

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



TESIS

**MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD POR
CURSO DE VIDA Y RIESGO FAMILIAR. CENTRO DE
SALUD SAN JUAN, PERIODO 2021 – 2022.**

CAJAMARCA, 2023

Para optar el título profesional de

OBSTETRA

Presentado por:

Bach. Lizeth Mardeli Gallardo Angulo

Asesora:

Dra. Obsta. Rossana Patricia León Izquierdo

Cajamarca - Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Lizeth Mardeli Gallardo Angulo**
DNI: **72023412**
Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**
2. Asesor:
Dra. Obstetra ROSSANA PATRICIA LEÓN IZQUIERDO
Facultad/Unidad UNC:
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
3. Grado académico o título profesional al que accede:
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
**MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD POR CURSO DE VIDA Y RIESGO FAMILIAR.
CENTRO DE SALUD SAN JUAN, PERIODO 2021 – 2022. CAJAMARCA, 2023**
6. Fecha de evaluación Software antiplagio: **11/6/2025**
7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **19%**
9. Código Documento: **oid:3117:466344008**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 X APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Cajamarca, 12 de junio del 2025



* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2025 by
Lizeth Mardeli Gallardo Angulo
Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Gallardo A. 2025. **MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD POR CURSO DE VIDA Y RIESGO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD SAN JUAN, PERIODO 2021 -2022 CAJAMARCA 2023.** /Lizeth Mardeli Gallardo Angulo/76
ASESORA: Dra. Obsta. Rossana Patricia León Izquierdo
Disertación académica para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2025

“Un hombre sabio debería darse cuenta de que la salud es su posesión más
valiosa”

(Hipócrates)



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 10:00 AM del 30 de Mayo del 2023, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 6E-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida y riesgo familiar. Centro de Salud San Juan, periodo 2021-2022. Cajamarca, 2023

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Lizeth Yaredi Callaero Anco

Siendo las 11:25 AM del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos:

BUENO, con el calificativo de: 16, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra APTA para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA**.

	Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos	Firma
Presidente:	<u>Dra. Elena Soledad Vera Zúñiga</u>	<u>[Firma]</u>
Secretario(a):	<u>Dr. Silvia Alfaro Revilla</u>	<u>[Firma]</u>
Vocal:	<u>Dr. Yacir Javier Sánchez Torres</u>	<u>[Firma]</u>
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>Dr. Rocío Patricia León Izquierdo</u>	<u>[Firma]</u>
Asesor (a):		

Términos de Calificación:
 EXCELENTE (19-20)
 REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)
 REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)
 DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICADA:

A mis amados padres Francisca y José por brindarme sus consejos, apoyo en cada momento de mi vida, así mismo por ser la inspiración y el motivo para esforzarme cada día.

A mis queridas hermanas Aurea y Anita por su constante afecto, consejos y palabras de aliento.

A mis sobrinos: Jamil, Ahixa, Allison y Emersson que son la luz en mi vida y con sus ocurrencias me dan alegría a cada instante.

A mi pareja Wilson por su paciencia y constante apoyo.

Lizeth M.

AGRADECIMIENTO:

A Dios por cuidarme cada día y brindarme esa fortaleza necesaria para salir adelante y poder lograr mis metas.

A mi asesora Dra. Obstetra Rossana Patricia León Izquierdo quien me brindó en todo momento su apoyo incondicional para el desarrollo de la presente tesis.

Al Centro de Salud San Juan por abrirme sus puertas con mucho cariño y a cada integrante que labora ahí. Especialmente a los Obstetras Katherine y César por su constante preocupación y apoyo para el desarrollo de esta tesis.

A cada obstetra que fue parte de mi vida profesional que, con sus enseñanzas, buen trato y amabilidad desde que inicié la carrera, fueron parte fundamental de mi formación profesional.

Lizeth M.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO:.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xi
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I : EL PROBLEMA	17
1.1. Definición y delimitación del problema	17
1.2. Formulación del problema	19
1.3. Objetivos	19
1.3.1. Objetivo general.....	19
1.3.2. Objetivos específicos	19
1.4. Justificación de la investigación	19
CAPÍTULO II : MARCO TEORICO	21
2.1. Antecedentes	21
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	21
2.1.2. Antecedentes nacionales	23
2.1.3 Antecedentes locales	24
2.2. Bases teóricas.....	26
2.2.1. Modelo de cuidado integral por curso de vida.....	26
2.2.2. Marco Conceptual del riesgo familiar	29
2.3. Marco conceptual	41
2.4. Variable:.....	42
2.4.1. Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida y riesgo familiar.	42
2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables.....	43
CAPÍTULO III : DISEÑO METODOLOGICO	44
3.1. Tipo y diseño de estudio.....	44
3.2. Área de estudio y población.....	44
3.3. Muestra	44
3.4. Unidad de análisis	44
3.5. Criterios de inclusión y exclusión Criterios de inclusión:.....	45

3.6. Consideraciones éticas de la investigación	45
3.7. Procedimiento para la recolección de datos.....	45
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
3.9. Procesamiento y análisis de datos	48
3.10. Control de calidad de datos	48
CAPITULO IV : INTERPRETACION DE RESULTADOS	49
CAPÍTULO V : ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	54
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

Pág

Tabla 1. Integrantes de la familia registrada la ficha familiar según Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida, en centro de Salud San Juan, durante el periodo 2021 – 2022	35
Tabla 2. Registro de información en la ficha familiar según los criterios establecidos por el Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de Vida, en Centro de Salud San Juan, durante el periodo 2021 – 2022	36
Tabla 3. Intervenciones en los ejes individual, familiar y del entorno; ejecutadas según criterios establecidos por el modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, en Centro de Salud San Juan, durante el periodo 2021 - 2022	37
Tabla 4. Proporción de ejecución del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, en Centro de Salud San Juan, durante el periodo 2021 – 2022	38
Tabla 5. Nivel de riesgo familiar según criterios establecidos por el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, en Centro de Salud San Juan, 2022 y 2023	39

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

MCI	Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida
RF	Riesgo Familiar
OMS	Organización Mundial de la Salud
MINSA	Ministerio de Salud
PGH	Padrón General de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
CRED	Control de Crecimiento y desarrollo
MEF	Mujeres en Edad Fértil
APOC	Atención Primaria Orientada a la Comunidad
CESFAM	Centro de Salud Familiar
DGAIN	Dirección general de aseguramiento e intercambio prestacional
RIS	Red integrada de salud
ACOS	Análisis comunitarios
EBS-FC	Equipo básico de salud familiar y comunitaria

RESUMEN

Objetivo: describir las características del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI) y del riesgo familiar en el Centro de Salud San Juan durante el periodo 2021–2022. **Material y métodos:** el diseño del presente estudio fue no experimental, de corte transversal descriptivo y de naturaleza retrospectivo. La población estuvo compuesta por 100 fichas familiares. La técnica empleada fue el análisis documental y el instrumento la hoja de registro de datos. **Resultados:** el 57% de las familias recibió una implementación parcial del modelo, un 31% no evidenció ejecución, y solo el 12% tuvo una ejecución completa, 85% de las familias presentaba riesgo familiar medio o alto, mientras que en 2022 esta proporción se redujo al 41%. La mayoría de fichas contaban con registros adecuados sobre los integrantes del hogar y los riesgos individuales; sin embargo, las visitas domiciliarias estuvieron registradas en solo el 26% de los casos. **Conclusión:** durante el periodo 2021–2022, el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida se implementó de forma parcial, con mayor atención en mujeres en edad fértil y niños menores de tres años. El registro en la ficha familiar se centró en la identificación y características de los integrantes, mientras que las intervenciones se enfocaron principalmente en el eje individual.

Palabras clave: Modelo de cuidado integral, curso de vida, riesgo familiar.

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of the Comprehensive Life Course Health Care Model (CLC) and family risk at the San Juan Health Center during the 2021–2022 period. **Materials and methods:** The present study was non-experimental, descriptive, cross-sectional, and retrospective. The population consisted of 100 family records. The technique used was documentary analysis, and the instrument was the data recording sheet. **Results:** 57% of families received partial implementation of the model, 31% did not show implementation, and only 12% had full implementation. 85% of families presented medium or high family risk, while in 2022 this proportion decreased to 41%. Most records had adequate records on household members and individual risks; however, home visits were recorded in only 26% of cases. **Conclusion:** During the 2021–2022 period, the Comprehensive Life Course Health Care Model was partially implemented, with increased attention paid to women of childbearing age and children under three years of age. Family record registration focused on the identification and characteristics of family members, while interventions focused primarily on the individual aspect.

Keywords: Comprehensive care model, life course, family risk

INTRODUCCIÓN

A nivel global, la mejora de la calidad y equidad en la atención sanitaria ha impulsado la adopción de modelos de atención integral de salud que consideran el curso de vida y el riesgo familiar como elementos clave. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido activamente estrategias para fortalecer el primer nivel de atención, integrando enfoques que abordan las necesidades de salud a lo largo de la vida y en el contexto familiar. En el bienio 2022-2023, varios países de las Américas lograron avances significativos en este ámbito, reflejando una tendencia hacia sistemas de salud más integrados y centrados en la persona y su entorno. No obstante, la implementación efectiva de estos modelos enfrenta desafíos relacionados con la gobernanza, la infraestructura y la colaboración intersectorial.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) ha promovido la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI), buscando asegurar una atención continua, integral y centrada en la persona, la familia y la comunidad, considerando los determinantes sociales y culturales. En la región Cajamarca, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) también ha impulsado la adopción del MCI, enfocándose en fortalecer las Redes Integradas de Salud (RIS) y mejorar la calidad de atención, aunque persisten desafíos en la identificación y gestión de riesgos familiares.

El Centro de Salud San Juan, ubicado en Cajamarca, ha participado en estas iniciativas de implementación del MCI. Sin embargo, se ha observado que la integración plena del enfoque de riesgo familiar en la atención sanitaria no se ha desarrollado completamente. Esta situación plantea interrogantes sobre la capacidad del establecimiento para brindar una atención verdaderamente integral que contemple tanto el curso de vida individual como los factores de riesgo familiares.

La falta de una implementación efectiva del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida que incorpore adecuadamente el enfoque de riesgo familiar en el Centro de Salud San Juan durante el periodo 2021–2022 constituye el problema central, lo cual podría limitar la prestación de servicios integrales y personalizados y potencialmente contribuir a resultados de salud subóptimos al no abordar holísticamente los factores que inciden en el bienestar de los pacientes.

La justificación de esta investigación radica en la necesidad de comprender cómo se aplica el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida y Riesgo Familiar en la práctica real del Centro de Salud San Juan, dado que, a pesar de ser una política nacional aprobada, existen dudas sobre su implementación efectiva en el primer nivel de atención. El estudio es relevante en el contexto de San Juan, una zona con población vulnerable y múltiples riesgos sociales, haciendo fundamental saber si este enfoque se aplica y contribuye a disminuir los riesgos familiares. Se espera que esta tesis aporte información valiosa para mejorar los servicios de salud, fortalecer el desempeño del personal y promover una atención más cercana, preventiva y humana para las familias de la comunidad.

La presente tesis está conformada por los siguientes capítulos:

CAPÍTULO I comprende el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos tanto general como específicos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II contiene los antecedentes, las bases teóricas y las variables.

CAPÍTULO III contiene el tipo y diseño de la investigación, la muestra con sus criterios de inclusión y exclusión, las consideraciones éticas, la técnica e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento y análisis de datos, y el control de calidad de los datos.

CAPÍTULO IV incluye la interpretación de los resultados.

CAPÍTULO V muestra el análisis y discusión de los resultados, las conclusiones y recomendaciones; además incluye la bibliografía y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

A nivel global, diversos países han adoptado modelos de atención integral de salud que consideran el curso de vida y el riesgo familiar como elementos clave para mejorar la calidad y equidad en la atención sanitaria. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido estrategias para fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, integrando enfoques que abordan las necesidades de salud a lo largo de la vida y dentro del contexto familiar. En el bienio 2022-2023, ocho países de las Américas, incluyendo Canadá, Chile y Uruguay, alcanzaron avances significativos en este ámbito, mientras que otros 23 están en proceso de implementación (1).

Estos esfuerzos internacionales reflejan una tendencia hacia la reorganización de los sistemas de salud para ofrecer servicios más integrados y centrados en la persona y su entorno familiar. Sin embargo, la implementación efectiva de estos modelos enfrenta desafíos, como la necesidad de fortalecer la gobernanza, mejorar la infraestructura y fomentar la colaboración intersectorial (1).

