en su estudio con respecto al RF evaluado en una comunidad a cargo de un puesto de salud con implementación del MAIS -BFC, muestra que un 50% de las familias son amenazadas, el 26.9% con riesgo alto y 23.2% con riesgo bajo. Concluyendo que, la poca efectividad de MAIS – BFC en el centro de salud, se debe a que, el equipo de salud no desarrolla intervenciones en familia y comunidad para disminuir el riesgo familiar (17).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Modelo de atención de salud basado en familia y comunidad

El MAIS BFC promueve el aseguramiento universal, descentralización en salud y el fortalecimiento del primer nivel de atención. Este último es considerado como un área de gran importancia y por eso es inevitable su fortalecimiento, pues en ella se dan los vínculos entre comunidad y sectores sociales para abordar de manera adecuada los determinantes de salud, los cuales afectan de manera directa el estado de salud de

la población; todas estas acciones se ejecutan a través del modelo de salud basado en familia y comunidad (20, 64).

El MAIS corresponde al conjunto de acciones que contribuyen a la atención eficiente, eficaz y oportuna, cuyo centro son las personas y sus necesidades en salud, que son consideradas en su integralidad física y mental como miembros pertenecientes a familias y comunidades en constante adaptación e integración a medios físicos, sociales y culturales. (64) El MAIS está basado en siete principios fundamentales: integralidad, universalidad, calidad, correspondencia, equidad, solidaridad y eficiencia; y desde estos emergen cinco ejes de acción: derechos humanos, promoción de salud, prevención de enfermedades, enfoque de salud familiar, enfoque de equidad de género, interculturalidad y territorialidad (61, 62, 64)

Este modelo es un sistema organizado de prácticas con enfoque biopsicosocial, encaminado a la población sana y enferma, con ayuda de actividades preventivo-promocionales de carácter integral, familiar y comunitario, para mejorar la calidad de salud y el acceso a la atención integral de salud. Este modelo es de aplicación nacional y en establecimientos de salud públicos, privados y mixtos (12, 20,61).

Los determinantes de la salud son descritos en el informe Lalonde (1974) (la biología humana, el estilo de vida, el medioambiente, y el sistema de atención de salud), actualmente son conocidos como determinantes sociales, determinantes biológicos, ambientales y conductuales, y es indiscutible su rol en el estudio de la realidad sanitaria poblacional (20, 61). Estos determinantes explican que la salud y la enfermedad se encuentran estrechamente relacionados por componentes biológicos, psicológicos y sociales, de tal manera que, la interacción del individuo con su medio y recursos, condicionan su bienestar en salud; además, es condicionada por el desarrollo histórico de cada sociedad. Por ello, la salud poblacional y familiar se halla definida por los determinantes de la salud que influyen en la salud individual. Además, los determinantes de la salud sostienen que las condiciones sociales (pobreza, discriminación, tipo de vivienda, inseguridad, trabajo, alimentación, alfabetismo, etc.) en las que las personas viven, crecen y se desarrollan, influyen en la probabilidad de poseer una buena salud, puesto que estas son determinantes de la mayor parte de las enfermedades, muertes y desigualdades en salud entre países y dentro de un mismo país (53, 54).

Los espacios objetivos de este modelo son la persona, la familia y la comunidad; y las situaciones objetivas son las necesidades de salud y los determinantes de salud, por ello se configura los siguientes ejes de atención: el eje de atención de las necesidades, el cual comprende las intervenciones de salud de acuerdo a los espacios objetivos, teniendo así, los paquetes de atención integral a la persona por etapa de vida, el paquete de atención integral a la familia por etapas del ciclo familiar y el paquete de intervenciones en la comunidad, orientada a los diferentes escenarios que conforman a esta; y el eje de los determinantes sociales de la salud, que se apoya de la intersectorialidad, la participación ciudadana, individual y colectiva, y el diseño de políticas dadas por el gobierno nacional, los gobiernos regionales y locales a través de la articulación intergubernamental con la sociedad civil y la participación ciudadana. Los cuales para un pertinente actuar y desenvolvimiento se entrelazan a los componentes de MAIS BFC (62, 63), los cuales son:

- **Componente gestión:** definido por profesionales de salud que respondan y contribuyan a la aplicación del modelo en los diferentes espacios objetivos, teniendo en cuenta la territorialidad, lo que se traduce en un planeamiento estratégico integrado por el agente sanitario y autoridades locales (agente comunitario) con participación colectiva y el desarrollo de instrumentos con monitoreo, supervisión, evaluación y vigilancia ciudadana; la promoción y fortalecimiento de consejos regionales y locales sanitarios para la mejora de roles y funciones en agentes sanitarios y locales; la implementación de planes estratégicos para la adecuada atención en salud y desarrollo social con participación de actores locales; gestión adecuada de productos sanitarios garantizando acceso a medicamentos seguros; el desarrollo de información oportuna clave en la toma de decisiones, y aumento de la capacidad resolutive; infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud (20, 62).
- **Componente Organización:** donde el conjunto de instituciones prestadoras de salud es categorizado, registrado y acreditado por criterios de complementariedad e integralidad con respecto a la atención de la población, y tienen como objetivo cumplir los principios y valores del modelo de salud. En tal sentido que cada gobierno, ya sea nacional, regional o local se integrará con las instituciones de salud para una red funcional de atención que esté orientada a la atención integral de familia y comunidad (12, 20, 62).

- **Componente prestación:** en él se desarrolla el programa de salud familiar y comunitario, el cual está conformado por el conjunto de intervenciones y actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, realizada por equipos de salud en colaboración de agentes comunitarios de salud y otros actores sociales en necesidad de mejorar la salud de los espacios y situaciones objetivas; desarrollando los paquetes de atención integral dirigidos a la persona, familia y comunidad, a través de la agregación de formatos aptos para la evaluación oportuna de atención intramural y extramural, donde son de suma importancia la vigilancia ciudadana, las relaciones de los establecimientos de salud con actores y líderes locales (12, 20,62).
- **Componente financiamiento:** es el que asegura las prestaciones de salud preventiva promocionales mediante la cooperación técnica financiera en la implementación de MAIS BFC (12, 20, 62).

2.2.1.1. Programa de salud basado en familia y comunidad:

El MAIS requiere de un programa de salud en el marco organizativo, para que las operaciones que se realizan con el fin de ofrecer atención en salud se acomoden a los objetivos que este promueve. Así que, la clave es programar intervenciones, pertinentes con atención integral e incluyente bajo un enfoque de derecho a la salud, y habría que agregar mínimamente un enfoque intercultural y de género (62).

Entonces, la propuesta es trabajar en el Primer Nivel a partir de tres programas de atención: individual, familiar y comunitario, que permitan mantener con horizontalidad las intervenciones de las distintas Estrategias Nacionales de Salud, respetando la división actual de Etapas de Vida y las prioridades nacionales, pero realizando un nivel de reordenamiento y re priorización para la atención integral y potenciar la eficiencia y eficacia de los equipos locales de salud (62).

- Programa individual: con el objetivo de progresar en la resolución de los problemas y riesgos de los individuos, a través de acciones sanitarias de carácter preventivo, promocional, curativo, recuperativo y de rehabilitación; puesto que cada individuo reúne características de distinta índole, que requieren detección de los problemas de salud a los que se encuentran sometidos o propensos (62).

- Programa familiar: con el objetivo de fortalecer la familia para proteger a sus integrantes, promover la participación de la familia en los espacios comunitarios y desarrollar acciones preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación, desde las lógicas socioculturales y modelos explicativos que tienen las familias sobre la salud; puesto que, la familia es un espacio estratégico, es ahí donde se realizan las principales acciones de atención en salud (autoatención), y donde pueden identificarse las condiciones de vida que modelan la salud/enfermedad (62).
- Programa comunitario: con el objetivo de transformar los determinantes – condicionantes y riesgos de la salud de una población, mediante el empoderamiento comunitario basado en la organización, participación y aumento de las capacidades de la familia, grupos y redes, para realizar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos; puesto que, la comunidad es un espacio dinámico, complejo y heterogéneo compartido. En este nivel, los determinantes y condicionantes de salud muestran características particulares, así también, se definen las principales opciones que tienen a su alcance las familias y los individuos (62).

2.2.1.2. Atención integral familiar

La familia en este modelo de salud es considerada como un foco importante de intervención pues es la encargada del desarrollo y crecimiento del individuo en todas sus áreas, por ello en atención integral de salud a la familia se brinda la provisión continua de procesos y acciones orientados en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, para un conveniente funcionamiento familiar y desarrollo pleno de sus integrantes. Las intervenciones en familia se realizan mediante la oferta del paquete de atención integral de salud de acuerdo al ciclo vital de la familia y según necesidades identificadas. Para ello se llevará a cabo el proceso de la elaboración del diagnóstico familiar mediante la identificación de tipo de familia y ciclo vital familiar; identificación de redes de apoyo familiar; identificación de necesidades de salud; determinación de riesgo familiar; elaboración del plan de atención integral familiar (PAIFAM); ejecución del plan de salud familiar; monitoreo; evaluación e implementación participativa del plan de salud familiar; captación y referencia de casos individuales y de familia con disfunción de la unidad (20, 62).

Paquete de atención integral familiar (PAIFAM)

A. Con población asignada

a. Atención integral individual:

Se brinda el paquete de atención individual de cada integrante de la familia, vigilando su cumplimiento de acuerdo a la etapa de vida (20).

b. Atención integral familiar:

- Valoración familiar: donde se identifica el tipo de familia, identificación del ciclo familiar, dinámica y funcionamiento familiar, identificación de las redes de apoyo a la familia y la determinación del riesgo familiar (Alto, Mediano o Bajo riesgo) (20).
- Identificación de las necesidades de desarrollo : promoviendo la promoción de la salud, según lo identificado se realizará lo siguiente: consejería anticipatoria al ciclo vital familiar; consejería a la familia para el adecuado funcionamiento de acuerdo con el tipo y ciclo vital en el que se encuentre la familia; consejería familiar para el desarrollo social, con el uso de recursos o redes de apoyo; consejería familiar para el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables; y consejería familiar para desarrollar y mantener una vivienda y entorno saludable (20).
- Identificación de las necesidades de mantenimiento: promoviendo la prevención en salud, se brinda según lo identificado: consejería familiar para desarrollar y fortalecer mecanismos protectores para la prevención de enfermedades o discapacidad (factores de riesgo biológicos o físico identificados); consejería familiar para desarrollar y fortalecer mecanismos protectores para la prevención de problemas psicosociales (factores de riesgo identificados); consejería familiar para la detección o identificación temprana; y referencia oportuna de alguno de sus integrantes con alguna discapacidad (20).
- Identificación de las necesidades derivadas de daño: promoviendo actividades de atención con respecto a recuperación, se brindará según lo identificado, lo siguiente: consejería familiar sobre el rol de la familia ante sus integrantes, y consejería familiar

sobre el rol de la familia ante problemas crónicos (enfermedades no transmisibles, terminales) (20).

- Identificación de las necesidades derivadas de disfunción familiar o discapacidad de sus integrantes: según lo identificado, se brindará consejería sobre el rol de la familia ante problemas de discapacidad en todas sus formas, servicios de intervención temprana, sistemas de captación, rehabilitación basada en comunidad para su integridad e integración social, y referencia de familias con disfunción o discapacidad en todas sus formas a establecimientos de salud de mayor resolución (20).

B. I – 2 con población asignada: se realiza todo lo hecho con población asignada más la atención de las familias según necesidades del ciclo vital familiar y atención de familias con disfunción leve. Las familias con disfunción moderada, severa o problemas de discapacidad de sus integrantes en todas sus formas, se derivarán a establecimiento con mayor resolución (20).

C. I - 3 y I - 4 con población asignada: se realizará todo lo descrito en población asignada y I-2 con población asignada más la atención de familias con disfunción leve y/o moderada. Familias con disfunción severa, con problemas de discapacidad de sus integrantes en todas sus formas, serán derivadas a un establecimiento de salud con mayor resolución (20).

D. II Y III: se cumplirá la atención de familias con disfunción severa brindando terapia familiar y manejo especializado de problemas agudos, crónicos o de discapacidad de sus integrantes en todas sus formas (20).

2.2.1.3. Implementación del Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en Cajamarca

Respondiendo al fortalecimiento de MAIS FBC en la región de Cajamarca, se instruyen procedimientos mediante la directiva administrativa N°001-2017- MAIS-BFC, el cual mejora el trabajo de los establecimientos de primer nivel de atención, estandariza metodologías, organiza los servicios de salud y mejora la prestación de los servicios con el fin de adecuar y mejorar la implementación del modelo de salud (22).

Una de las características que rige este modelo es ocuparse de la atención primaria en salud entorno a la familia, siendo el objeto de atención principal, en el cual participa el equipo básico de familia promoviendo actividades de promoción y prevención de la salud, en forma organizada con los servicios de salud y comunidad, para un adecuado cuidado de salud y responsabilidad de esta, en la familia (22).

2.2.1.3.1. Proceso de atención integral en familia

El MAIS – BFC incluye la atención integral en salud basada en intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, suministradas de forma integral, integrada y continua por el establecimiento de salud a los espacios objetivos de intervención (la persona, familia y comunidad) (22).

Las intervenciones en familia están compuestas por trabajos del equipo sanitario y actores locales, basados en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según necesidades identificadas en los integrantes y grupo familiar, logrando el desarrollo y funcionamiento adecuado de la familia (12, 22).

Para ello se lleva a cabo los siguientes procesos:

- a) Mapeo: representación gráfica de la identificación y ubicación de las viviendas, familias, gestantes, niños y otros grupos en riesgo, también de instituciones y otros actores de un ámbito territorial, que debe estar publicada en el establecimiento de salud (12, 22).
- b) Sectorización: estrategia para la implementación del MAIS-BFC, consiste en delimitar un determinado ámbito geográfico por sectores o zonas, con la finalidad de vigilar la salud de la población, asignar responsabilidad al personal de salud, agente comunitario o actores sociales, y operativizar el sistema de vigilancia comunal (22).
- c) Agentes comunitarios: son líderes sociales escogidos por la comunidad, que en coordinación con el personal de salud realizan acciones voluntarias relacionadas con la promoción de la salud y prevención de enfermedades (33).
- d) Sensibilización: fase donde se da a conocer el modelo de salud basado en familia y comunidad, informando los objetivos y resultados que se espera alcanzar,

- promoviendo así el compromiso y participación de actores sociales como, las familias, los agentes comunitarios en salud, las autoridades, los líderes y otros (12, 33).
- e) Censo comunal: instrumento que permite acopiar y sistematizar la información básica sobre la situación social y sanitaria de la comunidad en general y de las familias en particular. Consiste en el empadronamiento de todos y cada uno de los pobladores de una comunidad y/o sector, y se realiza en coordinación con los diferentes actores sociales de la comunidad (12,22).
 - f) Aplicación de ficha Familiar: es un instrumento de registro, diagnóstico y seguimiento que proporciona información sobre las condiciones de salud de las personas, las familias, su ambiente y de las acciones realizadas por el personal de salud. La evaluación es en forma integral y reconoce problemas crónicos o de discapacidades no diagnosticadas en la consulta médica que se realiza en las unidades operativas (12, 22).
 - g) Diagnóstico: se realiza a partir de la valoración familiar llenada en fichas familiares, se realiza el “diagnóstico familiar”, el que identifica el riesgo familiar, comportamientos de riesgo, disfunción familiar, necesidades y problemas de salud individuales por etapa de vida y ciclo familiar vital. Este análisis sirve para construir en forma participativa el plan familiar (12,33).
 - h) Plan de intervención familiar: elaboración de un plan de atenciones intramural y extramurales en salud, y atenciones en prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de salud, para la solución de necesidades y problemas de salud que respondan a los diagnósticos hallados. Se tiene en cuenta el cumplimiento de los paquetes integrales personales por etapa de vida y el paquete integral familiar (12,22).
 - i) Prestaciones de salud, son llevadas a cabo por:
 - a. Organización de servicio: es el diseño y fijación de las estructuras, procesos, funciones, responsabilidades, métodos y técnicas que ayuden a simplificar el trabajo, con el propósito de obtener la maximización de los recursos materiales, financieros, tecnológicos y humanos para la atención intramural y extramural (12, 22).

