

J-40402082-9

F
u
n
d
a
c
i
ó
n
A
u
l
a
V
i
r
t
u
a
l



ISSN: 2665-0398

Deposito Legal: LA20200000026

Aula Virtual



Generando Conocimiento

<http://www.aulavirtual.web.ve>

Vol. 6 Nº 13 Año 2025

Periodicidad Continua



REVISTA CIENTÍFICA

AULA VIRTUAL

Director Editor:

- Dra. Leidy Hernández PhD.
- Dr. Fernando Bárbara

Consejo Asesor:

- MSc. Manuel Mujica
- MSc. Wilman Briceño
- Dra. Harizmar Izquierdo
- Dr. José Gregorio Sánchez

Revista Científica Arbitrada de Fundación Aula Virtual

Email: revista@aulavirtual.web.ve

URL: <http://aulavirtual.web.ve/revista>



ISSN: 2665-0398

Depósito Legal: LA2020000026

País: Venezuela

Año de Inicio: 2020

Periodicidad: Continua

Sistema de Arbitraje: Revisión por pares. "Doble Ciego"

Licencia: Creative Commons [CC BY NC ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/)

Volumen: 6

Número: 13

Año: 2025

Período: Continua-2025

Dirección Fiscal: Av. Libertador, Arca del Norte, Nro. 52D, Barquisimeto estado Lara, Venezuela, C.P. 3001

La Revista seriada Científica Arbitrada e Indexada **Aula Virtual**, es de acceso abierto y en formato electrónico; la misma está orientada a la divulgación de las producciones científicas creadas por investigadores en diversas áreas del conocimiento. Su cobertura temática abarca Tecnología, Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas, Ciencias Sociales, Ciencias Jurídicas y Políticas, Ciencias Exactas y otras áreas afines. Su publicación es **CONTINUA**, indexada y arbitrada por especialistas en el área, bajo la modalidad de doble ciego. Se reciben las producciones tipo: *Artículo Científico* en las diferentes modalidades cualitativas y cuantitativas, *Avances Investigativos*, *Ensayos*, *Reseñas Bibliográficas*, *Ponencias o publicaciones derivada de eventos*, y cualquier otro tipo de investigación orientada al tratamiento y profundización de la información de los campos de estudios de las diferentes ciencias. La Revista **Aula Virtual**, busca fomentar la divulgación del conocimiento científico y el pensamiento crítico reflexivo en el ámbito investigativo.



MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD: AVANCES Y DESAFÍOS DEL ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR EN CAJAMARCA-PERÚ, 2021–2022

COMPREHENSIVE HEALTH CARE MODEL BY LIFE COURSE: PROGRESS AND CHALLENGES OF THE FAMILY RISK APPROACH IN CAJAMARCA-PERU, 2021–2022

Tipo de Publicación: Artículo Científico

Recibido: 26/09/2025

Aceptado: 27/10/2025

Publicado: 10/11/2025

Código Único AV: e588

Páginas: 1(1992-2012)

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17571399>

Autores:

Lizeth Mardelí Gallardo Angulo

Obstetra

 <https://orcid.org/0009-0006-8473-3018>

E-mail: ita95.lg@gmail.com

Afiliación: Universidad Nacional de Cajamarca

País: República del Perú

Rossana Patricia León Izquierdo

Obstetra

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad

 <https://orcid.org/0000-0003-0070-2400>

E-mail: pleoni@unc.edu.pe

Afiliación: Universidad Nacional de Cajamarca

País: República del Perú

Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar el impacto del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI) en el riesgo familiar durante el periodo 2021–2022. Se desarrolló con un diseño no experimental, transversal, correlacional y retrospectivo. La población estuvo conformada por 100 fichas familiares, analizadas mediante la técnica de revisión documental y una hoja de registro validada por expertos. Los resultados evidenciaron que el 57 % de las familias recibió una implementación parcial del MCI, el 31 % no mostró ejecución y solo el 12 % alcanzó una aplicación completa. En 2021, el 85 % de las familias presentaba riesgo familiar medio o alto, proporción que disminuyó al 41 % en 2022. Aunque la mayoría de fichas contaba con información adecuada sobre los integrantes del hogar y los riesgos individuales, las visitas domiciliarias se registraron solo en el 26 % de los casos. Se concluye que la aplicación del MCI fue parcial, con énfasis en mujeres en edad fértil y niños menores de tres años. La reducción del riesgo familiar observada sugiere un efecto positivo del modelo; sin embargo, la limitada cobertura y la falta de continuidad en las acciones restringieron su alcance integral en el primer nivel de atención.

Palabras Clave Modelo de Cuidado Integral de Salud; riesgo familiar; primer nivel de atención; curso de vida; atención primaria de salud

Abstract

The study aimed to determine the impact of the Comprehensive Health Care Model by Life Course (CHC-Model) on family risk during the 2021–2022 period. It employed a non-experimental, cross-sectional, causal-correlational, and retrospective design. The population consisted of 100 family records, analyzed through the documentary review technique and a data collection sheet validated by experts. The results showed that 57% of families received partial implementation of the CHC-Model, 31% showed no implementation, and only 12% achieved full application. In 2021, 85% of families presented medium or high family risk, a proportion that decreased to 41% in 2022. Although most records contained adequate information about household members and individual risks, home visits were registered in only 26% of cases. It is concluded that the implementation of the CHC-Model was partial, focusing mainly on women of childbearing age and children under three years old. The observed reduction in family risk suggests a positive effect of the model; however, the limited coverage and lack of continuity in actions restricted its comprehensive scope at the primary level of care.

Keywords Comprehensive Health Care Model; family risk; primary level of care; life course; primary health care

Introducción

En los últimos años, los sistemas de salud de América Latina han iniciado una transformación orientada hacia modelos de atención integral que reconozcan la complejidad de los procesos de salud y enfermedad a lo largo del curso de vida. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven este enfoque, junto con el abordaje familiar, como ejes estratégicos para fortalecer el primer nivel de atención, priorizando la equidad, la prevención y la continuidad del cuidado.