En cuanto al riesgo familiar, en Cuba en 2024 se determinó que 60% de las familias presentaron riesgo biológico por estar expuestas a dengue o leptospirosis; además revelaron que 50% de familias en atención primaria se encuentran en situación de riesgo latente; requiriendo intervenciones focalizadas en dimensiones psicoafectivas y socioeconómicas. Otro factor de riesgo descrito es la presencia de enfermedades crónicas en algún miembro de la familia (2). En Colombia en 2020, se reportó que los determinantes sociales de la salud que se asocian con el riesgo familiar fueron: barrio, escolaridad, trabajo, tipo de riesgo, condición de la vivienda y el hacinamiento (3). Finalmente, se demostró que las intervenciones en atención primaria de salud, basadas en la visita domiciliaria pueden revertir el riesgo en las familias (4), este dato es importante dado que el MCI-CV tiene como pilar la visita domiciliaria.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud el 12 de febrero del 2021, promovió la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI), con el objetivo de garantizar una atención continua, integral y centrada en la persona, la familia y la comunidad. Este modelo busca abordar las necesidades de salud en cada etapa de la vida, considerando los determinantes sociales y culturales que influyen en el bienestar de la población (5).

En Huancayo en 2023 se identificó que 49,2% de familias presentaban riesgo amenazado, 27,6% alto riesgo y 23,2% bajo riesgo; además se infirió que 78% de familias con riesgo amenazado contienen niños menores y la situación socioeconómica constituye el 62,3% de vulnerabilidad familiar (6). Así mismo, en Lima, al igual que en otros países; también se reveló que el riesgo familiar generalmente está asociado a la pobreza y violencia (7).

En la Región Cajamarca en 2022, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) ha impulsado la adopción del MCI, enfocándose en fortalecer las Redes Integradas de Salud y mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud. A pesar de estos esfuerzos, persisten desafíos relacionados con la implementación efectiva del modelo, especialmente en la identificación y gestión de riesgos familiares que afectan la salud de los individuos a lo largo de su vida (8). El 2021 se reportó que 60% de familias de la comunidad de Pata Pata presentaron riesgo familiar alto, 31,1% riesgo medio y 8,9%, bajo. Además, se demostró que las intervenciones del modelo de atención en salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC), contribuye a la disminución del riesgo familiar (9).

El Centro de Salud San Juan, en Cajamarca, ha sido parte de las estrategias orientadas a la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI), cuyo propósito es brindar atención continua, centrada en la persona, su familia y comunidad. Sin embargo, durante el periodo 2021–2022, se ha evidenciado una integración limitada del enfoque de riesgo familiar dentro de este modelo. Esta debilidad impide que la atención ofrecida aborde de forma articulada los determinantes individuales y familiares que afectan el estado de salud de la población. En consecuencia, surge la necesidad de analizar cómo se ha ejecutado el MCI en este establecimiento y qué relación guarda con la situación de riesgo familiar en la población atendida.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las características del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida en el Centro de Salud San Juan durante el periodo 2021–2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Describir las características del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida y del riesgo familiar en el Centro de Salud San Juan durante el periodo 2021–2022.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar a los integrantes de la familia según el curso de vida.
2. Describir el registro de información en la ficha familiar según los criterios establecidos por el MCI.
3. Detallar las intervenciones ejecutadas según los ejes individual, familiar y del entorno.
4. Determinar la proporción de ejecución del MCI en la población atendida

1.4. Justificación de la investigación

El modelo busca atender a las personas considerando su etapa de vida y la realidad de su familia, con el fin de prevenir enfermedades y mejorar su bienestar. Sin embargo, en lugares como San Juan, donde hay población vulnerable y múltiples riesgos sociales, es fundamental saber si este enfoque realmente se está aplicando y si está ayudando a disminuir los riesgos en el entorno familiar.

La presente investigación se originó de la necesidad de conocer cómo se está aplicando en la práctica el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida y Riesgo Familiar en el Centro de Salud San Juan, en Cajamarca. Aunque este modelo fue aprobado como una política nacional, aún existen muchas dudas sobre su verdadera implementación en los establecimientos de primer nivel.

Esta tesis, contribuye con información útil para mejorar los servicios de salud, fortalecer el trabajo del personal de salud y garantizar una atención más cercana, preventiva y humana para las familias de la zona.

Los resultados permitirán un aporte a la investigación en este tema y constituirán una fuente para futuras investigaciones relacionadas con el tema

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Wu et al. (10), realizaron un estudio en Estados Unidos en el año 2022, con el objetivo de determinar el impacto clínico de una evaluación sistemática de riesgos basada en la historia familiar de salud en poblaciones diversas de atención primaria. Se realizó un ensayo híbrido de implementación-efectividad en 19 clínicas de atención primaria en cuatro sistemas de salud de EE. UU. entre 2014 y 2017. Participaron adultos que completaron una evaluación de riesgos de salud (HRA) con soporte de decisiones clínicas (CDS) integrado. Se recopilaron datos de encuestas a pacientes y proveedores, y de registros médicos electrónicos (EMR) durante 24 meses. En conclusión, la evaluación sistemática de riesgos identificó una proporción significativa de individuos con mayor riesgo. Si bien la identificación del riesgo fomentó las discusiones, la adopción de las recomendaciones clínicas fue variable y dependió de la recomendación.

Young (11), el artículo publicado en Estados Unidos en el año 2023, tuvo el objetivo de describir el modelo de atención integrada en la atención primaria para familias de bajos ingresos en una zona rural de Maryland, buscando mejorar la salud de la población vulnerable y lograr un bienestar holístico. Se presenta un reporte de caso sobre la implementación del modelo Integrated and Person-Centered Health Home (IPCHH) en el condado de Carroll, detallando sus servicios y la atención brindada a un paciente específico con múltiples problemas de salud y determinantes sociales adversos. La metodología se basa en la descripción de la organización IPCHH, su misión, los servicios integrados que ofrece y el seguimiento de un caso clínico para ilustrar el funcionamiento del modelo. En conclusión, el modelo de atención integrada y centrada en la persona en la atención primaria muestra ser prometedor para abordar las disparidades de salud en poblaciones rurales de bajos ingresos al responder a sus necesidades de salud evolutivas y reducir las inequidades. El marco del modelo integrado podría servir

como guía para otros sistemas de salud que enfrentan desafíos similares.

Franco et al. (12), el artículo publicado en Europa Sudoriental en el año 2024, tuvo como objetivo principal evaluar la efectividad de los modelos innovadores de atención en medicina familiar, centrándose específicamente en su impacto en los resultados de salud y la satisfacción del paciente. La investigación buscó determinar si estos nuevos modelos podrían brindar una mejor atención en comparación con los métodos tradicionales. Se realizó un estudio observacional comparativo con 200 participantes. Los hallazgos revelaron mejoras significativas tanto en la satisfacción del paciente como en varios indicadores de salud entre quienes recibieron atención mediante modelos innovadores. Conclusión: El estudio concluyó que la implementación de modelos innovadores de atención en medicina familiar puede ser una estrategia eficaz para mejorar tanto los resultados de salud como la satisfacción del paciente. Los resultados respaldan la idea de que la transición de los métodos de atención tradicionales a enfoques más innovadores puede conducir a una mejor atención general para los pacientes.

Campodónico (13), realizó un estudio en Chile en el año 2024, con el objetivo principal de evaluar la eficacia del «Modelo de atención integral familiar y comunitaria» implementado en el nivel de atención primaria de salud. La evaluación se centró en comprender cómo este modelo afecta la satisfacción de los usuarios, las hospitalizaciones y los gastos de salud. El estudio utilizó un enfoque de evaluación integral que implicó analizar datos relacionados con las experiencias de los usuarios, las tasas de ingreso hospitalario y los aspectos financieros de la atención médica para evaluar la eficacia del modelo en un entorno real. La evaluación concluyó que el modelo integral de atención familiar y comunitaria ha sido eficaz para mejorar la satisfacción de los usuarios, reducir las hospitalizaciones evitables y reducir los gastos de salud. A pesar de estos resultados positivos, el estudio hizo hincapié en que la evaluación de la eficacia no ha sido una prioridad de las políticas públicas en Chile, lo que sugiere la necesidad de prestar más atención e investigación en esta área para garantizar mejoras continuas en la atención primaria de salud.

Alves (14), realizó un estudio en Brasil en el año 2024 y tuvo como objetivo evaluar el impacto de la Estrategia de Salud Familiar (FHS) en la reducción de las tasas de mortalidad infantil en las comunidades rurales brasileñas entre 2000 y 2020. Los investigadores utilizaron datos de DATASUS, el sistema de información de salud brasileño. Los resultados revelaron una reducción significativa de las tasas

de mortalidad infantil en los municipios con una alta cobertura de la HSC, lo que representa una disminución del 25,4% en comparación con una reducción del 10,8% en las áreas con baja cobertura. La disminución fue particularmente notable en la mortalidad post neonatal, lo que indica que las intervenciones preventivas y la atención domiciliaria ofrecidas por la FHS fueron eficaces para mejorar los resultados de salud de los lactantes. El estudio concluyó que la estrategia de salud familiar es esencial para promover la equidad en materia de salud y reducir la mortalidad infantil en las comunidades rurales. Sin embargo, también destacó desafíos como la infraestructura inadecuada y las barreras culturales que obstaculizan todo el potencial de la FHS. Los autores recomiendan reforzar la FHS para cumplir mejor los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente en las zonas remotas donde las disparidades en materia de salud son más pronunciadas.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Cruz F, Nuñez A (15), realizaron un estudio en Lima en el año 2022, el propósito de esta investigación fue identificar el nivel de riesgo familiar total en hogares con niños menores de cinco años en la Urbanización Naranjal, ubicada en el distrito de Los Olivos, Lima, durante el año 2022. Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal, no experimental. Para la recolección de datos, se aplicó la encuesta del instrumento RFT 5:33 a una muestra de 70 jefes de familia que tenían hijos menores de cinco años. Los hallazgos revelaron que el 62% de las familias evaluadas se encontraban en una situación de riesgo amenazado, el 24% presentaban un riesgo bajo y el 14% se clasificaron con un riesgo alto. Al analizar las distintas dimensiones del riesgo familiar, se observó que el manejo de menores fue la dimensión más afectada, con un 96% de familias en riesgo amenazado. Le siguieron las condiciones de vivienda y vecindario con un 91%, las condiciones psicoafectivas con un 87%, la situación socioeconómica con un 51% de familias en riesgo alto y, finalmente, las prácticas y servicios de salud con un 50% en riesgo amenazado. El estudio evidenció que la mayoría de las familias se encontraban en una situación de riesgo amenazado, seguido por aquellas con riesgo bajo y alto.

Zegarra A, Zegarra E (16), realizaron un estudio en Huancayo en el año 2023 y tuvo como finalidad evaluar el nivel de riesgo familiar en hogares con niños menores de cinco años pertenecientes a una comunidad con acceso limitado a servicios en la ciudad de Huancayo. Investigación cuantitativa, descriptivo y transversal. Se utilizó la técnica de encuesta y se aplicó el cuestionario RFT 5:33,

a 45 madres de niños menores de cinco años. Los resultados indicaron que 49,2% de familias se encontraban en una situación de riesgo amenazado, el 27,6% presentaban un riesgo alto y el 23,2% un riesgo bajo. En cuanto a las dimensiones evaluadas en condiciones psicoafectivas, el 40,7% de las familias estaban en riesgo amenazado.; respecto a servicios y prácticas de salud, el 45% se clasificaron en riesgo amenazado.; en condiciones de vida y vecindario, el 53,3% presentaban riesgo amenazado., en situación socioeconómica, el 62,3% se encontraban en riesgo amenazado y finalmente en manejo de menores, el 78,2% de las familias estaban en riesgo amenazado. Conclusiones: El estudio evidenció que la mayoría de las familias evaluadas se encontraban en una situación de riesgo amenazado, seguido por aquellas con riesgo alto y bajo. Todas las dimensiones analizadas mostraron una predominancia de familias en riesgo amenazado (16).

