

Reseña Histórica

Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina. Family Health Reform Models in Latin America.

RESUMEN

Miguel A. Suárez-Bustamante,
Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb*

Introducción: La implementación de modelos basados en la Medicina y Salud Familiar ha sido una de las temáticas recurrentes en las reformas sanitarias recientes en Latinoamérica orientadas a mejorar la eficiencia, el acceso a servicios resolutivos de salud, y el control de los costos prestacionales.

Objetivo: Mostrar la importante expansión de los modelos basados en la medicina familiar y salud familiar en Latinoamérica. Describir las principales características de estos modelos, resaltando sus puntos comunes entre sí, y las particularidades de cada experiencia.

Temas abordados: Modelos basados en la Medicina y Salud Familiar en Cuba, México, Brasil, Chile, Centro América, Venezuela, Bolivia y Perú. Para cada modelo se describe la historia de la inserción de la Medicina y Salud Familiar, parámetros de crecimiento y perspectivas.

Descriptor: Atención Primaria de Salud, Salud Familiar, Reformas de Salud, Latinoamérica.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of family medicine and family health based models has been one of the recent recurrent themes in the Latin-American health reform guided towards improving the efficiency, the access to effective health services and the control of health service costs.

Objectives: To illustrate the important expansion of the family medicine and family health based models in Latin-American countries. To describe the main characteristics of these models, emphasizing their common links and their peculiarities in each experience.

Reviewed topics: Family medicine and family health based models in Cuba, Mexico, Brazil, Chile, Central America, Venezuela, and Peru. For each model the history and the inclusion of family medicine and family health is described, besides the growth parameters and perspectives.

Keywords: Primary Health Care, Family Health, Health Reforms, Latin-America.

Documento de posición editorial no
sujeto a arbitraje.

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim.
Int. 2010, 4 (1): 61-69.

Este artículo esta disponible en www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación de los Autores:

*Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Residencia y Maestría de Medicina Familiar, Lima, Perú. Universidad San Antonio de Abad, Residencia de Medicina Familiar, Cusco, Perú (Prof. Invitado). Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima, Perú. Policlínico Wiesse, Puente Piedra, Lima, Perú.

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag.Sal.Púb.:
Magíster en Salud Pública.

Correspondencia para el Autor: Dr: Miguel Suárez B: miguarezb@yahoo.com



En los últimos 30 años, Latinoamérica ha intentado consolidar sus procesos de reforma de salud, buscando modelos que permitan a sus países alcanzar niveles de eficiencia y equidad, y abordar la demanda creciente de respuesta a las necesidades de salud, incrementando la cobertura y el acceso a servicios resolutivos, y al mismo tiempo manteniendo controlados los costos que ello implica [1]. Entre las múltiples propuestas e iniciativas de reforma que en el mundo han permitido lograr dichos objetivos, algunos de los más exitosos sistemas reformados han sido aquellos basados en modelos de Atención Primaria, los que según diversa evidencia alcanzan la mayor equidad y costo-efectividad [2,3]. Conscientes de estas ventajas, los gobiernos de Latinoamérica han puesto su mirada en este tipo de modelos y como consecuencia, en nuestro subcontinente, inspirados en lo ocurrido en realidades semejantes [4,5], la Medicina Familiar y su equivalente, la Salud Familiar, se encuentran en expansión como orientadores de las reformas sanitarias [6].

Hay que reconocer, sin embargo, que el crecimiento de dichos modelos en nuestra región del orbe no es casual, sino producto de diversas acciones de incidencia política (advocacy) al más alto nivel realizadas en décadas sucesivas desde hace más de medio siglo. Estas acciones incentivaron a los sistemas nacionales a adoptar enfoques basados en el trabajo de los médicos familiares y sus equipos de salud. El Dr Ceitlín, uno de los pioneros en la implantación de la Medicina Familiar en América Latina, expresa su evolución de la siguiente manera:

“La historia de la Medicina Familiar en la América Latina es mucho más extensa de lo que muchos piensan (...), mientras que en algunos países tiene una antigüedad cercana a los 30 años, con gran inserción en la sociedad, en otros casos recién está comenzando a dar sus primeros pasos.

Esta historia tiene algunos denominadores en común: La importancia que han tenido los servicios de seguridad social y del Estado en el nacimiento y desarrollo de la especialidad, así como la tarea realizada por la Federación Panamericana de Asociaciones de

Facultades (FEPAFEM), el apoyo de la Fundación W. Kellogg en las etapas iniciales, y el aporte de algunas personas que nunca debieran omitirse cuando se habla de la historia de la Medicina Familiar en esta parte del mundo” [7].