En este marco, los modelos de cuidado integral en salud han adquirido especial relevancia en la Atención Primaria de Salud (APS) por su capacidad para articular la prevención, la asistencia y el autocuidado. Inspirados principalmente en el Chronic Care Model, estos modelos buscan consolidar una atención centrada en la persona y optimizar la gestión de las enfermedades crónicas mediante la conformación de equipos multidisciplinarios, la ampliación de funciones del personal de salud y la incorporación de herramientas digitales para el monitoreo y la promoción de la salud (Mezzalira et al., 2024).

Los estudios más recientes evidencian que las innovaciones tecnológicas en salud generan mejoras clínicas y reducen las hospitalizaciones cuando se integran con transformaciones organizacionales. No obstante, la tecnología por sí sola no garantiza

resultados sostenibles; el acompañamiento profesional, la coordinación intersectorial y la continuidad del cuidado son factores decisivos para lograr un impacto duradero. En este sentido, se reafirma la importancia de fortalecer el Modelo de Cuidado Integral de Salud (MCI) bajo el enfoque de riesgo familiar, impulsando una atención articulada, equitativa y efectiva en el primer nivel de atención (Mezzalira et al., 2024).

De acuerdo con las revisiones sistemáticas, los modelos más exitosos comparten componentes esenciales como la atención continua y coordinada, la participación activa del paciente, el trabajo de equipos multidisciplinarios, la gestión de casos, el uso de guías clínicas y el apoyo al automejoramiento, elementos que facilitan la detección temprana de riesgos, la adherencia terapéutica y la reducción de complicaciones, pilares fundamentales para la gestión del riesgo familiar (Rohwer et al., 2023).

El desarrollo del MCI, particularmente en el ámbito de la APS, ha sido un proceso complejo y heterogéneo a nivel mundial. Su propósito esencial es responder a la creciente multimorbilidad y a la fragmentación de los sistemas sanitarios mediante un abordaje centrado en la persona, la familia y la comunidad (Rohwer et al., 2023).

En síntesis, la efectividad del MCI depende menos del tipo de tecnología o servicio aislado, y más de su capacidad para articular equipos interdisciplinarios, fortalecer el primer nivel de

atención y promover el autocuidado familiar y comunitario. Estos principios resultan determinantes para avanzar hacia una atención integral que reduzca el riesgo familiar y garantice la continuidad del cuidado en salud (Rohwer et al., 2023).

En el ámbito internacional, el Development Model for Integrated Care (DMIC) constituye uno de los marcos conceptuales más sólidos para comprender y mejorar la implementación del cuidado integral en los sistemas de salud. Diseñado a partir de una revisión internacional y validado en más de 80 servicios integrados, este modelo identifica los componentes esenciales para la coordinación efectiva de la atención, organizados en nueve dominios: calidad del cuidado, gestión del desempeño, trabajo interprofesional, sistema de prestación, roles y tareas, enfoque centrado en el usuario, compromiso, gestión transparente y aprendizaje orientado a resultados (Minkman et al., 2025).

La actualización reciente del DMIC (2025) incorporó los avances derivados de la salud digital, la inteligencia artificial y las transformaciones post-COVID-19, ampliando su estructura a 108 elementos. Los nuevos énfasis incluyen el rol activo del usuario y su red social en la toma de decisiones, la expansión del enfoque preventivo y proactivo, la integración de soluciones digitales, la incorporación de valores éticos en la colaboración interprofesional

y la gobernanza de redes dentro de sistemas territoriales más amplios (Minkman et al., 2025).

El desarrollo del MCI ha seguido trayectorias diversas según el contexto —salud mental juvenil, enfermedades crónicas en Europa o atención primaria en Suramérica—, pero con un principio común: la integración de servicios y la coordinación interprofesional para mejorar la continuidad del cuidado (McHugh et al., 2024).

En todos los escenarios revisados, los elementos estructurales más recurrentes fueron la conformación de equipos multidisciplinarios, la capacitación continua del personal y la planificación compartida del tratamiento, componentes esenciales para abordar de manera integral las necesidades de salud de las personas y sus familias. Es así que los resultados muestran que los modelos integrales mejoran el acceso a los servicios, fortalecen el compromiso de los usuarios con su tratamiento y logran reducciones significativas en síntomas clínicos, especialmente en salud mental (McHugh et al., 2024). La mayoría de estudios coinciden en que la efectividad de los modelos integrales depende de su capacidad de articular equipos interdisciplinarios y la participación activa del usuario.

En Europa, los modelos de atención más exitosos han integrado innovaciones organizacionales con herramientas digitales (Digital Health Interventions, DHIs), orientándose principalmente hacia la gestión de enfermedades

crónicas. Estas experiencias, basadas en el uso de plataformas tecnológicas combinadas con el trabajo interdisciplinario y la atención centrada en la persona, han demostrado mejoras clínicas significativas y una reducción en las hospitalizaciones (Almeida et al., 2024).

En contraste, en Suramérica los avances se han enfocado en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) y en la gestión territorial del riesgo familiar. No obstante, en la región aún persisten desafíos vinculados con la segmentación y la fragmentación de los sistemas sanitarios (McHugh et al., 2024).

De manera complementaria, los países de ingresos bajos y medianos (LMICs) enfocaron sus esfuerzos en la integración de servicios para enfermedades crónicas y transmisibles, como VIH y tuberculosis, mientras que en los países de ingresos altos (HICs) se priorizó la reorganización del cuidado y la corresponsabilidad del paciente. Los resultados clínicos han sido heterogéneos, aunque las mejoras más consistentes se observaron en la depresión y en la atención de personas con condiciones crónicas múltiples, particularmente cuando la coordinación asistencial se combinó con la participación activa del usuario (Rohwer et al., 2023).

En Suramérica, el Modelo de Cuidado Integral de Salud, fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS), ha evolucionado como

una estrategia central para garantizar el acceso universal y reducir inequidades. Su implementación se basa en componentes clave como la atención preventiva, promocional y curativa; la territorialización con enfoque familiar y comunitario; la conformación de equipos multiprofesionales; y, en algunos países, la incorporación de la interculturalidad como principio rector.