- b. Atención extramural: atención integral de salud que brinda el personal de salud a la persona, familia y comunidad, fuera del establecimiento, según competencias y nivel de complejidad a través de la visita domiciliaria, visitas a escuelas, organizaciones comunitarias y otros ámbitos que convoquen familias de manera participativa para cubrir sus necesidades de salud (22).
- c. Atención intramural: atención integral de salud que brinda el personal de salud a la persona y familia, dentro del establecimiento, según sus competencias y nivel de complejidad a través de las unidades productoras de servicios para cubrir sus necesidades de salud (22).
- j) Vigilancia ciudadana: un componente de cooperación mediante el cual los ciudadanos y ciudadanas intervienen en el cumplimiento del plan, con el fin de contribuir y mejorar el seguimiento y cumplimiento de acciones por parte del personal de salud y familias (22).
- k) Ejecución del modelo: se toma en cuenta las acciones propuestas en el plan de intervención familiar de acuerdo los diagnósticos encontrados, los cuales serán realizados con responsabilidad diferenciada en familia y la actuación de vigilancia comunitaria y personal de salud encargado del sector, los que verifican que el plan se cumpla y que los usuarios mejoren su salud (33).
- l) Seguimiento, monitoreo y vigilancia: se da en todo el proceso de implementación del modelo, mediante el personal de salud y la vigilancia ciudadana, los cuales buscan el cambio de mejora en salud de las familias (12,33).

2.2.1.3.2 Organización y prestación extramural

Aquellas funciones e intervenciones brindadas de acuerdo a la implementación de MAIS BFC (22):

- Funciones del sectorista:

- El censo comunal donde realiza: mapeo, censo, valoración familiar, información por grupos poblacionales y calificación de riesgo individual y familiar (22).

- Elaboración y prestación del diagnóstico y plan comunal, a partir del cual informa a la población y prioriza familias con riesgo, para socializar alternativas de solución viables y el cumplimiento de estas, registrándose en el libro del sectorista y HIS (22).
- Visitas domiciliarias: según la aplicación de la ficha familiar se identificarán necesidades de salud, por las cuales se elaborarán un plan de atención familiar y cumplimiento del paquete de atención integral de familia, revisión de instrumentos de registro y seguimiento para guardia comunitaria, y actualización frecuente; se realizará 3 visitas anuales mínimas a cada familia para solucionar necesidades de salud identificadas, se realizará referencia según el caso encontrado en la visita domiciliaria, se brindará consejería de acuerdo a riesgos detectados, se establecerá acuerdos y compromisos con la familia de acuerdo al plan familiar, y las actividades realizadas se registrarán en ficha familiar, FUA, HIS y libro del sectorista (22).
- Sesiones demostrativas y educativas: se convoca a la población, y con mayor prioridad a madres gestantes, lactantes y niños menores de 3 años y población en riesgo para sesiones demostrativas o educativas, afianzando conocimientos en alimentación, nutrición y lavado de manos; se realizarán informes de las sesiones realizadas y también se registrarán en FAC, HIS y libro de sectorista (22).
- Intervenciones en la vivienda: se promoverá el ordenamiento y mejoramiento de la vivienda, se inspeccionará la calidad de agua, sal, letrinas y eliminación de residuos sólidos, se promoverá huertos familiares y se registrará todas las actividades realizadas según convenga en FAC, HIS y libro de sectorista (22).

2.2.1.3.2 Equipo básico de salud familiar y comunitaria (EBS-FC)

Los EBS-FC, según MAIS están compuestos por profesionales de medicina humana, enfermería, obstetricia y técnicos de enfermería, ubicados en los establecimientos de salud con población asignada categoría I-3; y otros profesionales de la salud como pediatras, ginecólogos, nutricionistas, psicólogos, entre otros, deberán estar integrados al equipo de salud para que desarrollen acciones de mayor complejidad. Cada EBS FC debe adscribirse a un territorio y a un número determinado de familias (500-800 familias).

La formación de EBS FC requiere promover la especialización de los equipos a través del desarrollo de PROFAM, fortalecer las capacidades de los EBS FC para la implementación del MAIS-BFC y el PEAS, mediante la estrategia de educación permanente en salud de acuerdo con las necesidades identificadas; ya que, son los encargados de elaborar, ejecutar, monitorear y evaluar el PAIFAM (22).

Los equipos básicos de salud requieren de otros actores importantes como el Agente Comunitario de Salud (ACS), el cual forma parte de la estructura organizativa de su comunidad, depende directamente de ella, mantiene relaciones funcionales con las autoridades según el ámbito, y recibe asesoría y capacitación del personal de salud (22).

2.2.2. Aportes relacionados a MAIS

Álvarez Vidal (2011) (8) refiere que, el Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS – FCI) encarga responsabilidades del cuidado de la salud en el individuo, la familia y la comunidad, buscando formar generaciones con prácticas y estilos de vida saludables. Este modelo comprende un conjunto de sistemas, procesos y acciones que permiten renovar la oferta sanitaria cubriendo así las necesidades de salud. Para poder desarrollar el MAIS – FCI se describen intervenciones, por medio de procesos:

Primer proceso:

- Formación de equipos básicos de salud (EBAS), los cuales están integrados por un médico, enfermera, obstetra, auxiliar en enfermería, odontólogo y actores sociales, quienes contarán con herramientas básicas para las atenciones (mochila, tablero, fichas familiares, diarios, libro de sectorista, etc.) (8).
- Luego se procederá a realizar el mapeo y sectorización, y después la identificación de familias.

Segundo proceso:

- Se desarrolla la preparación y socialización del proyecto, iniciando por visitas domiciliarias donde se da el llenado de fichas familiares y calificación de riesgo familiar (leve, moderado y grave) (8).

Tercer proceso:

- Luego en conjunto de la comunidad y personal sanitario, según los diagnósticos identificados se llevará a cabo la elaboración de un plan estratégico y perfil epidemiológico, donde participará la comunidad y actores locales (8).

Cuarto proceso:

En los ejes del programa de salud basado en familia y comunidad

- Los EBAS realizan la atención integral por ciclos de vida y ciclo vital familiar, mediante el uso de registro y seguimiento de la ficha familiar (8).
- Se realizan atenciones de promoción y prevención (orientaciones, sesiones educativas, atenciones intra y extra murales) según indicadores de diagnósticos.

En promoción se llevan a cabo las actividades de orientaciones, sesiones educativas según necesidades identificadas, y en prevención se desarrolla fundamentalmente atenciones en inmunizaciones, planificación familiar, control del niño y atención prenatal (8).

Por otro lado, Romero Bedoya (2016) (43) describe que el MAIS es el conjunto de estrategias, herramientas, pautas, acciones y recursos, que al integrarse responde a problemas y necesidades de salud de persona, familia y comunidad. El actúa mediante la atención extramural proporcionada por el establecimiento de primer nivel de salud, con el objetivo de orientar la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar y comunitario, implementando así estrategias y acciones en promoción y prevención de la salud, participación ciudadana y coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de salud (43).

Realizando en primera instancia la atención domiciliaria que permitirá la identificación de riesgos individuales y familiares, los cuales permitirán la implementación de planes de atención como: visitas domiciliarias, aplicación de la ficha familiar y elaboración de plan de intervención. La visita domiciliaria permite brindar cuidados según la enfermedad y riesgo que presente el integrante de familia y grupo familiar, con completo seguimiento y evaluación. Las etapas que sigue la visita domiciliaria son:

preparación de la visita, presentación de domicilio, valoración familiar, planificación de atenciones, ejecución de atenciones, evaluación de la visita, y su registro. La ficha familiar es un complemento de la historia clínica familiar que permite medir las condiciones de vida y los determinantes sociales de salud, el cual es aplicado en coordinación de líderes sociales y familias (43).

Y Rivera Núñez (2014) (7) refiere que MAIS – FCI precisa la interacción entre los actores sociales, equipos de salud y comunidad para poder desarrollar acciones que solucionen a las necesidades y problemas de salud de la comunidad, de tal manera que genere la mejora de calidad de vida en individuos y familia; también menciona que la provisión de los servicios de salud se da mediante:

- Atención intramural: realizada en el puesto de salud de acuerdo a las etapas de la vida mediante acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación (7).
- Atención extramural: donde los prestadores de salud realizan la organización comunitaria promoviendo la actuación de líderes sociales para el trabajo de en problemas prioritarios de salud, identifican riesgos familiares e individuales por los cuales implementan planes de atención, realizan actividades de promoción en salud, y realizan evaluaciones continuas para crear medidas epidemiológicas oportunas (7).

Y que las estrategias y herramientas para brindar esta provisión de servicios son:

- Visita familiar: es una estrategia que permite al prestador de salud el encuentro y acercamiento con el individuo, la familia y la comunidad, lo que permite la valoración del individuo y familia para la elaboración del plan de intervención en los problemas biológicos, psicológicos, sociales y ambientales identificados.

En la visita domiciliaria se realizan las siguientes actividades: diagnóstico de riesgos para la salud, planificación de actividades terapéuticas y de rehabilitaciones, estudio de los riesgos en el entorno familiar, evaluación de la organización y función familiar, evaluación de apoyos necesarios para llevar a cabo las actividades, realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de los integrantes de la familia y del grupo, examen integral de cada persona independientemente de su estado de salud abordando al individuo y familia de forma biológica, psicológica

y social, brindar promoción de salud mediante procedimientos y acciones educativas, y por último el seguimiento como uno de los procesos de continuidad (7).

- Ficha familiar: es un instrumento de registro, diagnóstico y seguimiento que facilita información básica de las condiciones de salud de las personas, las familias, su ambiente, y de las acciones realizadas por el personal de salud (7).

2.2.3. Modelo de atención integral en salud en algunos países de América latina

2.2.3.3. Ecuador

El ministerio de salud pública del Ecuador, en el año 2008, decreta la política del modelo de atención integral familiar, comunitario e intercultural con el fin de priorizar los espacios de persona, familia y comunidad y a la vez como responsables del cuidado de la salud. Este modelo comprende un conjunto de procesos y acciones que permitirán mejorar las prestaciones sanitarias, mediante la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (15,16).

El modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas, que al complementarse organiza el sistema nacional de salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud. Por lo tanto, este modelo define el actuar de los actores del sector público y privado, los establecimientos de salud y la comunidad en forma conjunta, que brinden soluciones adecuadas a las necesidades de salud de la población. Los aspectos a trabajar con eficiencia son las intervenciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación (promoviendo la integralidad en salud), centrando la atención en la persona y familia, de acuerdo al ciclo vital y la interacción con su medio social y cultural donde se desarrollan (14).

Los principios en que se rige el modelo de atención integral bajo el enfoque de salud familiar son: a) centrado en las personas, fijado en las necesidades y expectativas de salud de la población y de cada individuo; b) integralidad, que es la comprensión multidimensional de los problemas en salud de la población, promoviendo la promoción, prevención, curación y rehabilitación; y c) continuidad del cuidado, que es

la serie de atenciones brindadas a la población con respecto al cuidado de salud, que son conectados entre sí. Estos principios permiten la efectividad del modelo mediante el rol de la familia, que requiere discusión continua entre la población y profesionales de salud (15).

El enfoque de salud familiar tiene como aspectos éticos el acceso y cobertura universal, atención integral e integrada, atención apropiada, orientación familiar y comunitaria, mecanismos activos de participación, políticas y modelos que estimulan la equidad, los cuales permiten establecer la atención integral, para mejorar riesgos, condiciones sociales, económicas y ambientales, subyacentes que influyen en la salud (15).

Los componentes de este modelo son: provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento, de los cuales el más resaltante en salud familiar es el componente de provisión de servicios de salud, los cuales garantizan la oferta de servicios con continuidad de atención respondiendo así a las necesidades de la familia en su ciclo vital (14).

La atención familiar es esencial en el cuidado de la salud, pues la familia es un espacio vulnerable que infringe daños y riesgos en los integrantes, es por ello que el personal de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo en cada uno de los integrantes de la familia y del grupo, para poder brindar una atención integral, promoviendo prevención y promoción de la salud en conjunto de un equipo de apoyo y seguimiento. Esta atención familiar es llevada prioritariamente a nivel extramural, la cual es establecida en el primer nivel de atención (15, 14).

El desarrollo de este modelo en salud familiar, se lleva a cabo en cuatro procesos, los cuales son (16):

Primero: en los establecimientos de salud se llevará a cabo la conformación de los equipos básicos de salud (EBAS) los cuales estarán integrados por un médico, enfermera, obstetra, auxiliar de enfermería, odontólogos y líderes de la comunidad, a quienes se les proporcionará los elementos básicos de atención integral (una mochila, set de diagnóstico, tablero, fichas familiares, partes diarios, etc.) con los cuales realizarán la identificación geo-poblacional, identificación de sectores barrios,

manzanas, viviendas y familias; y finalmente la elaboración del diagnóstico de salud (16).

Segundo: donde se preparará el proyecto y la socialización de este a la población, en la etapa de visitas domiciliarias por medio del llenado de la ficha familiar y calificación del riesgo en el que se encuentra la familia (riesgo leve, moderado y grave) (16).

Tercero: se fomenta la participación familiar y comunal en el desarrollo de un plan estratégico con actores sociales y sanitarios (16).

Cuarto: en el cual se lleva a cabo la implementación del sistema de registro y seguimiento de la ficha familiar, mediante unidades de salud para cumplir la atención integral por etapa de vida (16).

Estos procesos dan a través de un conjunto de prestaciones integrales a la familia los cuales son: visita domiciliaria donde se utilizará la ficha familiar, diagnóstico de riesgos para la salud, cuidado y rehabilitación de la salud, planificación de actividades terapéuticas, estudio de riesgos en el contexto familiar y las repercusiones sobre la familia, evaluación de los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad, realizar el diagnóstico para poder decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico-familiar y de las visitas domiciliarias, realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas que conforman la familia con abordaje al individuo de forma biológica, psicológica y socialmente, intervenciones de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales estar o no presente la prescripción de medicamentos de acuerdo a necesidades de salud y seguimiento de la salud por medio de atenciones planificadas como un proceso continuo (14).

2.2.3.4. Brasil

En 1981 se fundó la sociedad brasileña de medicina familiar y comunitaria (SBMFC), la cual no contaba con apoyo del gobierno, pero esto cambió con la creación del modelo de salud en la familia, que fue influenciado por experiencias de medicina familiar y comunitaria en Brasil, que reflejaban el éxito de las intervenciones llevadas a cabo por los equipos y llevaron a implementar más modelos semejantes a este; sin embargo, el financiamiento fallaba y las prestaciones de salud no se adecuaban a la población, lo que supuso en años consecutivos el cambio de financiación en los establecimientos de salud, iniciando así el financiamiento en establecimientos de atención primaria y formulando una estrategia nacional llamada estrategia de salud

familiar (2006), la que representa un gran avance hasta la actualidad en cuanto a la calidad de la salud, y que también aportó en términos de inclusión social para muchas familias (28).

Esta estrategia se desarrolla mediante el accionar de EBS en familias de un territorio definido, este equipo no solo se preocupa por la prevención y promoción de la salud, sino también es responsable de suplir todas las necesidades de la población de la que se encuentra a cargo, además el equipo está conformado por un médico general, un enfermero, un técnico en enfermería y de 4 a 6 agentes comunitarios, los cuales evalúan a cada integrante de familia y al grupo en sí (9).