En las últimas dos décadas, las iniciativas de advocacy se reforzaron a partir de la conferencia de OMS-WONCA cuyo título era “Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia”, de noviembre de 1994 en London, Ontario, Canadá. En dicha reunión se produjo un documento que señala los desafíos de la educación médica y la atención primaria, y se presentan recomendaciones específicas para la acción [8]. Casi en secuencia, en Argentina, en septiembre de 1996, se concretó la “Declaración de Buenos Aires” a partir de la participación de 80 representantes de 18 países y de organizaciones internacionales como OMS/OPS, WONCA, CIMF, en la conferencia homónima [9]. Posteriormente, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) desarrolló las Cumbres Iberoamericanas de Medicina Familiar, también promovidas por la OMS-WONCA en Sevilla, España en el 2002, en Santiago de Chile, el 2005 y en Fortaleza, Brasil el 2008, todas ellas con connotaciones semejantes a las anteriores y conclusiones que refuerzan las líneas de trabajo previamente delineadas [10].

Todos estos esfuerzos han conducido al surgimiento gradual de diversos modelos de Salud Familiar (basados en equipos de salud y bajo la inspiración de la Medicina Familiar como disciplina) los cuales revisaremos rápidamente en esta breve reseña histórica.

Cuba

Para Latinoamérica, el país emblemático en la adopción de sistemas basados en la Medicina Familiar es Cuba, donde se desarrolló un proceso de maduración único en su crecimiento y resultados impresionantes. El modelo cubano ha sido largamente comentado desde hace dos décadas por sus múltiples logros y organización sin parangón en el mundo, en lo que corresponde a



organización y resolutivez, con una inversión tan económicamente limitada, que la convierte en unas de la estrategias mundialmente más costo-efectivas de la historia.

Así, en el periodo post-revolución durante fines de los 60 y la década de los 70, Cuba inició la formación masiva de médicos con un perfil que combinaba la atención con resolutivez en un primer nivel de complejidad y la base comunitaria, con el objetivo de compensar la carencia de recursos humanos por la fuga masiva de profesionales a EE.UU. Dicho proceso se acentuó desde inicios de la década de los 80 con el lanzamiento del "Plan del Médico y la Enfermera de Familia" y el surgimiento de la especialidad de la Medicina General Integral [11]. Así, a través de un esquema compartido de ampliación del modelo y formación de recursos humanos, se implementaron los primeros policlínicos y consultorios de Medicina Familiar, que fueron también las primeras unidades docentes donde se formó a los mencionados especialistas en Medicina General Integral [11,12].

En dicha iniciativa, se contempló integrar un sistema de salud con algunas semejanzas con el modelo inglés en cuanto a su demanda orientada a las familias, su gratuidad y jerarquización de niveles de atención, etc. pero incorporando notables mejoras en el énfasis por la atención primaria de salud, enfoque epidemiológico, aproximación equitativa a la población, entre otros aspectos [11].

"En el sistema cubano, el médico egresado actúa durante un periodo como un médico a cargo de varias familias, la comunidad y los individuos, y por tanto se le identifica como médico de familia... Por otro lado, a partir de 1984 se establece la Medicina General Integral como una especialidad; se aspira a que todos los médicos de familia se hagan especialistas en medicina general" [13].

El modelo cubano actúa a través de equipos básicos constituidos por un médico y una enfermera de la familia, los cuales tienen como base de trabajo un consultorio vivienda ubicado en el sector que les ha sido adscrito. Ellos

atienden a una población de alrededor de 150 a 300 familias, lo que corresponde a unas 700 a 1500 personas. El contacto continuado con todos los miembros de estas familias, tanto en el consultorio como en sus domicilios humaniza esta atención y la rentabiliza notablemente en lo referente a las actividades preventivo-promocionales. Ellos se complementan con policlínicos en los cuales existe un grupo básico de trabajo multidisciplinario, integrado por especialistas en Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Médico General Integral, Licenciado en Psicología, enfermera supervisora, técnico de estadísticas, técnico en Higiene y Epidemiología y técnico en Trabajo Social. El grupo cumple funciones asistenciales, docentes y gerenciales, dirigidas a incrementar la calidad de la atención a la salud de la población [14].