Amau et al. (17), realizaron un estudio en Cuzco en el año 2024 y el objetivo fue describir las características y riesgos individuales, familiares, de vivienda y de entorno en la comunidad peruana de Ccollana- San Jerónimo-Cusco. Se realizó un estudio transversal en 2023 con la participación de 247 familias residentes habituales por más de 12 meses. Se aplicó la ficha familiar, un instrumento validado, por equipos capacitados, y se realizó un análisis estadístico descriptivo. Los resultados mostraron que la mayoría de las familias eran en expansión (72.9%) y nucleares (58.3%). Los principales riesgos individuales fueron la falta de evaluación bucal e inmunizaciones incompletas. A nivel familiar, predominó el déficit de comunicación sobre sexualidad (67.6%). El riesgo de entorno principal fue la percepción de vapores (70.0%). En conclusión, la comunidad se compone mayormente de familias en expansión y nucleares, con riesgos individuales importantes en salud bucal e inmunización, un déficit comunicacional familiar en sexualidad, y la percepción de vapores como riesgo ambiental asociado a la cercanía de una planta de tratamiento.

2.1.3 Antecedentes locales

Tucumango (9), realizó un estudio en Cajamarca en el año 2021 con el objetivo de evaluar el efecto del programa de salud basado en familia y comunidad en el riesgo familiar en la comunidad Pata Pata, durante 2019 y 2020. La metodología empleada fue explicativa, con enfoque cuantitativo y diseño no experimental correlacional causal retrospectivo, utilizando 45 fichas familiares y una ficha de recojo de datos validada. Los resultados mostraron que, al inicio del programa en

2019, predominaba el alto riesgo familiar. Tras las intervenciones en los ejes individual, familiar, de vivienda y entorno, el riesgo familiar disminuyó significativamente en 2020, con una mayoría de familias en bajo riesgo. Las intervenciones más frecuentes incluyeron la vigilancia del cumplimiento de paquetes de atención individual y la consejería en saneamiento básico y enfermedades transmisibles/no transmisibles. En conclusión, el programa de salud basado en familia y comunidad disminuyó el riesgo familiar en la comunidad Pata Pata, con un valor $p < 0.05$ según la prueba de Wilcoxon. Se observó, sin embargo, registros incompletos en algunas fichas familiares al inicio del estudio (9).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Modelo de cuidado integral por curso de vida

El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI-CV) representa un modelo transformador en la atención sanitaria que contiene múltiples dimensiones del bienestar humano a lo largo de las diferentes etapas de vida. Este enfoque holístico reconoce a las personas, familias y comunidades como sujetos de derecho, considerando sus necesidades específicas según su momento vital y contexto sociocultural. La evidencia disponible demuestra que este modelo proporciona una estructura conceptual sólida para abordar los determinantes de salud de manera progresiva, adaptándose a los cambios y transiciones que experimentan los individuos durante su vida (5).

Fundamentos Conceptuales del Modelo de Cuidado Integral

El cuidado integral de salud constituye un enfoque sistémico que trasciende la visión tradicional centrada en la enfermedad. Se define como una aproximación que "se enfoca en lo que es importante para la persona y no en cuál es su problema", estableciendo relaciones colaborativas entre el equipo de salud y los usuarios para desarrollar "un plan de salud personalizado en función de sus valores, necesidades y objetivos". Este modelo reconoce que la salud es un fenómeno multidimensional influenciado por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que interactúan de manera dinámica (5,18).

La conceptualización del cuidado integral implica comprender a la persona "desde una perspectiva global y proveer los cuidados de una forma individualizada". Esta visión holística permite superar la fragmentación de la atención sanitaria, reconociendo que cada individuo posee particularidades que deben ser respetadas y consideradas en su plan de atención. El objetivo fundamental es acompañar a las personas en su proceso de desarrollo integral, promoviendo su autonomía y capacidad de autocuidado (19).

Marco Normativo y Desarrollo Institucional

El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida ha sido formalizado en diversos contextos institucionales. En Perú, por ejemplo, se aprobó el "Documento

Técnico Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad" mediante Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA. Esta normativa establece los lineamientos técnicos para la implementación del modelo en el sistema sanitario nacional, definiendo estándares y procesos para su adecuada aplicación (5,18).

La institucionalización del modelo responde a la necesidad de estructurar servicios de salud coherentes con las transiciones demográficas y epidemiológicas contemporáneas. Con una población adulta que "asciende a 13,021,416 personas" en Perú, resulta imperativo contar con estrategias adaptadas a las necesidades específicas de este grupo etario, considerado la "Población Económicamente Activa (PEA)" y pilar fundamental del desarrollo socioeconómico (5,18).

El Enfoque de Curso de Vida como eje Articulador Fundamentación Teórica del Curso de Vida el enfoque de curso de vida constituye el eje vertebrador del modelo de cuidado integral, reconociendo que las experiencias y circunstancias en cada etapa vital influyen en la salud presente y futura de las personas. Esta perspectiva teórica postula que el desarrollo humano es un continuum donde cada fase presenta desafíos, oportunidades y necesidades particulares que requieren abordajes específicos pero interconectados.

La teoría del curso de vida integra conceptos de diversas disciplinas, incluyendo la psicología del desarrollo, la epidemiología social y la sociología, para explicar cómo las trayectorias vitales de los individuos están influenciadas por factores históricos, culturales y socioeconómicos. Esta visión multidimensional permite identificar momentos críticos de intervención donde las acciones preventivas y promocionales pueden tener mayor impacto.

Caracterización de las etapas del curso de vida, el modelo peruano identifica claramente los distintos grupos etarios, estableciendo que "la persona adulta abarca desde los 30 a 59 años, 11 meses y 29 días". Esta delimitación precisa permite diseñar intervenciones adaptadas a las características biopsicosociales específicas de cada etapa. El enfoque reconoce que cada grupo etario presenta riesgos diferenciados y requiere cuidados particulares para mantener su funcionalidad y potenciar su desarrollo (5,18).

Las intervenciones están diseñadas para "atender a la persona, ya sea sana o con alguna enfermedad, y se adaptan a sus necesidades de salud". Esta flexibilidad permite ajustar los servicios según las condiciones particulares de cada individuo, reconociendo la heterogeneidad dentro de cada grupo etario. El modelo considera

tanto las condiciones actuales como los factores que podrían influir en la salud futura, adoptando una perspectiva longitudinal y preventiva (5,18).

Intervenciones del Modelo de Cuidado Integral Intervenciones a nivel individual: autocuidado y autonomía

La intervención a nivel individual del modelo se fundamenta en teorías como la propuesta por Dorothea Elizabeth Orem, quien "ha descrito la Teoría General del Autocuidado", compuesta por "tres teorías relacionadas: la del Autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería". Esta perspectiva teórica considera a la persona como "un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente", con capacidades y aptitudes para comprometerse con su propio cuidado (5,19).

El modelo promueve que el individuo desarrolle "responsabilizarse de sus autocuidados" mediante el apoyo profesional que utiliza "cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar". Este enfoque educativo y capacitador busca empoderar a las personas para que gestionen activamente su salud, tomando decisiones informadas y adoptando estilos de vida saludables según sus posibilidades y contexto (5,19).

Intervenciones a nivel familiar: valoración y acompañamiento

La familia constituye un eje fundamental del modelo, reconociéndola como "sujeto de derecho y sujeto centro de la atención en salud". La valoración familiar trasciende la simple suma de las condiciones individuales de sus miembros, abordando "la estructura, las relaciones y dinámicas que se determinan al interior de la familia". Esta aproximación sistémica permite comprender cómo el funcionamiento familiar influye en la salud de sus integrantes y viceversa (13,20).

El proceso de atención familiar implica "reconocer tanto capacidades y factores protectores que definan su acompañamiento y apoyo, así como en la identificación del riesgo de sus condiciones y situación familiar". Se emplean instrumentos como "el Apgar familiar que permite identificar percepción de disfuncionalidad familiar", facilitando intervenciones tempranas y prevención de complicaciones. El objetivo es fortalecer las capacidades familiares para afrontar adversidades y promover entornos saludables (13,20).

Intervenciones a nivel comunitario: participación y corresponsabilidad

Las intervenciones comunitarias, reconocen que los determinantes sociales de la salud operan a nivel colectivo e influyen significativamente en las condiciones de vida de las personas. El enfoque comunitario promueve "la participación activa de las diferentes culturas, brinda servicios de salud con pertinencia cultural, y considera las oportunidades y roles sociales de la persona adulta", generando intervenciones contextualmente relevantes y socialmente aceptadas (5,18).

Esta aproximación implica reconocer que las comunidades poseen conocimientos, recursos y redes que pueden potenciar las acciones sanitarias. El modelo fomenta espacios de participación donde los diferentes actores sociales contribuyen a identificar necesidades, planificar acciones y evaluar resultados. Esta corresponsabilidad entre el sistema de salud y la comunidad permite desarrollar soluciones sostenibles y culturalmente apropiadas para los problemas sanitarios locales (5,18).

2.2.2. Marco Conceptual del riesgo familiar

El riesgo familiar se define como la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos que afectan la salud individual o colectiva del núcleo familiar, determinado por factores biopsicosociales y ambientales interrelacionados (21). Su evaluación integra cinco dimensiones clave:

- Condiciones psicoafectivas (ansiedad parental, violencia intrafamiliar)
- Acceso a servicios de salud
- Entorno habitacional
- Situación socioeconómica
- Manejo de menores (21).

Modelos explicativos del riesgo

1. Modelo Ecológico-Sistémico: Propone que la conducta agresiva infantil se desarrolla por la interacción de:

Factores distales: Ansiedad materna ($\beta=0.44$) y violencia marital ($\beta=0.10$) (22)

Factores proximales: Prácticas de disciplina severa ($\beta=0.59$). Este modelo explica el 34% de la varianza en problemas conductuales infantiles (22).

2. Teoría del Estrés Familiar: Vincula el riesgo cardiovascular con:

Disfuncionalidad familiar (OR: 2.3)

Bajo apoyo social (OR: 1.8) (23).

El 62% de familias con pacientes coronarios presentan riesgo "amenazado" versus 3% en alto riesgo (21).

Factores protectores y de riesgo en el contexto familiar

El modelo identifica factores protectores que potencian la resiliencia familiar y factores de riesgo que incrementan su vulnerabilidad. Los factores protectores incluyen dinámicas comunicativas funcionales, capacidad de adaptación ante crisis, cohesión familiar y acceso a redes de apoyo social. Por otro lado, los factores de riesgo comprenden patrones disfuncionales de interacción, precariedad socioeconómica, barreras de acceso a servicios y exposición a entornos adversos (20).

La identificación de estos factores permite clasificar a las familias según su nivel de riesgo, facilitando la priorización de intervenciones. Como señala uno de los documentos, se atiende especialmente a "familias con situaciones o condiciones de riesgo medio para la salud, identificadas en las intervenciones/atenciones en salud individuales" y "familias canalizadas desde las intervenciones del PIC". Esta estratificación permite optimizar recursos y maximizar el impacto de las acciones sanitarias (20).

Metodologías de valoración del riesgo familiar

El enfoque conceptual del riesgo familiar total de Pilar Amaya de Peña (24) define el riesgo como la probabilidad acumulativa y medible de resultados adversos para los individuos o las familias, un concepto que dio origen al instrumento RFT: 5-33, desarrollado a partir de investigaciones que iniciaron en 1992 y las intervenciones continuas con familias colombianas vulnerables. Este instrumento ha demostrado poseer sólidas propiedades psicométricas, confirmadas mediante análisis de confiabilidad (consistencia interna) y validez (factorial y concurrente), y fundamenta su evaluación en la existencia de cinco dimensiones específicas: condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda/vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores, para obtener una comprensión integral del riesgo familiar.

El Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33 categoriza el riesgo familiar total en tres niveles principales (alto, amenazado y bajo) basándose en los puntajes brutos (PB) obtenidos, los percentiles correspondientes y las puntuaciones estandarizadas (PE). Es importante destacar que los criterios de categorización varían ligeramente según el tipo de familia: Tipo 1 (nuclear - pareja) y Tipo 2 (extensa - atípica).

Ficha familiar como instrumento de valoración de riesgo

A nivel nacional el riesgo familiar se valora mediante el registro de información en la ficha familiar considerando los siguientes aspectos:

- Se califica el riesgo individual de cada miembro de la familia según su etapa de vida, gestación/puerperio y discapacidad, utilizando criterios preestablecidos.
- Se evalúan los riesgos de la vivienda y el entorno familiar, marcando condiciones como el ingreso familiar, materiales de la vivienda, servicios básicos, higiene y número de personas por habitación.
- Se evalúan las funciones básicas de la familia (cohesión, cuidado, afecto, reproducción/sexualidad, socialización) para identificar riesgos familiares, marcando "SI" o "NO" a preguntas relacionadas.
- Finalmente, se prioriza el riesgo a nivel familiar considerando los riesgos individuales identificados, el incumplimiento de las funciones básicas familiares y los riesgos de la vivienda/entorno. Según la cantidad total de riesgos identificados en estos tres ejes, la familia se clasifica en Riesgo Bajo (1-4 riesgos), Mediano (5-8 riesgos) o Alto (9 o más riesgos). Esta calificación anual se anota en el lomo de la ficha familiar (5,18,25).