El proceso que lleva a cabo este equipo, está dado de la siguiente manera: inicialmente se da la captación y adscripción de familias, desarrollada mediante la visita domiciliaria y el trabajo constante y conjunto con instituciones del sector, a partir de este recojo de información se desarrolla un diagnóstico de necesidades y un plan de atención para cada familia, y por último la ejecución de dichas acciones, el seguimiento oportuno y la reformulación del plan, de acuerdo a necesidades de la población. En este trabajo se requiere vigilancia constante de las familias por agentes comunitarios de salud y el personal de enfermería, y a la vez está dotado de atenciones en el trabajo intramural y extramural con todo el equipo de salud, posibilitando gradualmente cerrar brechas entre las necesidades y la respuesta de la estrategia (9).

2.2.4. Riesgo familiar

La expresión riesgo es utilizada en diversos ámbitos de la vida, la cual sugiere la existencia de un daño, que es determinado por acontecimientos y condiciones causales identificables; estos generalmente son de dos tipos, personales y ambientales. Castrejón define riesgo como la magnitud del daño que un grupo de factores de riesgo creará en un lapso de tiempo (25).

Por otro lado, Urbano F. brinda otra definición, a partir de Amaya (2000), mencionando que el riesgo es el acrecentamiento de consecuencias desfavorables por la presencia de uno o más factores; de este modo, el riesgo es una medida de la probabilidad estadística de un evento. En el 2005, Amaya refiere que los riesgos se relacionan siendo de diferentes categorías y posibilidades en el momento de la valoración, y Pita, Vila y Carpente (1997) quienes siguieron la definición de Lilienfeld y Stolley, refieren

lo mismo, añadiendo que el riesgo es asociado a la vulnerabilidad, quien es generada por ciertas peculiaridades de tipo genético, ambiental, biológico y psicosocial que operando por sí solos o entre sí desatan el proceso conllevado al riesgo (36, 41).

A la vez, Urbano F. (2011) (41) también refiere que es la posibilidad de efectos negativos familiares causados por factores presentados en el momento de la valoración. Contreras L. (2007) (34) indica que el riesgo familiar es la apreciación y tipificación sobre el grado de vulnerabilidad, en base a factores de riesgo y factores protectores. Además, Backet, Davies y Petros Barvazain, en 1984, definen al riesgo como un factor, el cual es comprobable y confirmable en un grupo de personas que se relacionan y se encuentran afectadas por procesos de daño (36).

Entonces al conceptualizar el riesgo familiar encontramos a autores como: Vargas et al (10), que refiere que el riesgo es un rasgo investigado en la prevención de enfermedades, por lo que es sumamente importante atender al riesgo en el contexto de la salud para poder tomar medidas preventivas. Así mismo, Pérez (13) sustenta que el riesgo es el aumento de probabilidades de acarrear consigo consecuencias adversas, lo que significa que la aparición de una de ellas, precisan el factor de riesgo como un aspecto deducible del sujeto o grupo familiar, que se perciben como asociadas con la probabilidad de desarrollar o fundamentalmente se hallan afectados de forma negativa a un transcurso patológico.

A la vez, Clemen-Stone, Eigsti y McGuire (29), refieren que “una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus experiencias diarias y soporte de los servicios de salud, mantenga vigilados y controlados los riesgos individuales y familiares, usando medidas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; y Soto (13), define que el riesgo familiar es la función de ciertos parámetros que se desarrollan en la familia, los cuales comprometen a los integrantes que la conforman, ya que, acarrea como resultados riesgos en lo biológico, ambiental, modo de vida familiar y la disponibilidad de salud. Respecto a lo presentado podemos mencionar que el riesgo familiar es estudiado para la prevención de enfermedades y promoción de la salud, pues este es consecuencia de probabilidades que abarca cada integrante o grupo familiar de forma cotidiana para afectarlos de negativamente, trayendo un transcurso patológico para la familia en diferentes ámbitos (biológico, ambiental, psicológicos, económicos, en los servicios de salud), por ello los servicios de salud necesitan controlarlos como medida de prevención.

2.2.4.1. Enfoque riesgo

Medina V, Alcántra V, et al. (2000) (38), refiere que, los problemas de salud deben observarse individualmente, ya que, no todos los grupos o personas poseen el mismo problema, por ello al trabajar con el enfoque en riesgo es realmente llegar a los grupos en riesgo y a individuos que lo padecen y que realmente lo necesiten, y Urbano F. (2011) (41) señala que este enfoque permite planificar y organizar medidas tanto colectivas como individuales para mejorar la salud, determinando prioridades en salud. También refiere, que el enfoque en riesgo permite medir aspectos de cómo un factor influye sobre un daño específico, dejando así que el profesional de salud pueda reconocer y comprender los factores de riesgo a los que están expuestas las familias y sus integrantes.

2.2.4.2. Factor de riesgo

La OMS (2021) (25), define a factor de riesgo como una característica o rasgo que aumenta la posibilidad de que un individuo padezca una enfermedad o lesión; tal como lo señalan el instituto nacional de cáncer (NIH) (26) y la Junta de Andalucía (2004) (25). Entre los factores de riesgo más significativos para la OMS se tiene: las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de tabaco y alcohol, la hipertensión, la insalubridad del agua, las carencias del saneamiento y la falta de higiene (25); por otro lado, ENDES al igual que Amaya, sostienen que los factores que más afectan a la familia son condiciones de vivienda e ingresos económicos, pues poseen mayor influencia en la salud, guardando una íntima relación con el nivel socioeconómico y este con las condiciones de las viviendas (27).

Así mismo, Krauskopf (2002) (27), menciona que la sociedad actual promueve riesgos de manera consciente, en lugar de contrarrestarlos, y Pons y Buelga (2011) (27) instan que los factores de riesgo familiares, personales y ambientales, al relacionarse entre sí trascienden en la conducta de la persona.

Con respecto a la clasificación de los factores de riesgo, según Amaya, la cual cita a Clemencia Stone, Eigsti, y McGuire (30), los divide en 3 categorías: las características biológicas o hereditarias; los factores físicos, sociales, familiares, económicos, y ambientales y los patrones de comportamiento y estilo de vida; además Amaya asegura que los factores de riesgos presentados en cada familia pueden ayudar a

mejorar la salud por medio de la prevención (30). Otros autores indican que, los factores de riesgo se dividen en dos: los factores de riesgo biológico entre los cuales tenemos el sobrepeso, desnutrición, hipertensión arterial, hiperlipidemia, actividad sedentaria, cáncer, enfermedades de transmisión sexual, adicciones, enfermedades visuales, adicciones, asma, no planificación familiar, embarazo adolescente, entre otras; y los factores de riesgo psicosocial donde se tiene al problemas asociados a la economía (subempleo, desempleo, sueldo mínimo, deudas), integrantes de la familia en estado de discapacidad, problemas conyugales (separación y divorcio), familias monoparentales, Violencia intrafamiliar, bajo rendimiento escolar, conductas de riesgo (agresividad, hiperactividad, timidez, etc.) (29). Y con respecto a los factores de riesgo familiar algunos autores señalan: enfermedades físicas (diabetes, cáncer, sobrepeso, etc.), factores psicosociales (problema económico, separación, violencia intrafamiliar), ausencia de prevención de la enfermedad y sostenimiento de una buena salud (vacunación, planificación familiar, etc.) (29).

Medina V, Alcántra V, et al. (2000) (38), considera que el factor de riesgo es una característica de índole personal, familiar o ambiental, y su presencia aumenta las posibilidades de enfermar. Por su parte, Contreras L. (2007) (34), refiere que son características biológicas, psicológicas, conductuales o sociales causantes de daños en la salud tanto personal como familiar, los cuales clasifica de la siguiente forma:

Factores de riesgos menores: donde pertenecen centros de contaminación, patologías crónicas, graves y terminales, inconveniente saneamiento básico, insatisfacción laboral, sobrecarga laboral y nivel de endeudamiento mayor al 30% del ingreso familiar (34).

Factores de riesgos intermedios: conformado por características como, cesantía temporal, ausencia de alguno de los padres, vivienda inadecuada, hacinamiento, discapacidad, enfermedad terminal, duelo menor a 6 meses y enfermedad grave reciente (34).

Factores de riesgo mayores: donde se encuentran las siguientes características, pobreza extrema, analfabetismo, desempleo, unión inestable de pareja, patología psiquiátrica, promiscuidad, autoritarismo por un solo padre (34).

Asimismo, Ugarte (1999) (35) refiere que la presencia o ausencia de los factores de riesgo varían la posibilidad de presentar alguna enfermedad, estos factores están conformados por circunstancias de naturaleza biológica, psicológica o social; mientras que García (2012) (35), menciona que los factores de riesgo son variables que acrecientan la posibilidad de producir problemas en el desarrollo en los niños y adolescentes.

Por último, se tiene a Hein (2004) (35) quien propuso una clasificación de los factores de riesgo, los cuales responden a 6 ámbitos, los cuales son:

Factores de riesgo individuales: son atributos individuales que provocan problemas de relación con el entorno, los cuales pueden ser: baja capacidad de resolución de conflictos, actitudes y valores propicios hacia conductas de riesgo, trastornos de aprendizaje, baja tolerancia a la frustración, pobre desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias y reducida capacidad de manejo del control interno (35).

Factores de riesgo familiares: Deza en el año 2015 señala que la estructura y funcionalidad familiar pueden ser factores de riesgo para los integrantes de la familia (35).

- Factores de riesgo en la estructura familiar: García (2012) y Becedóniz, Rodríguez, Herrero, Paíno, & Chan (2005), mencionan que las familias monoparentales y familias en periodo de divorcio, afectan al desarrollo de los niños provocando en ellos conductas de riesgo y conductas disociales. Y en familias extendidas, se encuentra en la mayoría de casos el hacinamiento, falta de límites o límites demasiado rígidos, falta de recursos de apoyo intra y extrafamiliares, legados intergeneracionales inexistentes (35).

- Factores de riesgo en el funcionamiento familiar: García, 2012, refiere que este factor está relacionado con la convivencia y organización de los integrantes de la familia, regulación de límites, roles y el deber mutuo. Cuando estas características fallan se produce: baja cohesión familiar, padres con enfermedad mental, presencia de estilos parentales coercitivos, ambivalentes o permisivos y la pobreza familiar como estresor (35).

- Factores ligados al grupo de pares: Deza (2015) (35), donde el individuo pertenece a un grupo de comportamientos de riesgo al ser rechazado por los pares.
- Factores escolares: Deza (2015) (35) la escuela se convierte en un factor de riesgo cuando los profesores brindan un bajo apoyo, hay sentimiento de alienación, la presencia de compañeros violentos y el bullying escolar.
- Factores socio-comunitarios: Deza (2015) (35), la comunidad influye sobre el desarrollo de la vida de los individuos y familias que la conforman, por ello las actividades que se desarrollen en ella son las que darán los niveles de riesgo a los individuos.
- Factores socioculturales: Kelly (1995) (35), menciona que desde constructos personales y sociales se forman estereotipos que afectan el desarrollo de todos los individuos que conforman la sociedad.

Por otro lado, Strudel y Puentes N. 2000 citado en (García, 2017) (21), clasifican a los factores de riesgo, como: Factores personales de riesgo, que son características que pueden acarrear dificultades de la persona en su relación con el medio que le rodea, desde una vista biológica se habla de enfermedades hereditarias, conductas de riesgos formadas desde el consumo de drogas y consecuencias de comportamientos sexuales no adecuados, y accidentes. Otras conductas de riesgos son producidas por falta de habilidades sociales y estados de vulnerabilidad. Los factores familiares de riesgo. son aquellos que tienen relación directa en la interacción familiar y su influencia en los miembros; entre los cuales destaca el nivel socioeconómico bajo, estructura familiar, funcionamiento familiar, inequidad de roles y déficit de factores protectores que puedan contribuir al aumento de estresores de riesgo internos o externos a la familia. los factores socioculturales de riesgo, se tiene tradiciones, mitos y creencias, pues pueden crear confusiones dentro del sistema familiar.

Reconocer estos factores de riesgo en el sector de salud ayuda a detectar enfermedades, en las cuales se puede brindar un control adecuado y cómodo para la familia y el individuo, también conocer si la enfermedad es genética para así tomar medidas de prevención y promoción en salud oportunas. En el caso de detectar factores de riesgo psicosociales permitirá seleccionar medidas de apoyo e identificar la posible relación existente entre el problema y alteraciones físicas de los integrantes de la familia; además, conocer la ausencia de estos aspectos de prevención en el grupo familiar, permite brindar una educación conveniente y oportuna, ubicando así aquellos miembros de la familia en riesgo y aplicar acciones (29).

2.2.4.3. Teorías sobre el riesgo familiar:

A. Riesgo familiar total

Creado por Amaya (2003) (13, 30); quien sustenta que el RFT forma parte de la posible vulnerabilidad, en la dinámica familiar e individual, lo que significa que no necesariamente se provocará un daño; es decir, que es la probabilidad de presentar algún efecto negativo en el momento de la valoración, ya sea de índole familiar o personal, lo cual repercutirá en lo biopsicosocial, servicios y prácticas de salud.

Además, Amaya (2005) (36, 41) describe que el RFT es la posibilidad de presentar efectos negativos en la salud, organización y función familiar, pueden ser valoradas por medio de la caracterización familiar; y Clemen-Stone, Eigsti y McGuire (1991) (36, 37), señala que el riesgo es reducido y controlado mediante acciones de promoción y prevención de la salud, con el fin de reducir enfermedades, daños y mortalidad. Amaya también indica que, el RFT está influido por características biológicas, físicas, ambientales, psico afectivas, prácticas y servicios de salud y socioeconómicas.

En distintos países latinoamericanos, se está abordando RFT como una herramienta práctica en disciplinas de la salud, para la valoración familiar a partir de las cuales se muestran evidencias científicas para el diseño de programas en salud familiar. Estos estudios en familia contribuyen al conocimiento de la vivencia familiar en el área de salud, estructurando así unas investigaciones importantes en el área de cuidado familiar. Algunos resultados que reflejan los estudios son: La familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos (por su composición y trayectoria de morbi-mortalidad), socioeconómicos, prácticas habituales de salud, psicoafectivos, por el estilo de vida y servicios sociales y de salud (30).

a.1. Dimensiones del riesgo familiar total

Amaya (13, 24), señala que el RFT, está influido por 5 dimensiones, las cuales son:

- Condiciones psicoactivas: es el vínculo afectivo entre los integrantes de la familia, en donde las normas de convivencia se encuentran descompuestas, perdiendo el respeto entre sus integrantes y a la vez repercutiendo en la autoestima de los afectados dando lugar a problemas mentales y problemas conductuales como: bajo

rendimiento escolar, delincuencia, pandillaje, drogadicción, desempleo, etc. (13, 24).

- Servicio y prácticas de salud: esta depende de la accesibilidad que tiene el individuo y la familia a los servicios de salud, los cuales deben impartir la prevención y promoción de la salud en los grupos familiares (13, 24).
- Condiciones de vivienda y vecindad: está relacionado a la disposición, resguardo, infraestructura, higiene y salud medio ambiental de la vivienda y vecindario, los cuales se relacionan directamente con la salud familiar (13, 24).
- Situación socioeconómica: es la solvencia económica de la familia encargada de la educación, vivienda, alimentación, exigencias de salud, recreación, entre otros (13, 24).
- Manejo de menores: la presencia de niños menores de 12 años en una familia, preside vigilancia de riesgos biológicos y psicosociales individuales en los niños e integrantes de la familia (13, 24).

