

# CONCEPTOS EN MEDICINA FAMILIAR Y ATENCION INTEGRAL

## El médico familiar, clave de la sostenibilidad de la Atención Integral de salud en el Perú

Dr. Rafael M. Delgado Arroyo<sup>(\*)</sup>, Sr. Rafael Delgado Espinoza<sup>(\*\*)</sup>

Dentro de las reformas sanitarias tendientes a mejorar la salud en el Perú se encuentra el Modelo de atención integral de salud (MAIS). Este modelo se orienta a ofrecer un abordaje bio-psico-social dirigido a la persona como un todo y contextualizado dentro de su familia y comunidad, recuperando así su posición como centro del sistema. El médico familiar, por las semejanzas conceptuales de su formación y su práctica cotidiana, es el recurso humano idóneo para asegurar la expansión del MAIS y su sostenibilidad.

### El contexto actual de la salud en el Perú

Una deficiente planificación sectorial, sumada a la pobreza y extrema pobreza, han determinado las malas condiciones de salud de la población del Perú. La insuficiente oferta de servicios de salud y su acceso inadecuado –la falta de dinero o geografía difícil son barreras importantes en zonas rurales alejadas–, así como la atención médica fragmentada, descontextualizada y discontinua, se manifiestan en una alta prevalencia de enfermedades potencialmente prevenibles.

Las acciones y políticas de promoción de la salud son caras e ineficientes -por lo que no disminuyen las altas tasas de mortalidad y morbilidad-, resultando en un escaso rendimiento del gasto en salud. En otras palabras, se tiene poco y se gasta mal, con el consiguiente descontento de la población con la oferta de servicios.

La actuación del sector salud no se ha adecuado a la transición epidemiológica, existiendo actualmente un mayor número de atenciones en el nivel primario de salud, por enfermedades que se consideraban, hasta hace algunos años, prácticamente inexistentes, como la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipoproteinemias, artrosis.

Igualmente se carece de una visión longitudinal de las enfermedades en personas mayores de cincuenta años, cuyas necesidades particulares no son debidamente afrontadas por el sistema de salud, porque la organización del sector responde a la atención de patologías agudas y a su cobertura con programas puntuales. Desgraciadamente, debemos reconocer que esto ha llevado a que la población desconozca las medidas preventivas para cuidar su salud, haciendo del paciente un receptor pasivo del cuidado médico y ofreciendo una atención restringida a la curación de la enfermedad.

(\*) Médico Cirujano. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Magister en Nutrición. Profesor Investigador de la UIGV. Profesor de la Escuela de Post Grado de La UIGV. Director General de Políticas y Gestión de RRHH del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) del Ministerio de Salud.

(\*\*) Alumno de Medicina. Asistente de la cátedra del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Buenos Aires.



Actualmente, se sabe que la incidencia de las patologías agudas y de origen infecto contagioso, depende más del conocimiento de los aspectos preventivos que de la atención de la enfermedad. Para disminuir la prevalencia de estas enfermedades, la educación en los aspectos preventivo - promocionales es más importante que la atención en la consulta externa de los enfermos y/o la existencia de camas disponibles en un hospital. Esto último obliga a un manejo de los problemas de salud en el marco de una estrecha colaboración entre diferentes sectores (salud, educación, transporte, vivienda, etc.), que aún no logran su objetivo común de mejorar la calidad de vida de la población de nuestra patria.

Existe una falsa consideración de que los sectores salud y educación no son productivos y que se debe esperar a que el crecimiento de la economía del país en el largo plazo se reflejen en su mejora gradual. Ello ha llevado a considerar a estos sectores como una segunda prioridad de gasto, en busca de un mayor rendimiento de lo invertido a corto plazo. Así, los presupuestos del sector salud resultan bajos, el personal y sus remuneraciones son insuficientes, y todo ello se traduce en una marcada desmotivación del conjunto de trabajadores. A esto se debe sumar un equipamiento en salud pobre y una infraestructura generalmente antigua para los actuales requerimientos de la atención médica.

Como consecuencia de todo lo anteriormente mostrado, el análisis del sector desde el punto de vista del Ministerio de Salud muestra:

- Inequidad y deficiencia en la cobertura del Sistema de Salud.
- Desarticulación entre los niveles de atención.
- Ineficiencia e ineficacia del Sistema de Salud.
- Cultura burocrática, vertical y centralista.
- Equipos de salud sin competencias para una prestación integral.
- Escaso trabajo y coordinación ínter e intrasectorial.
- Poca conciencia de derechos y deberes de las personas.
- Poca participación de las personas en el cuidado de su salud.

El retraso en el desarrollo del Sector Salud en el Perú, desde un punto de vista sistémico, es multifactorial de gran complejidad en su análisis e interrelaciones, como se muestra en el siguiente árbol de interrelaciones del modelo

de atención de salud biomédico que se encuentra en el Anexo (Fig. A1).