Los avances más significativos se han observado en el fortalecimiento del primer nivel de atención, la adscripción territorial y la vinculación con la comunidad. No obstante, persisten desafíos estructurales como la segmentación de los sistemas de salud, la fragmentación del cuidado, la insuficiencia de recursos humanos en APS y la débil integración digital entre niveles asistenciales (Almeida et al., 2024).

En conjunto, la evidencia de estos contextos destaca que la efectividad del Modelo de Cuidado Integral depende de la articulación intersectorial, la coordinación continua del cuidado y el acompañamiento profesional sostenido. Estos elementos resultan esenciales para fortalecer la gestión del riesgo familiar y garantizar una atención equitativa, integral y de calidad en el primer nivel de atención (Almeida et al., 2024).

Wu et al., (2022), en Estados Unidos, valoraron el impacto de una evaluación sistemática de riesgos basada en la historia familiar dentro de la

atención primaria, demostrando que este tipo de análisis permite identificar tempranamente a personas con mayor vulnerabilidad sanitaria, aunque la adopción de las recomendaciones clínicas fue variable. Este hallazgo respalda la necesidad de fortalecer la evaluación del riesgo familiar como base para una atención integral, componente esencial considerado en el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida.

Young (2023), en Maryland (EE. UU.), presentó la experiencia del modelo de atención integrada y centrada en la persona en zonas rurales, destacando que la coordinación entre servicios clínicos y apoyo social mejoró el bienestar de las familias de bajos ingresos. Este resultado guarda relación con los principios del MCI, que busca articular el cuidado individual con el entorno familiar y comunitario.

Franco et al., (2024), en Europa Sudoriental, analizaron la efectividad de modelos innovadores de medicina familiar, hallando mejoras significativas en la satisfacción de los usuarios y en indicadores de salud. Este estudio evidencia que los modelos de atención centrados en la familia y el curso de vida generan impactos positivos, lo cual coincide con los objetivos del MCI-CV.

Campodónico (2024), en Chile, evaluó el modelo de atención integral familiar y comunitaria y concluyó que mejoró la satisfacción de los usuarios, redujo hospitalizaciones y gastos

sanitarios. Estos hallazgos refuerzan la importancia de abordar la salud familiar como unidad de cuidado y de implementar sistemas integrados como el MCI.

Alves (2024), en Brasil, demostró que la Estrategia de Salud Familiar (FHS) redujo significativamente la mortalidad infantil en comunidades rurales entre 2000 y 2020, evidenciando la eficacia del trabajo territorial y domiciliario. Este resultado se vincula directamente con la lógica del MCI, que incorpora la visita domiciliaria y la intervención por curso de vida como estrategias clave.

De acuerdo con Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), el MCI se sustenta en el principio de continuidad del cuidado y en la comprensión de la salud como un proceso dinámico influenciado por condiciones biológicas, sociales, culturales y ambientales. Este enfoque busca acompañar a las personas a lo largo de todo su curso de vida, priorizando la equidad, la calidad de la atención y la participación social.

Por su parte, Cáceres & Valverde (2022) señalan que el MCI transforma el modelo tradicional centrado en la enfermedad, hacia un modelo relacional que reconoce la interacción entre los individuos y su entorno familiar, orientado a fortalecer la autonomía y la corresponsabilidad en el autocuidado. Asimismo, Luna & Espinoza (2023) sostienen que el modelo representa un instrumento de gestión sanitaria que permite planificar y evaluar

intervenciones basadas en riesgos, adaptadas a los contextos territoriales y culturales de la población.

En síntesis, el MCI constituye un marco operativo que redefine la atención primaria de salud, articulando los servicios según el curso de vida y las condiciones del entorno familiar y comunitario, con el propósito de lograr un bienestar integral y sostenido.

En el Perú, la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI) responde a la necesidad de reorganizar los servicios sanitarios para brindar una atención centrada en la persona, su familia y comunidad. Formalizado mediante la Resolución Ministerial N.º 030-2020-MINSA, el MCI establece los principios, componentes y procesos operativos que orientan su aplicación en todos los establecimientos del primer nivel de atención (MINSA, 2020). Este modelo busca garantizar la atención continua, integral y diferenciada, considerando los determinantes sociales de la salud y las condiciones que incrementan el riesgo familiar.

De otro lado, el riesgo familiar se entiende como la probabilidad de que un grupo familiar experimente situaciones adversas que afecten el bienestar físico, emocional o social de sus integrantes, resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, económicos y ambientales. Amaya de Peña (2019) lo define como un conjunto de condiciones internas y externas que

pueden comprometer la estabilidad del sistema familiar y su capacidad de afrontamiento, mientras que Gómez & Ortega (2021) lo expresan en dimensiones como las condiciones psicoafectivas, el acceso y uso de servicios de salud, la vivienda y el vecindario, la situación socioeconómica y el manejo de menores. Estas dimensiones se evalúan de manera integrada para determinar el nivel de vulnerabilidad de cada familia.

El Modelo de Cuidado Integral de Salud (MCI) organiza las intervenciones sanitarias en tres ejes complementarios. El eje individual se centra en la persona y su etapa de vida, garantizando una atención diferenciada según las necesidades de cada grupo etario. El eje familiar se orienta a la identificación de riesgos, fortalezas y dinámicas del hogar, con el propósito de promover la cohesión, la corresponsabilidad y el apoyo mutuo entre sus integrantes. Finalmente, el eje comunitario aborda los determinantes sociales y ambientales de la salud, fomentando la participación social y el compromiso colectivo en la mejora del bienestar común (OPS, 2021).

La planificación territorial del cuidado, la cartera de servicios por curso de vida y la visita domiciliaria integral constituyen estrategias esenciales dentro de estos tres ejes, pues permiten acercar la atención a los hogares, identificar factores de riesgo y elaborar el Plan de Atención Integral Familiar (PAIFAM), instrumento que orienta las

intervenciones personalizadas, preventivas y de seguimiento (MINSA, 2020).

Para la valoración del riesgo familiar, el modelo utiliza la Ficha Familiar, un instrumento estandarizado a nivel nacional que recopila información sobre los integrantes del hogar, las condiciones de la vivienda, el entorno y la funcionalidad familiar.