La estructura principal se divide en secciones numeradas:

I. Datos generales: Esta sección inicial recoge información de identificación básica relacionada con el sistema de salud y la ubicación geográfica general, como la DIRESA, ZONA SANITARIA, RIS e IPRESS.

II. Localización de la vivienda y datos sociodemográficos: Aquí se registran detalles específicos de la ubicación de la vivienda familiar (Provincia, Distrito, Localidad, Sector, Área de residencia, Dirección) y datos de contacto (Nº teléfono, Correo electrónico). También se incluye el campo para anotar los Nombres y Apellidos de la o los informantes.

III. Visita familiar: Una tabla destinada al seguimiento de las interacciones con la familia, permitiendo registrar la Fecha de la visita, el responsable de la visita, el Resultado de la visita y la Fecha de la Próxima visita planificada.

IV. Características de los miembros de la familia: Esta es una sección central que lista a cada miembro de la familia y recopila una amplia gama de datos individuales¹. Incluye Nombres, Apellidos, Etnia/Raza, Sexo, Edad, Fecha de Nacimiento, DNI/Carnet extranjería, Idioma predominante de la familia, Parentesco dentro de la familia, Estado Civil, Grado de Instrucción, Tipo de Ocupación, Condición de la Ocupación, si cuenta con EsSalud/Sanidad, Pensión y Seguro. La ficha proporciona códigos y descripciones para clasificar el Parentesco, Estado Civil, Grado de Instrucción y Condición de la Ocupación.

V. Instrumentos de evaluación de riesgo familiar: Esta sección incorpora herramientas para una evaluación más profunda de la dinámica y estructura familiar. Contiene áreas designadas para:

Ciclo vital familiar: Una lista de las posibles etapas en la vida de una familia (por ejemplo, en formación, en expansión, con hijos en diferentes edades, en dispersión, en contracción) para identificar en cuál se encuentra la familia evaluada.

ECOMAPA: Un espacio gráfico para representar las conexiones de la familia con su entorno social, institucional y comunitario (como amigos, programas sociales, escuela, iglesia, etc.). Se listan los componentes que pueden incluirse en el Ecomapa.

Genograma (estructura y relaciones familiares): Un espacio para dibujar un árbol genealógico que ilustra la estructura familiar a lo largo de varias generaciones y las relaciones entre sus miembros. Se incluyen símbolos convencionales para representar individuos, relaciones y otras características familiares.

Según la sección "II. funciones de la familia" del PAIFAM en la ficha familiar, esta evaluación comprende dos grupos principales de funciones:

a) Funciones básicas:

- **Cuidado:** Referido a la capacidad de la familia para proteger, alimentar y cuidar a sus miembros.

- **Afecto:** Se relaciona con la expresión de amor, cariño y apoyo emocional entre los miembros de la familia.
- **Expresión de la sexualidad:** Cómo la familia aborda y gestiona la sexualidad en su contexto.
- **Socialización:** La capacidad de la familia para preparar a sus miembros para interactuar y funcionar en la sociedad¹.
- **Trato social:** Cómo los miembros de la familia se relacionan entre sí y con personas externas.

b) Funciones según sus relaciones internas:

- **Comunicación:** La forma en que los miembros de la familia se hablan, escuchan y comparten información.
- **Cohesión:** El grado de unión emocional y apoyo mutuo entre los miembros de la familia.
- **Permeabilidad:** La apertura o cierre de la familia a influencias externas y a la entrada o salida de información y personas.
- **Rol:** La definición y el cumplimiento de los roles esperados dentro de la estructura familiar.
- **Adaptabilidad:** La capacidad de la familia para ajustarse y responder a cambios y desafíos.
- **Armonía:** El estado de equilibrio y paz en las relaciones familiares.

La valoración de estas funciones permite identificar riesgos o problemas dentro de la familia que puedan afectar la salud y el bienestar de sus miembros¹. Esta información es crucial para la planificación de intervenciones de salud familiar dirigidas a fortalecer las funciones familiares y abordar los problemas detectados

VI. Riesgos por curso de vida: esta sección realiza una evaluación detallada de diversos riesgos para la salud y el bienestar de los miembros de la familia, segmentada por grupos de edad (niño 0-11 años, adolescente 12 a 17 años, joven 18 a 29 años, adulto 30 a 59 años, adulto mayor > de 60 años). para cada grupo

de edad, se listan riesgos específicos (por ejemplo, riesgo nutricional, falta de evaluación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, riesgo psicosocial, problemas de salud oral, etc.)²³. También se incluyen riesgos generales y preguntas específicas para evaluar aspectos como la comunicación familiar, el apoyo mutuo o la exposición a violencia.

VII. Características de la familia y la vivienda: se enfoca en las condiciones materiales de vida y algunos aspectos sociales de la familia y su hogar. Cubre temas como ingresos familiares, material predominante de las paredes y del techo de la vivienda, métodos de conservación de alimentos, procedencia del agua de consumo, combustible para cocinar, presencia de animales, ubicación de la basura, disponibilidad de servicios en el domicilio (teléfono, internet, electricidad, etc.), características de la vivienda (n° de personas por habitación, n° de dormitorios) y aspectos de la relación con los animales y condiciones de la cocina.

VIII. Riesgos del entorno: identifica peligros o amenazas potenciales en el ambiente físico que rodea la vivienda, como Lluvias/Inundaciones, Basura junto a la vivienda, Inservibles junto a la vivienda y la presencia de Vectores (mosquitos, roedores, etc.).

Además de las secciones numeradas, hay una parte del documento que parece ser una página de identificación o resumen. Contiene campos para el IPRESS, n° de ficha familiar, sector/comunidad, manzana/lote y una sección importante para la clasificación general del riesgo de la familia, con opciones para marcar alto, mediano o bajo.

Finalmente, la ficha incluye una sección para el paquete de atención integral de la familia (PAIFAM) - intervenciones. Esta sección está diseñada para planificar y documentar las intervenciones basadas en la evaluación. Se estructura en tablas para diferentes áreas de intervención (salud individual, funciones de la familia, condiciones materiales de vida y entorno) 5. para cada área, se registran el riesgo/problema identificado, los acuerdos alcanzados con la familia, el responsable de la ejecución, se programa y registra el seguimiento a través de múltiples columnas para visita de salud familiar con fechas, y se añaden observaciones.

En resumen, la ficha familiar es un instrumento exhaustivo que va desde datos generales y localización, pasando por información detallada de cada miembro y

evaluaciones complejas (Ciclo Vital, Ecomapa, Genograma), la identificación de riesgos por edad y características del hogar y entorno, hasta la planificación y seguimiento de intervenciones integrales

Tanto la ficha familiar peruana como el Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33 colombiano tienen como objetivo general la recopilación de información familiar para la evaluación de riesgos. Ambas herramientas registran datos básicos de identificación de la familia y sus miembros, incluyendo composición familiar, edad y algunos antecedentes de salud. También exploran las condiciones de la vivienda. Sin embargo, difieren significativamente en su enfoque y profundidad: el RFT: 5-33 se centra específicamente en la medición cuantitativa del riesgo familiar total a través de cinco dimensiones (condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, socioeconómico y manejo de menores) mediante un cuestionario de 33 ítems con calificación estandarizada y criterios de riesgo definidos.

En contraste, la ficha familiar peruana es un instrumento más amplio y cualitativo, diseñado para identificar diversos determinantes sociales de la salud y riesgos a nivel individual, familiar y comunitario en el contexto de la atención primaria de salud en Perú, con una evaluación de riesgos que parece ser más basada en criterios preestablecidos y la observación. El RFT: 5-33 posee un riguroso proceso de estandarización y validación psicométrica en población colombiana de estratos socioeconómicos bajos, mientras que la ficha familiar peruana está validada por la normativa de salud de Perú, aunque sus detalles psicométricos no están bien especificados. Finalmente, el RFT: 5-33 genera un perfil gráfico familiar para visualizar los resultados por factor, una característica ausente en la descripción de la ficha familiar.

Cabe resaltar que en este estudio se empleó como unidad de análisis la ficha familiar de donde se extrajo la información para medir el riesgo familiar. Dado que es un instrumento estandarizado a nivel nacional, se aplica rutinariamente en atención primaria. Por lo que se tuvo acceso a una gran cantidad de información ya recopilada sobre aspectos demográficos, socioeconómicos, de salud, vivienda y factores de riesgo de las familias peruanas. Esta información fue útil para desarrollar investigaciones descriptivas, u otros estudios que busquen identificar poblaciones en riesgo o que necesiten contextualizar un problema de salud específico, la ficha fue un punto de partida excelente y eficiente, pues permitió ahorrar tiempo y recursos que implicaría recolectar toda esa información desde

cero. Permittedó obtener una visión relativamente integral del entorno familiar que influye en la salud.

Implementación del Modelo en Servicios de Salud Roles de los Equipos Multidisciplinarios

La implementación efectiva del modelo requiere equipos multidisciplinarios con competencias específicas para abordar las diversas dimensiones de la salud. Los documentos revisados indican que la atención familiar "puede ser desarrollada por profesional en medicina o medicina familiar, psicología, trabajo social, obstetricia o enfermería", destacando la importancia de la complementariedad de saberes y enfoques profesionales (18,22,25).

Plan de atención integral familiar

El proceso culmina con la elaboración del plan integral de atención familiar (PAIFAM), instrumento que articula las intervenciones necesarias para abordar las necesidades identificadas. Este plan no se limita a aspectos clínicos, sino que integra dimensiones psicosociales, educativas y preventivas, estableciendo objetivos realistas y medibles en plazos definidos (5).

El plan debe incluir "la verificación o derivación" a diversas intervenciones, asegurando que cada miembro de la familia reciba los servicios requeridos según su situación particular. Este enfoque coordinado evita duplicidades, maximiza sinergias y garantiza la coherencia del proceso asistencial. El seguimiento sistemático permite ajustar intervenciones según la evolución observada, adoptando un enfoque dinámico y adaptativo (5).

Modalidades de Prestación de Servicios

Los cuidados integrales "se brindan a través de una cartera de servicios por curso de vida, en los contextos de la familia y la comunidad, así como en los establecimientos de salud, mediante diferentes modalidades de oferta: fija, móvil y telesalud". Esta diversificación de canales asistenciales facilita el acceso a servicios, especialmente para poblaciones con barreras geográficas, económicas o culturales.

La modalidad fija se desarrolla en establecimientos sanitarios con infraestructura y equipamiento permanentes. La modalidad móvil lleva servicios a comunidades dispersas o de difícil acceso mediante equipos itinerantes. La telesalud permite superar barreras geográficas mediante tecnologías de comunicación, facilitando consultas, seguimientos y procesos educativos a distancia. Esta combinación de abordajes incrementa la cobertura efectiva y adapta los servicios a las particularidades territoriales.

Contexto regional: Implementación del MCI-CV en Cajamarca

Mediante la Resolución Ministerial N° 030-2020- MINSA, aprobó el modelo de cuidado integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI) con la finalidad de mejorar las condiciones de vida y el nivel de salud de la población residente en el país (26).

El MCI se implementó considerando el contexto global vigente y la situación del sistema de salud y los compromisos asumidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Esto refiere a un mejor nivel de estado de salud promoviendo estilos de vida saludable y prevención de riesgos (5).

La Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN) conjuntamente con el MINSA forman parte de los talleres de asistencia técnica para el seguimiento de la implementación de las RIS y MCI (21)

Los representantes del Minsa y el BID felicitaron a toda la Diresa Cajamarca por el gran avance obtenido en el proceso de implementación de las RIS y el MCI, que los coloca a la vanguardia en el ámbito nacional (27).

Estrategias de Implementación en Cajamarca

- **Capacitación del Personal de Salud:** La Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Cajamarca ha organizado talleres y actividades de fortalecimiento dirigidos al personal de salud de las subregiones y hospitales, con el fin de mejorar la capacidad de los servicios de salud para la implementación del MCI y las Redes Integradas de Salud (RIS) (28).

- **Evaluación y Monitoreo:** Se han realizado visitas in situ a establecimientos de salud, como el Hospital Regional de Cajamarca, para conocer el estado de la implementación del MCI y abordar la problemática situacional (8).
- **Conformación de Equipos Técnicos:** Se ha conformado un equipo técnico para la implementación del MCI en las cinco redes de salud de la región, con el objetivo de coordinar y supervisar las acciones relacionadas con el modelo.

