

de los modelos experimentales, el diseño (grupos, control de sesgos, aleatorización, unidad experimental), los procedimientos (cuánto, cuándo, dónde y por qué), los animales utilizados (características, cepas, crianza), el tamaño de muestra, los efectos experimentales y los métodos estadísticos<sup>(4)</sup>. Prestigiosas revistas, instituciones financiadoras y sociedades científicas a nivel mundial vienen adoptando las directrices ARRIVE en sus procesos editoriales y de revisión de los informes de las investigaciones experimentales con animales de laboratorio<sup>(5)</sup>.

En conclusión, ARRIVE es una herramienta útil para investigadores y editores científicos, ya que permite mejorar el reporte, la evaluación editorial y el juicio de los experimentos con animales de laboratorio; adicionalmente, pueden ser de gran utilidad en fases previas a la publicación, como el diseño y desarrollo del estudio. Por último, sugerimos que los centros de investigación y las revistas científicas biomédicas de nuestro país incorporen el uso de las directrices ARRIVE en sus políticas institucionales.

**Contribuciones de los autores:** PSB y PW han participado en la concepción del artículo, revisión de la literatura, redacción y aprobación de la versión final.

**Fuentes de financiamiento:** autofinanciado.

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Romero-Fernández W, Batista-Castro Z, De Lucca M, Ruano A, García-Barceló M, Rivera-Cervantes M, et al. [El 1, 2, 3 de la experimentación con animales de laboratorio](#). Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016 Apr;33(2):288–99.
- Kilkenny C, Browne WJ, Cuthill IC, Emerson M, Altman DG. [Improving Bioscience Research Reporting: The ARRIVE Guidelines for Reporting Animal Research](#). PLOS Biol. 2010 Jun 29;8(6):e1000412.
- Baker D, Lidster K, Sottomayor A, Amor S. [Two years later: journals are not yet enforcing the ARRIVE guidelines on reporting standards for pre-clinical animal studies](#). PLoS Biol. 2014 Jan;12(1):e1001756.
- Kilkenny C, Parsons N, Kadyszewski E, Festing MFW, Cuthill IC, Fry D, et al. [Survey of the quality of experimental design, statistical analysis and reporting of research using animals](#). PLoS One. 2009;4(11):e7824.
- The National Centre for the Replacement Refinement & Reduction of Animal Research. [The ARRIVE guidelines: Animal Research: Reporting of In Vivo Experiments](#) [Powerpoint slides]. [cited 2016 Set 25]. Available from: <https://www.nc3rs.org.uk/sites/default/files/documents/Guidelines/ARRIVE%20powerpoint%20Oct%202014.pdf><https://www.nc3rs.org.uk/sites/default/files/documents/Guidelines/ARRIVE%20powerpoint%20Oct%202014.pdf>

**Correspondencia:** Percy Soto-Becerra

**Dirección:** Jr. Las Perlas 2027-B, Asoc. San Hilarión, San Juan de Lurigancho (Lima 36), Perú.

**Teléfono:** (511) 934 572 622

**Correo electrónico:** percy1991@gmail.com

## SALUD PÚBLICA CENTRADA EN LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

### PUBLIC HEALTH CENTERED IN PERSON, FAMILY AND COMMUNITY.

Fernando Carbone Campoverde<sup>1,a</sup>

**Sr. Editor.** Esta es la divulgación inicial del trabajo de acompañamiento de Medicus Mundi Navarra (MMN) y Salud Sin Límites Perú (SSLP) al Ministerio de Salud del Perú (MINSA), en sus tres niveles, para impulsar el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS BFC) del MINSA. Fue presentada durante las I Jornadas de Medicina Centrada en la Personas, desarrolladas por la Academia Nacional de Medicina (ANM) en el Perú, en diciembre de 2015.

#### DESARROLLO TEMÁTICO

Una mirada al desarrollo de los sistemas y modelos de salud de América Latina desde inicios del siglo XX nos permite discernir que las décadas de los 80 y 90 ven surgir el modelo neoliberal, donde la salud es manejada desde la economía de mercado. En algunos países se privatiza el aparato prestador de los ministerios de Salud.

Al iniciarse el siglo XXI, y comprobar que el mercado no respondió como se esperaba para resolver los pendientes, y la persistencia en América Latina de problemas como la extensión de la cobertura, y la equidad en el acceso a servicios de salud de calidad, surge la perspectiva de la Salud como Derecho Social, y su abordaje a partir de los determinantes sociales.

Empieza a afirmarse una visión holística de la salud desde el enfoque de derechos: la salud como *Un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural, energética y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la persona, la familia, la comunidad y la naturaleza. La enfermedad es el estado que resulta de la interrupción en el equilibrio y armonía de estas relaciones*<sup>(1)</sup>. Estamos ante un nuevo paradigma del siglo XXI: la salud basada en la persona, la familia y la comunidad. Se recoge el mensaje olvidado de la Conferencia Mundial de Alma Ata, donde el Dr. David Tejada de Rivero, ex ministro de Salud del Perú, menciona lo siguiente: *La salud no es solo un derecho universal reconocido, sino un deber y una responsabilidad de todas las personas de la sociedad. La salud es responsabilidad de todos. Cuando hablamos*

<sup>a</sup> Ex ministro de Salud. Coordinador de proyectos de Medicus Mundi Navarra en Perú. Magister en Gestión de Redes y Servicios de Salud.