La ficha o carpeta familiar permite clasificar a las familias en niveles de riesgo (bajo, medio o alto) y priorizar intervenciones según el grado de vulnerabilidad, optimizando los recursos disponibles y concentrando esfuerzos en quienes presentan mayor exposición a condiciones adversas (Amaya de Peña, 2019; MINSA, 2020). Herramientas complementarias como el genograma, el ecomapa y el ciclo vital familiar facilitan la comprensión de la dinámica interna del hogar y sus vínculos con la comunidad.

Las investigaciones nacionales permiten comprender la magnitud del riesgo familiar y los avances en la aplicación del enfoque integral, aunque es necesario considerar las particularidades de cada territorio. Las diferencias en los determinantes sociales, el acceso a los servicios de salud y la organización de las redes sanitarias generan escenarios diversos que influyen en la implementación real del MCI.

Serrano et al., (2022) destacan que el análisis del riesgo familiar permite detectar situaciones de vulnerabilidad, así como reconocer factores protectores como la cohesión, la comunicación y el apoyo social, fundamentales para el diseño de intervenciones preventivas. En comunidades rurales, Tucumango (2021) evidenció que la intervención oportuna en los ejes individual, familiar y del entorno contribuye significativamente a disminuir el riesgo familiar.

El modelo renovado subraya que la efectividad del cuidado integral no depende únicamente de la prestación de servicios, sino de la capacidad de articular actores, recursos y tecnologías en torno a las necesidades de las personas y sus familias. En este contexto, el Development Model for Integrated Care (DMIC) proporciona una base teórica sólida para fortalecer la implementación del MCI en el Perú, orientado a la gestión del riesgo familiar y la continuidad del cuidado en el primer nivel de atención (Minkman et al., 2025).

En regiones como Cajamarca, con una población predominantemente rural y marcadas brechas sociales, la ejecución del modelo enfrenta retos adicionales vinculados con la disponibilidad de recursos, la continuidad de las intervenciones y el seguimiento familiar. Aun así, el MCI constituye una estrategia clave para consolidar una atención integral, centrada en la persona, su familia y

comunidad, reconociendo las necesidades específicas que emergen en cada etapa del ciclo vital y promoviendo la equidad en el acceso a los servicios de salud (MINSA, 2020).

Metodología

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y correlacional, retrospectivo. Se desarrolló en un establecimiento de salud del primer nivel de atención, perteneciente a la Red Integrada de Salud de Cajamarca. La población estuvo conformada por 100 fichas familiares, Se trabajó con una muestra censal, conformada por la totalidad de carpetas disponibles que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, lo que permitió abarcar la totalidad del universo accesible.

Se incluyeron fichas familiares que pertenecían al ámbito territorial del establecimiento de salud y que contaban con calificación de riesgo familiar para los años 2021 y 2022. Se excluyeron aquellas fichas incompletas, ilegibles o que no registraban información sobre los indicadores de riesgo. La unidad de análisis estuvo representada por cada ficha familiar, considerada como fuente primaria de información para la valoración de la aplicación del MCI y la identificación del nivel de riesgo familiar.

Se empleó la técnica de análisis documental, utilizando como instrumento una hoja de registro de datos elaborada para este estudio, la cual fue

validada por juicio de expertos. Este instrumento permitió recoger información estructurada en seis secciones: datos generales de identificación de la familia; características de los integrantes por curso de vida, registro de información en la ficha familiar, intervenciones realizadas según los ejes individual, familiar y del entorno, evaluación del riesgo familiar y nivel de riesgo familiar registrado en los años 2021 y 2022.

La recolección de datos se efectuó en las instalaciones del establecimiento, previa autorización de la dirección, revisando cada ficha o carpeta familiar de manera individual y registrando la información correspondiente en el instrumento.

Los datos obtenidos se organizaron en una base de datos elaborada en Microsoft Excel y se procesaron mediante el software estadístico SPSS versión 26. Se aplicó estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes para caracterizar cada variable. Además, se aplicó la prueba de Chi cuadrado, con el fin de explorar posibles asociaciones entre las variables de estudio, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados

En el Cuadro 1 se observa que el 74% de las familias cuenta con al menos una mujer en edad fértil, el 41% tiene al menos un niño menor de tres años y el 40% incluye un adolescente. Por otro lado, solo el 1% de las familias registra una persona con discapacidad y el 7% una gestante. Estos resultados

sugieren que prácticamente todas las familias atendidas en este establecimiento incluyen al menos una persona en situación de vulnerabilidad, lo cual incrementa el riesgo familiar y la necesidad de intervenciones orientadas a la protección y cuidado integral.

De acuerdo con el MCI, es indispensable que los datos de las fichas familiares estén registrados y actualizados, ya que esto facilita el seguimiento integral de las familias. En el Cuadro 2 se observa que, de los ocho ítems evaluados, siete presentaron un registro de información en más del 50% de las familias.

Integrantes de la familia	NO		SÍ	
	nº	%	nº	%
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

Cuadro 1. Registro de población vulnerable en fichas familiares según el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, 2021-2022

Las proporciones más altas se encontraron en el registro de las características de los miembros de la familia (91%), la identificación de las familias (71%) y el registro de instrumentos de evaluación o criterios para identificar riesgos (59% en ambos casos).

El único ítem con un cumplimiento significativamente menor fue el registro de visitas domiciliarias, que alcanzó solo el 26%. Este hallazgo evidencia la necesidad de fortalecer este componente mediante estrategias promovidas desde el gobierno central, considerando que la falta de personal de salud podría estar limitando la adecuada ejecución de esta actividad.

Como se aprecia en el Cuadro 3 cuatro de los seis ítems evaluados alcanzaron un nivel de ejecución superior al 50%, destacando la evaluación del riesgo individual, que obtuvo el valor más alto (93 %), seguida de las intervenciones en el eje individual según el riesgo identificado (78%). En contraste, los porcentajes más bajos correspondieron a las intervenciones en el eje familiar (43%) y en el eje vivienda y entorno (22%), lo que evidencia una menor cobertura en estos componentes del modelo.

El criterio utilizado para evaluar la ejecución de las actividades del MCI se basó en el porcentaje de cumplimiento de las acciones programadas según el nivel de riesgo identificado. Se consideraron ejecutadas aquellas actividades con un grado de implementación entre el 81% y el 100%; parcialmente ejecutadas, las que alcanzaron entre el 50% y el 80%; y no ejecutadas, las que presentaron un cumplimiento inferior al 50%.