Componentes Clave del MCI

El MCI en Cajamarca se ha estructurado en torno a cuatro componentes fundamentales:

A. Provisión del Cuidado: Atención integral de la persona en los diferentes escenarios donde se desarrolla, como el hogar, instituciones educativas y centros laborales (18).

La provisión de cuidados se organiza para ser entregada en diferentes escenarios y momentos significativos.

1. Provisión de Servicios DENTRO del Establecimiento de Salud:

- Los servicios de salud se organizan dentro de las Redes Integrales de Salud (RIS).
- Los establecimientos de salud tienen una Cartera de servicios que define los cuidados integrales que ofrecen.
- Se gestiona la organización interna de los servicios, incluyendo organigramas y flujos de atención.
- Se cuenta con personal de salud, que idealmente es asignado a la RIS en general, pero opera en parte dentro de las instalaciones.
- Se implementan procedimientos y sistemas como la Historia Clínica Electrónica, y sistemas de referencia y contrarreferencia para la continuidad de la atención.
- Las instalaciones físicas del establecimiento son adecuadas para la provisión de cuidados.

- Se brindan cuidados individuales por etapa de vida (Niño, Adolescente, Adulto Joven, Adulto, Adulto Mayor) que pueden incluir evaluaciones médicas, inmunizaciones, tamizajes, consejerías, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
- Estos cuidados buscan promover hábitos saludables, preservar la salud, recuperar la salud en caso de enfermedad, rehabilitar y paliar el sufrimiento.

2. Provisión de Servicios FUERA del Establecimiento de Salud:

La provisión de cuidados fuera del establecimiento es una característica central del MCI para alcanzar una cobertura efectiva y abordar los determinantes sociales de la salud. Esto se logra a través de varios mecanismos:

- Organización Territorial: La Autoridad de Salud organiza el territorio mediante la delimitación de sectores y el diseño de circuitos de cuidados. Esto implica el empadronamiento de la población y la georreferenciación de los servicios para facilitar el acceso y la llegada de los equipos de salud a las familias y la comunidad.
- Equipos Itinerantes/Multidisciplinarios: El personal de salud es asignado a la RIS y no solo a un establecimiento. Se forman equipos multidisciplinarios y equipos itinerantes que se desplazan para brindar atención en diferentes lugares.
- Visita Domiciliaria Integral: Este es un servicio explícito de provisión de cuidados fuera del establecimiento. La FICHA FAMILIAR, en su sección de PAIFAM - Intervenciones, documenta la planificación y seguimiento de la "VISITA DE SALUD FAMILIAR" [Conversación previa]. La visita domiciliaria es un cuidado integral para adultos y adultos mayores y probablemente se extiende a otros grupos de edad en el marco del cuidado familiar.
- Cuidados a las Familias: Se brindan cuidados dirigidos a la familia como unidad en su propio entorno. Esto incluye el registro y tamizaje de riesgo familiar, la clasificación de familias y los cuidados específicos según su ciclo vital (en formación, en expansión, en dispersión, en contracción). Actividades como espacios de diálogo intergeneracional y desarrollo de habilidades sociales familiares pueden ocurrir en el ámbito familiar o comunitario.

- **Cuidados a la Comunidad:** Las intervenciones se extienden al nivel comunitario, abordando los determinantes sociales de la salud. Esto incluye actividades como el diagnóstico de situación de salud de la comunidad, la implementación de estrategias saludables (Escuelas, Centros laborales, Municipios, Ciudades Saludables), el desarrollo de redes de soporte social y la adecuación cultural de las acciones. Estos cuidados inherentemente se brindan en espacios públicos o institucionales dentro de la comunidad, no dentro de un consultorio.

- **Adecuación para la Provisión:** Se establecen horarios de trabajo del personal de salud adecuados a las necesidades de la población y se desarrollan competencias para brindar cuidados fuera de la infraestructura convencional.

En síntesis, el componente de provisión busca asegurar que las acciones e intervenciones de salud, tanto personales como familiares y comunitarias, lleguen a las personas donde las necesitan, utilizando la infraestructura fija de los establecimientos, pero también extendiéndose activamente al domicilio y la comunidad a través de equipos móviles y una organización territorial específica

B. Organización de los Servicios: Reorganización de los servicios de salud en redes integradas, según las necesidades sanitarias de la población. (18)

C. Gestión Sanitaria: Implementación de una gestión funcional orientada a resultados en el curso de vida y enfoque de procesos.

D. Financiamiento: Asignación de recursos basada en resultados, con énfasis en el mantenimiento de la persona sana y el control de condiciones crónicas (18).

Desafíos y Adaptaciones

Durante la implementación del MCI, se han identificado desafíos relacionados con la adecuación de normas y arreglos institucionales que permitan una mejor implementación del modelo, especialmente en lo que respecta a la organización de las redes integradas de salud (29)

En resumen, la implementación del MCI en Cajamarca ha sido un esfuerzo coordinado entre el Ministerio de Salud y la DIRESA, con acciones enfocadas en la capacitación del personal, evaluación continua, y adaptación de los servicios de salud para brindar una atención integral y centrada en la persona a lo largo de su curso de vida.

Contexto institucional: Centro de Salud San Juan

El Centro de Salud San Juan, ubicado en la ciudad de Cajamarca, ha experimentado una evolución significativa en sus procesos de atención en salud familiar. Hasta el año 2004, la información de los pacientes se registraba en historias clínicas individuales, sin el respaldo de un formato unificado o ficha clínica estructurada. Esta situación cambió en el año 2005, con la implementación de la Ficha Familiar, instrumento que permite consolidar los datos de salud de todos los miembros de un hogar en un solo expediente, facilitando así un abordaje integral.

Desde entonces, se comenzaron a identificar los riesgos sanitarios de manera individual, tomando en cuenta el curso de vida de cada miembro, las condiciones de la vivienda, las relaciones familiares, así como su vínculo con instituciones comunitarias. Estas evaluaciones sirvieron como base para la aplicación del Paquete de Atención Integral Familiar (PAIFAM), que se ejecuta tanto en el establecimiento de salud como a través de visitas domiciliarias. Asimismo, se fortaleció el trabajo conjunto con las autoridades locales y la comunidad, con el objetivo de mejorar el bienestar colectivo.

En el año 2017, como parte de la actualización de las políticas de salud en la Región Cajamarca, se incorporó a la ficha familiar la calificación del nivel de riesgo familiar y la vigilancia de paquetes por etapa de vida. Este nuevo enfoque permitió un trabajo articulado con las dimensiones de familia, comunidad e individuo, manteniendo la realización de tres visitas familiares anuales que incluyen consejerías según riesgos identificados y seguimiento a los paquetes integrales.

Cabe destacar que, en el año 2022, el Centro de Salud San Juan fue reconocido como Zona Sanitaria. A partir del 2021, la Red Integrada de Salud comenzó a remitir nuevas fichas familiares al establecimiento, lo que ha fortalecido la capacidad del equipo de salud para realizar seguimiento oportuno a los pacientes. Este avance ha sido posible gracias a procesos continuos de capacitación, los cuales han contribuido a mejorar la detección temprana y el abordaje de los factores de riesgo individuales y familiares.

2.3. Marco conceptual

Riesgo: se refiere a la posibilidad de que ocurra un evento que cause daño o perjuicio. Según la Real Academia Española, es la "contingencia o proximidad de

un daño" (30)

Familia: En el Modelo de cuidado integral por curso de vida organiza los cuidados de salud de manera integral, considerando las necesidades específicas de las personas, familias y la comunidad en las diferentes etapas de la vida (31).

Curso de vida: El enfoque de curso de vida en salud pública reconoce que la salud y el desarrollo humano dependen de la interacción de factores familiares, sociales, económicos y culturales a lo largo de toda la vida, desde la gestación hasta la vejez. Este enfoque permite comprender cómo se perpetúan y transmiten las inequidades sociales en salud y cómo se pueden mitigar a través de intervenciones en diferentes etapas de la vida (32) .

Ficha familiar: La ficha familiar es un instrumento utilizado por el personal de salud para recopilar información sociodemográfica y de salud de cada miembro de una familia. Permite identificar factores de riesgo, necesidades de atención y planificar intervenciones adecuadas, siendo esencial para la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud y para garantizar el ejercicio de los derechos de salud de las familias y comunidades (25).

2.4. Variable:

2.4.1. Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida y riesgo familiar.

2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida y riesgo familiar	Es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, responden a las necesidades de salud de las personas, las familias y su entorno (16).	Son intervenciones utilizadas para prevenir el riesgo al que está expuesto cada individuo y su familia, implementada a partir del MCI, en el centro de salud San Juan.	Registro de integrantes de la familia por curso de vida	SI NO	Nominal
			Registro de información en la ficha familiar	SI NO	Nominal
			Intervenciones de salud según ejes del MCI y curso de vida	Ejecutado Parcialmente ejecutado No ejecutado	Ordinal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de estudio

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, descriptivo retrospectivo

Es de enfoque cuantitativo porque se usa los análisis estadísticos luego de la recolección de los datos, es de diseño no experimental ya que solamente se basa en la observación y no existe manipulación de la variable; de corte transversal ya que se obtuvo en un solo momento sin hacer cortes en el tiempo; así mismo, es descriptivo ya que describe la implementación del Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida y el riesgo familiar y finalmente fue retrospectivo porque el estudio se realizó después que los hechos ocurrieron en el periodo 2021 y 2022 (33–35).

3.2. Área de estudio y población

El presente estudio se desarrolló en el Centro de Salud San Juan I-3, ubicado en el distrito de San Juan al oeste de ciudad de Cajamarca, capital de departamento de Cajamarca. El mismo que se encuentra ubicado al oeste del Perú en Sudamérica.

La población estuvo conformada por 100 fichas familiares las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, pertenecientes a usuarios de la jurisdicción del Centro de salud San Juan.

3.3. Muestra

La muestra fue censal dada la accesibilidad de la población y el número relativamente limitado de fichas familiares.

3.4. Unidad de análisis

Cada ficha familiar que pertenece a la jurisdicción del Centro de Salud San Juan

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Fichas familiares que pertenezcan al sector Salud San Juan.

Fichas familiares con calificación de nivel de riesgo en los años 2021 y 2022

Criterios de exclusión:

Fichas familiares que no pertenezcan al sector San Juan

3.6. Consideraciones éticas de la investigación

Para la realización de la presente investigación se tuvo en cuenta criterios dirigidos para asegurar la calidad y la objetividad de la investigación por lo que la información obtenida no fue utilizada para otros fines ya que se utilizó con toda la seriedad posible y mucha responsabilidad.

Por lo antes expuesto se puso en práctica lo siguiente:

Confidencialidad: la información obtenida de cada familia no fue revelada ni utilizada para otros fines que no fueron la presente investigación.

Privacidad: se respetó el anonimato de cada familia desde el momento que se inició la investigación hasta el final.

No maleficencia: la información se obtuvo sin hacer daño a las familias, velando siempre por su integridad y anteponiendo su beneficio.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Para poder recolectar los datos previamente se envió una solicitud al director del Centro de Salud "San Juan" para tener acceso a las fichas familiares y así ejecutar el proyecto de investigación.

Para la recolección de los datos se solicitó un ambiente específico dentro del establecimiento de salud y así se realizó el registro de datos de cada ficha familiar. La recolección de datos se realizó en horas de atención del puesto de salud entre las 7 am y las 7 pm. Para el registro de cada ficha se necesitaron 30 minutos aproximadamente.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el análisis documental y el instrumento la ficha de registro de datos. Está estructurado de la siguiente manera:

El primer y segundo ítem: se identificaron los siguientes datos en cada ficha de recolección: número de hoja, nombre del establecimiento de salud, comunidad de procedencia, distrito correspondiente, número total de integrantes del hogar, cantidad de niños menores de tres años, número de adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes, puérperas, adultos mayores de 65 años y personas con discapacidad.

El tercer ítem: consiste en la evaluación del nivel de ejecución del registro de información en la ficha familiar considerándose las características de los integrantes por curso de vida, de la familia, vivienda y entorno. Para ello se consideró dos criterios de valoración:

SI = (registro completo), cuando los datos estén registrados correctamente.

NO= (registro incompleto) o (no hay registros).

El cuarto ítem: describe las intervenciones realizadas según eje, de acuerdo a criterios establecidos por MCI-CV, la indicación es marcar con una "X" en:

- SI = cuando se anotaron los datos en la ficha familiar
- NO= cuando no se anotaron los datos y/o se encontraron incompletos.