El trabajo dentro del Plan del Médico y la Enfermera de la Familia cubano tiene dos etapas centrales, a) el Análisis de la situación de salud (ASS): Proceso de identificación de problemas de salud, priorización de los mismos y elaboración de un plan de acción para su modificación con la participación activa de la comunidad; y b) la Dispensarización: observación permanente y dinámica a individuos, familia y comunidad con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva, desarrollando las prestaciones para devolver la salud a cada uno de ellos según un enfoque de riesgo y el grupo en el que se encontraran, y abordando a las familias y comunidades como un todo [14].

"Para la Dispensarización, el proceso se inicia con la clasificación de la población según grupos dispensariales, estos son: Grupo I: Supuestamente sano. Grupo II: Con riesgo. Grupo III: Enfermos. Grupo IV: Con secuelas" [11].

Cabe indicar que la unidad básica de atención es el policlínico, el mismo que se proyecta a la comunidad a través del consultorio médico de la familia y del programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia. Ellos constituyen el centro de acción y núcleo funcional en el cual se identifican, priorizan y solucionan los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad. Así, entre ambos niveles consiguen cumplir



con el propósito de prestar servicios de salud ambulatorios con un sentido integral, sectorizados, dispensarizados, en equipo con una plena participación comunitaria [14].

México

En México la Medicina Familiar, cuyo nacimiento se remonta a los primeros años de la década de los 50 [15], ha alcanzado un notable desarrollo dentro de la Atención Primaria [16]. Así, en de un primer nivel de la Atención, que cuenta con centenares de Unidades o Clínicas de Medicina Familiar, existe una amplia cobertura de familias con adscripción poblacional a equipos de Medicina Familiar. En este contexto, cada médico familiar atiende entre 2000 a 3000 personas que están bajo su cuidado. Para ello, los equipos de salud cuentan con amplias facilidades como infraestructura adecuada, expediente electrónico, adecuada interrelación con los niveles secundario y terciario, tanto para referencia de pacientes como de muestras para exámenes auxiliares y otros requerimientos [17].

En este sistema, y particularmente en el IMSS, se está alcanzando el estándar óptimo planteado por diversos autores especializados de contar con un médico familiar por cada especialista. Así, en el IMSS, para la atención no especializada, el 90% de los pacientes están adscritos a consultorios de medicina familiar y las dos terceras partes de ellos son atendidos por médicos especializados en Medicina Familiar, aunque existe un remanente de población atendida por médicos generales con cursos de Medicina Familiar. Para lograr esta gran cantidad de médicos especialistas en Medicina Familiar y médicos generales con conocimientos en estas materias, en dicho país se desarrolló un modelo exitoso de formación de profesionales con especialidad en Salud Familiar, tanto por la vía convencional del residenciado médico dependiente de la propia Seguridad Social pero con aval universitario, como por la vía alternativa de la reconversión para profesionales que laboran en establecimientos de Atención Primaria [18].

No obstante, y a pesar de los avances del sistema, aún la cobertura es insufi-

ciente en términos de país, y persisten enormes brechas para ser cubiertas de modo que el modelo realmente cubra a la población mayoritaria de un modo satisfactorio. Así, dado que en México éste es un modelo que tiene su mayor expresión en la Seguridad Social propiamente dicha —su desarrollo es aún incipiente en los servicios de la Secretaría de Salud—, y puesto que para el año 2008 el 42,5% de la población estaba afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), puede decirse que poco más de cuatro de cada diez mexicanos acceden a este tipo de servicio [19].

Adicionalmente, y en palabras de sus propios protagonistas, el mexicano es un modelo que si bien ha cosechado enormes frutos de su trabajo esforzado, aún tiene enormes desafíos por delante, especialmente en lo referente a calidad.

Brasil

El primer modelo de Salud Familiar que asumió ese nombre en el continente americano surgió en Brasil a mediados de la década de los 90 [20].

A pesar de su meteórico crecimiento, es importante precisar que dicha estrategia no se construyó en el vacío, sino en el marco de un esquema prestacional ya maduro, con muchos años de trabajar en la lógica de un Sistema Único de Salud [21]. Igualmente rescatable es hacer notar que es un programa construido “desde lo local a lo nacional”, ya que antes de contarse con una propuesta común del Ministerio de Salud brasileño para todo su país, ya se tenían funcionando varios modelos piloto en diversas partes de su territorio, algunos de los cuales se denominaron Modelos del Médico de Familia [22].