Todas estas dimensiones son medidas a través del instrumento RFT 5-33, el cual define el grado de riesgo (13, 24). Teniendo así según Amaya (03, 30):

Familias con riesgo bajo, caracterizadas por presentar (03, 30):

- Condiciones favorables por su composición en interacciones
- Asumen condiciones de prácticas cotidianas individuales y grupales saludables.
- Las condiciones de vivienda y vecindario son seguras y mantiene vigilancia y control de las amenazas para la salud individual y familiar.
- Tienen el conocimiento y apoyo de los equipos de salud.

Familias amenazadas, las cuales presentan (03, 30):

- Desarmonía y dificultad en el manejo de las menores relacionado con prácticas cotidianas inseguras por su composición e interacciones psicoafectivas.
- Cuentan con un apoyo parcial y subutilizan los servicios de salud.
- Viven en condiciones desfavorables de vivienda y vecindario, lo que facilita la amenaza en salud individual y organización familiar.

Y Familias con alto riesgo, las cuales se distinguen por (03, 30):

- Rebasan las condiciones de la familia amenazada.
- Manifiesta acumulación de determinantes de peligro para la integridad individual y familiar por composiciones e interacciones psicoafectivas adversas o de desarmonía y pérdida de control en los menores.
- Asumen prácticas cotidianas inseguras.
- No tienen acceso a los servicios de salud o no los usan.
- Poseen condiciones desfavorables de vivienda y seguridad para los integrantes y la organización de la familia como unidad.

B. Riesgos para la Salud familiar

Teoría descrita por Anderson D. y Fallin A quienes refieren que, “en la familia se desarrollan, organizan y llevan a cabo los valores de salud, los hábitos de salud y las percepciones de riesgo para la salud” (42, pág. 666). Pues en el entorno familiar se afectan y se manifiestan los comportamientos de salud, además son la base de disponibilidad y accesibilidad se forman los hábitos de salud de la familia desarrollándose del mismo modo las normas y valores comunitarios; de esta forma, el profesional de salud debe entender que, la estructura y funcionamiento familiar, la teoría familiar y los programas de riesgo para la salud son importante para una intervención efectiva y apropiada, de tal modo que el nivel de riesgo sea controlado y reducido (42).

La estimación de los riesgos para la salud familiar demanda varios enfoques como en cualquier evaluación, por lo que, la primera y más importante tarea es conocer a la familia, sus puntos fuertes y sus necesidades, y de ello los riesgos de la salud familiar, a partir de tres focos principales biológicos, ambientales y conductuales, ya que, conocer solo un riesgo a veces no es suficiente para saber la de salud en la que se encuentran (42).

Focos de estudio:

Riesgo biológico: la familia juega un papel importante tanto en el desarrollo como en el manejo de una enfermedad o afección, pues diversas enfermedades tienen un componente familiar que puede explicarse por la genética o los patrones de estilo de vida. Este riesgo es evaluado mediante el genograma, el cual es un dibujo de la

unidad familiar y las enfermedades o condiciones que sufre cada integrante se enumeran y relacionan (42).

Riesgo ambiental: La importancia de los riesgos sociales para la salud en familia está aumentando, pues repercuten en la relación de la familia y la sociedad, además de que muchas de las conductas adoptadas son por el contexto en donde se encuentran viviendo los individuos y la forma en que transmiten su cultura y tradiciones (42).

La evaluación de riesgo ambiental no tiene un instrumento bien definido, pero se cuenta con el mapa el cual representa las interacciones de la familia con las instituciones locales de la comunidad, cuántos años tiene viviendo en la comunidad y patrones de migración, donde la condición económica es la menos valorada, puesto que, no es necesario conocer los ingresos familiares reales sino si las fuentes de la familia acaparan sus necesidades (42).

Riesgo conductual: riesgos de comportamientos o sobre estilos de vida, son aquellos relacionados a los hábitos y comportamientos en salud que contribuyen en mayor porcentaje a las causas de morbilidad y mortalidad en salud. El patrón de hábitos y el comportamiento de salud personal se forman en la familia, y este sule las necesidades de los integrantes de manera más adecuada, pero si no obtiene información precisa en temas de alimentación, ejercicio, crianza, conductas, etc. o no tienen un buen funcionamiento familiar y determinación de roles, esta puede afectar la salud de sus integrantes provocando obesidad, fracaso escolar, violencia, embarazo no deseado, entre otros (42).

Existen distintos instrumentos para valorar los riesgos de la vida de los individuos, hay pocos para evaluar el estilo de vida familiar, sin embargo, con el instrumento de estilo de vida individual se pueden identificar riesgos importantes de acuerdo a la familia y a cada etapa en los cuales se puede abarcar las áreas de salud de promoción, protección y prevención. Para implementar este riesgo es importante tomar en cuenta los recursos disponibles de cada familia (42).

Intervenciones en el riesgo de la salud familiar

La visita familiar es de vital importancia en los profesionales de salud, puesto

que, en ella se puede reducir y controlar el riesgo para la salud familiar promoviendo actividades de promoción y prevención de la salud; para que una visita domiciliaria sea exitosa, se debe tener en cuenta la piedra angular compuesta por: observar, escuchar, cuestionar, sondear e incitar (42).

C. Programa del campo de la salud

Este programa de salud se basa en una red compleja de factores que con su presencia determinan la salud o la enfermedad, de este modo, no se habla de una causa sino del riesgo, como la posibilidad de enfermar, obedeciendo a los factores asociados a ella (38), provocando así que la atención en salud brinde mayor importancia a la biología humana, el medio ambiente, estilo y la organización de la atención de la salud, convirtiéndolos en sus componente; definiendo así, que cualquier problema de salud es causado por uno de ellos o por la combinación de estos (39).

Este análisis permite establecer la importancia relativa de los factores contribuyentes de muchos problemas de salud y las causas básicas, así como la importancia relativa de los diversos factores que contribuyen a ellas (39).

Estos factores pueden ser presentados en 4 grupos (38, 39):

- **Biología humana:** que incluye a factores relacionados con la salud, tanto física como mental (como la genética, herencia, maduración y el envejecimiento), que son parte de la biología fundamental del ser humano, los cuales en relación a otros factores producen grandes problemas de salud que no son ampliamente embargados en la salud.
- **El medio ambiente:** tanto físico, psicológico, fetal y socio cultural, el cual posee factores donde la persona ejerce poco o ningún control, volviéndose perjudiciales para la salud tanto personal como familiar. Un ejemplo sería que el hombre no tiene control sobre la contaminación ambiental, diseminación de enfermedades, pureza e inocuidad de los alimentos y productos adquiridos diariamente, y desde esto el efecto que estos colocan sobre la salud del hombre.
- **Estilos de vida:** siendo el principal factor de riesgo, pues este es autogenerado pues son decisiones tomadas por el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce ciertos niveles de control, como: la alimentación, formación un adecuado

ambiente familiar, prácticas nocivas para la salud, ejercicio, etc. que a largo o corto plazo dañan o mejoran su salud y la salud de quienes lo rodean.

- El sistema de atención de salud, ya que, este programa formula al sistema de atención de la salud como la sociedad organizada que a través de instituciones brinda atenciones preventivas, promocionales, curativas y rehabilitadoras, al individuo y su familia para mejorar de la salud.

2.2.4.4. Importancia de la evaluación del riesgo familiar

Todo individuo, familia y comunidad está expuesto a un cierto grado de daño, pues estos siempre están en contacto con diversos factores de riesgo, tales como. las modificaciones del ciclo vital individual y familiar, el ambiente de desarrollo, el estilo de vida, entre otros; los cuales son expresados como la probabilidad de sufrir un riesgo, el cual es de variada intensidad y puede cuantificarse según instrumentos de apoyo en sus diferentes dimensiones (34).

En la prevención de la salud es fundamental brindar atención destacada a los riesgos, para esto, es necesario iniciar la evaluación y la reducción sistemáticas de sus causas, a partir de los riesgos identificados. Por ello, evaluar la carga de los factores de riesgo ayuda a brindar posibles precauciones, además la evaluación generalmente implica estimar el grado de riesgo de que las personas expuestas corren un riesgo mayor que las personas no expuestas. Se deben tener en cuenta muchos factores en la evaluación al priorizar las estrategias para reducir los riesgos para la salud (5).

La OMS define a la evaluación de riesgos como aquella que evalúa los efectos perjudiciales, conocidos o potenciales resultantes de la exposición humana a diversos factores de riesgo; esta evaluación permite cuantificar la probabilidad de que se produzcan efectos negativos en la salud de la persona, familia y comunidad.

La evaluación es un proceso interactivo que se inicia con la detección de un evento y que continúa hasta el control del evento como tal, y requiere un enfoque interdisciplinario con participación de expertos en el tema según sea el riesgo. Actualmente pocos países proporcionan reseñas para evaluación del riesgo en salud, ya que en la mayoría de los casos no hay datos que permitan hacer esa cuantificación, lo que dificulta una amplia vista de resultados del riesgo en salud (46, 47).

2.2.4.5. Instrumentos para medir el riesgo familiar

A. Ficha familiar brindada por MINSA.

Es el instrumento principal en la aplicación de MAIS BFC, para establecer los determinantes de la salud de la familia y comunidad, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos en salud; esta es actualizada anualmente en cada familia con el fin de dirigir y monitorizar la salud familiar; este documento normativo es reconocido mediante la RM N° 597-2006/MINSA (22).

Este formato también permite la identificación del grupo familiar, así como la definición de riesgos familiares y el seguimiento correspondiente (22).

El contenido mínimo de la ficha es el siguiente (22):

- Identificación Estándar del Establecimiento de Salud
- N° de Ficha Familiar
- Dirección de la vivienda
- Tipo de seguro
- Tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud
- Idioma predominante
- Datos de los miembros de la familia: nombre y apellido, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, seguro médico y movimientos migratorios.
- Familiograma
- Riesgos familiares
- Paquete de atención a la familia (El Programa de Familias y Viviendas Saludables).
- Datos socioeconómicos de la familia
- Datos de vivienda y entorno
- Seguimiento de problemas identificados
- Datos de las visitas domiciliarias integrales

La calificación del riesgo familiar en este instrumento, es dado a partir de la suma de los riesgos identificados individualmente, familiar y de vivienda y entorno, por lo que esta calificación identifica 3 dimensiones (20, 22):

- Riesgos biológicos (calificación de riesgos individuales): donde se evalúa según atenciones y biología de cada etapa de vida, gestante, puérpera y discapacitado. Los ítems de vacunación, nutrición, enfermedades de impacto, gestantes con problemas, y personas con problemas mentales (20, 22).
- Riesgos sanitarios y socio económicos (riesgos según las características de vivienda): comprende las características de la vivienda, eliminación de excretas e higiene de letrina, tenencia de animales, abastecimiento y consumo de agua, número de personas por habitación, disposición de basura, higiene de alimentos, lavado de manos y riesgos del entorno (vectores, pandillaje, etc.) (20,22).
- Riesgos familiares (Riesgo de las funciones básicas de la familia): donde se evalúa las funciones básicas de la familia (cuidado; afecto; reproducción, desarrollo y ejercicio de la sexualidad; socialización; estatus y posición social) y las funciones internas de la familia (comunicación; cohesión - apoyo; adaptabilidad; permeabilidad; armonía y rol) mediante preguntas de afirmación y negación.

Calificación: según los tres ejes mencionados antes se sumarán los puntajes y se tendrá el riesgo a nivel familiar (20,22).

- Bajo riesgo: 1- 4 riesgos.
- Mediano riesgo: de 5 -8.
- Alto riesgo: de 9 riesgo a más.

B. Perfil de riesgo psico social de la familia (PRPF)

Diseñado por Rodríguez G., Camacho, J., Rodrigo M.J., Martín J.C., y Maiquez, M.L. (2006) (40) los cuales refieren que las diferentes circunstancias del riesgo psico social, permiten una valoración sobre la gravedad en que se encuentra la salud familiar e identificar los casos que requieren de atención inmediata. Este instrumento tiene siete sub escalas normalmente, pero en familias monoparentales solo se emplean 6; estas escalas se evalúan mediante las puntuaciones acumulativas del número de factores de riesgo relacionado con las siguientes características:

- Organización familiar y condiciones domésticas (7 indicadores).
- Historia personal y características del padre o cuidador (7 indicadores).
- Historia personal y características de la madre o cuidadora (7 indicadores).
- Características del microsistema familiar (7 indicadores).

- Pautas educativas de riesgo (5 indicadores).
- Redes de apoyo (2 indicadores).
- Adaptación del hijo (7 indicadores).

La suma de estos indicadores medirá el riesgo en los niveles de alto, medio y bajo (40).

2.2.4.6. Implementación y manejo del Programa de atención integral en salud basado en familia y comunidad en el Puesto de Salud Pata.

El puesto de salud Pata Pata trabaja con MAIS FCI desde el año 2014, cuando las historias clínicas individuales se convirtieron en fichas familiares, las cuales agrupan a todos los integrantes de una familia en una sola historia clínica. En aquella ficha del año 2014, se evaluaban los riesgos individuales por etapa de vida, relaciones familiares con las instituciones cercanas, funcionalidad familiar y características de la familia y vivienda, a partir de las cuales se brinda atenciones según los riesgos identificados en el PAIFAM, mediante: atenciones por consulta en el puesto de salud o visitas familiares según lo requerido. Además, se trabajaba de la mano con las autoridades y familias de la comunidad para mejora de salud en toda la población de Pata Pata. La implementación y actualización del programa de salud en la Región de Cajamarca, en el año 2017, se agregó a la ficha familiar la calificación del nivel de riesgo familiar y vigilancia de paquetes por etapa de vida, el cual sigue un trabajo semejante a la ficha del año 2014, con familia, comunidad e individuo. El puesto de salud opta por trabajar con grupos de riesgo como gestante, puérpera y niño menor de 5 años, puesto que la población de la comunidad de Pata Pata, inició una migración y la vez el aumento de nueva población. En donde trabaja esencialmente con atenciones en el puesto de salud y 3 visitas familiares anuales, en las cuales se brinda mayormente consejerías según riesgos identificados y vigilancia de paquetes integrales individuales por etapa de vida.

2.3. Hipótesis

Hi: El programa de salud basado en familia y comunidad disminuye el riesgo familiar, de las familias de la comunidad Pata Pata, Cajamarca 2019 - 2020.

Ho: El programa de salud basado en familia y comunidad no disminuye el riesgo familiar, de las familias de la comunidad Pata Pata, Cajamarca 2019 - 2020.

2.4. Variables

2.4.1. Variable dependiente

Riesgo familiar

2.4.2. Variable independiente

Programa de salud basado en familia y comunidad

2.5. Conceptualización y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Dependiente Riesgo familiar	El Riesgo Familiar: son aquellas posibilidades de que se presenten efectos adversos en un integrante de la familia o en ella misma por parámetros encontrados en el momento de la valoración familiar.	Esta variable es valorada a partir de las calificaciones en riesgo individual, riesgos de funciones básicas de la familia y los riesgos del entorno, que se presentan en la ficha familiar (22) implementada a partir de MAIS – BFC, en la comunidad de Pata Pata.	Riesgo individual	Bajo riesgo Mediano riesgo Alto riesgo	Ordinal
			Riesgo de las funciones básicas de la familia		
			Riesgo de vivienda/entorno		
Independiente Programa de atención basado en familia y comunidad	Es el conjunto de procesos y acciones que permiten la promoción y prevención de la salud a nivel individual y familiar.	Esta variable es valorada mediante las intervenciones realizadas en visitas familiares y atenciones en el centro de salud según PAIFAM.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de ficha familiar • Ejes de intervención individual • Eje de intervención familiar • Eje de intervención de vivienda y entorno 	No sé realizó Incompleto Completo	Ordinal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

Esta investigación fue de tipo explicativo con enfoque cuantitativos de diseño no experimental correlacional causal retrospectivo.

De tipo explicativa, pues el estudio está dirigido a responder a la causa y efecto de los eventos, desde la relación de variables (65).

Con enfoque cuantitativo, ya que, expresa en cifras las variables recopiladas en el estudio, para ser estudiadas en el campo de la estadística (56,57).