El quinto ítem: describe la evaluación de riesgo por cada eje de intervención. En esta sección se consignó de la siguiente manera:

- SI = cuando se haya realizado una evaluación correcta de riesgo según cada eje.
- NO= cuando los datos se hayan encontrado incompletos, puesto que no abarcan todos los riesgos identificados según cada eje y cuando no se haya realizado una evaluación correcta de riesgo.

El sexto ítem: describe el nivel de riesgo en el año 2021 y 2022. En el apartado Calificación del riesgo familiar se registrará de la siguiente manera:

- Bajo = si el puntaje de riesgo se encuentra entre 1 y 4 riesgos encontrados.
- Medio= si el puntaje se encuentra entre 5 y 8 riesgos encontrados
- Alto = si el puntaje es mayor de 9 riesgos encontrados.

Para la valoración final de la implementación del MCI – CV se tuvo en cuenta la recomendación del Ministerio de Salud (MINSA); pues considera que las actividades de un programa están ejecutadas cuando se ha alcanzado al menos el 80% de su cumplimiento, y esta práctica tiene una base técnica y de gestión pública que responde a criterios de eficiencia, evaluación operativa y estándares internacionales en salud pública. Las razones científicas y técnicas son: (36).

- Principio de eficacia programática: alcanzar el 80% implica que se ha cumplido la mayoría crítica de las metas trazadas, lo cual es estadísticamente representativo para generar un impacto poblacional mensurable. Es un umbral aceptado para evaluar intervenciones en salud pública con efectos visibles en indicadores sanitarios (36).
- Tolerancia operativa estándar: en políticas públicas, se admite un margen de variación del 20% por factores externos no controlables (clima, acceso geográfico, resistencia comunitaria, etc.), sin que eso invalide la ejecución programática (36).
- Referencia normativa nacional: el MINSA adopta esta regla en sus informes de evaluación presupuestal, rendición de cuentas y cumplimiento de metas en salud. Por ejemplo, la ejecución física del presupuesto o intervenciones comunitarias como vacunas, tamizajes, visitas domiciliarias, etc., se consideran cumplidas a partir del 80% de avance real (36).
- Coherencia con estándares internacionales: organismos como la OPS/OMS y el BID utilizan este umbral como indicador de ejecución mínima aceptable en proyectos de salud para autorizar la validación de fondos o continuidad de programas (36).

3.9. Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos, se empleó Microsoft Excel 2019, facilitando la organización y gestión inicial de la información recopilada. Posteriormente, se utilizó el software estadístico SPSS versión 26 para realizar el análisis de las variables, permitiendo la presentación de los resultados mediante gráficos estadísticos para facilitar su comprensión. Las dos variables de estudio fueron analizadas mediante estadística descriptiva, presentando los datos en tablas de frecuencias absolutas y proporciones. Para la comprobación de la hipótesis, se aplicó un análisis estadístico inferencial utilizando la prueba de Chi cuadrado, con el objetivo de identificar relaciones significativas entre las variables consideradas.

3.10. Control de calidad de datos

Durante el proceso de recolección de datos, se ingresó la información obtenida en una base de datos el mismo día de su recopilación, con el fin de evitar la pérdida de los mismos.

Validez del instrumento

La validación del instrumento se llevó a cabo con la colaboración de cuatro obstetras con el grado de maestro, quienes valoraron cada ítem y proporcionaron sus observaciones mediante cartillas de validación. Este proceso permitió asegurar la pertinencia y claridad de los contenidos del instrumento.

Confiabilidad del instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto utilizando 16 fichas familiares con diagnóstico de riesgo familiar, obtenidas del puesto de salud de Otuzco, en el distrito de Baños del Inca, provincia de Cajamarca. Esta prueba permitió identificar posibles dificultades que se pudieran presentar en el registro de los datos, como la ausencia o ilegibilidad de los ítems y realizar las modificaciones necesarias para mejorar su completitud de los mismos.

CAPITULO IV

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Integrantes de la familia registrada en la ficha familiar según Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida Centro de Salud San Juan, durante el periodo 2021 – 2022

Marque <u>SÍ</u> ; si en el seno de la familia se encuentra alguno de los integrantes que a continuación se indica; de lo contrario marque <u>NO</u>	<u>NO</u>		<u>SÍ</u>	
	n°	%	n°	%
Adolescente	60	60,0	40	40,0
Gestante	93	93,0	7	7,0
Mayor de 65 años	79	79,0	21	21,0
Menor de tres años	59	59,0	41	41,0
Mujer en edad fértil	26	26,0	74	74,0
Puérpera	99	99,0	1	1,0
Persona con discapacidad	99	99,0	1	1,0

En la tabla 1 se observó que en el 74% de familias está presente una mujer en edad fértil, en el 41% se tiene al menos un niño menor de 3 años y en 40% un adolescente. De otro lado se tuvo que únicamente en 1% existe una persona con discapacidad y en 7% una gestante. Este resultado hace suponer que todas las familias que acuden a este establecimiento albergan al menos una persona en condición de vulnerabilidad condición que incrementa el riesgo de la familia.

Tabla 2. Registro de información en la ficha familiar según los criterios establecidos por el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, en Centro de Salud San Juan, durante el periodo 2021 – 2022

ÍTEM	<u>NO</u>		<u>SÍ</u>	
	n°	%	n°	%
1. La ficha familiar cuenta con registro de identificación de la familia	29	29,0	71	71,0
2. La ficha familiar cuenta con información sobre la vivienda y datos sociodemográficos	47	47,0	53	53,0
3. La ficha familiar cuenta con información sobre las características de los miembros de la familia	9	9,0	91	91,0
4. La ficha familiar cuenta con registros de instrumentos de evaluación familiar (ciclo vital familiar, ecomapa, tipo de familia y familiograma)	41	41,0	59	59,0
5. La ficha familiar cuenta con registros de los criterios para identificar riesgos por etapa de vida/gestante/puérpera/Persona Con Discapacidad	41	41,0	59	59,0
6. La ficha familiar cuenta con registro de la calificación del riesgo de las funciones básicas de la familia	42	42,0	58	58,0
7. La ficha familiar cuenta con registro de los riesgos según las características de la vivienda	42	42,0	58	58,0
8. La ficha familiar cuenta con registro de visitas familiares	74	74,0	26	26,0

De acuerdo al MCI, es indispensable tener registrados y/o actualizados los datos de las fichas familiares, lo que facilita el seguimiento de las familias. En la tabla 2 se encontró que en siete de los 8 ítems evaluados se ha ejecutado el registro de la información en más del 50% de las familias; con las proporciones más elevadas en lo que se refiere al registro de las características de los miembros de la familia (91%); identificación de las familias (71%); registros de instrumentos de evaluación o de los criterios para identificar riesgos con 59% en ambos casos.

El único punto con una valoración significativamente menor fue el registro de visitas domiciliarias (26 %). Esto indica la necesidad de fortalecer este aspecto con estrategias del gobierno central, ya que la falta de personal de salud podría ser la causa del cumplimiento deficiente de esta actividad.

Tabla 3. Intervenciones en los ejes individual, familiar y del entorno; ejecutadas según criterios establecidos por el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, en Centro de Salud San Juan, durante el periodo 2021 – 2022

INTERVENCIONES		NO		Sí	
		n°	%	n°	%
Intervención en la calificación de riesgo	Se realizó la evaluación del riesgo individual	7	7,0	93	93,0
	Se realizó la evaluación del riesgo familiar	46	46,0	54	54,0
	Se realizó la evaluación del riesgo de la vivienda y entorno	42	42,0	58	58,0
Ejes de intervención	Se realizó intervenciones en el eje individual según el riesgo identificado	22	22,0	78	78,0
	Se realizó intervenciones en el eje familia según el riesgo identificado	57	57,0	43	43,0
	Se realizó intervenciones en el eje vivienda o entorno según el riesgo identificado	78	78,0	22	22,0

En la Tabla 3 se observa que cuatro de los seis ítems evaluados obtuvieron un porcentaje de ejecución superior al 50%, siendo la evaluación del riesgo individual la que alcanzó el mayor valor (93%), seguida por las intervenciones en el eje individual según el riesgo identificado (78%). Los valores más bajos se encontraron en las intervenciones en el eje familiar (43%) y en las intervenciones en el eje vivienda y entorno (22%).

Tabla 4. Proporción de ejecución del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, en Centro de Salud San Juan, durante el periodo 2021 – 2022.

Ejecución del MCI según las intervenciones realizadas en cada eje	n°	%
No ejecutado	31	31,0
Parcialmente ejecutado	57	57,0
Ejecutado	12	12,0
Total	100	100,0

El criterio para evaluar la ejecución de las actividades del MCI se basó en el porcentaje de cumplimiento de actividades programadas según el riesgo identificado. Se consideraron ejecutadas aquellas actividades en las que se implementó entre el 81% y el 100% de lo descrito (36). Se consideraron parcialmente ejecutadas las actividades con un grado de implementación entre el 50% y el 80%. Por último, se consideraron no ejecutadas las actividades con menos del 50% de implementación.

Según los datos, sólo el 31% de las familias recibió el MCI de forma adecuada, mientras que el 57% lo recibió de forma parcial y el 12% de forma insuficiente. Estas cifras sugieren que existen barreras o dificultades para implementar el MCI de forma efectiva y eficiente.

Tabla 5. Nivel de riesgo familiar según criterios establecidos por el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, en Centro de Salud San Juan, 2021 y 2022

ÍTEM	<u>Bajo</u>		<u>Medio</u>		<u>Alto</u>	
	n°	%	n°	%	n°	%
Nivel de riesgo familiar año 2021	15	15,0	56	56,0	29	29,0
Nivel de riesgo familiar año 2022	59	59,0	28	28,0	13	13,0

En la tabla 5 se muestra la valoración del riesgo del año 2021, es decir al inicio del periodo de estudio; así como del año 2022, luego de finalizadas las intervenciones del MCI.

En el año 2021 se tuvo que 56% de familias fueron valoradas con riesgo medio, 29% con riesgo alto y sólo 15% se encontraban en riesgo bajo. Para el año 2022, la mayor proporción de las familias tuvieron riesgo bajo (59%), 28% presentaron riesgo medio y sólo 13% riesgo alto.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez culminado el proceso de recolección de la información, se procedió al análisis de los datos obtenidos con el objetivo de describir y comprender cómo se viene implementando el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida y tiene alguna relación con la reducción del riesgo familiar en el Centro de Salud San Juan, durante el periodo 2021–2022. Para ello, se utilizó estadística descriptiva e inferencial, lo que permitió identificar patrones, frecuencias y relaciones entre las variables estudiadas. A continuación, se presentan los principales resultados.

El cuanto al primer objetivo específico se buscó indagar sobre los integrantes de la familia según la condición de vulnerabilidad por edad. La Tabla 1 muestra la presencia de diversos grupos vulnerables en las familias estudiadas, encontrándose que 74% tenía al menos una mujer en edad fértil, 41% tenía al menos un niño menor de tres años; 40% tenía al menos un adolescente; 21% tenía al menos una persona mayor de 65 años. También se pudo observar que 7% de familias tenía gestantes y 1% puérperas y finalmente se verificó que el 1% de las familias tenía al menos una persona con discapacidad.

Cruz y Nuñez (15) en Lima y Zegarra & Zegarra (16) en Huancayo; aunque realizaron sus investigaciones con familias de niños menores de 5 años, no obstante, también identificaron un elevado porcentaje de hogares con menores de tres años similar a este estudio; en todos los casos se resalta la presencia de una población infantil vulnerable, lo que refuerza la idea de que la presencia de niños pequeños es un factor relevante al analizar el riesgo familiar en diferentes contextos peruanos.

Por otro lado, Amau et al. (17) se centró en la descripción de las características de las familias en la comunidad de Ccollana-San Jerónimo-Cusco, encontrando que la mayoría eran familias en expansión (72.9%) y

nucleares (58.3%). Si bien este antecedente no se centra específicamente en los grupos de vulnerabilidad definidos en la Tabla 1, no obstante, por definición se conoce que las familias en expansión y nucleares pueden incluir a los grupos vulnerables identificados en esta investigación (mujeres en edad fértil, niños, adolescentes, adultos mayores), por lo que comprender la estructura familiar es un paso previo para identificar y abordar las vulnerabilidades específicas.

Estos hallazgos resaltan la pertinencia del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, que busca atender las necesidades específicas de salud en cada etapa de la vida, considerando la presencia de estas poblaciones vulnerables en las familias atendidas en el Centro de Salud San Juan.