En siguiente término es importante considerar que, si bien la intervención adhiere a los principios de la AP como un todo, ellos en realidad abogan por un estilo “cubano-europeo” de definir la AP, entendida como una estrategia para cubrir universalmente, las necesidades salud de su población, centrándose en procesos innovadores



que concreten los principios comunes de los modelos de Medicina y Salud Familiar en la práctica [23]. Ello llevó a contar en realidad con una miscelánea de experiencias, todas cobijadas bajo el manto de la Estrategia de Salud de la Familia brasileña, las cuales varían ligeramente entre sí, debido a la influencia de quienes ayudaron a construir el modelo. Por ejemplo el modelo en Río, Curitiba y ciudades del nordeste y norte de Brasil, tienen una mayor influencia cubana en su implementación, en tanto que Sao Paulo, Porto Alegre y otras ciudades reciben mayor sustento de Canadá e Inglaterra [23]. Ello es posible por la gran flexibilidad que otorga el federalismo y la municipalización para la construcción de estas experiencias [24].

La propuesta se desarrolla sobre la base de Equipos Básicos actuando en las familias de un territorio de amplitud definida, adscrito al equipo. Si bien el énfasis está en la Prevención y Promoción de la Salud, el equipo se responsabiliza por cubrir todas las necesidades de la población a su cargo, lo que implica la resolutivez ideal del 80% de la demanda recuperativa y de rehabilitación en la consulta en la unidad o puesto de salud [25].

Cada Equipo Básico denominado Equipo de Salud de la Familia está compuesto por un médico general (si bien es el ideal, son muy escasos los médicos familiares en Brasil), un enfermero, un auxiliar ó técnico de enfermería y cuatro a seis promotores o agentes comunitarios de salud remunerados. Cada equipo abarca alrededor de 800 familias, dependiendo de la densidad demográfica del área donde actúa, pero en ningún caso puede superar las 4.000 personas. El proceso de trabajo no dista de los procesos comunes a otros modelos de salud familiar en los cuales se trabaja inicialmente en la captación y adscripción de familias, desarrolladas a través de visitas domiciliarias y un trabajo constante con las organizaciones de la comunidad; el recojo intensivo de información y a partir de ésta el desarrollo de un diagnóstico de necesidades y un plan de atención para cada familia, y por último la ejecución de dichas acciones y su seguimiento y reformulación del plan [26]. Este esquema de trabajo

en el que la vigilancia constante de las familias por los agentes comunitarios de salud y el personal de enfermería es acompañado por un trabajo intramural y extramural intensivo de todo el equipo, incluyendo al médico, ha logrado resultados impresionantes a lo largo de estos 15 años de trabajo y con la cobertura de más de 100 millones de brasileños [23].

Es interesante que a diferencia de los modelos anteriores, Brasil no era un país donde tradicionalmente se formaban una gran cantidad de médicos familiares y otros profesionales especialistas en salud familiar. Ello representó una importante limitación en los inicios de la implantación del modelo y ha ido progresivamente superado con el surgimiento de diversos polos de capacitación y núcleos universitarios para el entrenamiento e investigación en salud familiar e iniciativas exitosas como PROESF, PROSAÚDE y otras que posibilitan que gradualmente se esté cerrando la brecha entre las necesidades y la respuesta que el sistema educativo puede ofrecer [27].

Chile

El siguiente modelo relevante de Salud Familiar, el cual surgió a fines de la década pasada e inicios de la presente, fue el Modelo Chileno, denominado Modelo de Atención integral con Enfoque Familiar y Comunitario, aunque previamente llamado sólo Modelo de Atención Integral. Dicho modelo sigue principios semejantes a los de sus pares cubano y brasileño, en la medida en que mantiene como premisas básicas trabajar con un equipo de salud familiar territorializado y con una población adscrita y un accionar basado en la Atención Primaria, operando en Centros de Salud Familiar que atienden a la población en general, básicamente financiados a través de impuestos, y pretendiendo ofrecer una atención de salud resolutivez al 90% de la demanda, mediante un plan de prevención universal garantizado y una fuerte inversión en la promoción de la salud para un país saludable [28].

Las raíces del cambio de modelo pueden encontrarse en el Marco Conceptual del documento "De Consultorio a



Centro de Salud” publicado en 1993 [29] y otro semejante publicado a fines de la década pasada [30], aunque su lanzamiento formal se dio en el año 2005, con el documento marco publicado por el Ministerio de Salud de Chile [31].