ÍTEM	NO		SÍ	
	nº	%	nº	%
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 familiaograma)	41	41,0	59	59,0
5. La ficha familiar cuenta con registros de los criterios para	41	41,0	59	59,0

servicio o la continuidad del seguimiento familiar (Ver Cuadro 4).

Porcentaje de ejecución de actividades	nº	%
No ejecutado	31	31,0
Parcialmente ejecutado	57	57,0
Ejecutado (80%)	12	12,0
Total	100	100,0

Según los resultados, solo el 31% de las familias recibió una implementación adecuada del MCI, mientras que el 57% tuvo una ejecución parcial y el 12% no evidenció aplicación suficiente (Ver Cuadro 4).

ÍTEM	NO		SÍ	
	nº	%	nº	%
1. Se realizó intervenciones en el eje individual según el riesgo identificado	22	22,0	78	78,0
2. Se realizó intervenciones en el eje familia según el riesgo identificado	57	57,0	43	43,0
3. Se realizó intervenciones en el eje vivienda o entorno según el riesgo identificado	78	78,0	22	22,0
4. Se realizó la evaluación del riesgo individual	7	7,0	93	93,0
5. Se realizó la evaluación del riesgo familiar	46	46,0	54	54,0
6. Se realizó la evaluación del riesgo de la vivienda y entorno	42	42,0	58	58,0

Cuadro 3. Intervenciones implementadas en los ejes individual, familiar y del entorno según el Modelo de Cuidado Integral de Salud, 2021-2022

Estos hallazgos evidencian la existencia de barreras que limitan la implementación efectiva y sostenida del modelo, posiblemente vinculadas a la disponibilidad de recursos, la organización del

Cuadro 4. Ejecución del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida en el periodo 2021-2022

Los datos del Cuadro 5 muestran la valoración del riesgo familiar correspondiente al año 2021, considerado el punto de inicio del estudio, y la del año 2022, tras la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud (MCI). En 2021, el 56% de las familias fueron clasificadas con riesgo medio, el 29% con riesgo alto y solo el 15% presentaron riesgo bajo. Para 2022, se observó un cambio favorable: el 59% de las familias fueron valoradas con riesgo bajo, el 28% con riesgo medio y únicamente el 13% mantuvieron un riesgo alto. Estos resultados reflejan una mejora general en las condiciones familiares y sugieren un efecto positivo del MCI en la reducción del riesgo, aunque aún persisten grupos que requieren intervenciones continuas y un seguimiento más estrecho.

ÍTEM	Bajo		Medio		Alto	
	nº	%	nº	%	nº	%
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

Cuadro 5. Nivel de riesgo familiar según los criterios del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida en el periodo 2022-2023

Finalmente, en el Cuadro 6 se presenta la relación entre el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI) y el riesgo familiar. Los resultados muestran una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, con un valor de $p = 0,00$, lo que indica que la probabilidad de que esta relación se deba al azar es menor al 5%.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,310 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	24,499	4	,000
Asociación lineal por lineal	6,268	1	,012
N de casos válidos	100		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,56.

Cuadro 6. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI) y el riesgo familiar

Estos hallazgos sugieren que la implementación del MCI está estrechamente vinculada con la reducción del riesgo familiar, destacando la importancia de mantener estrategias

integrales y seguimiento sistemático en el primer nivel de atención.

Discusión

Los resultados demuestran que la mayoría de familias contaban con al menos una mujer en edad fértil (74%) y un número considerable incluía niños menores de tres años (41%) y adolescentes (40%). Este patrón evidencia una composición familiar predominantemente joven, con presencia de grupos etarios considerados prioritarios para la intervención sanitaria. En este sentido, los hallazgos coinciden con lo expuesto por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2020), que establece como ejes del Modelo de Cuidado Integral de Salud (MCI) la atención diferenciada según curso de vida, priorizando a mujeres, niños y adolescentes por su alta vulnerabilidad biológica y social (Ver Cuadro 1).

Asimismo, la presencia mínima de personas con discapacidad (1%) y gestantes (7%) refleja un posible subregistro de estos grupos en los reportes familiares, situación que también fue advertida por Cruz & Núñez (2022) y Zegarra & Zegarra (2023), quienes manifestaron que las limitaciones en la actualización de fichas familiares tienden a subestimar los niveles reales de riesgo en hogares rurales.

Este subregistro puede deberse a la escasa continuidad del seguimiento domiciliario y a la



insuficiencia de recursos humanos en el primer nivel de atención, factores estructurales que Almeida et al., (2024) identificaron como obstáculos para la aplicación efectiva del enfoque de curso de vida en América del Sur.

Por otro lado, el predominio de familias con mujeres en edad fértil y niños pequeños reafirma la pertinencia del enfoque familiar y comunitario propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que sostiene que la atención integral debe centrarse en las etapas de mayor dependencia y riesgo, articulando acciones preventivas, educativas y de acompañamiento social. En concordancia, Luna & Espinoza (2023) resaltan que el éxito del MCI depende de reconocer a la familia como unidad funcional de salud, donde los factores del entorno y la dinámica doméstica condicionan el bienestar individual.

En síntesis, los resultados de esta tabla confirman que las familias atendidas en establecimientos de salud de Cajamarca presentan características que demandan una intervención continua y coordinada, especialmente en los grupos de mayor vulnerabilidad, lo cual coincide con los lineamientos del MCI y con la evidencia de estudios regionales que destacan la necesidad de fortalecer la atención preventiva y el acompañamiento familiar para reducir el riesgo sanitario y social.

Los resultados del Cuadro 2 evidencian que la mayoría de los ítems evaluados en las fichas

familiares presentan niveles aceptables de registro, destacando las características de los miembros del hogar (91%) y la identificación de las familias (71%). Sin embargo, se observa una marcada deficiencia en el registro de visitas domiciliarias (26%), lo cual constituye una debilidad significativa en la implementación del MCI.