De diseño no experimental, pues en la investigación no se manipularon las variables; programa de atención en salud basado en familia y comunidad, para lograr ver un efecto, solo se observó la situación e información ya existente (56).

Correlacional causal, pues se estudia el grado de asociación de las variables; programa de atención en salud basado en familia y comunidad, desde información ya obtenida y se establecen un proceso de causalidad (57).

Y retrospectivo; ya que, el estudio fue realizada desde información anteriormente registrada a su planeación, con intenciones diferentes a la investigación que se procuró realizar (59).

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en la comunidad de Pata Pata, perteneciente al Puesto de Salud Pata Pata I-1, ubicado a una distancia de aproximadamente 6.50 Km al este del centro histórico de la ciudad de Cajamarca.

La población estuvo conformada por 45 fichas familiares pertenecientes a familias de la comunidad Pata Pata asignada al puesto de salud del mismo nombre, las cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Muestra

La muestra estuvo conformada por 45 fichas familiares; es decir, por la población total o como Sampieri (56) denomina muestra universal.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo representada por cada ficha familiar correspondiente a la comunidad Pata Pata, puesto de salud Pata Pata.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Ficha familiar perteneciente a la comunidad Pata Pata y al Puesto de Salud Pata Pata.
- Ficha familiar con calificación de nivel de riesgo en los años 2019 y 2020.

Criterios de exclusión:

- Ficha familiar no perteneciente a la Comunidad Pata Pata.
- Ficha familiar sin calificación de riesgo en los años 2019 y 2020.

3.6. Consideraciones éticas de la investigación

El investigador que ejecutó este estudio empleó los principios bioéticos: confidencialidad, veracidad, beneficencia, justicia, que establecen reglas que rigieron su comportamiento.

La confidencialidad, que garantizó el anonimato de la identificación de la ficha familiar, respetando el principio ético del personal de salud y establecimiento (55).

La veracidad, los datos recolectados de las fichas familiares durante la investigación, no fueron manipulados ni alterados (55).

Beneficencia, el cual consiste en optimizar los beneficios y disminuir los daños. Es así que, a partir de la obtención de datos, el puesto de salud conoció los riesgos y los beneficios que obtendrán con su participación en la investigación (55).

Justicia, los resultados del estudio son ser equitativos y beneficiosos para el puesto de Salud donde se desarrolló la investigación. También, en el proceso de recolección de datos no se discriminó a ninguna ficha familiar (55).

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó autorización al director de la Microred Magna Vallejo (anexo 2), quien comunicó al jefe del P.S. Pata Pata, la ejecución del proyecto en dicho establecimiento.

Con la presencia del jefe del P.S. Pata Pata, se trabajó en el área de archivos de historias clínicas, durante las horas de atención del puesto de salud. Para esto, se extrajo la muestra de las fichas familiares, correspondientes a la comunidad Pata Pata; luego, se procedió al análisis de las fichas familiares, el cual fue basado en la revisión de la evaluación del RF en el año 2019 y 2020, y las intervenciones brindadas para el nivel de riesgo en el año 2019, de acuerdo al programa de atención integral de salud basado en familia y comunidad. La recolección de datos fue de aproximadamente de 30 a 45 minutos en cada ficha familiar.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se empleó la técnica de análisis documental y el instrumento a utilizar fue la ficha de recojo de dato (Anexo 1). El cual estuvo estructurado en 5 partes.

Primera parte: donde se identifica la ficha de recojo de datos con: el N° de hoja de recojo, puesto de salud, comunidad y distrito al que pertenece cada ficha familiar.

Segunda parte: se describe el registro de la ficha familiar según sus partes y llenado de información en cada una de ellas, teniendo así: sin registro (sin información alguna), registro incompleto (información escasa), y registro completo (información llena).

Tercera Parte: compuesta por dos secciones:

- Registro de la evaluación del nivel de riesgo del año 2019: donde según lo hallado en la ficha familiar, en el apartado de calificación de riesgo para el año 2019, se marca: sin evaluación (sino se encuentra registro del riesgo), bajo (si el puntaje de

riesgo se encuentra entre 1 y 4 de puntaje), medio (si el puntaje se encuentra entre 5 y 8) y alto (si el puntaje es mayor de 9).

- Intervenciones brindadas el año 2019, según riesgos identificados en cada eje de intervención de MAIS en la ficha familiar. En esta sección se marcará por cada riesgo si: no se realizó (si no tiene intervención alguna según riesgo identificado en cada eje), incompleto (si las intervenciones realizadas fueron incompletas, puesto que no abarcan todos los riesgos identificados en cada eje, en relación a las visitas domiciliarias y atenciones brindadas), y completo (si las intervenciones realizadas fueron completas y responden a todos los riesgos identificados en cada eje en relación a las visitas domiciliarias y atenciones brindadas).

Cuarta parte: en este apartado se marca las intervenciones desarrolladas el año 2019 que responden a los riesgos identificados según los ejes de MAIS, donde se tiene: vigilancia del cumplimiento de paquetes de atención individual de los integrantes de la familia y citas programadas en el EE.SS.; consejería para desarrollar y fortalecer mecanismos protectores para la prevención de enfermedades según factores de riesgo biológico y físicos identificados; consejería en enfermedades transmisibles (VIH/SIDA, TBC, ITS y metaxénicas) y no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, obesidad, hipertensión, etc.); consejería en salud sexual y reproductiva y planificación familiar; consejería familiar para el desarrollo de comportamientos de comportamientos y estilos de vida saludables; consejería familiar sobre el rol de la familia ante sus integrantes y los problemas que enfrentan cada uno de ellos; consejería en gestantes y/o puérpera sobre signos y síntomas de alarma; vigilancia de controles en gestante y/o puérpera; vigilancia y cumplimiento de plan de parto y visitas según corresponda; vigilancia de exámenes auxiliares en gestante y/o puérpera y consejería familiar para el saneamiento básico de la vivienda y entorno.

Quinta parte: se registra el nivel de riesgo del año 2020, marcando según lo hallado en la ficha familiar en el apartado de evaluación de riesgo: sin evaluación (sino se encuentra registro del riesgo), bajo (si el puntaje de riesgo se encuentra entre 1 y 4 de puntaje), medio (si el puntaje se encuentra entre 5 y 8) y alto (si el puntaje es mayor de 9).

3.9. Procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información manualmente se procedió a la tabulación electrónica en una base de datos en Excel, luego fueron procesados y analizados con ayuda del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25, abocándose a organizar los datos en tablas simples y de contingencia, presentando frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos, así como también, se aplicó la prueba estadística Wilcoxon, para estimar la relación entre variables, por medio de un valor numérico que revele el grado de relación de las mismas. Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

- Una fase descriptiva, para contrastar el nivel de riesgo entre los años 2019 y 2020, y las intervenciones desarrolladas en el año 2019.
- Y una fase inferencial, donde a partir del análisis de datos procesados mediante las pruebas de normalidad (kolmogorov y Shapiro), se precisó que los datos eran datos que no llevaban una distribución normal, además al tener en cuenta que los indicadores para cada variable son ordinales, ambas se relacionan y que la variable fija (nivel de riesgo) crea dos medidas, una en el año 2019 y otra en el año 2020; llevo a utilizar la prueba no paramétrica de la prueba de rangos y signos de Wilconxon, para poder aceptar o rechazar la Ho.

3.10. Control de calidad de datos

La calidad de los datos estuvo sujeto a la funcionalidad del instrumento usado para la recolección. La validez del instrumento se realizó por 5 profesionales obstetras, que laboran en diferentes establecimientos de salud de la provincia y región de Cajamarca, obteniéndose, según Prueba de Concordancia entre los jueces 1.0 de validez. La confiabilidad del instrumento, que demuestra la consistencia interna de este, se realizó mediante una prueba piloto en el puesto de salud Samana Cruz I-1, ya que este tiene población y trabajo similar al de la población de estudio, considerándose 15 fichas familiares, de las cuales se obtuvo mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, un resultado de 0,755 lo que indica una excelente confiabilidad, lo que hace al instrumento aceptable, según Herrera (1998) (48).

CAPÍTULO IV

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Tipo de registro de datos en la ficha familiar según criterios establecidos en el programa de atención en salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata 2019.

PARTES DE LA FICHA FAMILIAR	Registro incompleto		Registro completo		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Identificación de la familia	4	8,9	41	91,1	45	100
Información sobre la vivienda y datos sociodemográficos	14	31,1	31	68,9	45	100
Información sobre características de los miembros de familia	11	24,4	34	75,6	45	100
Instrumentos de evaluación familiar	0	0,0	45	100,0	45	100
Criterios para identificar riesgos por etapa de vida/gestante/puérpera/PC	0	0,0	45	100,0	45	100
Calificación de riesgos de las funciones básicas de la familia	0	0,0	45	100,0	45	100
Características de la vivienda	0	0,0	45	100,0	45	100
Registro de visitas familiares	13	28,9	32	71,1	45	100

Fuente: ficha de recojo de información aplicado a fichas familiares de la comunidad de Pata Pata, 2019 - 2020.

La tabla 1 muestra el tipo de del registro de la ficha familiar según el programa de atención en salud basado en familia y comunidad de la comunidad Pata Pata realizado el año 2019. Donde se observa que los porcentajes de registro al 100.0% son los de instrumentos de evaluación familiar, criterios para identificar riesgos por etapa de vida, calificación de riesgos de las funciones básicas de la familia y

características de la vivienda; a su vez se observa, que los porcentajes con registro incompleto son de 31.1% de información sobre la vivienda y datos sociodemográficos, un 28.9% de registro de visitas familiares, un 24.4% información sobre características de los miembros de familia y con porcentaje de registro incompleto muy bajo, de un 8.9% es la identificación de la familia.

Tabla 2. Nivel de riesgo familiar del registro de la ficha familiar el programa de atención en salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata 2019.

		EVALUACIÓN DEL RIESGO	
		n	%
NIVEL DE RIESGO, 2019	Riesgo bajo	4	8,9
	Riesgo medio	14	31,1
	Riesgo alto	27	60,0
TOTAL		45	100

Fuente: ficha de recojo de información aplicado a fichas familiares de la comunidad de Pata Pata, 2019 - 2020.

En la tabla 2 se visualiza el nivel de riesgo evaluado al inicio del año 2019, según el programa de atención en salud basado en familia y comunidad. Dónde: un 60.0% presentó un alto riesgo familiar, un 31.1% presento un mediano riesgo familiar y un 8.9% con bajo riesgo familiar.

Tabla 3. Tipos de intervenciones ejecutadas en los ejes del programa de salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata 2019.

EJE	LISTADO DE RIESGOS	No se realizó		Incompleto		Completo		No aplica		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Individual	Niño con riesgos identificados	0	0,0	0	0,0	32	71,1	13	28,9	45	100
	Adolescente con riesgos identificados	0	0,0	4	8,9	8	17,8	33	73,3	45	100
	Joven y adulto con riesgos identificados	1	2,2	9	20,0	31	68,9	4	8,9	45	100
	Adulto mayor con riesgos identificados	0	0,0	1	2,2	2	4,4	42	93,3	45	100
	Gestante y/o puérpera con factores de riesgo	0	0,0	0	0,0	10	22,2	35	77,8	45	100
	Persona con discapacidad	0	0,0	0	0,0	0	0,0	45	100,0	45	100
Familiar	Incumplimiento de funciones básicas / malas relaciones internas	0	0,0	3	6,7	22	48,9	20	44,4	45	100
Vivienda y entorno	Sin agua potable / cloro menor a 0.5ppm	0	0,0	2	4,4	3	6,7	40	88,9	45	100
	Hacinamiento: 3 o más personas en una habitación	0	0,0	0	0,0	3	6,7	42	93,3	45	100
	Eliminación de excretas inadecuada o mala higiene de la letrina	0	0,0	1	2,2	13	28,9	31	68,9	45	100
	Disposición de basura inadecuada / no usa el carro recolector	0	0,0	11	24,4	26	57,8	8	17,8	45	100
	Mala higiene de alimentos/ no correcto lavado de manos	0	0,0	2	4,4	12	26,7	31	68,9	45	100
	Algún riesgo en el entorno de la vivienda	0	0,0	2	4,4	8	17,8	35	77,8	45	100

Fuente: ficha de recojo de información aplicado a fichas familiares de la comunidad de Pata Pata, 2019 - 2020.

En la tabla 3 se presenta los tipos de intervenciones ejecutadas en los ejes del programa de salud basado en familia y comunidad, durante el año 2019 en la comunidad de Pata Pata. Donde se evidencia: en el eje individual, un 71.1% en niño, 68,9% en joven y adulto y un 22.2% en gestante, desarrollaron actividades según el riesgo identificado de forma completa; mientras que, un 20% en joven y adulto y un 8.9% en adolescente se ejecutaron de forma incompleta; y un 2.2% en joven y adulto no se realizó actividades para los riesgos identificados. En el eje familiar se observa que en incumplimiento de funciones básicas y malas relaciones internas, un 48,9%% se desarrolló de forma completa y un 6.7% de forma incompleta.

Y en el eje de vivienda y entorno, un 57.8% en disposición de basura/ no usa carro recolector, un 28.9% en eliminación de excretas inadecuada o mala higiene de la letrina, y un 26,7% en mala higiene de alimentos/ no correcto lavado, desarrollaron intervenciones de forma completa; por otro lado, un 24.4% en disposición de basura/ no usa carro recolector, un 4.4% en sin agua potable/cloro menor a 0.5ppm, mala higiene de alimentos/ no correcto lavado y algún riesgo en el entorno de la vivienda, se desarrollaron de forma incompleta.

Tabla 4. Intervenciones ejecutadas en los ejes del programa de salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata 2019.

LISTADO DE INTERVENCIONES DESARROLLADAS	No		Si		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vigilancia del cumplimiento de paquetes de atención individual de los integrantes de la familia y citas programadas en el EE.SS.	0	0,0	45	100,0	45	100
Consejería para desarrollar y fortalecer mecanismos protectores para la prevención de enfermedades según factores de riesgo biológico y físicos identificados.	22	48,9	23	51,1	45	100
Consejería en enfermedades transmisibles (VIH/sida, TBC, ITS y Metaxenicas) y no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, obesidad, hipertensión, etc.).	10	22,2	35	77,8	45	100
Consejería en salud sexual y reproductiva y planificación familiar.	20	44,4	25	55,6	45	100
Consejería familiar para el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables.	22	48,9	23	51,1	45	100
Consejería en gestantes y/o puérpera sobre signos y síntomas de alarma.	36	80,0	9	20,0	45	100
Vigilancia de controles en gestante y/o puérpera.	33	73,3	12	26,7	45	100
Vigilancia y cumplimiento de plan de parto y visitas según corresponda.	32	71,1	13	28,9	45	100
Vigilancia de exámenes auxiliares en gestante y/o puérpera.	38	84,4	7	15,6	45	100
Consejería familiar sobre el rol de la familia ante sus integrantes y los problemas que enfrentan cada uno de ellos.	19	42,2	26	57,8	45	100
Consejería familiar para el saneamiento básico de la vivienda y entorno.	5	11,1	40	88,9	45	100

Fuente: ficha de recojo de información aplicado a fichas familiares de la comunidad de Pata Pata, 2019 - 2020.