Desde entonces, este modelo se ha venido expandiendo gradualmente en el país sureño, a partir de los Equipos de Salud Familiar apostados en Centros de Salud, hasta cubrir una población cada vez más importante [32]. Mientras que en las localidades grandes los Centros de Salud de la Familia deben atender a un mínimo de 20.000 personas con comodidad, en las poblaciones más pequeñas se emplean Postas Rurales, todas ellas con una estructura uniforme en la que se priorizan la economía de espacios y sus usos múltiples. En cada establecimiento se cuenta con por lo menos un equipo de salud familiar, el cual en promedio cuenta con un médico, enfermera, matrona (obstetra/iz), técnico paramédico y auxiliar, aunque según las necesidades de cada comunidad podrían incorporarse otros profesionales como el odontólogo, psicólogo, asistente social, nutricionista, asistente social, un psicólogo, kinesiólogo y técnico paramédico [33].

Una experiencia particularmente exitosa dentro de dicho modelo, ha sido la del proyecto Ancora, desarrollado por la Pontificia Universidad Católica de Chile en consorcio con el Ministerio de Salud chileno, el cual tenía como finalidad contribuir al establecimiento de un cambio significativo en el modo como se presta la Atención Primaria, y se entrenan recursos humanos para esta área, empleando una mirada amplia, eficiente y humana. Este programa desarrollado en tres Centros de Salud Familiar gestionados conjuntamente por las con instituciones miembros del proyecto, tiene características comunes al modelo previamente descrito: Basado en sectores de 10.000 personas para cada equipo, gestionado por un equipo de soporte clínico y uno administrativo, con un abordaje familiar de modo que cada médico tiene sus propias familias, hay una amplia relación con la comunidad, y están plenamente implementados los servicios del Plan de Salud, habiéndose diseñado y rediseñado los

procesos tanto de prestación de servicios, como de enseñanza en la acción de los residentes y alumnos, para que se puedan cumplir los objetivos de: trabajar con población adscrita a la que se le desarrolla un Plan de Salud Familiar, trabajo en equipo, planificación local, orientación al resultado, y coordinación en el uso de servicios [34].

Como en el caso de los países precedentes excepto Brasil, Chile contaba con programas universitarios que desde la década de los 90's venían formando recursos humanos en Salud Familiar como los de la Pontificia Universidad Católica de Chile o de la Universidad de Concepción, lo que le daba un aval importante y un capital inicial considerable a las iniciativas desarrolladas en dicho país.

Venezuela

El siguiente Modelo de Salud Familiar surgido en los últimos años (basado en los principios anteriormente definidos) ha sido la Misión Barrio Adentro, cuyo objetivo primordial es garantizar el acceso pleno a servicios de salud integrales y de calidad, para los municipios de máxima exclusión de Venezuela. Esta misión es desarrollada gracias a una ingente inversión social y a un convenio de cooperación binacional con Cuba y sobre la base de miles de médicos familiares cubanos que complementan o suplementan la acción de los médicos locales en áreas crónicamente sub-servidas [35]. La misión, que se inició como un soporte internacional en áreas críticas, se ha expandido notablemente y ya trascendió la oferta de servicios humanitarios dispersos, constituyéndose rápidamente en el principal modelo de oferta de servicios para el primer nivel de atención de Venezuela. Recientemente incluso se ha iniciado un sistema de formación de recursos humanos para nutrir el modelo en dicho país [36].

Sobre este programa hay tantos detractores como impulsores y dado lo politizado del tema no es suficientemente claro el real avance de dicha estrategia. De lo conocido por cifras oficiales, se sabe que se invirtió en el período 2003-2007 5.569 millones de dólares para la construcción de más de un millar de



módulos asistenciales, decenas de consultorios populares y convencionales, 183 centros de rehabilitación integral y seis centros de alta tecnología, entre otros. Con dicha inversión, el oficialismo venezolano refiere contar con una cobertura de entre el 90 y 100% de los municipios de máxima exclusión, con entrega gratuita de los medicamentos esenciales [35].

Sin embargo, hay también voces adversas a esta intervención que critican de manera especial el no haber considerado para el desarrollo de estas iniciativas al aparato existente en materia de Medicina Familiar y Atención Primaria, construyendo desde cero con soporte extranjero, como si no hubiese existido un trabajo previo en Medicina Familiar dentro del país.