Este hallazgo coincide con lo señalado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2020) y la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN, 2022), que enfatizan la importancia de mantener actualizados los datos familiares para garantizar el seguimiento integral y la planificación de intervenciones personalizadas. La visita domiciliaria es considerada una acción clave dentro del eje comunitario del modelo, pues permite identificar factores de riesgo y vulnerabilidad en el entorno del hogar, así como fortalecer la relación del equipo de salud con la familia.

La baja proporción de registros de visitas también refleja un problema estructural ampliamente descrito en la literatura latinoamericana. Almeida et al., (2024) reportaron que la fragmentación de los sistemas de información y la sobrecarga del personal de salud constituyen limitaciones persistentes para la ejecución completa de los modelos integrales en atención primaria. Del mismo modo, McHugh et al., (2024) sostienen que la efectividad del cuidado integral no depende

exclusivamente de la disponibilidad de recursos tecnológicos, sino de la articulación entre los equipos multidisciplinarios y la continuidad del seguimiento.

Desde una perspectiva conceptual, Amaya de Peña (2019) enfatiza que la ficha familiar no solo es un instrumento de registro, sino una herramienta de gestión del riesgo, al permitir la clasificación de las familias según su vulnerabilidad y orientar la asignación de recursos. Sin embargo, su utilidad se ve limitada cuando los datos son incompletos o desactualizados, como ocurre en el presente estudio. En esa misma línea, Serrano et al., (2022) afirman que el registro adecuado de información es el primer paso para reconocer factores protectores como la cohesión y el apoyo social, indispensables para el diseño de intervenciones preventivas.

Finalmente, la escasa documentación de visitas domiciliarias coincide con los hallazgos de Tucumango (2021) en la región Cajamarca, quien evidenció que la intervención directa en el entorno familiar constituye uno de los componentes menos desarrollados del modelo, pese a su impacto comprobado en la reducción del riesgo familiar. Estos resultados reafirman la necesidad de fortalecer el trabajo territorial y la supervisión domiciliaria, tal como recomiendan la OPS (2021) y Luna & Espinoza (2023), para garantizar la integralidad y continuidad del cuidado.

En conjunto, el Cuadro 2 revela un avance parcial en la gestión documental del MCI, donde los registros básicos se mantienen, pero los componentes de seguimiento y acompañamiento familiar requieren ser reforzados. Esto evidencia una implementación más centrada en la fase administrativa del modelo que en su dimensión comunitaria y relacional, lo que limita el potencial de impacto sobre el riesgo familiar.

Los resultados del Cuadro 3 muestran que la mayoría de las actividades se concentraron en el eje individual, con una alta proporción de evaluación del riesgo individual (93%) y de intervenciones orientadas según el riesgo identificado (78%). En cambio, las acciones desarrolladas en el eje familiar (43%) y en el eje vivienda y entorno (22%) fueron mucho menores. Este patrón evidencia un predominio del abordaje clínico-personal sobre la perspectiva familiar y comunitaria que plantea el MCI.

Esta tendencia ha sido descrita por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), que advierte la dificultad persistente en la Atención Primaria para equilibrar la atención individual con la gestión integral del riesgo familiar y social. De igual forma, Cáceres & Valverde (2022) señalan que, aunque el MCI se ha adoptado formalmente, muchos establecimientos mantienen un enfoque asistencial centrado en la persona, dejando en segundo plano las acciones de



acompañamiento familiar y articulación comunitaria.

El énfasis en el eje individual puede explicarse por la formación biomédica predominante de los profesionales de salud y por la estructura operativa de los servicios, que prioriza la atención intramural sobre las actividades extramurales. Este fenómeno también ha sido descrito por McHugh et al., (2024) y Rohwer et al., (2023), quienes sostienen que el éxito de los modelos integrados depende más de la coordinación interdisciplinaria y la participación familiar que del número de atenciones clínicas realizadas.

La escasa ejecución de acciones en los ejes familiar y comunitario refleja una debilidad estructural del modelo, que limita la sostenibilidad de los resultados. En investigaciones realizadas en Cajamarca, Tucumango (2021) comprobó que las intervenciones combinadas en los tres ejes —individual, familiar y ambiental— reducen significativamente el riesgo familiar, mientras que las estrategias centradas solo en el individuo producen mejoras parciales y poco duraderas.

De manera coincidente, Franco et al., (2024) y Campodónico (2024) demostraron que los modelos de atención familiar más efectivos, tanto en Europa como en Chile, integran la gestión del entorno y la participación activa del hogar en la toma de decisiones, fortaleciendo la adherencia y la corresponsabilidad. Así, la baja cobertura en los ejes

familiar y ambiental observada en Cajamarca puede interpretarse como un indicador de implementación parcial del MCI, en línea con lo señalado por Almeida et al., (2024) respecto a las brechas estructurales de la Atención Primaria en Sudamérica.

En conjunto, los resultados evidencian que, aunque el eje individual presenta un desarrollo constante, el MCI aún no alcanza la integralidad propuesta en su diseño original. La literatura nacional e internacional coincide en que la articulación efectiva de los tres ejes constituye una condición esencial para reducir de manera sostenible el riesgo familiar y promover la equidad sanitaria, especialmente en contextos rurales con limitada cobertura asistencial.

Los resultados del Cuadro 4 muestran que solo el 31% de las familias recibió una implementación adecuada del Modelo de Cuidado Integral de Salud (MCI), mientras que el 57% tuvo una ejecución parcial y el 12% no evidenció aplicación suficiente. Este patrón expone que, aunque el modelo ha sido adoptado formalmente en el primer nivel de atención, su implementación operativa continúa siendo limitada y desigual, especialmente en zonas rurales como Cajamarca.

Este hallazgo es coherente con lo señalado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2020) y la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN, 2022), que reconocen que la

aplicación del MCI enfrenta barreras estructurales relacionadas con la disponibilidad de personal, la fragmentación organizativa y la insuficiente articulación entre los niveles asistenciales. Del mismo modo, la OPS (2021) advierte que el paso de un modelo tradicional curativo a uno integral centrado en la familia requiere no solo lineamientos normativos, sino también procesos sostenidos de capacitación y acompañamiento técnico.