## La propuesta actual de reforma sectorial

Las reformas de salud en el mundo suelen tener varios aspectos, de los que destacan el financiero y el prestacional. Para el caso de Perú, en relación al primer tipo de reforma, se han trabajado mecanismos para que el financiamiento de la atención del individuo no sea asumido por los hogares sino por instituciones administradoras de riesgo.

En relación con la reforma prestacional de los servicios de salud, las actuales políticas de salud peruanas, proponen como fundamento la atención de la población, la familia y la comunidad, según los principios de integralidad y calidad. En este sentido, las personas deben constituirse como centro del modelo sanitario, considerando su contexto familiar y comunitario desde un enfoque biopsicosocial que integre la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación por etapas de vida (ciclo vital), garantizando el sistema la continuidad en la atención y un eficiente sistema de referencias y contrarreferencias.

La integralidad de la atención, exige universalidad en el acceso, equidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, participación y promoción de la ciudadanía, descentralización y un manejo intersectorial de los problemas de salud, entre otros. Dentro de este marco de reforma, se destaca el impulso a la calidad de la atención primaria (eficiencia, eficacia y efectividad). El énfasis ofrecido a este aspecto, se basa en la convicción de que es la atención en el primer nivel la que sostiene todo el sistema de salud y dependerá de ella que los modelos de la reforma sean viables.

En el corto plazo, instituciones como el Seguro Integral de la Salud (SIS), deberán interesarse en impulsar la experiencia de la atención integral como fuente generadora de calidad (eficiencia, eficacia y efectividad) en las atenciones, ligando de este modo a la reforma financiera y la prestacional. Así, con la perspectiva de una reducción de costos, y aún sin modificar las actuales tarifas, se producirá un aumento del retorno a los prestadores,

lográndose un clima de buena voluntad entre quien financia y quien brinda el servicio.

## El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

La realidad previamente descrita hizo necesario elaborar, como parte de la reforma prestacional de salud, el nuevo 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 –Ver esquema 1-. Se le aborda 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.

El MAIS organiza 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.

El MAIS considera responsabilidad del estado el abordaje integral a la persona y la familia. Incentiva comportamientos saludables y mecanismos de prevención basados en necesidades de salud, que son consecuencia directa de la dinámica familiar, a partir de las cuales se definen los cuidados esenciales, que se traducen en normas para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. El modelo considera como una familia saludable, aquella que consigue una adaptación exitosa a los desafíos del desarrollo inherentes a cada etapa de la vida de sus miembros y logra superar los estresores que le imponen los constantes cambios en su entorno, obteniéndose como resultado sanitario: persona y familia saludable.

El MAIS se sustenta en cuatro componentes: Prestación, Organización, Gestión y Financiamiento, como puede verse en el cuadro 1.

En su componente prestacional, el MAIS establece programas de *Atención Integral por Etapas de Vida*, para asegurar que las personas reciban una atención integral de salud en función de sus necesidades en cada etapa vital -Ver esquema 2-. Estos programas, nombrados a continuación, norman los

**Esquema Nro 1** La persona y su contexto como centros del foco sanitario del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)



Cuadro Nro 1 Componentes del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

Prestación	Organización	Gestión	Financiamiento
<p>Se ofrecen de manera integral, sobre la base de las necesidades de salud de las personas.</p> <p>El MINSa define necesidades de salud (mediante encuestas de base poblacional).</p> <p>A partir de las necesidades se definen los Cuidados Esenciales: conjunto de cuidados o atenciones ("cartera de servicios") que cada persona y familia debe recibir.</p> <p>En base a criterios técnicos, políticos y financieros, el MINSa define las atenciones que pueden ser financiados por el sub-sector estatal, que constituye el Paquete Garantizado de Atenciones.</p>	<p>Se basa en redes de salud, articuladas por sistema de referencia y contrarreferencia.</p> <p>Se brinda una oferta adecuada a diversos escenarios.</p>	<p>Gestión por resultados mediante acuerdos de gestión y pactos por la calidad.</p> <p>Gestión descentralizada con autonomía regulada por cogestión y participación ciudadana.</p>	<p>Financiamiento de las necesidades de la población.</p> <p>Asignación de recursos ligada a resultados, según acuerdos de gestión y pactos por la calidad.</p> <p>Eficiencia en todos los niveles del Sistema.</p> <p>Mecanismos para asegurar equidad y solidaridad por focalización del financiamiento.</p>