Respecto al segundo objetivo, los resultados presentados en la tabla 2 muestran que, en siete de los ocho ítems evaluados, más del 50% de las fichas familiares presentan información completa. En el estudio de Amau et al. (17), la ficha familiar también fue utilizada como instrumento principal para describir características y riesgos. Aunque dicho estudio no detalla porcentajes sobre el nivel de completitud del registro en cada sección, el hecho de haber desarrollado un análisis descriptivo basado en esta información sugiere que los datos estaban consignados y disponibles en las fichas utilizadas. La investigación desarrollada por Tucumango (9), también en la región Cajamarca, reporta hallazgos similares al identificar que el llenado de las fichas familiares no siempre se realiza de forma completa. Esto es coherente con los hallazgos de este estudio de que la información, en su mayoría, sí se registra, aunque en diferentes proporciones.

La tabla 3, que corresponde al tercer objetivo, mostró que las intervenciones del MCI en el eje individual tuvieron un porcentaje de ejecución más alto que en los ejes familiar y de vivienda/entorno, resultado muy similar al reportado por Tucumango (9) justamente en Cajamarca, quien también encontró una mayor proporción de ejecución de actividades en el eje individual. Por otro lado, el estudio de Amau et al. (17) es relevante como antecedente para la identificación de riesgos en estos ejes, puesto que esta acción precede a la planificación de las intervenciones mostradas en la Tabla 3.

Los resultados de la Tabla 4 evidencian que la implementación del Modelo de Cuidado Integral (MCI) en el Centro de Salud San Juan fue limitada. Solo el 12% de las acciones planificadas fueron completamente ejecutadas, mientras que el 57% se realizaron de forma parcial y un 31% no se ejecutaron. Estos datos reflejan dificultades en la aplicación efectiva del modelo, a pesar de su potencial para reducir el riesgo familiar. Estos hallazgos ponen en evidencia una brecha importante entre el diseño del modelo y su aplicación real en el establecimiento de salud. A pesar de que el MCI propone una atención integral y continua, en la práctica su implementación enfrenta barreras que limitan su efectividad. Entre las posibles causas se encuentran la insuficiente capacitación del personal, limitaciones en el registro de información (como las visitas domiciliarias), y la falta de recursos humanos y logísticos para ejecutar todas las actividades planificadas. Esta situación subraya la necesidad de fortalecer las investigaciones futuras que exploren alguno de los puntos mencionados.

Los datos presentados en la tabla 5 son el principal hallazgo del estudio, ya que cuantifican el cambio en la distribución del riesgo familiar en el Centro de Salud San Juan durante el periodo de estudio. Al inicio del periodo (2021), la gran mayoría de las familias se encontraban en categorías de riesgo Medio (56%) y Alto (29%), sumando un 85% de la población estudiada en estas categorías. Esto sugiere una situación de vulnerabilidad significativa en la población atendida por el establecimiento de salud. Luego de la implementación del (MCI) la distribución del riesgo familiar cambió drásticamente para el año 2022; puesto que la proporción de familias en riesgo Bajo aumentó significativamente al 59%, mientras que las proporciones en riesgo Medio y Alto disminuyeron a 28% y 13% respectivamente. Esta es una evidencia importante de que las intervenciones implementadas bajo el marco del MCI estuvieron asociadas con una mejora notable en el perfil de riesgo de las familias atendidas.

Por otro lado, las familias que terminaron en riesgo medio o alto fueron, en mayor proporción, las que recibieron una ejecución completa del modelo (9% y 2%, respectivamente). Aunque esto podría parecer contradictorio, es posible que estas familias hayan comenzado con niveles de riesgo más elevados, por lo que requerían mayor intervención para lograr una mejora, incluso si no alcanzaron la categoría de bajo riesgo. Este resultado es similar

al reportado por Tucumango (9) en Pata Pata- Cajamarca quien encontró una disminución significativa del riesgo familiar después de las intervenciones del Modelo de atención en salud basado en familia y comunidad (MAIS- BFC).

Por otro lado, ambos estudios también revelaron que existen factores que limitaron la implementación plena de los modelos. Por ejemplo, como se observa en la tabla 2, el registro de información en las fichas familiares no fue uniforme: las visitas domiciliarias

solo se consignaron en el 26% de los casos, y las intervenciones en los ejes familiar, vivienda y entorno tuvieron menor frecuencia de ejecución. Estas limitaciones podrían explicar la baja proporción de ejecución completa del MCI-CV. A pesar de estas dificultades, los resultados reflejados en las Tablas 5 evidencian que incluso una implementación parcial del MCI tuvo pudo permitir una disminución del riesgo familiar, lo que refuerza la importancia de continuar fortaleciendo su aplicación.

Si bien es cierto los antecedentes internacionales no consideran directamente el estudio del MCI-CV, no obstante sí validan la importancia de implementar modelos de atención integral con enfoque familiar demostrando su efectividad en otros resultados como es el caso de Wu et al. (10) quienes implementaron intervenciones clínicas basado en la clasificación de riesgo de la historia familiar; Young et al. (11) recomiendan la implementación de modelos de atención integrada para mejorar la salud de la población especialmente en zonas rurales; Franco et al. (12) recomiendan también la implementación de modelos de atención en medicina familiar que sean innovadores para mejorar no solo los resultados en salud, sino también mejorar la satisfacción de los pacientes; Campodónico (13) concluyó que el modelo integral de atención familiar y comunitaria ha sido eficaz para mejorar la salud de las familias y finalmente Alves (14) concluyó que la estrategia de salud familiar es esencial para promover la equidad en materia de salud y reducir la mortalidad infantil en las comunidades rurales.

CONCLUSIONES

Al finalizar este presente estudio se concluye que:

1. Los integrantes de las familias atendidas, según el curso de vida, correspondieron en su mayoría a mujeres en edad fértil, seguidas de niños menores de tres años y, en menor proporción, adolescentes.
2. La ficha familiar considera las características de los miembros de la familia, la identificación familiar y, en menor medida, por el uso de instrumentos de evaluación familiar y la aplicación de criterios de riesgo por etapa de vida.
3. Las intervenciones realizadas en los ejes individual, familiar y del entorno, de acuerdo con los criterios del MCI-CV, se concentraron principalmente en la evaluación del riesgo individual, seguida por la intervención en el eje individual y, posteriormente, en el eje de vivienda o entorno, todas ellas aplicadas en función del riesgo identificado.
4. La ejecución del Modelo de Cuidado Integral en la población evaluada fue mayoritariamente parcial, seguida por un tercio de familias sin intervención registrada y solo un 12 % con ejecución completa del modelo.

RECOMENDACIONES

1. Garantizar el adecuado registro y completo de la ficha familiar y capacitar permanentemente al personal de salud en su llenado correcto y completo de las fichas familiares, reforzando la importancia del registro para la evaluación del riesgo y la planificación de las intervenciones.
2. Establecer un sistema de monitoreo regional del riesgo familiar. Institucionalizar un sistema de información que permita analizar la evolución del riesgo familiar por año y por región, orientando políticas públicas basadas en evidencia y priorización territorial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Sistemas y servicios de salud y curso de vida [Internet]. 2024 [citado 20 de abril de 2025]. Disponible en: https://pbdigital.paho.org/es/reporte-fin-de-bienio-2022-2023/cluster/sistemas-y-servicios-de-salud-y-curso-de-vida?utm_source=chatgpt.com
2. Massó LAZ, Orozco TM, López MLR. Principales factores de riesgo en 30 familias del consultorio 13 del Policlínico Armando García Aspuru. EsTuSalud [Internet]. 7 de enero de 2025 [citado 23 de abril de 2025];7:e394-e394. Disponible en: <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/394>
3. Álvarez CV, Loaiza DPB, Osorio CG. Determinantes Sociales De La Salud Y Riesgo Familiar En Población De Dos Municipios De Caldas, Colombia. Investigaciones Andina [Internet]. 2020 [citado 23 de abril de 2025];22(40):153-64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2390/239075120010/html/>
4. Palacio NS, Loaiza DPB, Álvarez AJ. La visita familiar desde los determinantes sociales de la salud: aporte de enfermería a la atención primaria. Revista Cuidarte [Internet]. 15 de febrero de 2020 [citado 23 de abril de 2025];11(1). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/935>
5. MINSA. Manual de implementación del modelo de salud por curso de vida para la familia y comunidad [Internet]. MINSA; 2021 [citado 21 de abril de 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-220-2021-minsa.pdf>
6. Zegarra-Soto AC, Zegarra-Soto E. Riesgo familiar total en familias con niños menores de 5 años de una población desatendida en Huancayo. Revista Cuidado y Salud Pública [Internet]. 30 de junio de 2023 [citado 23 de abril de 2025];3(1):17-23. Disponible en: <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/66>

7. Morán-Mariños C, Alarcon-Ruiz CA, Alva-Diaz C. Pobreza y su influencia en el riesgo y daño familiar en un distrito de Lima, Perú: resultados por sectorización y atención primaria en salud. *Semergen* [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 23 de abril de 2025];45(4):225-31. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-pobreza-su-influencia-el-riesgo-S1138359319300528>
8. DIRESA Cajamarca. Gobierno Regional Cajamarca. Noticias. 2022 [citado 22 de abril de 2025]. Avance de la implementación de la Red Integrada de Salud de Cajamarca. Disponible en: <https://www.diresacajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/5326>
9. Tucumango Llanos KR. Efecto del programa de atención de salud basado en familia y comunidad en el riesgo familiar. *Comunidad Pata Pata*, 2019-2020. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. 20 de septiembre de 2021 [citado 21 de abril de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4387>
10. Wu RR, Myers RA, Neuner J, McCarty C, Haller IV, Harry M, et al. Implementation- effectiveness trial of systematic family health history based risk assessment and impact on clinical disease prevention and surveillance activities. *BMC Health Services Research* [Internet]. 6 de diciembre de 2022 [citado 21 de abril de 2025];22(1):1486. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08879-2>
11. Young PS. Introducing the integrated healthcare model in primary health care for low- income families in community. 2023 [citado 21 de abril de 2025];22(2):67-72. Disponible en: <https://www.nhs.or.kr/article/>
12. Franco-Ariasm M, Lara MBE, Torres LMP, Jiménez SOI. Evaluating the Effectiveness of Innovative Models of Care in Family Medicine: A Comparative Analysis of Health Outcomes and Patient Satisfaction. *South Eastern European Journal of Public Health* [Internet]. 4 de septiembre de 2024 [citado 20 de abril de 2025];1-8. Disponible en: <https://seejph.com/index.php/seejph/article/view/1097>

13. Galdames LVC. Efectividad del modelo de salud familiar en la atención primaria de salud chilena. Bol acad chil med [Internet]. 2023 [citado 20 de abril de 2025];(LX). Disponible en: <https://bolacadmed.cl>
14. Alves DB. Impacto de la estrategia de salud familiar en la reducción de la mortalidad infantil en las comunidades rurales brasileñas: análisis avanzado y propuestas futuras. International Journal of Advanced Research [Internet]. 2024 [citado 20 de abril de 2025];12(11):1295-9. Disponible en: <https://www.journalijar.com/article/>
15. Cruz Flores Y, Nuñez Artica JA. Riesgo familiar total en familias de niños menores de cinco años de la Urbanización Naranjal Los Olivos, Lima-2022. 2023 [citado 21 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uich.edu.pe/handle/20.500.12872/779>
16. Zegarra-Soto AC, Zegarra-Soto E. Riesgo familiar total en familias con niños menores de 5 años de una población desatendida en Huancayo. Revista Cuidado y Salud Pública [Internet]. 30 de junio de 2023 [citado 21 de abril de 2025];3(1):17-23. Disponible en: <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/66>
17. Amau-Chiroque JM, Vignatti-Valencia WJ, Soto-Trelles R, Condori-Luna MI, Chacón- Grajeda MA, Torres-Phocco LM, et al. Descripción de las características y riesgos individuales, familiares, de vivienda y de entorno utilizando la ficha familiar en una comunidad peruana. Revista Mexicana de Medicina Familiar [Internet]. 18 de octubre de 2024 [citado 21 de abril de 2025];11(3):082-8. Disponible en: https://www.revmexmedicinafamiliar.org/frame_esp.php?id=163
18. MINSA. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) [Internet]. 2020 [citado 21 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/414755>
19. Orbe Díaz JJ. Autocuidado en pacientes y usuarios con diabetes mellitus tipo II, según Dorothea Orem. Hospital San Luis de Otavalo 2022 [Internet] [bachelorThesis]. 2022 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/13286>