A nivel internacional, Minkman et al., (2025), a través del Development Model for Integrated Care (DMIC), identificaron que los modelos de atención integral avanzan por etapas de madurez organizacional, donde la falta de mecanismos de evaluación, coordinación interprofesional y liderazgo local limita su desarrollo pleno. Los resultados de Cajamarca parecen corresponder a una etapa intermedia del modelo, caracterizada por avances parciales en el eje individual, pero con débil integración comunitaria.

La experiencia internacional también respalda esta interpretación. McHugh et al., (2024) y Rohwer et al., (2023) sostienen que la efectividad del cuidado integral depende de su capacidad para articular equipos interdisciplinarios, tecnología y participación activa del usuario, garantizando la continuidad del cuidado. En contextos de recursos limitados, la falta de estas condiciones genera implementaciones parciales, como las observadas en el presente estudio.

Por otro lado, Campodónico (2024), en su análisis del modelo familiar chileno, evidenció que la ejecución sostenida de las acciones del modelo integral requiere liderazgo institucional y trabajo intersectorial permanente. Esta conclusión coincide con lo planteado por Cáceres & Valverde (2022), quienes argumentan que el MCI peruano necesita consolidar un modelo de gestión sanitaria basado en la corresponsabilidad y la gobernanza territorial para superar la fragmentación asistencial.

Desde el plano local, los resultados son congruentes con los hallazgos de Tucumango (2021), quien observó en Cajamarca que las limitaciones de personal, la rotación frecuente de profesionales y la sobrecarga administrativa dificultan la implementación sostenida del enfoque integral. Sin embargo, el predominio de una ejecución parcial también sugiere que existe un nivel de apropiación inicial del modelo, lo cual representa una base favorable para fortalecer su aplicación progresiva.

El Cuadro 5 evidencia una disminución significativa del riesgo familiar entre 2021 y 2022: mientras en el primer año el 85 % de las familias se encontraba en nivel medio o alto de riesgo, en 2022 esa proporción se redujo al 41 %, incrementándose el grupo de familias con riesgo bajo al 59 %. Este cambio refleja una mejora general en las condiciones familiares, aunque aún persisten grupos



que requieren intervenciones continuas y un seguimiento más cercano.

Estos resultados coinciden con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), que sostiene que la adopción del enfoque de curso de vida y riesgo familiar permite mejorar progresivamente los indicadores de bienestar, siempre que las acciones de salud se mantengan de forma continua y articulada. De igual modo, el MINSA (2020) establece que el propósito del MCI es reducir la vulnerabilidad familiar mediante intervenciones integradas que aborden los determinantes biológicos, sociales y ambientales.

La reducción observada en Cajamarca también se relaciona con los hallazgos de Tucumango (2021), quien demostró que la aplicación del modelo familiar y comunitario en zonas rurales de la región generó una mejora significativa en la clasificación del riesgo, especialmente cuando se incluyó la visita domiciliaria y el acompañamiento continuo.

Asimismo, Serrano et al., (2022) destacan que la identificación temprana de factores de riesgo y la promoción de factores protectores —como la comunicación, la cohesión familiar y el apoyo social— son determinantes para modificar el perfil de vulnerabilidad de los hogares.

Desde un enfoque comparativo, Franco et al., (2024) y Campodónico (2024) demostraron en Europa y Chile que los modelos integrales centrados

en la familia logran mejoras sostenidas en los indicadores de salud y satisfacción del usuario, siempre que exista continuidad asistencial y participación comunitaria. Los resultados de Cajamarca parecen seguir esa tendencia, aunque a menor escala, sugiriendo avances en la identificación y control de factores sanitarios básicos.

Por otra parte, Alves (2024) evidenció que la Estrategia de Salud Familiar en Brasil redujo la mortalidad infantil en comunidades rurales gracias al fortalecimiento del trabajo territorial y la visita domiciliaria, elementos también considerados en el MCI peruano. Esta concordancia refuerza la hipótesis de que la articulación entre la atención clínica y el acompañamiento familiar tiene efectos tangibles en la reducción del riesgo sanitario.

En suma, el Cuadro 5 muestra una tendencia favorable en la disminución del riesgo familiar, aunque la sostenibilidad de estos resultados dependerá del fortalecimiento del seguimiento domiciliario y la integración de los tres ejes del modelo.

Los resultados del Cuadro 6 evidencian una relación estadísticamente significativa entre la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI) y el nivel de riesgo familiar ($p=0,00$). Este hallazgo confirma empíricamente la hipótesis central del estudio y demuestra que la reducción del riesgo está

directamente vinculada al grado de ejecución del modelo.

Este resultado coincide con lo reportado por Rohwer et al., (2023), quienes señalan que los modelos de atención integral generan un impacto positivo en la reducción de riesgos sanitarios cuando integran el trabajo interdisciplinario, el seguimiento continuo y la participación activa de los usuarios. Del mismo modo, McHugh et al., (2024) destacan que la articulación entre los equipos de salud y la comunidad es el principal factor que determina el éxito de los programas integrados.

En el contexto latinoamericano, Almeida et al., (2024) y Campodónico (2024) demostraron que la aplicación de modelos integrales en atención primaria mejora los resultados de salud y fortalece la equidad, especialmente en territorios rurales. En Cajamarca, la asociación significativa observada puede explicarse por la intervención sistemática en los grupos etarios más vulnerables, coherente con las estrategias del MINSA (2020) y la OPS (2021).

Asimismo, los hallazgos coinciden con la experiencia de Tucumango (2021), quien documentó una reducción significativa del riesgo tras la implementación de programas de salud familiar en la región. Esta correspondencia reafirma que el impacto del MCI depende no solo de los recursos disponibles, sino también de la organización y continuidad de las acciones en el territorio.

En conjunto, el Cuadro 6 confirma que el MCI es una estrategia efectiva para disminuir la vulnerabilidad familiar cuando se aplica de manera integral y sostenida. Estos resultados validan la pertinencia del enfoque de curso de vida como herramienta para fortalecer la atención primaria, promover la equidad sanitaria y consolidar una gestión territorial del cuidado basada en la corresponsabilidad familiar y comunitaria.