Bolivia

Este país viene desarrollando desde hace unos años, una iniciativa con inspiración semejante a la de Venezuela, e igualmente con una fuerte inyección de recursos humanos procedentes de Cuba, denominada Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Esta propuesta, aun cuando no tiene el mismo nivel de avance que el venezolano, tiene un contingente amplio de Equipos Básicos de Salud trabajando bajo esta modalidad y un sistema propio de especialización de recursos humanos. Al igual que otras experiencias combina modalidades fijas e itinerantes para poder cubrir a la población boliviana, que por la naturaleza de su territorio cuenta con amplios contingentes de poblaciones excluidas [37,38].

Sin embargo, vale la pena recalcar que al igual que lo ocurrido en Venezuela, en la Caja de Seguridad Social de Bolivia se tiene una amplísima trayectoria en la formación de médicos familiares de casi 30 años, y en la conformación de un sistema de atención al asegurado basado en médicos de familia. Igualmente, este importante capital acumulado no ha sido convenientemente utilizado por las iniciativas recientes, y ello en algún momento puede ser una debilidad para el naciente sistema.

Perú

El Perú, a diferencia de los países previamente citados, se encuentra dentro del bloque de realidades sin trayectoria como formadores de médicos familiares y sin experiencias piloto extensas en Medicina Familiar o salud familiar en el siglo pasado o inicios del presente. No obstante, un punto de partida importante para la consolidación de esta reforma en Perú ha sido la aprobación oficial del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando de manera coherente, garantiza la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud dentro del marco de políticas del Ministerio de Salud. Para el MAIS, la persona se constituye en el centro del modelo, siendo reconocida en su multidimensionalidad como ser biopsicosocial.

“Se entiende la Atención Integral de Salud como: la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad [39].

En el marco del MAIS se propone abordar a la persona por etapas de vida en lo referente a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Se le garantiza la continuidad en la atención, entre los servicios y establecimientos (referencia y contrarreferencia) y, también, la universalidad en el acceso, equidad, eficiencia y respeto a sus derechos. De acuerdo a los documentos normativos del MAIS, se deben organizar los servicios para brindar atención a la familia, entendida, más allá del concepto de la suma de sus miembros. La comunidad y el entorno se consideran también parte importante de la realidad de las personas. El modelo requiere, para su viabilización, de la participación y promoción de la ciudadanía, de la descentralización y de un abordaje intersectorial [40].

Dentro del MAIS



“Los problemas de salud son asumidos desde una comprensión amplia y compleja. Por ello se procura el abordaje intersectorial, vinculando las intervenciones de los sectores de educación, vivienda, trabajo, transporte, etc. y los gobiernos locales, como una forma de responder a las causas de los problemas de salud y no sólo a sus efectos... La atención integral en salud supone que las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación son ofrecidas de manera integrada. Por ello, la integralidad de la atención requiere el trabajo de equipos multidisciplinarios (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y polifuncionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos).” [39].

Desafortunadamente, exceptuando algunos progresos limitados en ámbitos académicos o regiones donde la motivación y consistencia se mantuvieron independientemente del impulso del nivel nacional [41-43], no se han conseguido implantar aún los objetivos de esta reforma, más allá de algunas direc-

trices de política, documentos técnicos, publicaciones diversas, declaraciones o notas de prensa, de la apertura de alguna oficina o sección especializada —Estrategias Sanitarias— sin recursos autónomos, contingentes técnicos, ni real decisión política, o de lanzar un número limitado de establecimientos piloto que no cuentan con personal capacitado para las nuevas responsabilidades, ni los insumos materiales o financieros necesarios para instalar cambios reales. En este contexto de salidas que buscan un efecto político inmediatista, más que un real cambio en la situación de salud de la población, la implementación del MAIS aún no ha progresado suficientemente.