20. UNICAUCA. Atención a la familia [Internet]. 2018 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://unisalud.unicauca.edu.co/unisalud/sites/default/files/atencion_a_la_familia.pdf
21. Betancurth Loaiza DP, Amaya Rey MC del P. Caracterización del riesgo familiar total de las familias de mujeres en lactancia materna, Villamaría (CALDAS). Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. julio de 2012 [citado 22 de abril de 2025];17(1):29-44. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772012000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
22. Jiménez Flores J, Flores Herrera LM, Merino-Soto C. Factores de riesgo familiares y prácticas de disciplina severa que predicen la conducta agresiva infantil. Liberabit [Internet]. diciembre de 2019 [citado 22 de abril de 2025];25(2):195-212. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272019000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Vargas-Tolosa RE, Méndez-Méndez MA, Aceros-Rolon MZ. Riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo. Revista Ciencia y Cuidado [Internet]. 2012 [citado 22 de abril de 2025];9(2):52-63. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/339>
24. Peña PAD. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Universidad Nacional de Colombia. 1998. Disponible en: [https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Publicaciones%20externas/Salud/3-manual-rft--pilar-a\(salud\).pdf](https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Publicaciones%20externas/Salud/3-manual-rft--pilar-a(salud).pdf)
25. DIRESA Cajamarca. Ficha familiar directiva [Internet]. 2017 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.redsaludlaconvencion.gob.pe/contenido/Programa-Presupuestal/Direccion%20Atencion%20Integral%20Salud/Normas%20y%20Resoluciones/FICHA%20FAMILIAR%20DIRECTIVA.pdf>

26. MINSA. Resolución Ministerial N.º 030-2020-MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. 2020 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/414755-030-2020-minsa>
27. MINSA. Implementación de las RIS y MCI [Internet]. [citado 17 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/664833-minsa-y-diresa-cajamarca-evaluan-avances-en-la-implementacion-de-las-ris-y-modelo-de-cuidado-integral>
28. DIRESA Cajamarca. Gobierno Regional Cajamarca. 2023 [citado 22 de abril de 2025]. Diresa fortalece la implementación de herramientas informáticas en el marco del RIS-MCI. Disponible en: <https://www.diresacajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/7332>
29. DIRESA Cajamarca. Minsa y Diresa Cajamarca evalúan avances en la implementación de las RIS y Modelo de Cuidado Integral - Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. 2022 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/664833-minsa-y-diresa-cajamarca-evaluan-avances-en-la-implementacion-de-las-ris-y-modelo-de-cuidado-integral?utm_source=chatgpt.com
30. RAE. riesgo | Definición | Diccionario de la lengua española [Internet]. 2025 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://dle.rae.es/riesgo?utm_source=chatgpt.com
31. Muñoz C. La Familia como factor protector de salud - Universidad Central de Chile [Internet]. 2024 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.ucentral.cl/noticias/famedsa/la-familia-como-factor-protector-de-salud?utm_source=chatgpt.com
32. OPS. Curso de vida saludable [Internet]. 2024 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable?utm_source=chatgpt.com

33. Cortez M, Iglesias M, Sampieri R. Generalidades sobre Metodología de la Investigación. [citado 24 de abril de 2023]; Disponible en: https://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf
34. Metodología y Técnicas de la Investigación Social – Cátedra Salvia [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/219/2014/04/Hernandez-Sampieri-Cap-1.pdf/>
35. Vigil MCMR, Pérez-Cabrera I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Enfermería Universitaria [Internet]. 2007 [citado 22 de abril de 2025];4(1). Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/469>
36. Ministerio de Salud/ Oficina general de planeamiento, presupuesto y modernización/ oficina de planeamiento y estudios económicos. Evaluación de los programas presupuestales de salud I semestre 2023. Lima – Perú 2023. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2023/Evaluacion_i_Semestre_2023_PP.pdf?utm_source=chatgpt.com

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO



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



MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD POR CURSO DE VIDA Y RIESGO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD SAN JUAN, PERIODO 2021 – 2022.

Para la recolección de información se utilizará las fichas familiares las cuales se podrán revisar, con el permiso correspondiente del jefe de establecimiento de salud; esta información será recolectada por la investigadora.

El instrumento consta de 3 partes las cuales serán utilizadas única y exclusivamente para el desarrollo del presente proyecto.

I. IDENTIFICACIÓN

Nº de hoja de recojo: ()	Centro de Salud: C.S San Juan
Comunidad:	Distrito: San Juan

I. REGISTRO DE DATOS DE LA FICHA FAMILIAR: A continuación, se marcará con (X) según corresponda.

ÍTEM	RESPUESTA	
1. Número de integrantes de la familia		
2. Marque SÍ; si en el seno de la familia se encuentra alguno de los integrantes que a continuación se indica; de lo contrario marque NO		
Adolescente:	SÍ	NO
Gestantes	SÍ	NO
Mayor de 65 años	SÍ	NO
Menor de tres años	SÍ	NO
Mujer en edad fértil	SÍ	NO
Puérpera	SÍ	NO
Persona con discapacidad	SÍ	NO
3. A continuación, se marcará con (X) en la opción SI (registro completo), cuando los datos estén registrados correctamente y NO (registro incompleto) o (no hay registros)		
¿La ficha familiar cuenta con registro de identificación de la familia?	SÍ	

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

4. Registro de intervenciones realizadas según eje, de acuerdo a criterios establecidos por MCI			
Se realizó intervenciones en el eje individual según el riesgo identificado	SÍ		NO
Se realizó intervenciones en el eje familia según el riesgo identificado	SÍ		NO
Se realizó intervenciones en el eje vivienda o entorno según el riesgo identificado	SÍ		NO
5. Anote si se realizó la evaluación de riesgo por cada eje de intervención.			
Se realizó la evaluación del riesgo individual	SÍ		NO
Se realizó la evaluación del riesgo familiar	SÍ		NO
Se realizó la evaluación del riesgo de la vivienda y entorno	SÍ		NO
6. Anote la calificación de riesgo que obtuvo la familia según cada año.			
Nivel de riesgo familiar el año 2021	Bajo	Medio	Alto
Nivel de riesgo familiar el año 2022	Bajo	Medio	Alto

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN DE DIRESA PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN EN CENTRO DE SALUD SAN JUAN



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



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

SOLICITO: Autorización para ejecución de proyecto de Tesis

Obsta. Sheyla Katherine Leyva Peralta
Jefa de la Zona Sanitaria - Centro de Salud San Juan

Yo, Lizeth Mardeli Gallardo Angulo; bachiller en Obstetricia, identificada con DNI N°
72023412, con domicilio Jr. Húsares de Junín 209 – Cajamarca, ante usted con el
debido respeto me presento y expongo.

Que habiendo culminado la carrera de Obstetricia en la Universidad Nacional de
Cajamarca y para continuar con mi desarrollo profesional solicito a usted permiso para
desarrollar mi proyecto de tesis titulado **MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE
SALUD POR CURSO DE VIDA Y RIESGO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD SAN
JUAN, PERIODO 2021 – 2022. CAJAMARCA 2023.** en el cual extraeré información
de las fichas familiares pertenecientes al centro de salud San Juan.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud

Cajamarca, 2024

Lizeth Mardeli Gallardo Angulo
Bachiller en Obstetricia



Obsta. Sheyla Katherine Leiva Peralta
Jefa de la Zona Sanitaria San Juan

ANEXO 3

CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS



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



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

I. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN I.

DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Salazar Pajares María Aurora

1.2. Grado Académico: Maestro en Ciencias

1.3. Profesión: Obstetra

1.4. Institución donde labora: Universidad Nacional de Cajamarca

1.5. Cargo que desempeña: Docente

1.6. Denominación del Instrumento: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de vida... y riesgo familiar, Centro de Salud San Juan periodo 2021-2022

1.7. Autor del instrumento: Lizeth Mardeli Gallardo Angulo

1.8. Programa de postgrado:

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL					8	20
SUMATORIA TOTAL						28



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 28

3.2. Opinión:

FAVORABLE DEBE MEJORAR NO FAVORABLE

3.3. Observaciones:

Ninguna

Cajamarca, 24 de ... julio del 2023


M. Aurora Salazar Pajares
OBSTETRA
COP. N° 4892

Firma



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

I. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN I.
 DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Villalobos Sousa Carmen del Pilar
 1.2. Grado Académico: Doctor en Ciencias
 1.3 Profesión: Obstetra
 1.4. Institución donde labora: Universidad Nacional de Cajamarca
 1.5. Cargo que desempeña: Docente
 1.6 Denominación del Instrumento: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida y riesgo familiar. Centro de Salud San Juan periodo 2021-2022
 1.7. Autor del instrumento: Lizeth Mardeli Gallardo Angulo
 1.8 Programa de postgrado:

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL					8	20
SUMATORIA TOTAL						28



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 28

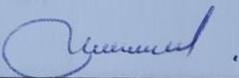
3.2. Opinión:

FAVORABLE DEBE MEJORAR NO FAVORABLE

3.3. Observaciones:

- Se debe mejorar el entorno familiar
- Agregar a los animales de compañía como parte de la familia, ellos necesitan ser visitados por veterinarios para desparasitarlos y vacunarlos
- Violencia Vecinal
- Alcoholismo - enfermedades mentales

Cajamarca, 13 de ...junio..... del 2023



Firma



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

I. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN I.

DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Sánchez Mercado Silvia Isabel
- 1.2. Grado Académico: Doctora en Gestión en Salud
- 1.3 Profesión: Obstetra
- 1.4. Institución donde labora: Universidad Nacional de Cajamarca
- 1.5. Cargo que desempeña: Docente
- 1.6 Denominación del Instrumento: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de vida y riesgo familiar, Centro de Salud San Juan periodo 2021-2022
- 1.7. Autor del instrumento: Lizeth Mardeli Gallardo Angulo
- 1.8 Programa de postgrado:

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						30
SUMATORIA TOTAL						30



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 30

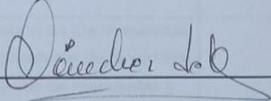
3.2. Opinión:

FAVORABLE DEBE MEJORAR NO FAVORABLE

3.3. Observaciones:

El instrumento, permite recoger la información necesaria
en el presente trabajo.

Cajamarca, 10 de junio del 2010



Firma



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

I. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN I.

DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Vásquez Bardales Nancy Noemi
 1.2. Grado Académico: Maestro en Ciencias
 1.3 Profesión: Obstetra
 1.4. Institución donde labora: Universidad Nacional de Cajamarca
 1.5. Cargo que desempeña: Docente
Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida y
 1.6 Denominación del Instrumento: riesgo familiar, Centro de Salud San Juan periodo 2021-2022
 1.7. Autor del instrumento: Lizeth Mardeli Gallardo Angulo
 1.8 Programa de postgrado:

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles			X		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento			X		
SUMATORIA PARCIAL				6	20	
SUMATORIA TOTAL						26



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 26

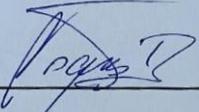
3.2. Opinión:

FAVORABLE DEBE MEJORAR NO FAVORABLE

3.3. Observaciones:

Incluir en el acápite I. Identificación: N° de integrantes,
N° de gestantes, N° de puerperas, < 3 años, N° de adolescentes,
N° MEF, > 65 años, N° de habitaciones, indicar en el IV,
en familiar, vivienda y entornos ¿serán observados o solo se
recogerán en la visita de la vivienda?

Cajamarca, 20 de julio del 2014


Firma

ANEXO 4 CONFIABILIDAD

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	14	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	14	100,0

- a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,658	,638	20

El instrumento modificado alcanza una confiabilidad de 0,7 lo que significa que es alta y puede ser utilizado en su investigación.

Anexo 5

PRUEBA DE NORMALIDAD DE DATOS

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		NIVEL DE RIESGO FAMILIAR AÑO 2021	NIVEL DE RIESGO FAMILIAR AÑO 2022	Ejecución del MCI
N		100	100	100
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2,14	1,54	1,81
	Desv. Desviación	,652	,717	,631
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,295	,364	,308
	Positivo	,295	,364	,262
	Negativo	-,265	-,226	-,308
Estadístico de prueba		,295	,364	,308
Sig. asintótica(bilateral)		,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

ANEXO 6. GENERACION DE BAREMOS

Nº de Ítems Modelo de cuidados integrales por curso de vida	Porcentaje de actividades ejecutadas	Puntaje
3 – 25	81% - 100%	Alto [9 – 23]
	50 – 80%	Medio [12 – 18]
	>50%	Bajo [0 – 11]