En la tabla 4 se presenta las intervenciones ejecutadas en los ejes del programa de salud basado en familia y comunidad, durante el año 2019 en la comunidad de Pata Pata. Dónde : 2 actividades se desarrollaron con mayor frecuencia siendo estas: la vigilancia del cumplimiento de paquetes de atención individual de los integrantes de la familia y citas programadas en el E.E.SS. con un 100% desarrollada, consejería en enfermedades transmisibles (VIH/sida, TBC, ITS y metaxénicas) y no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, obesidad, hipertensión, etc) con un 77.8% de desarrollo, asimismo se observa intervenciones desarrolladas con un porcentaje

promedio siendo estas la de consejería en salud sexual y reproductiva y planificación familiar con un 55.6% y consejería familiar para el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludable con un 51.1%, finalmente se observa actividades poco desarrolladas como es la vigilancia y cumplimiento de plan de parto y visitas según corresponda con un 28.9%, vigilancia de controles en gestante y/o puérpera con un 26.7% y la consejería en gestantes y/o puérpera sobre signos y síntomas de alarma con un 20.0%.

Tabla 5. Nivel de riesgo familiar registrado en las fichas familiares según programa de salud basado en familia y comunidad. Comunidad Pata Pata 2020.

		EVALUACIÓN DEL RIESGO		n	%
NIVEL DE RIESGO, 2020	Riesgo bajo	35	77.8		
	Riesgo medio	8	17.8		
	Riesgo alto	2	4,4		
TOTAL		45	100		

Fuente: ficha de recojo de información aplicado a fichas familiares de la comunidad de Pata Pata, 2019 - 2020.

En la tabla 5, se presenta el nivel de riesgo registrado en el año 2020, según el programa de salud basado en familia y comunidad en la Comunidad de Pata Pata. Donde se el riesgo bajo corresponde a un 77.8% de las fichas investigadas, un 17.8% a riesgo medio y un 4.4% a riesgo alto.

Tabla 6. Comprobación de hipótesis para determinar el efecto del programa de salud basado en familia y comunidad en el riesgo familiar. Comunidad Pata Pata, 2019 – 2020.

PRUEBA DE RANGOS DE WILCOXON

	N	Rango promedio	Suma de rangos
NIVEL DE RIESGO, 2020 - NIVEL DE RIESGO, 2019	Rangos negativos	38 ^a	741,00
	Rangos positivos	0 ^b	,00
	Empates	7 ^c	
	Total	45	

a. NIVEL DE RIESGO, 2020 < NIVEL DE RIESGO, 2019

b. NIVEL DE RIESGO, 2020 > NIVEL DE RIESGO, 2019

c. NIVEL DE RIESGO, 2020 = NIVEL DE RIESGO, 2019

Estadísticos de prueba^a

NIVEL DE RIESGO, 2020 - NIVEL DE RIESGO, 2019	
Z	-5,543 ^b
Sig. asin. (bilateral)	<,001

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

Fuente: ficha de recojo de información aplicado a fichas familiares de la comunidad de Pata Pata, 2019 - 2020.

En la tabla 6, se observa que el valor $p=0.001$, es menor a 0.05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis planteada; resolviendo que, el programa de salud basado en familia y comunidad disminuye el riesgo familiar, de las familias de la comunidad Pata Pata.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según las definiciones de RF brindadas por Urbano F., Soto, Pérez, Clemen-Stone, Eigsti y McGuire, y Amaya, se entiende que, el RF es la probabilidad de que algún integrante de la familia o el mismo grupo familiar sufra daños en la salud, a partir de diversos factores de riesgos a los que se encuentra expuesta, es por ello que, el RF es estudiado para la prevención de enfermedades y promoción de la salud, el cual es abarcado por el EBS, encargado de impartir intervenciones sanitarias con el de controlar y disminuir el RF.

El MAIS BFC, en su componente de prestación, desarrolla el programa basado en familia y comunidad, el cual brinda actividades de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud según necesidades identificadas en la primera visita domiciliaria correspondiente al llenado de la ficha familiar en el censo comunal.

El proceso para la atención integral a la familia, se lleva cabo mediante los siguientes pasos ordenados: mapeo, sectorización, sensibilización, censo comunal, aplicación de ficha familiar, diagnóstico y el plan de intervención familiar (20, 22). Este proceso también es reflejado por Álvarez V. (Ecuador) y Casagrande G. (Brasil) (8, 19). El instrumento primordial para la atención familiar, es la ficha familia, la cual proporciona el registro, diagnóstico y seguimiento de las condiciones de salud de las personas, familias y ambiente, además también contine las actividades realizadas por el equipo de salud según diagnóstico, el cual se realiza a partir de la valoración familiar, donde se identifican el RF, comportamientos de riesgo, disfunción familiar, necesidades y problemas de salud individuales por etapas de vida y ciclo familiar vital.

A partir de lo explicado se presenta, en la tabla 1 la descripción del tipo de registro de datos en la ficha familiar según criterios establecidos en el programa de atención en salud basado en familia y comunidad, en Pata Pata 2019; donde se observa que, en instrumentos de evaluación familiar, criterios para identificar riesgos por etapa de

vida/gestante/puérpera/PC, calificación de riesgos de las funciones básicas de la familia, y características de la vivienda, se presenta el 100% de registro completo, mientras que registro incompleto los mayores porcentajes se vieron en: información de la vivienda y datos sociodemográficos se presenta un 31,1% y en registro de visitas familiares con un 28,9%.

Estos datos muestran un registro completo de la ficha familiar, sin embargo, el bajo porcentaje de registro incompleto en identificación de la familia, información sobre la vivienda y datos sociodemográficos e información sobre características de los miembros de la familia, reflejan que no son llenados adecuadamente; teniendo en cuenta que, el llenado completo todas las partes de la ficha familiar permiten la identificar la ubicación, estructura, y riesgos de la familia que permitirán al EBS brindar el plan de intervención requerido según riesgos identificados, además, el correcto llenado de la ficha familiar, ayuda en la evaluación del nivel de riesgo familiar, este hecho es reflejado por Cruz V. (61) en su investigación, donde define la importancia del registro completo de la ficha familiar en la planificación y organización de estrategias para el reducir el riesgo familiar.

Este apartado permite tener en cuenta que, el trabajo con familia es complejo, pues requiere verdadera implicancia de la familia y un verdadero empoderamiento del equipo básico de salud, en el llenado de la ficha familiar, como indica Mesa y Jaramillo (59) en su estudio; este dato contrastado con la tabla 1 muestra que, el personal de salud a cargo de la Comunidad Pata Pata no se encuentra verdaderamente capacitado y empoderado en el llenado de la ficha familiar y sobre la importancia de los datos en el plan de intervención familiar.

Con respecto a visitas domiciliarias, si bien MAIS se encuentra implementado en diferentes países de Latinoamérica y tienen componentes, principios y enfoques semejantes; con respecto al seguimiento según el riesgo identificado, en el Perú se según MAIS BFC se brinda de 3 a 4 visitas domiciliarias anualmente, sin mencionar el número de visitas adecuadas al grado de riesgo, conjuntamente las atenciones son mayoritariamente intramurales y no extramurales, a diferencia del trabajo que se realiza en Brasil, el cual es mencionado por Casagrande (19), quien señala que, las visitas domiciliarias brindadas según el riesgo identificado son, para riesgo normal cada 45 días, riesgo bajo cada 30 días, para riesgo medio cada 30 días y riesgo alto cada 15 días, en todo el año y las estrategias de intervención en su mayoría son

atenciones extramurales, las cuales son importantes para un control adecuado de los riesgos. Además, Anderson y Fallin A. (35) presentan que las visitas domiciliarias, son intervenciones de vital importancia, puesto que gracias a ella es que se logra controlar y disminuir el riesgo identificado, por lo que, es un espacio importante para la prevención y promoción de la salud. Esta información contrastada con el registro incompleto identificado en la visita domiciliaria refleja que, no se brindan adecuadamente y no son guiadas según los riesgos identificados para un oportuno control y reducción del nivel de riesgo.

En la tabla 2, se presenta el nivel de riesgo familiar de la Comunidad Pata Pata el año 2019, donde se observa que, el nivel de riesgo alto ocupa un 60% y el nivel de riesgo medio un 31.1%; estos datos indican que la mayoría de familias presentaba algún grado de riesgo familiar mayor y muy pocas con riesgo bajo. Ante esto es debido mencionar a Urbano F. (36) quien señala que, el RF es la posibilidad de efectos negativos familiares causados por factores presentados en el momento de la valoración. Esta calificación del riesgo es obtenida mediante la suma de riesgos identificados en criterios para identificar riesgos por etapa de vida/ gestante/ puérpera/ P, calificación de riesgos de las funciones básicas de la familia, características de la vivienda y entorno, registrados en la ficha familiar según MAIS BFC (20, 22, 43).

Esta calificación ayuda a caracterizar el estado de la familia, tal como señala Amaya (03, 30), quien refiere que, las familias de riesgo bajo poseen condiciones favorables por su composición en interacciones, condiciones de prácticas cotidianas individuales y grupales saludables, condiciones de vivienda y vecindario son seguras y mantiene vigilancia, control de las amenazas para la salud individual y familiar; por último, poseen el conocimiento y apoyo de los equipos de salud; por otro lado las familias amenazadas equivalentes a familias de mediano riesgo poseen desarmonía y dificultad en el manejo de los menores relacionado con prácticas cotidianas inseguras por su composición e interacciones psicoafectivas, cuentan con un apoyo parcial y subutilizan los servicios de salud, viven en condiciones desfavorables de vivienda y vecindario, lo que facilita la amenaza en salud individual y organización familiar; finalmente, las familias con alto riesgo, se distinguen por la acumulación de determinantes de peligro para la integridad individual y familiar por composiciones e interacciones psicoafectivas adversas o de desarmonía y pérdida de control en los menores, asumen prácticas cotidianas inseguras, no tienen acceso a los servicios de salud o no los usan y poseen condiciones desfavorables de vivienda y seguridad para

los integrantes y la organización de la familia como unidad. Además, Clemen-Stone, Eigisti y McGuire (29), refieren que una familia con un bajo riesgo es aquella que mediante sus experiencias diarias y soporte de los servicios de salud mantengan controlados y vigilados los riesgos individuales y familiares. Es por ello que, la familia juega un papel importante tanto en el desarrollo, como en el manejo de una enfermedad o afección y es indispensable el trabajo sanitario en el riesgo familiar.

Así mismo, los datos presentados en la tabla 2, son semejantes a los de Cáceres O. (44) quien antes de aplicar un programa de salud, encontró que, del total de la población de familias, el 38% se encontraba con riesgo bajo, 36% con riesgo moderado y 26% con riesgo alto, evidenciando así que, la mayoría de la población se encuentra en riesgo, y que necesitan intervenciones necesarias de acuerdo a los riesgos identificados, tal como indica MAIS BFC.

En la tabla 3, se presentan los tipos de intervenciones ejecutadas en los ejes del programa de salud, basado en familia y comunidad, comunidad Pata Pata 2019. Donde el eje individual se llevó un desarrollo completo y con mayores porcentajes en las etapas de niño con un 71.1%, joven y adulto un 68.9%, gestante con 22,2% y adolescente con 17.8%; y en el desarrollo incompleto se observa los porcentajes más llamativos en las etapas de adulto y joven con un 20%, adolescente con un 8.9% y adulto mayor con 2.2%. Según estos datos se indica que, las atenciones realizadas por etapa de vida correspondiente a la vigilancia y paquetes individuales que se brinda según MAIS BFC, deben ser completos para lograr el control y disminución de riesgos individuales, lo que se da en su mayoría, pero desamparan etapas de vida importantes para la disminución del riesgo familiar (20).

Los datos presentados en la tabla 3 son similares a los resultados presentados por Cruz V. (61) en sus resultados de atención a la persona por etapa de vida, notándose que el desarrollo al 100% se realizaron en gestante y niño, faltando brindar atención a las demás etapas de vida, concluyendo que, no se cumple correctamente el programa de salud basado en familia y comunidad, según el componente prestacional de MAIS BFC.

Ante esto es importante señalar que, las intervenciones deben completas en el eje individual pues la OMS (25) define que, el factor de riesgo es un rasgo o característica a la que un individuo está expuesto, el cual aumenta la posibilidad de padecer alguna

enfermedad, por lo que, es imprescindible el trabajo por persona, pues también Strudel y Puentes N. (21) mencionan que un individuo desde el punto de vista biológico está expuesto a enfermedades hereditarias, conductas de riesgo, el consumo de drogas y consecuencias de comportamientos sexuales no adecuados o accidentales.

Por otro lado, en el eje familiar se observa que, para el incumplimiento de funciones básicas/ malas relaciones internas, un 48.9% tuvo un desarrollo completo de las intervenciones y un 6.7% incompleto. Ante estos datos es necesario mencionar a García, y Anderson y Fallin A., quienes indican que, el desarrollo completo de este eje está estrechamente relacionado con la convivencia y organización de los integrantes de la familia, roles y deber mutuo, y si estas fallan y no se atienden adecuadamente pueden producir enfermedades mentales, baja unidad familia, deserción escolar, conductas de riesgo, entre otros (35, 42). Además, Strudel y Puentes N. (21) refieren que, los factores familiares de riesgo son aquellos que tienen que ver con la interacción, estructura, funcionamiento y roles familiares, los que crean problemas dentro del sistema familiar; al precisar estos factores de riesgo es posible seleccionar medidas de apoyo e identificar la relación entre el problema y las alteraciones físicas de los integrantes de la familia, brindando así acciones convenientes y oportunas.

Y por último de la tabla 3, en el eje vivienda y entornos se visualiza que, en desarrollo completo: disposición de basura inadecuada presenta un 57.8%, eliminación de excretas inadecuada o mala higiene de letrina presenta un 28.9% y mala higiene de alimentos/ no correcto lavado de manos presenta 26.7% y en desarrollo incompleto se tiene que disposición de basura inadecuada/no usa el carro recolector un 24.4%. Ante esto es necesario señalar que ENDES (27) considera a las condiciones de la vivienda como los factores de riesgo que más afectan a la familia, y Amaya señala que las condiciones de vivienda y vecindad se relacionan directamente con la salud familiar pues, estos aumentan los riesgos de la salud familiar (30). Indicando así que, las intervenciones desarrolladas fueron completas en su mayoría, sin embargo, el desarrollo incompleto puede evolucionar en aumento de riesgos familiares, puesto que estos se encuentran estrechamente relacionados con la salud familiar, además es necesario las intervenciones en vivienda según MAIS, donde se promueve el ordenamiento y mejoramiento de la vivienda, inspección de calidad del agua, sal, letrinas, eliminación de residuos sólidos, huertos familiares, entre otros; para un adecuado control de los riesgos identificados (20).

En la Tabla 4, se describen las intervenciones desarrolladas en el año 2019 en la comunidad Pata Pata, entre las más resaltantes fueron: vigilancia del cumplimiento de paquetes de atención individual de los integrantes de la familia y citas programadas en el EE.SS., con un 100%, consejería familiar básico de la vivienda y entorno con un 88.9%; consejería en enfermedades transmisibles y no transmisibles con un 77.8%; consejería familiar sobre el rol de la familia ante sus integrante y los problemas que enfrentan cada uno de ellos 57.8%; por último, consejería en salud sexual, reproductiva y planificación familiar 55.6%. Estos datos muestran que, se promovieron las atenciones de salud adecuadamente en todos los ejes de intervención según los riesgos identificados, fijándose prioritariamente en el eje individual tal como lo describe PAIFAM, según sus acciones sanitarias de carácter preventivo promocional recuperativo y de rehabilitación, en la atención integral individual, atención integral familiar, identificación de necesidades de mantenimiento, identificación de necesidades derivadas de daños e identificación de necesidades derivadas de la disfunción familiar (22).

La información indicada en la tabla 3 y tabla 4, es semejante a lo mencionado por Polo O. (12) quien en su estudio sobre la implementación del programa de MAIS-BFC, señala que de acuerdo a necesidades encontradas se llevaron a cabo el mejoramiento del acceso a la atención e iniciar intervenciones sanitarias para la mejora y control de patologías, según MAIS -BFC, mediante atenciones intra y extramurales, acción intersectorial y multisectorial integral, participación social, logrando el acercamiento con la comunidad, familia y persona, mejorando así las condiciones de vida de los afectados.