Afortunadamente, el lanzamiento del Aseguramiento Universal como política de salud, ha colocado nuevamente en la palestra a la implementación del MAIS como brazo operativo de esta iniciativa gubernamental, ofreciendo una nueva oportunidad para progresar en su operativización, y ofrecer así un modelo con la inspiración de los modelos basados en la Medicina y Salud Familiar, pero adaptado para la realidad peruana.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Buenos Aires 20 /15: From Alma-Ata to the Millennium Declaration: International Conference on Health for Development: “Rights, Facts and Realities”. Ginebra: WHO; 2007. citado en: 15 de Mayo del 2009. Disponible en: <http://www.paho.org/english/dd/pin/pr070816.htm>.
- (2) Macinko J. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. *The Journal of Ambulatory Care Management*. 2009; 32 (2): 150-71.
- (3) Starfield B. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83 : 457-502.
- (4) Larizgoitia I. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy*. 1997; 41 : 121-37.
- (5) Martín-Zurro A. Sobre la reforma de la atención primaria en España: entre la autocrítica y las propuestas neoliberales. *Atención Primaria*. 1997; 19 : 105-7.
- (6) Alfaro G. La Medicina Familiar y su incidencia en las Reformas de los Sistemas de Salud y la APS. Bogotá: OPS-Colombia.Observatorio Talento Humano en Salud; 2009. citado en: 15 de marzo del 2010. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VbeContent/library/documents/Doc-NewsNo19076DocumentNo11180.PDF>.
- (7) Ceitlin J. Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid: CIMF-semFYC; 1997.
- (8) Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA). Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. London: OMS/WONCA; 1994.
- (9) Mesa de Expertos y Lideres de salud de las Américas sobre Medicina Familiar. Declaración de Buenos Aires. En: Ceitlin J, editor Relato final de la Conferencia de Expertos y Lideres de salud de las Américas sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud; Buenos Aires: CIMF; 1996.
- (10) Conferencias y Cumbres en Medicina Familiar (página web en internet). Caracas: Confederación Iberoamericana de Medicina Familia (CIMF-WONCA Región Iberoamericana); (update: 9-2-2009; citado en:15 de Mayo del 2008). Disponible en: www.cimfweb.org.
- (11) Ordoñez Carceller C. La inserción de la medicina familiar en Cuba. In: Ceitlin J, Gómez Gascón T, editors. Medicina de Familia.Madrid: SEMFYC y CIMF; 1997. p. 293-301.
- (12) Barruto CR. Atención Primaria de salud: Medicina familiar y educación Médica. Cochabamba: Univ. San Andrés; 1998.
- (13) Rojas M. El Médico de la Familia en la Sierra Maestra. La Habana: Ciencias Médicas; 1986.
- (14) Cuba MdS. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana: VII Reunión metodológica del MINSAP; 2010.