<sup>1</sup> Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad. España.

Recibido: 30/09/2016 Aprobado: 26/10/2016

**Citar como:** Carbone-Campoverde F. Salud pública centrada en la persona, la familia y la comunidad [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(4):837-8. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2580

de atención primaria de la salud (APS) nos estamos refiriendo al cuidado integral de la salud para todos y por todos. En el siglo XXI debemos apostar por preservar, conservar, mantener la salud y, cuando la misma se haya perdido, recuperarla y rehabilitarla.

El 2002, la sexta política de los Lineamientos de Políticas de Salud 2002–2012 <sup>(2)</sup> y la 13. política del Acuerdo Nacional <sup>(3)</sup>, desarrollan la propuesta MAIS; el 2010 se convierte en MAIS Basado en la Familia y Comunidad MAIS BFC <sup>(4)</sup> que aborda las diferentes necesidades de salud de la persona, la familia y la comunidad, y los determinantes sociales que los afectan. Para la persona, plantea atenderla en función al continuo de las etapas de vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor y gestación). Es una estrategia para universalizar el derecho a la salud.

La operativización del MAIS BFC <sup>(5)</sup> que MMN y SSLP apoyan desde el 2011 en la provincia de Churcampa (región Huancavelica), desarrolla estrategias y herramientas que hacen posible la implementación del MAIS:

La horizontalización programática, como la forma de ejecutar en el primer nivel las estrategias nacionales de salud en la prestación de los cuidados integrales: la atención individual por etapas de vida, la atención familiar y la atención comunitaria.

La organización y el ordenamiento territorial de los servicios de primer y segundo nivel en redes integrales de servicios de salud (RISS).

La intersectorialidad y la participación social para el abordaje oportuno y eficiente de los determinantes sociales de la salud recogida en la propuesta OMS “Salud en todas las políticas”.

La formación adecuada de las personas que cuidan personas a través del Programa de Formación Continua en Salud Familiar y Comunitaria para Equipos del Primer Nivel.

El desarrollo del aplicativo informático para la salud individual, familiar y comunitaria (SISFAC) 4.7.

El desarrollo la vigilancia sociocultural, superando la vigilancia epidemiológica, dando pie a un sistema de información que garantiza una comprensión y evaluación de la situación de salud, el seguimiento de

los determinantes sociales, ambientales y culturales que actúan sobre ella.

La gestión y al financiamiento al servicio de las necesidades operativas del primer nivel de atención.

**CONCLUSIONES PRELIMINARES EN TORNO A LA EXPERIENCIA EN DESARROLLO**

Aunque los estudios a profundidad de los componentes desarrollados por nuestra experiencia, y los impactos generados, se desarrollarán el 2017, compartimos dos conclusiones preliminares:

Para lograr lo relatado, se precisa de un sólido marco teórico (Tabla 1):

Sí es posible desarrollar un modelo de atención integral e incluyente, que universaliza y garantiza el Derecho a la Salud, fundamento para la equidad sanitaria y el punto de inicio para la transformación positiva de los sistemas de salud y para mejorar la calidad de la vida y la felicidad de la población.

**Conflictos de interés:** el autor declara no tener conflictos de interés en la publicación del artículo.

**Fuentes de financiamiento:** autofinanciado

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Medicus Mundi Navarra. Claves para la Transformación de los Modelos de Salud de América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú. 2013. [www.medicusmundi.pe](http://www.medicusmundi.pe).
2. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos Sectoriales de Políticas de Salud 2002 -2012. 2002.
3. Gobierno del Perú. Acuerdo Nacional. 2002.
4. Ministerio de Salud del Perú. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad. 2011.
5. Medicus Mundi Navarra – Salud Sin Limites Perú. Primeros Avances del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y comunidad (MAIS BFC) En la Provincia de Churcampa, Huancavelica – Perú. 2013. [www.medicusmundi.pe](http://www.medicusmundi.pe).

*Correspondencia:* Fernando Carbone Campoverde  
 Dirección: Calle Ingeniero Luis Montero 198, oficina 203, San Borja,  
 Teléfono: 4761842  
 Correo electrónico: [fernando.carbone@medicusmundi.pe](mailto:fernando.carbone@medicusmundi.pe)

**Tabla 1.** Lecciones aprendidas en el desarrollo integral e incluyente

Enfoques conceptuales	Ámbitos de acción	Estrategias operativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos paradigmas de salud.</li> <li>• Determinantes sociales.</li> <li>• Género.</li> <li>• Interculturalidad</li> <li>• Ecosistémico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuo.</li> <li>• Familia.</li> <li>• Comunidad.</li> <li>• Laboral.</li> <li>• A lo largo de todo el ciclo vital (etapas de vida).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la calidad de la vida y la salud.</li> <li>• Prevención de la enfermedad.</li> <li>• Atención y curación del daño.</li> <li>• Educación y participación.</li> <li>• Horizontalización de los programas y estrategias verticales.</li> <li>• Integración de la vigilancia en salud en la atención sanitaria.</li> <li>• Sistema de información integrado.</li> <li>• Tácticas operativas para cada uno de los ámbitos de acción.</li> </ul>