En la tabla 5 se visualiza el nivel de riesgo familiar registrado en las fichas familiares, según el programa de salud basado en familia y comunidad en la Comunidad Pata Pata a inicios del año 2020. En el cual se observa que, el nivel de riesgo bajo aumento aproximadamente en un 69%, pues se encuentra en un 77.8% y tanto el riesgo medio como el riesgo alto, decrecieron de forma evidente. Estos datos son semejantes a los datos de López (Ecuador) (32) el cual muestra como resultado solo un 0.5% de la población que recibió intervenciones según MAIS, se encuentra en un riesgo alto; Casagrande (Sao Paulo) (19) que indico que del total de su población estudiada solo el 12% presentó riesgo alto, y Ferreira et al. (Sao Paulo) (60) quien también indicó que, del total de su población solo un 7.32% presentó riesgo alto. Por lo que, se

menciona que, las intervenciones brindadas por los diferentes modelos y programas de salud según riesgos identificados ayudan a disminuir y controlar el RF, además, tal como lo señalado por Amaya (30) el estado de las familias es mejor pues tienen mayor contacto con el puesto de salud al cual están a cargo.

Además, las intervenciones en el riesgo familiar son importantes para prevención de enfermedades, como lo indica Vargas et al. (10); así mismo, Medina V. et al. refiere que es preciso trabajar con un enfoque de riesgo para poder llegar a los verdaderos grupos de riesgo e individuos que realmente lo necesiten, ya que mediante la planificación y organización de medidas preventivas se mejora la salud individual y familiar.

De esta forma, tal como señala Anderson y Fallin A. (35) el profesional de salud debe entender que la estructura y funcionamiento familiar necesitan intervenciones efectivas y apropiadas, de tal modo que el riesgo disminuya y se controle. Además, se debe enterque que, en el riesgo individual la familia juega un papel importante pues esta es el que desarrolla y maneja una enfermedad. Por ello empoderar al personal de salud en el adecuado proceso que MAIS, llenado de la ficha familiar y sobre todo el plan de intervención familiar, es ineludible.

Es así que, en la atención integral familiar, según MAIS BFC, se brinda provisión continua de procesos y acciones orientados en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para un conveniente funcionamiento familiar, estas intervenciones son brindadas por el paquete de atención integral familiar, con identificación de redes de apoyo y una adecuada elaboración del plan de atención integral familiar. Este plan se vale de atenciones intra y extramurales, e intervenciones, tales como visitas familiares y sesiones educativas, sobre todo en poblaciones de mayor prioridad.

Los datos presentados son semejantes a los señalados por López A. (32) quien en su investigación indica que, según los riesgos identificados en la población estudiada, se llevaron a cabo un plan de acuerdo a las necesidades, promoviendo compromisos y actividades dirigidas a reducir los riesgos, ocasionando la reducción del riesgo en la familia en un 84%, demostrando así que, los programas de salud basados en familia y comunidad trabajados adecuadamente por familia y EBS, manifiestan una disminución del riesgo familiar y el mejoramiento de la salud.

También es importante señalar que, MAIS desarrollado en Ecuador y Brasil, poseen una forma de intervención y EBS diferentes, pues en Ecuador la atención es prioritariamente extramural en el primer nivel de salud con EBS conformado por médico, enfermera, obstetra, auxiliar de enfermería, odontólogos y líderes de la comunidad, los cuales fomentan la participación familiar y comunal, en el desarrollo de un plan estratégico para cumplir la atención integral por etapa de vida; y en Brasil el programa de salud está dotado de atenciones en el trabajo intramural y extramural, con el equipo de salud conformado por un médico general, un enfermero, un técnico en enfermería y de 4 a 6 agentes comunitarios, los cuales evalúan a cada integrante de familia y al grupo en sí, posibilitando gradualmente cerrar brechas entre las necesidades y la respuesta de la estrategia. Sin embargo, en Perú, MAIS presenta menor trabajo extramural y mayor trabajo intramural en el sistema de la salud, además, cada EBS es conformado por un médico, una enfermera, una obstetra, un técnico en enfermería y un agente comunitario y actores sociales.

Sin embargo, en el Puesto de salud Pata Pata, el EBS es conformado por una obstetra, dos enfermeras y 1 técnico en enfermería, los cuales tienen a cargo varias comunidades en creciente población, y no poseen un adecuado empoderamiento en el llenado de fichas y desarrollo de MAIS BFC, entendiendo también que, el trabajo extramural es complejo y en el P.S. no existen suficientes profesionales de salud para promover la operatividad de MAIS BFC, ya que, como se mostró la ficha familiar no posee un completo registro en todas sus partes y las intervenciones si bien fueron adecuadas, no respondieron a todos los riesgos identificados según espacios objetivos y necesidades identificadas. Este hecho es semejante a lo presentado por Mesa B. y Jaramillo P. (59) quienes señalan que, la carencia en la operatividad del MAIS-FCI, se debe a la falta de aplicación de las estrategias, sumado al problema estructural de la falta de personal para la ejecución y la asignación poblacional desproporcionada a los equipos de atención integral en salud.

En cuanto a la tabla 6, se presenta que, mediante la prueba de rangos de Wilcoxon, se obtuvo un valor $p < 0.001$ lo que indica que, es menor a 0.05, indicando el rechazo de la hipótesis nula y se acepta la hipótesis planteada, el programa de salud basado en familia y comunidad disminuye el riesgo familiar, de las familias de la comunidad Pata Pata, Cajamarca 2019 - 2020. Esta información concuerda con López A. (32) quien también concluye que, las intervenciones brindadas son útiles para disminución

de riesgo familiar; sin embargo, requieren de seguimiento y en un caso contrario se refleja en el estudio de Beltrán M. (17) quien refiere que, el RF evaluado en una comunidad a cargo de un P.S. con implementación del MAIS -BFC muestra que, la mayoría de su población se encuentra con riesgo alto, y muy poca con riesgo bajo, concluyendo que, la poca efectividad de MAIS – BFC en el centro de salud se debe a que el equipo de salud no desarrolla intervenciones en familia y comunidad para disminuir el riesgo familiar.

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación, se abordan las siguientes conclusiones:

1. Registro de la ficha familiar en su gran mayoría, tuvo un registro completo; sin embargo, se observó varias fichas familiares con registro incompleto.
2. El riesgo familiar calificado para el año 2020, antes de las intervenciones realizadas, fueron en su mayor porcentaje: alto riesgo familiar y medio riesgo familiar.
3. La intervención realizada en el eje individual de forma completa tuvo sus mayores porcentajes en niño, joven y adulto, y gestante; de forma incompleta en joven y adulto, y adolescente. Además, en el eje de intervención familiar y eje de vivienda y entorno se realizaron intervenciones en su mayoría de forma completa, por el contrario, se observaron menores porcentajes en realización incompleta. Por otro lado, las intervenciones realizadas con mayor porcentaje fueron: la vigilancia del cumplimiento de paquetes de atención individual de los integrantes de la familia y citas programadas en el EE.SS., consejería familiar para el saneamiento básico de la vivienda y entorno, y consejería en enfermedades transmisibles y no transmisibles.
4. El riesgo familiar calificado para el año 2020, luego de las intervenciones realizadas, alcanzaron los mayores porcentajes en y bajo riesgo.
5. El programa de salud basado en familia y comunidad disminuye riesgo familiar. Observándose un valor $p=0,01 < 0,05$ según el estadístico de Wilcoxon.

RECOMENDACIONES

- Al personal de salud del Puesto de salud Pata Pata, se sugiere el empoderamiento en el llenado de fichas familiares e intervenciones según espacios objetivos brindados por MAIS, y mejorar los planes estratégicos de intervención con el fin de facilite la atención a todas las familias de la Comunidad; además que incluya alianzas estratégicas con instituciones formadoras de personal de salud para crear mecanismos que faciliten la intervención extramural en las comunidades pertenecientes a los diversos establecimientos de salud.
- A DIRESA se sugiere brindar capacitaciones continuas al personal de salud del primer nivel de atención, en el trabajo con MAIS – FCI, y el correcto registro de la ficha familiar y las intervenciones brindadas.
- Al MINSA o DIRESA se sugiere incrementar el personal de salud en los establecimientos del primer nivel de atención, puesto que el número de familias y el trabajo intra y extra mural es cuantioso, debido a ello en las comunidades quedan numerosas familias sin recibir atención alguna y a la misma vez el registro de los formatos de atención extramural con registro incompleto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Trabajando con individuos, familias y comunidades. 1th. ed. Suiza: OMS; 2010
2. Ministerio de Salud. Ministerio de salud fortalece la atención integral de salud en la familia. [Consultado: 30 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/33387-minsa-fortalece-la-atencion-integral-de-salud-en-la-familia>
3. Unidad Operativa de la red salud Churcampa. Primeros avances de la operativización del programa de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en la provincia de Churcampa, Huancavelica – Perú; Salud sin límites; 2013.
4. Hernández R. Rol del médico familiar en el nuevo programa integral de atención en salud en Colombia. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2019 [Consultado: 13 de febrero de 2021]; 35(3). Disponible en: www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/466/270
5. Nakata P., Koltermann L., Rocha V., Wolff M., Mallmann D., Rosset C. Clasificación de riesgo familiar en una unidad de salud de la familia. Revista latino americana de enfermagen. 2013 [Consultado: 13 de febrero de 2021]; 21(5) (1-8). Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1088.pdf
6. Díaz M., Fuentes D., Garcés L., Ortiz S. Evaluación del Programa de Salud Familiar, según la perspectiva del usuario y su relación con características sociodemográficas. CESFAM Federico Puga. Chillán Viejo. 2014.[Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería]. Chile: Universidad de Bío Bío. 2014 [Consultado: 02 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1654/1/Diaz%20Molines%2C%20Victoria.pdf>
7. Rivera N. Nivel de satisfacción del usuario frente al programa de atención integral en salud familiar comunitaria e intercultural, aplicado en la parroquia San Fernando, sector Tambaló durante el período de enero a junio 2014. Ambato; 2014 [consultado: 16 febrero 2021] pp. 25–90. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8338/1/RIVERA%20N%c3%9a%20LISSETTE%20ALEXANDRA.pdf>
8. Ministerio de salud. Programa de salud familiar. 1° ed. San salvador: Ministerio de Salud; 2007.

9. Suárez B. Los modelos de reforma de salud familiar en América latina. *Journal Medical Family*, 2010 [Consultado: 14 de febrero de 2021]; 4(1): 61-69. Disponible en: http://www.idefiperu.org/MPANRO4/41_P61-69%20Difus2Suarez.pdf.
10. Calderón M. Riesgo familiar total y grado de salud familiar en familias de madres adolescentes con hijos en lactancia materna [Tesis para optar el título de Magister en enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia; 2019 [Consultado: 04 de enero de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76229/1026269097.2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Ministerio de salud. Orientaciones para la implementación del programa de atención integral de salud familiar y comunitaria, dirigido a equipos de salud. 1° ed. Chile: ministerio de salud; 2012.
12. Polo U. Experiencia en la implementación del programa de atención integral de salud basado en familia y comunidad desde la estrategia sanitaria nacional de salud familiar. *Revista Perú de ginecología y obstetricia*. 2018 [Consultado: 30 de enero de 2021]; 64(3): 375 – 381. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>
13. Donayre R. Riesgo familiar total y funcionalidad familiar en familias del asentamiento humano terrazas, de los comités 5 y 6, que pertenecen al centro de salud catalina huanca – el agustino, 2017. [Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2018 [Consultado: 04 de enero de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1845/TITULO%20-%20Donayre%20Rodr%C3%ADguez%2C%20Paola%20B%C3%A1rbara.pdf?sequence=1&isAllowed>
14. Hernández R. 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 para optar el grado de doctor en investigación clínica]. San Juan de Alicante: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2017[consultado: 15 de febrero de 2021]. Disponible en: dspace.umh.es/bitstream/11000/4814/1/TD_Hernandez_Rincón%2c_Erwin_Hernando.pdf
15. Astudio G., Vizcaino C., Bedoya R., Delgado L., Calderón L., Saltos M. Importancia de la atención integral con enfoque en salud familiar. *Dominio de las ciencias*. 2019 [Consultado: 15 de febrero de 2021]; 5(2): 275 – 297. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2019.vol.5.n.2.275-297>

16. Alvarez V. programa de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural aplicado en el centro de salud N°1 de Azogues 2009 – 2011. [Tesis para optar el título de magíster en salud pública]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2011[consultado: 16 de febrero de 2021]. Disponible en: dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3912/1/MASP.pdf
17. Mori C. Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años en el asentamiento humano Los Cedros del sector VIII segunda etapa Ventanilla - 2018. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2019 [Consultado: 04 de enero de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/393>
18. Ministerio de salud pública del Ecuador. Programas de atención integral del sistema nacional de salud. Ecuador.MSP Ecuador, 2012.
19. Casagrande G. Programación de visitas domiciliarias por agentes comunitarios de salud desde la perspectiva de la equidad. [Tesis para optar el título de maestra en ciencias de la salud]. Sao Paulo: Universidad de Sao paulo; 2015 [Consultado: 18 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-10052017-103814/pt-br.php>
20. Ministerio de salud. Programa de atención integral en salud basado en familia y comunidad. 1th. ed. Lima: MINSA; 2011
21. García Z. Factores protectores de riesgo en el sistema familiar de niños y niñas de 6 a 11 años de la unidad educativa José María Velasco Ibarra. Quito. Universidad central del Ecuador facultad de ciencias psicológicas carrera de psicología clínica. 2017 [Consultado: 05 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11808/1/T-UCE-0007-PC005-2017.pdf>
22. Dirección Regional de Cajamarca, Dirección de Salud de las Personas. Directiva administrativa que regula los procedimientos para la implementación del programa de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS BFC). Cajamarca. Dirección regional de Cajamarca. 2017.
23. Polanía A., Aponte B., Jaimes M. Programa de atención y prestación de servicios subred integrada de servicios de salud sur E.S.E. Bogotá; 2017 [Consultado: 16 febrero 2021] pp. 15–19. Disponible en: <https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/planeacion/PROGRAMA%20DE%20ATENCION%20EN%20SALUD%20SUBRED%20SUR.pdf>

24. Becerra C., Diaz P., Rocha D. Riesgo familiar total en familias del sector 1 del asentamiento humano. Juan Pablo II Los Olivos – 2013. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015 [Consultado: 04 de enero de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/44>
25. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Consultado el 30 de enero de 2021] Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
26. Instituto Nacional del Cáncer. Factor de riesgo. [consultado: 30 de enero de 2021] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/factor-de-riesgo>
27. Giraldo O. Caracterización del riesgo familiar total en familias con adolescentes escolarizados. [Tesis para optar el título de magister en enfermería con énfasis en salud familiar]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014 [consultado: 30 de enero de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/47287/41941248.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Lermen J., Henrique N. medicina familiar y comunitario y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. Revista biomédica revisada por pares. 2013 [Consultado: 13 de febrero de 2021];13(1): 1-6. Disponible en: Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos - Medwave
29. Encolombia. Riesgo Familiar. [Consultado: 30 de enero de 2021]. Disponible en: <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-1/ecmg1-recursos1/>
30. Betancurth L. Amaya R. Caracterización del riesgo familiar total de las familias de mujeres en lactancia materna, Villamaría(caldas). Hacia la Promoción de la Salud, 2012 [Consultado: 30 de enero de 2021]; 17(1):29-44. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772012000100003&lng=es&nrm=is
31. Acosta Z., Concepción L., Martínez C., Zapata V. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Horizonte Sanitario. 2017 [Consultado: 06 de enero de 2021]; 16 (2): 140- 148. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000200139
32. López A. Utilidad de la aplicación de la ficha familiar por los equipos básicos de salud en las intervenciones de promoción y prevención de la salud en la parroquia