- (15) Quiroz-Perez JR, Irigoyen-Coria A. Una visión histórica sobre la Medicina Familiar en México. MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2008; 2 (1): 49-54.
- (16) Rodríguez-Domínguez J, Fernández-Ortega MA, Mazón-Ramírez JJ, Olvera F. La medicina familiar en México, 1954-2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas. Atención Primaria. 2006; 38 (9): 519-22.
- (17) Dirección de Prestaciones Médicas. Programa Proceso de Mejora de Medicina Familiar. México DF: Instituto Mexicano de Seguridad Social; 2007. citado en: 15 de Mayo 2010. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/43F50D4B-5CBE-4307-B95D-E12B96B8E885/0/mejora.pdf>.
- (18) Certificación en Medicina Familiar - Historia (página web en internet). México DF: 2010; citado en: 15 Marzo del 2010). Disponible en: <http://consejomedfam.eshost.com.ar>.
- (19) Mario Ríos. La Seguridad Social en México. México DF: Monografía Personal; 2008. citado en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/seguridad-social/seguridad-social.pdf>.
- (20) Brasil MdS. Programa de Saúde da Família. Brasília: Secretaría de Políticas de Saúde, Departamento de Atención Básica; 2001.
- (21) Negri B. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. Sao Paulo: SOBRAVIME; 2002.
- (22) Programa Médico de Família. Implantação do médico de família em Niterói. Relato de Experiência. Niterói: Lidador Ttda; 1998.
- (23) Gomes-do-Espírito-Santo AC, Nascimento-Fernando V. La Experiencia Brasileña en Salud de la Familia: Avances, Límites y Desafíos. MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2008; 2 (2): 119-28.
- (24) de-Souza MF. Os sinais vermelhos do PSF. Sao Paulo: HUCITEC; 2002.
- (25) Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Estratégia do Programa Saúde da Família - PSF e Programa Agentes Comunitários - PCS no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: S.de Saúde SC; 2001. citado en: 15/05/2209. Disponible en: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/Estrat%20Programa%20Sa%20Fam%20da%20Fam%20EDlia%20e%20Programa%20de%20Agentes%20Comunit%20E1rios%20-%20PACS.doc>.
- (26) Brasil CNdSdS. Atención primaria e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2007.
- (27) Brasil MdS. Reunião dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em Saúde da Família. Sao Paulo: Secretaría de Políticas de Saúde, Departamento de Atención Básica; 2002.
- (28) Gonzáles C. Expectativas y disposición respecto a la implementación del modelo de salud familiar. Documento presentado al III Congreso Chileno de Medicina Familiar. Santiago de Chile: 2001. citado en: 15 de Mayo del 2009. Disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/salonloa.pdf>.
- (29) Chile MdS. De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual. Santiago de Chile: MINSAL; 1993.
- (30) Hidalgo-C C, Carrasco-B E. SALUD FAMILIAR: Un Modelo de Atención integral en la Atención Primaria. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999.
- (31) Chile MdS. Modelo de atención integral en salud. Documento Técnico. Santiago de Chile: MINSAL; 2005.
- (32) Toro-Leyssen F. Salud Familiar, Modelo de Atención para la red. Santiago de Chile: MINSAL; 2006. citado en: 15 de Mayo del 2009. Disponible en: http://www.minsal.cl/ici/red_publica/Francisca_Toro_Modelo_salud_familiar.pdf.
- (33) Chile MdS. En el camino a Centro de Salud Familiar. Santiago de Chile: MINSAL, Subsecretaria de Redes asistenciales; 2008.
- (34) Departamento de Medicina Familiar FdM. Proyecto ANCORA. Red de Centros de Salud Familiares UC. Santiago de Chile: Mimeo P Univ. Católica de Chile; 2006.
- (35) Venezuela Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Situación Actual del Programa Barrio Adentro. Caracas: MSDS; 2004. citado en: 15 de Mayo del 2009. Disponible en: http://www.bolivarianos.ch/htmlpage/docs/Barrio_Adentro_17-09-04.pdf.
- (36) Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS Venezuela; 2009.
- (37) La implementación del modelo de salud familiar, comunitario, intercultural en el sistema de salud pública en Bolivia (página web en internet). La Paz: MSD; (update: 2007; citado en: 15/05/2009). Disponible en: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/eventos/seminario_pnpic/dia14_05/dr_oscar_laguna_bolivia.pdf.
- (38) Bolivia Ministerio de salud y Deportes. Modelo de salud Familiar Comunitario Intercultural. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2007. citado en: 15/05/2209. Disponible en: <http://www.sns.gov.bo/politica/MSFCI%20FINAL%2015%20DE%20ABRIL.pdf>.
- (39) Perú Ministerio de Salud. El modelo de atención integral. Lima: MINSA; 2003.
- (40) Delgado-Arroyo RM, Delgado-Espinoza. El médico familiar: clave de la sostenibilidad de la atención integral de salud. RAMPa - Rev Aten Integral Salud y Med Fam. 2006; 1 (2): 116-26.
- (41) Dirección Regional de Salud Ayacucho. Trabajo Comunitario en promoción de la salud en el "Modelo de Atención de Salud Ayacucho". Ayacucho: Ministerio de Salud; 2003.
- (42) Dirección Regional de Salud Ayacucho. Modelo de Atención de Salud- Ayacucho. Ayacucho: MINSA Perú; 2004.
- (43) Dirección Regional de Salud La Libertad. El Modelo de Atención Integral: Propuesta de Paquetes de Atención Integral de Salud Equipo Técnico DISA La Libertad. La Libertad: Ministerio de Salud; 2004.



La Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC (ALPMF) hace una atenta invitación a todos los profesionales y equipo de salud de la Medicina Familiar de Latinoamérica y España a participar desde su consultorio o desde su hogar en:

IV Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia

del 15 al 28 de noviembre del 2010

www.alpmf.org/

En esta ocasión contaremos con:

DOS FOROS DE DISCUSIÓN: 1) Hacia una definición de los principales criterios de excelencia para la formación de especialistas en Medicina Familiar en Latinoamérica, y 2) Errores más comunes en la práctica de la Medicina Familiar.

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES en las áreas de Docencia, Investigación, Asistencia y Servicios de Salud.

PRESENTACIÓN DE CONFERENCIAS en las áreas de Docencia, Investigación, Asistencia y Políticas de Salud.

I CONCURSO INTERNACIONAL DE TESIS DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

Donativo: \$500.00 República Mexicana

\$50 USD Pago por Internet.

Descuentos para residentes y estudiantes de pregrado.

Valor curricular, Libro Digital de memorias con ISBN, constancias de asistencia y ponencias, inclusión de resúmenes de trabajos libres en nueve bases de datos de carácter internacional.

Esta hoja ha sido dejada en blanco para mantener la simetría en la edición. No debe ser impresa.

Este espacio está disponible para avisos publicitarios.