Conclusiones

El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI) se confirma como una estrategia pertinente para fortalecer la salud familiar en el primer nivel de atención, especialmente en contextos rurales. La composición de las familias estudiadas —con predominio de mujeres en edad fértil y niños menores de tres años— reafirma la necesidad de priorizar intervenciones diferenciadas según el curso de vida y los grupos más vulnerables, tal como lo establecen los lineamientos del modelo.

Si bien la mayoría de las fichas familiares contaban con información adecuada, la baja frecuencia de visitas domiciliarias y la limitada ejecución de acciones en los ejes familiar y comunitario evidencian debilidades estructurales en la implementación del MCI. Estas limitaciones reflejan un enfoque todavía centrado en la atención individual y una insuficiente articulación territorial que restringe la integralidad y continuidad del cuidado.

Finalmente, la disminución significativa del riesgo familiar entre 2021 y 2022, junto con la asociación estadísticamente comprobada entre la aplicación del MCI y la reducción de la vulnerabilidad, demuestra su efectividad como instrumento de gestión del riesgo en el ámbito rural. No obstante, su sostenibilidad depende del fortalecimiento del trabajo domiciliario, del apoyo institucional continuo y de la consolidación de equipos multidisciplinarios que garanticen una atención verdaderamente integral y equitativa.

Referencias

- Almeida, P. F. de, Giovanella, L., Schenkman, S., Franco, C. M., Duarte, P. O., Houghton, N., Báscolo, E., & Bousquat, A. (2024). Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29, e03792024. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03792024>
- Alves, M. (2024). Impacto de la Estrategia de Salud Familiar en la reducción de la mortalidad infantil en comunidades rurales brasileñas, 2000–2020. DATASUS. Documento en línea. Disponible <https://www.journalijar.com/article/>
- Amaya de Peña, P. (2019). Instrumento de Riesgo Familiar Total (RFT:5–33): fundamentos conceptuales y aplicación práctica. Universidad Nacional de Colombia. Documento en línea. Disponible [https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Publicaciones%20existentes/Salud/3-manual-rft-pilar-a\(salud\).pdf](https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Publicaciones%20existentes/Salud/3-manual-rft-pilar-a(salud).pdf)
- Cáceres, J., & Valverde, M. (2022). El modelo de cuidado integral y su aporte a la gestión sanitaria en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Salud Pública*, 39(2), 55–63.
- Campodónico G, LV. (2024). Evaluación del modelo de atención integral familiar y comunitaria en Chile. *Revista Médica de Salud Familiar*, 32(1), 22–31. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.69700/w0ce4h54>
- Cruz, F., & Núñez, A. (2022). Nivel de riesgo familiar total en hogares con niños menores de cinco años en la Urbanización Naranjal, Lima. *Revista de Salud y Desarrollo*, 6(3), 112–120. Documento en línea. Disponible <https://repositorio.uch.edu.pe//handle/20.500.12872/779>
- Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN). (2022). Informe técnico sobre la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida. Ministerio de Salud del Perú.
- Franco, P., Duran, K., & Markovic, L. (2024). Efectividad de los modelos innovadores de atención en medicina familiar en Europa Sudoriental. *European Journal of Family Medicine*, 18(4), 98–107. Documento en línea. Disponible <https://seejph.com/index.php/seejph/article/view/1097>
- Gómez, F., & Ortega, P. (2021). Dimensiones del riesgo familiar y estrategias de intervención comunitaria. *Revista Latinoamericana de Medicina Familiar*, 17(3), 78–87.
- Luna, R., & Espinoza, K. (2023). El enfoque de curso de vida en el modelo de cuidado integral de salud: retos para la atención primaria en el Perú. *Revista de Gestión y Salud*, 11(1), 22–30.
- Mezzalira, E., Canzan, F., Marini, G., Longhini, J., Leardini, C., Saiani, L., & Ambrosi, E. (2024). Introduction of novel complex integrated care models supported by digital health interventions in European primary settings: A scoping review. *Health Policy and Technology*. 13(2024). Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1016/j.hpt.2024.100896>
- McHugh, C., Hu, N., Georgiou, G., Hodgins, M., Leung, S., Cadiri, M., Paul, N., Ryall, V.,

- Rickwood, D., Eapen, V., Curtis, J., & Lingam, R. (2024). Integrated care models for youth mental health: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(9), 747-759. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1177/00048674241256759>
- Minkman, M. M. N., Zonneveld, N., Hulsebos, K., van der Spoel, M., & Ettema, R. (2025). The renewed Development Model for Integrated Care: A systematic review and model update. *BMC Health Services Research*, 25(1), 434. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12610-2>
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2020). Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad. RM N.º 030-2020-MINSA. Documento en línea. Disponible <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/414755-030-2020-minsa>
- Tucumango, R. (2021). Programa de salud basado en familia y comunidad y su efecto en el riesgo familiar en la comunidad Pata Pata, Cajamarca. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Cajamarca. Documento en línea. Disponible <http://hdl.handle.net/20.500.14074/4387>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Fortalecimiento del primer nivel de atención con enfoque de curso de vida y atención integral. OPS/OMS. Documento en línea. Disponible 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
- Serrano, L., Torres, V., & Aguilar, M. (2022). Factores de riesgo y protección familiar en el contexto de la atención primaria. *Revista Salud y Comunidad*, 15(2), 101–110.
- Rohwer, A., Toews, I., Uwimana-Nicol, J., Nyirenda, J. L. Z., Niyibizi, J. B., Akiteng, A. R., Meerpohl, J. J., Bavuma, C. M., Kredo, T., & Young, T. (2023). Models of integrated care for multi-morbidity assessed in systematic reviews: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 894. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09894-7>
- Wu, S., Lewis, J., & Carter, M. (2022). Impact of systematic family health risk assessment in primary care. *Journal of Primary Care Research*, 15(2), 55–64.
- Young, C. (2023). Integrated and Person-Centered Health Home model for rural families. *Maryland Health Journal*, 9(1), 15–23. Documento en línea. Disponible <https://www.nhs.or.kr/article/>
- Zegarra, A., & Zegarra, E. (2023). Nivel de riesgo familiar en hogares con niños menores de cinco años en Huancayo. *Revista de Ciencias de la Salud*, 15(1), 34–41. Documento en línea. Disponible <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/66>