- la matriz del centro de salud de guano periodo 2010 – 2014. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Riobamba: Universidad nacional de Chimborazo; 2015 [Consultado: 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1244>
33. ADRA – Perú. Manual de implementación familias y viviendas saludables. 1° ed. Lima; unión; 2008.
 34. Contreras L. Evaluación de riesgo familiar. [consultado el 18 de febrero de 2021] Disponible en: <http://cambiodeprograma.blogspot.com/2007/12/evaluacion-de-riesgo-familiar.html>
 35. Mendoza R. Factores protectores y factores de riesgo familiares asociados al desarrollo neurocognitivo del aprendizaje en escolares de 6 a 11 años de la unidad educativa “José María Velasco Ibarra” [Tesis para optar la titulación de psicología clínica]. Quito: Universidad central del Ecuador; 2017 [Consultado: 16 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10029>
 36. Pérez G. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Revista aquichan. 2003 [Consultado: 16 de febrero de 2021]; 3(3): 21-31. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/31/60>
 37. Urbano F., Amaya R. familias con deficiencia mental educable. Riesgo y salud familiar. 2011 [Consultado: 16 de febrero de 2021];29(2): 342-352. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002011000200013&lng=en&nrm=iso&tling=es
 38. Medina V., Alcántara V., Aramburu O., et al. Manual de salud comunitaria. Lima: universidad Mayor de San Marcos. [Consultado: 17 de febrero de 2021]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Libros/Medicina/salud_comun/sacomu.pdf
 39. Palladino A. El concepto de “campo de salud” una perspectiva canadiense, Marc Lalonde. [Conferencia]. Catedra de atención primaria de la salud, epidemiología e informática. Argentina; 2010 [Consultado: 17 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/EI%20concepto%20de%20Campo%20de%20Salud%20-%20Una%20perspectiva%20canadiense.pdf>
 40. Martín Q., Álvarez D. Instrumentos para la evaluación del contexto familiar [Conferencia]. V Jornada de parentalidad positiva. España, 2014 [Consultado: 17 de febrero de 2021]. Disponible en:

https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ParentalidadPos2014/docs2014/instrumentosEvaluacion_2.pdf

41. Urbano f. Características del riesgo familiar total y el grado de salud familiar con uno o más miembros con deficiencia mental educable, escolarizados en la unidad básica juan Francisco Berbeo, 2006 – 2008. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Bogotá: Universidad nacional de Colombia; 2011 [Consultado: 16 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/11339>
42. Anderson D., Fallin A. Family health risks, en: O'Brien N., Bliss C,(eds). Public Health nursing. population centered Health care in the community. 8th. Estados unidos.:O'Brien N., Bliss C; 2012. 624- 645.
43. Romero B. El trabajo extramural del programa de atención integral en salud. Estudio de Caso: distrito 17d07 (Chillo Gallo a la Ecuatoriana). junio a agosto 2016. [Tesis para optar el título de magister en gestión de salud]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. 2016 [Consultado: 03 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11951/1/T-UCE-0006-006-2017.pdf>
44. Casares O. La intervención desarrollada por los equipos de tratamiento familiar. Perfiles familiares atendidos y análisis de la implementación del programa. [Tesis para obtención del grado de doctor en estudios avanzados en Personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2017 [Consultado: 16 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/63857/Tesis%20Reyes%20Casares.pdf?sequence=1>
45. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002 – reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
46. Organización de las naciones unidas para la agricultura y la alimentación. Consulta de Expertos de la FAO sobre la Inocuidad de los Alimentos: Ciencia y Ética. Roma: Servicio de Gestión de las Publicaciones FAO; 2002.
47. Sanchez J.D. OPS/OMS. Evaluación de riesgo. [Consultado: 10 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5720:2011-risk-assessment-dva&Itemid=4113&lang=es
48. Herrera, A. Notas sobre Psicometría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998.

49. Rodríguez J., Mora C. estadística informática, casos y ejemplos con el SPS. España: universidad de Alicante. 2001.
50. Martínez R. Errores frecuentes en la interpretación del coeficiente de determinación lineal. Anuario Jurídico y Económico Escurialense, XXXVIII. 2008 [Consultado: 12 de junio de 2021];316- 320. Disponible en: https://www.rcumariacristina.com/wp-content/uploads/2010/12/11-Elena-Martinez_1.pdf
51. Martínez O., Tuya P., et al. El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2009 [Consultado: 12 de junio de 2021]: 8(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180414044017.pdf>
52. Aragon S. Estadística en el área de las ciencias sociales y administrativas. México: alfa y omega. 2016.
53. Dávalos R. Hacer frente a las condiciones sociales que conducen a las inequidades en salud. [Conferencia]. México, 2011 [Consultado: 07 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Diagn%C3%B3stico%20de%20salud.%20Los%20determinantes%20de%20la%20salud.pdf>
54. Villar A. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta medica peruana. 2011 [Consultado: 07 de agosto de 2021]; 28(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
55. Piscoya J. Principios éticos en la investigación biomédica. Revista peruana de medicina interna. 2018 [Consultado: 07 de agosto de 2021]; 31(4):159-164. Disponible en: <http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/SPMI%202018-4%20159-164.pdf>
56. Hernández S, Fernández C., Baptista L. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2014.
57. Hernández S, Fernández C., Baptista L. Metodología de la investigación. 1ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 1991.
58. Manterola C., y Otzen T. Estudios observacionales. los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. International Journal of Morphology. 2014 [Consultado: 15 de agosto de 2021]; 32(2):634-645. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042

59. Mesa B. y Jaramillo P. Operativización del modelo de atención integral de salud en el Centro De Salud Cotocollao, Provincia de Pichincha, Quito, Año 2016. [Tesis para optar el título de especialista en medicina familiar]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016. [Consultado: 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12850/Tesis%20G%20MEZA%20E%20JARAMILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
60. Ferreira B., Mota D y Lima G. Identificación y clasificación del riesgo familiar en una comunidad asistida por una unidad de salud familiar en Recife-pe. Revista Brasileña de Innovación Tecnológica en Salud. 2017 [Consultado: 23 de agosto del 2021]; 7(3): 48-54. Disponible en: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/11348>
61. Cruz V. "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 para obtener el grado de doctor en gestión pública y gobernabilidad]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2017. [Consultado: 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-inca-garcilaso-de-la-vega/salud-y-deporte-cd/propuesta-de-modelo-de-gestion-intercultural-para-peru/16058727>
62. Salud sin límites Perú y medicus mundi Navarra. Aportes para la operativización del Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel. 1th. ed. Lima: MINSA; 2012
63. Barboza R. Análisis de la implementación de un modelo de atención integral de salud en un centro de salud de Lambayeque. [Tesis para optar el título de magister en políticas de los servicios de salud]. Chiclayo: Universidad Cesar Vallejo; 2020. [Consultado: 21 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/51663>
64. García H., Barros, Quiroz, Barría, Soto, y Vargas. Modelo de atención integral en Salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Revista Panameña de salud pública. 2018 [Consultado: 23 de agosto del 2021]; 42. DOI: 10.26633/RPSP.2018.160
65. Müggenburg R., Pérez C. tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Enfermería universitaria. 2007 [Consultado: 15 de septiembre del 2021]; 4(1): 35 – 38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821004.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

EFFECTO DEL PROGRAMA DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD EN EL RIESGO FAMILIAR. COMUNIDAD PATA PATA, 2019 - 2020.

I. IDENTIFICACIÓN

N° de hoja de recojo:
Comunidad Pata Pata

Puesto de Salud Pata Pata
Distrito: Cajamarca

II. REGISTRO DE LA FICHA FAMILIAR

	Registro incompleto	Registro completo
¿La Ficha Familiar cuenta con registro de identificación de la familia?		
¿La Ficha Familiar cuenta con información sobre la vivienda y datos sociodemográficos?		
¿La Ficha Familiar cuenta con información sobre características de los miembros de la familia?		
¿La Ficha Familiar cuenta con registro de los instrumentos de evaluación familiar? (ciclo vital familiar, ecomapa, tipo de familia y familiograma)		
¿La Ficha Familiar cuenta con registro de los criterios para identificar riesgos por etapa de vida/ gestante/ puérpera/PCD?		
¿La Ficha Familiar cuenta con registro de la calificación del riesgo de las funciones básicas de la familia?		
¿La Ficha Familiar cuenta con registro de los riesgos según las características de la vivienda?		
¿La Ficha Familiar cuenta con registro de visitas familiares?		

III. NIVEL DE RIESGO E INTERVENCIONES BRINDADAS EN PAIFAN EL AÑO 2019

NIVEL DE RIESGO DEL AÑO 2019: Bajo() Mediano() Alto()

IV. DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIONES BRINDADAS, 2019:

EJE	LISTADO DE RIESGOS	No se realizó	Incompleto	Completo	N.A
INDIVIDUAL	Niño con riesgos identificados				
	Adolescente con riesgos identificados				
	Joven y adulto con riesgos identificados				
	Adulto mayor con riesgos identificados				
	Gestante y/o puérpera con factores de riesgo				
	Persona con discapacidad				
FAMILIAR	Incumplimiento de funciones básicas / malas relaciones internas				
VIVIENDA /	Sin agua potable / cloro menor a 0.5ppm				

ENTORNOS	Hacinamiento: 3 o más personas en una habitación				
	Eliminación de excretas inadecuada o mala higiene de la letrina				
	Disposición de basura inadecuada / no usa el carro recolector				
	Mala higiene de alimentos/ no correcto lavado de manos				
	Algún riesgo en el entorno de la vivienda				

V. INTERVENCIONES DESARROLLADAS EL AÑO 2019

1. Vigilancia del cumplimiento de paquetes de atención individual de los integrantes de la familia y citas programas en el EE.SS. ()
2. Consejería para desarrollar y fortalecer mecanismos protectores para la prevención de enfermedades según factores de riesgo biológico y físicos identificados. ()
3. Consejería en enfermedades transmisibles (VIH/sida, TBC, ITS y Metaxenicis) y no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, obesidad, hipertensión, etc.). ()
4. Consejería en salud sexual y reproductiva y planificación familiar. ()
5. Consejería familiar para el desarrollo de comportamientos de comportamientos y estilos de vida saludables. ()
6. Consejería familiar sobre el rol de la familia ante sus integrantes y los problemas que enfrentan cada uno de ellos. ()
7. Consejería en gestantes y/o puérpera sobre signos y síntomas de alarma. ()
8. Vigilancia de controles en gestante y/o puérpera. ()
9. Vigilancia y cumplimiento de plan de parto y visitas según corresponda. ()
10. Vigilancia de exámenes auxiliares en gestante y/o puérpera. ()
11. Consejería familiar para el saneamiento básico de la vivienda y entorno. ()

VI. NIVEL DE RIESGO DEL AÑO 2020.

EJE	LISTADO DE RIESGOS	PUNTAJE
INDIVIDUAL	Niño con riesgos identificados	
	Adolescente con riesgos identificados	
	Joven y adulto con riesgos identificados	
	Adulto mayor con riesgos identificados	
	Gestante y/o puérpera con factores de riesgo	
Persona con discapacidad		
FAMILIAR	Incumplimiento de funciones básicas / malas relaciones internas (basta no cumplir con un ítem)	
VIVIENDA / ENTORNOS	Sin agua potable / cloro menor a 0.5ppm	
	Hacinamiento: 3 o más personas en una habitación	
	Eliminación de excretas inadecuada (aire libre, acequia, canal) o mala higiene de la letrina (basta con un si)	
	Disposición de basura inadecuada (sin tapa, no reciclaje) / no usa el carro recolector	
	Mala higiene de alimentos (basta no cumpla con un ítem) / no correcto lavado de manos	
	Algún riesgo en el entorno de la vivienda	
TOTAL (suma total de los riesgos encontrados)		
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR:		
BAJO	()	
MEDIO	()	ALTO ()

ANEXO 2
AUTORIZACIÓN

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Cajamarca 06 de mayo del 2021

Yo... KARINA EMILIA VARGAS ROJAS

Con identificad con DNI N° 40222291, con domicilio en LA LEGUA # 294, distrito, provincia y región de Cajamarca; gerente de la microred Magna Vallejo, AUTORIZO a la Bachiller Karen Rebeca Tucumango Llanos Karen Rebeca, desarrollar su proyecto de investigación titulado: "EFECTO DEL PROGRAMA DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD EN EL RIESGO FAMILIAR. COMUNIDAD PATA PATA, 2021.", en el Puesto de Salud Pata Pata, en el cual extraerá información de las fichas familiares necesarias para su desarrollo.

ATENTAMENTE,

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN DE SALUD CAJAMARCA
RED DE SALUD CAJAMARCA

Karina E. Vargas Rojas
Q.F. Karina E. Vargas Rojas
GERENTE DE LA MICRORED MAGNA VALLEJO



ANEXO 3

CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

EFEECTO DEL PROGRAMA DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD EN EL RIESGO FAMILIAR. COMUNIDAD PATA PATA, 2021.

Jueces

Juez	Altamirano Silva Elsa Eloina	Quispe Luna Thania Esther	Quiroz Bazán de Guevara Zoila Luz	Quiroz Bazán Ana Isabel	Tany Vallejos Cacho
Profesión	Obstetra	Obstetra	Obstetra	Obstetra	Obstetra
Especialidad	Obstetricia de alto riesgo	Cuidados críticos y emergencias obstétricas	Obstetricia de alto riesgo	Obstetricia de alto riesgo	Obstetricia de alto riesgo
Institución donde labora	P.S. Samana Cruz	Centro de Salud Huambo Cancha Baja	Hospital Simón Bolívar	Hospital Simón Bolívar	Centro de Salud Magna Vallejo
Cargo que desempeña	Jefa de personal / Obs. Asistencial	Coordinadora de promoción de la salud	Obstetra asistencial	Obstetra asistencial	Obstetra asistencial

CRITERIO	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	VALOR b
<i>El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación</i>	1	1	1	1	1	1
<i>La estructura del instrumento es adecuada</i>	1	1	1	1	1	1
<i>Los items responden a la operacionalización de variables</i>	1	1	1	1	1	1
<i>Los items son claros y entendibles</i>	1	1	1	1	1	1
<i>Los Items miden lo que pretenden medir</i>	1	1	1	1	1	1
TOTAL	5	5	5	5	5	1

1: De acuerdo

0: Desacuerdo

Prueba de concordancia entre los jueces, donde: b: Grado de concordancia significativa, Ta: N° total de “acuerdos” de jueces, Td: N° total de “desacuerdos” de jueces (48).

$$\Rightarrow b = \frac{25}{25 + 0} \times 100 = 1,00$$

Según Herrera (1998) la prueba de concordancia entre jueces tendría una validez perfecta (48).

Rangos	Nivel de validez
De 0.53 a menos	nula
0.54 a 0.59	baja
0.60 a 0.65	Válida
0.66 a 0.71	Muy válido
0.72 a 0.99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

ANEXO 4

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS

ALFA DE CRONBACH, PARA ANALISIS DE FIABILIDAD – COFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ESCALA: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
CASOS VALIDOS	15	100
EXCLUIDOS	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: ficha de recojo de información aplicado a fichas familiares de la comunidad de Pata Pata, 2021.

- A. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

Estadísticos de fiabilidad

ALFA DE CRONBACH	Nº DE ELEMENTOS
0,755	34

Fuente: ficha de recojo de información aplicado a fichas familiares de la comunidad de Pata Pata, 2021.

Según Herrera A. (1998) el coeficiente 0.755 indica una excelente validez. (48)

Rangos	Confiabilidad
De 0.53 a menos	Nula
0.54 a 0.59	Baja
0.60 a 0.65	Confiable
0.66 a 0.71	Muy confiable
0.72 a 0.99	Excelente confiabilidad
1.0	Confiabilidad perfecta

ANEXO 5
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA