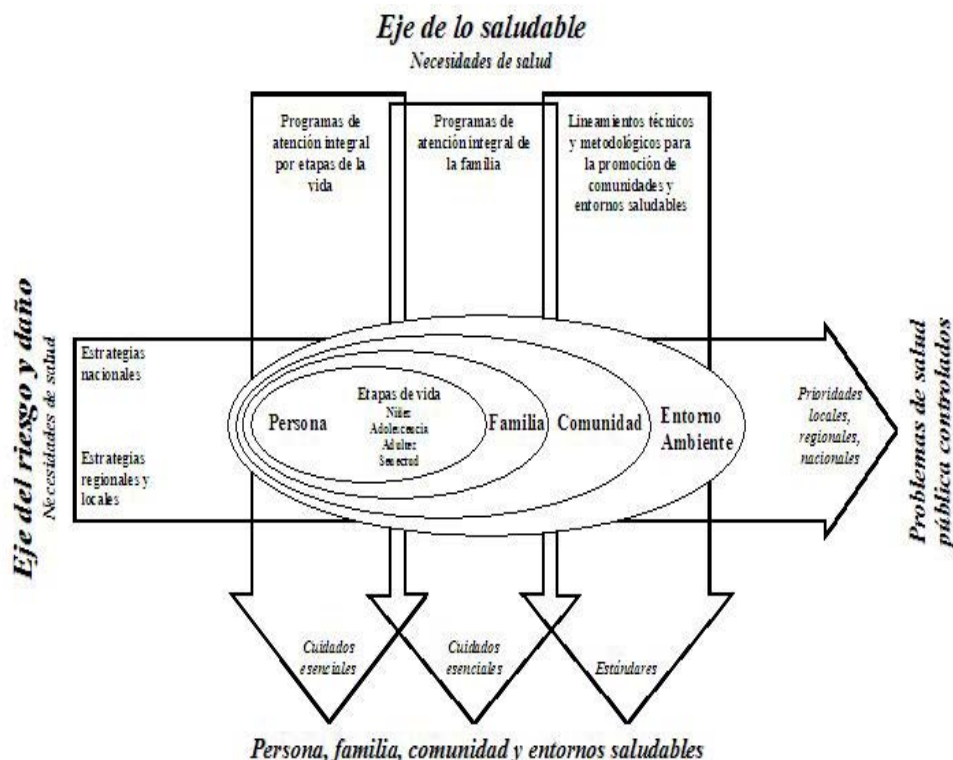
procesos, definiendo las intervenciones necesarias para que una persona se considere protegida, contribuyendo a una vida saludable:

- Programa de Atención Integral de Salud del Niño.
- Programa de Atención Integral de Salud del Adolescente.

- Programa de Atención Integral de Salud del Adulto.
- Programa de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.

El MAIS se propone optimizar la salud y reducir sus riesgos, mejorando la calidad de vida y procurando el bienestar, con el desarrollo de

Esquema Nro 2 Ejes de la Prestación en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)



lineamientos técnicos y metodológicos para la promoción de comunidades y entornos saludables. Para esto, se requiere de espacios de concertación abiertos y organizados, donde se prioricen áreas de intervención y estrategias. Así, se espera como resultados: escuelas saludables, municipios saludables, centros laborales saludables.

El nuevo modelo desarrolla estrategias sanitarias nacionales, regionales y locales para el control de prioridades sanitarias. Permite el abordaje, control, reducción, erradicación o prevención de los daños y riesgos priorizados. Se centra en situaciones particulares que requieren acción concertada, rápida y limitada. Diseña las bases de las estrategias sanitarias desde el nivel nacional hacia los niveles regionales, con una estructura mínima que le permita cumplir sus objetivos. Las estrategias regionales y locales, se diseñan desde los niveles locales hacia el nacional y éste define las directivas y los resultados esperados.

Las estrategias del modelo para el abordaje de prioridades sanitarias, están orientadas a solucionar el daño y sus consecuencias. Se enfocan en prioridades sanitarias con externalidad negativa, tendencia creciente,

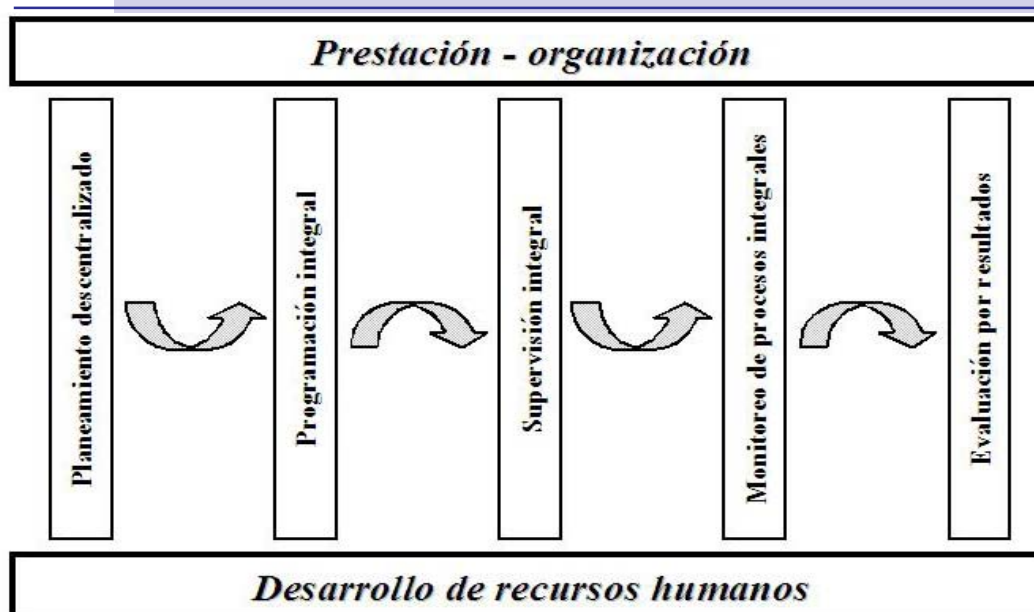
local, regional o nacional, que son de duración variable. Sus intervenciones y cuidados esenciales se traducen en normas (duras o blandas), que atraviesan todos los ciclos de vida y están orientadas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Los sujetos de sus intervenciones son la persona, la familia, la comunidad y el resultado sanitario esperado es el control de los problemas de salud pública –Ver esquema 3.

El modelo de atención integral de salud (MAIS) se puede resumir como se muestra en el esquema 4.

Al margen de las campañas masivas de promoción de la salud, de la mejora de las condiciones ambientales, mejora de condiciones sociales y mejora de la nutrición, el MAIS resalta la importancia del emprendimiento de medidas preventivas, de forma individual en la relación médico-paciente-familia, con una comprensión del contexto y del ciclo vital familiar. La consecuencia de estas acciones sectoriales e intersectoriales redundaría en una mejor calidad de vida de la población, con un aumento de la expectativa de vida y aumento de los años productivos.

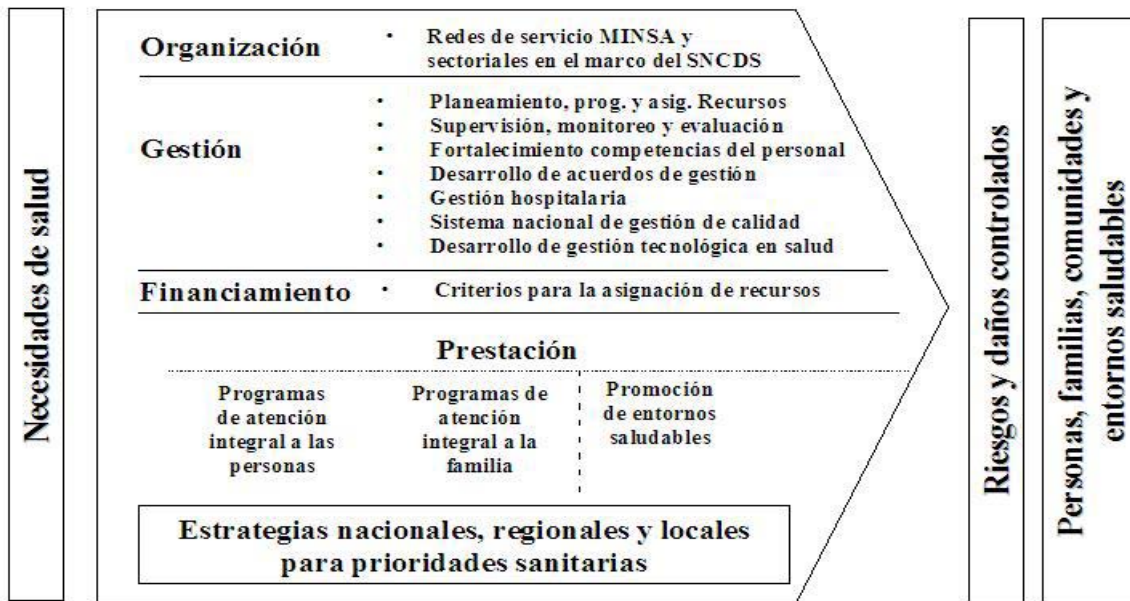
Esquema Nro 3

Componente de gestión en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)



Fuente: DGSP-MINSA. El Modelo de Atención Integral. 2002.

Esquema Nro 4 **Los cuatro componente del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)**



Fuente: DGSP-MINSA. El Modelo de Atención Integral. 2002.

## El médico familiar, recurso humano para la reforma del sector salud

La sostenibilidad de las políticas de reforma prestacional debe considerar, como un supuesto, a médicos de atención primaria altamente capacitados, que sean la puerta de entrada al sistema, resolviendo la gran mayoría de problemas que se presentan en la consulta (en el centro de atención, como en el domicilio) con criterios basados en la medicina de evidencia y logrando que los costos totales de la financiación puedan ser asumidos por las aseguradoras.

Las currículas universitarias actualmente vigentes son insuficientes para formar los médicos que el país necesita. Estas, orientan al alumno a la atención de la enfermedad y la mayoría de veces a la curación del órgano en una visión sólo recuperativa, cara y altamente especializada que no garantiza eficiencia y calidad de la atención prestada.

El médico peruano de atención primaria deberá asumir el inmenso reto de dar sentido a su labor como profesional de la salud y dejar de

ser el profesional de la enfermedad, cambiando la visión reactiva del problema hacia una actitud proactiva en la consulta individual y familiar, pero también, siendo capaz de resolver los problemas prevalentes que se presentan en la consulta sin recurrir a excesivas derivaciones. La intervención deberá ser eficiente para lograr una rápida recuperación y reinserción a la sociedad.

Este tipo de recurso humano necesario para la reforma de salud puede ser encarnado por el médico familiar. La actividad del médico familiar en otras partes del mundo, presenta similitudes con la puesta en práctica del Modelo de Atención Integral de Salud en lo que respecta a sus cuatro ejes -Cuadro 2. Esto se debe a que la Medicina Familiar surge de la necesidad de brindar una atención integral a la persona, familia y comunidad, frente a la fragmentación de la atención médica, causada por las especialidades tradicionales. Por ello, consideramos que el médico familiar es el efector natural de las políticas de atención integral elaboradas por el Ministerio de Salud, expresadas como el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud. Esto haría efectiva las actividades de gestión del médico familiar, como primer gerente del sistema en coordinación con la comunidad.

**Cuadro Nro 2** Comparación entre las características del Modelo de Atención Integral de Salud y la práctica de la Medicina Familiar.

Componente	Modelo de Atención Integral de Salud	La práctica del Médico de Familia (MF)
Prestación	Comprende el conjunto de acciones del equipo de salud en diversos escenarios (hogar, escuela, comunidad, establecimientos de salud, otros), que organizadas en servicios, permiten mantener y proteger la salud de la población, contribuyendo a lograr personas, familias, comunidades y entornos saludables.	El MF ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital. El MF está disponible para atender todo problema de salud en una persona de cualquier sexo y edad. El MF se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad. El MF asume cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud, pues considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo.
Organización	Comprende el conjunto de sistemas, procesos y acciones que permiten ordenar la oferta sanitaria para cubrir las necesidades de atención de salud de las personas, familias y comunidades, conforme al MAIS.	Cualquier problema de salud del paciente debe estar en el campo del MF. Aunque el paciente puede derivar para tratamiento especializado, el MF es aún responsable de la evaluación inicial y de la coordinación de la atención. El MF se ve, a sí mismo, como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud. Un MF puede ser mucho más efectivo, si puede desplegar todos los recursos de la comunidad en beneficio de sus pacientes.
Gestión	Comprende los procesos y acciones que dan soporte al desarrollo y funcionamiento del MAIS y, además, contribuyen al logro de objetivos sanitarios previamente establecidos.	El MF, como generalista y médico de primer contacto, es un gerente de los recursos. El MF tiene el manejo de amplios recursos y es capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión al hospital, el uso de investigaciones, las prescripciones de tratamiento y la derivación hacia los especialistas. Es responsabilidad del MF manejar los recursos para beneficio de sus pacientes y de toda la comunidad.
Financiamiento	Comprende los mecanismos de captación, asignación y administración de recursos financieros, acordes al MAIS.	Los recursos que el MF utiliza para atender al paciente-familia-comunidad, provienen de fuentes definidas por las particularidades de los estados en que ejercen sus actividades.

La Medicina Familiar tiende a ser la base de los sistemas sanitarios de este siglo. Sus características de efectividad y eficiencia, basándose en la evidencia científica, posibilitan resolver eficientemente los problemas de salud que se atienden en la consulta. Además, sus criterios de accesibilidad, continuidad y longitudinalidad permiten brindar una atención de la salud realmente integral, representación del nuevo paradigma de la medicina y de los sistemas sanitarios. La asignación de un único proveedor de servicios de salud a la familia – unidad funcional receptora de los cuidados primarios– evita la fragmentación en cada uno de sus integrantes.

La Medicina Familiar es una especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, más allá del sexo, edad, órgano

o sistema afectado y tomando en cuenta su contexto social. Requiere conocer las etapas del ciclo vital familiar y señalar su relevancia en el cuidado de los problemas clínicos específicos.

El médico familiar utiliza la evidencia científica actual, integrando los múltiples problemas que un individuo o una familia padecen a lo largo de la vida. Esto le otorga una experiencia invaluable en presentaciones clínicas tempranas y con un espectro de habilidades médicas más variado y numeroso que un especialista lineal. Es así que los conocimientos que el médico familiar debe dominar en un país del hemisferio norte, diferirán de los de un país del hemisferio sur y no serán siempre los mismos en distintas regiones de un mismo país. La labor del médico familiar es brindar atención a las necesidades sanitarias del lugar en el que trabaja, para lo cual debe ser experto en estas.



## Conclusiones

El médico familiar es el recurso idóneo natural para funcionar, como puerta de entrada, en sistemas organizados de atención médica. Presta cuidados longitudinales que a lo largo del tiempo se concretan más allá del tipo de problema que lleva al paciente a la consulta, e incluso, a la identificación de algún otro problema de salud, porque su objetivo es cuidar la salud de la persona, la familia y la comunidad.

El médico familiar entiende que la salud excede al marco de la lucha contra la enfermedad, que el hospital no es el único lugar que puede proveer salud y que es necesaria la descentralización en pequeñas unidades de atención primaria altamente eficientes. Conceptualmente existe un salto epistemológico profundo, entre esta concepción de la práctica médica y la del resto de especialidades.

Al no atenerse a un modelo reduccionista de la ciencia, este nuevo médico es en esencia un generalista, con un papel bien determinado y un definido conjunto de conocimientos y destrezas. Para su actividad recibe los aportes de la teoría de la comunicación; de la teoría general de los sistemas; la cibernética y el constructivismo; y utiliza el modelo biopsicosocial, el cual se corresponde con los nuevos paradigmas científicos y, ha sido también llamado modelo holístico, sistémico y cibernético. Pero, como su eje de acción es el ámbito de la familia –nexo entre el individuo y la sociedad– se le llama médico familiar.

Por ello, una manera de operativizar esta propuesta de reforma en los servicios de salud, es entrenar profesionales médicos capaces de resolver casi todos los problemas de la consulta externa. Para lograrlo, en el contexto particular de cada país, se forma a los médicos familiares, «especialistas en atención primaria», en función de la realidad en la que trabajan. En otras palabras, se ha capacitado a los médicos para resolver las necesidades sanitarias de la población de sus países.

Debe así formarse una masa crítica de médicos familiares con aptitudes para servir a la comunidad y que al ofrecer una atención primaria de alta calidad (eficiencia, eficacia y efectividad), devolviendo con creces la inversión que la sociedad ha hecho en su formación.

En nuestro país es necesario modificar la visión fragmentaria del individuo (modelo biomédico) durante la formación de pregrado de manera que los nuevos médicos opten por seguir especialidades que se concentren en la persona y su contexto, mas que en un grupo de órganos o sistemas. Este nuevo tipo de médico, deberá desarrollar las habilidades necesarias para brindar una atención primaria de salud de alta calidad con las características de especialización en el paciente, comprensión del contexto, actitud permanente hacia la educación, prevención, gestión de recursos, considerando a los pacientes como integrantes de una población en riesgo y compatibilizando, con ellos, juicios, valores y aptitudes. Esto garantiza la calidad en la atención del médico familiar, con la ventaja de, por lo menos obtener iguales resultados frente a especialistas con menor uso de recursos para resolver patologías prevalentes<sup>1</sup>.

La vigencia del modelo biomédico direcciona la atención de salud sólo hacia el aspecto biológico, olvidándose que la persona posee otras dimensiones que son determinantes para lograr una atención integral. Es de vital importancia la unión de lo físico con lo mental, lo social y la prevención de la salud, la integración del paciente en los cuidados de su salud para evitar enfermarse y para lograr la curación, si ya estuviera enfermo. Una exigencia para esto es el establecimiento de una comunicación fluida entre el médico y su paciente, una población con conocimiento de las medidas preventivas para cuidar su salud y que, a su vez, pueda acceder a los servicios donde el personal médico esté capacitado para resolver patologías prevalentes en la zona, además de los múltiples problemas indiferenciados de las consultas.

El interés de la nación en el sector salud es administrar sus recursos en función de los

<sup>1</sup> Medical Outcome Study (Estudio sobre resultados médicos). Se comparó el proceso y los resultados de la atención de generalistas (médicos familiares e Internistas generales) versus especialistas (cardiólogos y endocrinólogos) en el manejo de cuatro problemas definidos (diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca e infarto de miocardio reciente). Este ensayo abarcó a más de veinte mil pacientes adultos en Estados Unidos. Se demostró que los generalistas aún si se ajustaba por mezcla de patologías, comorbilidad y gravedad, utilizaban menos recursos en grado significativo que los especialistas con, por lo menos, iguales resultados. Los médicos familiares utilizaban, incluso, menos recursos que los internistas para obtener resultados similares



mayores progresos en la salud de la población. Esto sólo se podrá lograr si las acciones de salud en el primer nivel son altamente eficientes, haciéndose evidente la necesidad de capacitación de los grupos profesionales, elevando al médico del primer nivel de atención -generalista- a una posición de médico familiar con una formación de postgrado que le permita solucionar problemas de diferente índole, viendo a la persona en su contexto y manejando eficientemente los recursos con que cuenta.

Al inicio de este milenio se requiere revalorizar el método clínico centrado en el paciente, priorizar la prevención, lograr el diagnóstico precoz, potenciar la relación médico-paciente utilizándola como arma terapéutica; detectar y manejar problemas indiferenciados; usar tecnología apropiada en el diagnóstico y tratamiento; aplicar los mismos principios a todos los grupos sociales y en todos los niveles de atención; orientar la historia clínica a problemas indiferenciados y no sólo a entidades nosológicas. Estas actividades se afianzarán gerenciando los recursos racional y eficientemente y coordinando la atención especializada. Para ello, el médico familiar, en Perú, requerirá ser experto en patología prevalente, epidemiología clínica, farmacología clínica, capacitación de grupos y gestión. Deberá proporcionar una atención médica primaria, eficiente y, de primera calidad, de tal forma que la población asignada a su cuidado, tenga una atención oportuna, eficaz y con costos posibles de ser asumidos por el país.

Como consecuencia de este análisis, podemos concluir que la sostenibilidad de las actuales políticas de desarrollo del sector salud, el cumplimiento de los planes estratégicos, la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud en el Perú dependerán de cambios profundos en el profesional de salud y especialmente en los médicos quienes superando el paradigma biomédico asuman el paradigma biopsicosocial como rector de la actividad del Sector Salud y de sus profesionales.

## Bibliografía

Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia. La clave de un nuevo modelo. SEMFYC y CIMF. Madrid, 1997.

Declaración de Buenos Aires. Relato final de la Conferencia Regional de Expertos y Líderes de Salud de las Américas sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud, Buenos Aires, septiembre 1996.

DGSP-MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. El modelo de atención integral de salud. Ministerio de Salud de Perú. Lima, 2002.

Feightner J. Prevención en Medicina Familiar. En: Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia. La clave de un nuevo modelo. SEMFYC y CIMF. Madrid, 1997.

Gordis L. Effectiveness of comprehensive-care programs in preventing rheumatic fever. NEJM 289:331-335, 1973.

Huntley R. Epidemiología de la Medicina de Familia. JAMA 185(3):175-178, 1963.

Kahn N, Morai-Young Ch. Formación de pregrado en Medicina de Familia. En: Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia. La clave de un nuevo modelo. SEMFYC y CIMF. Madrid, 1997.

Mc Whinney I. Medicina de Familia. Mosby/Doyma Libros. España 1996.

Mc Whinney I. Orígenes de la Medicina Familiar. En: Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia. La clave de un nuevo modelo. SEMFYC y CIMF. Madrid, 1997.

Pons Bravet, Ordoñez, Blanco, et al. Perspectiva en la disminución y control de los factores de riesgo de aterosclerosis en Cuba mediante el Médico de Familia. Revista Cubana de Medicina General e Integral 6(1):23-29, 1990.

Purola T. La salud y la política de salud según la teoría de sistemas. Medical Care 10(5):373-379, 1972.

Roa R. Historia de la Medicina Familiar en América Latina. En: Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia. La clave de un nuevo modelo. SEMFYC y CIMF. Madrid, 1997.

Roa R, Ruiz Morosini ML, Siede J. Medicina Familiar. Hacia un nuevo modelo de atención de la salud. Tomo I: Principios y herramientas. Librería AKADIA Editorial. Buenos Aires, 1997.

Rubinstein A, Terrasa S, Durante E. Medicina Familiar y práctica ambulatoria. Editorial Panamericana. Buenos Aires, 2001.

Starfield B. Medición de los logros de la atención primaria. NEJM 54:361-369, 1979.

Subías Lorén P y cols. Evaluación del PAPPs. Atención Primaria 2000; 28:5-11.

Taylor R. Medicina de familia. Principios y práctica. 5ª ed. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1999.

White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. NEJM 265:885-892, 1961.

WHO, WONCA. Conferencia Conjunta Organización Mundial de la Salud (WHO) y Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA). London - Ontario, Noviembre 1994.

Recibido para publicación el 12 de octubre del 2006. Aprobado con correcciones el 17 de noviembre del 2006.

Correspondencia para el autor: Av. Jorge Basadre Nro 990 - San Isidro. Correo electrónico: delgado\_rafael@yahoo.com.

# Anexo

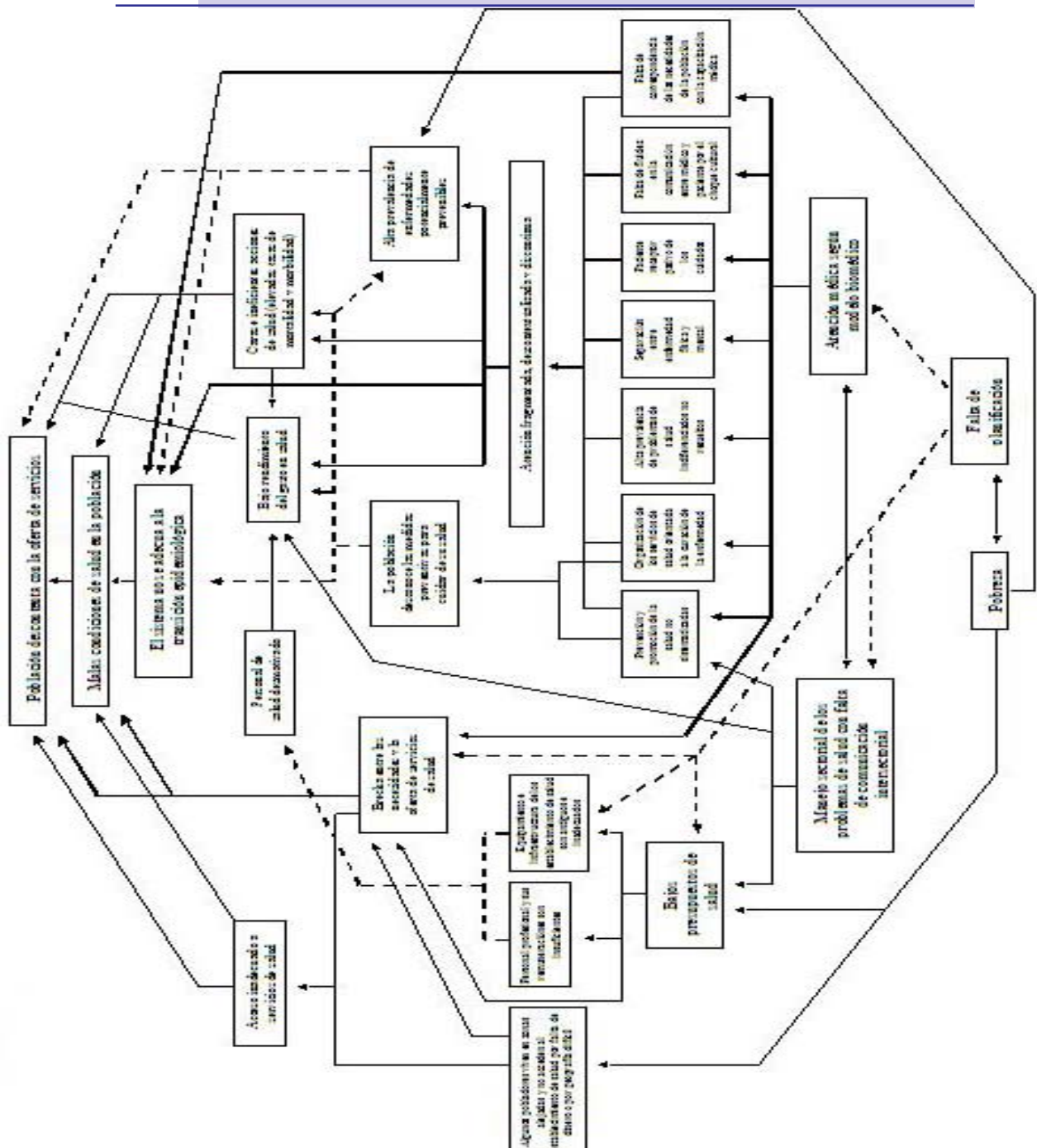
## INTERRELACIONES DEL MODELO BIOMEDICO Y BIOPSIOSOCIAL

Los esquemas A-1 y A-2 pueden apreciarse las interrelaciones para ambos modelos, el modelo biomédico y el biopsicosocial, por separado.

En el esquema A-1 se resalta como la atención médica según el modelo biomédico condujo a

un manejo de los problemas sanitarios con falta de comunicación intersectorial que se relaciona con bajos presupuestos y una brecha entre las necesidades y la oferta de servicios, y una atención fragmentada, descontextualizada y discontinua, que conduce a un bajo rendimiento del gasto en salud, personal desmotivado y acciones caras e ineficientes. Las consecuencias finales de la vigencia del modelo biomédico son las malas condiciones de salud en la población y la insatisfacción generalizada con los servicios que reciben.

Esquema Nro A-1 Interrelaciones del modelo biomédico de atención de la salud



Por el contrario, el esquema A-2 muestra las interrelaciones presentadas para el modelo biopsicosocial, muestran una mayor participación, comunicación con los usuarios y un manejo intersectorial, todos los cuales traducen el modo de organizar el sistema propuesto por

el MAIS. Se espera que este tipo de acción en salud, sumado a un manejo intersectorial de los problemas sanitarios y presupuestos suficientes, conduzcan a un mayor rendimiento del gasto en salud, y finalmente a mejores condiciones de salud para la población y una mayor satisfacción con los servicios recibidos.

Esquema Nro A-2 Interrelaciones del modelo biopsicosocial de atención de la salud

