

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^(*), Sr. Rafael Delgado Espinoza^(**)

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>

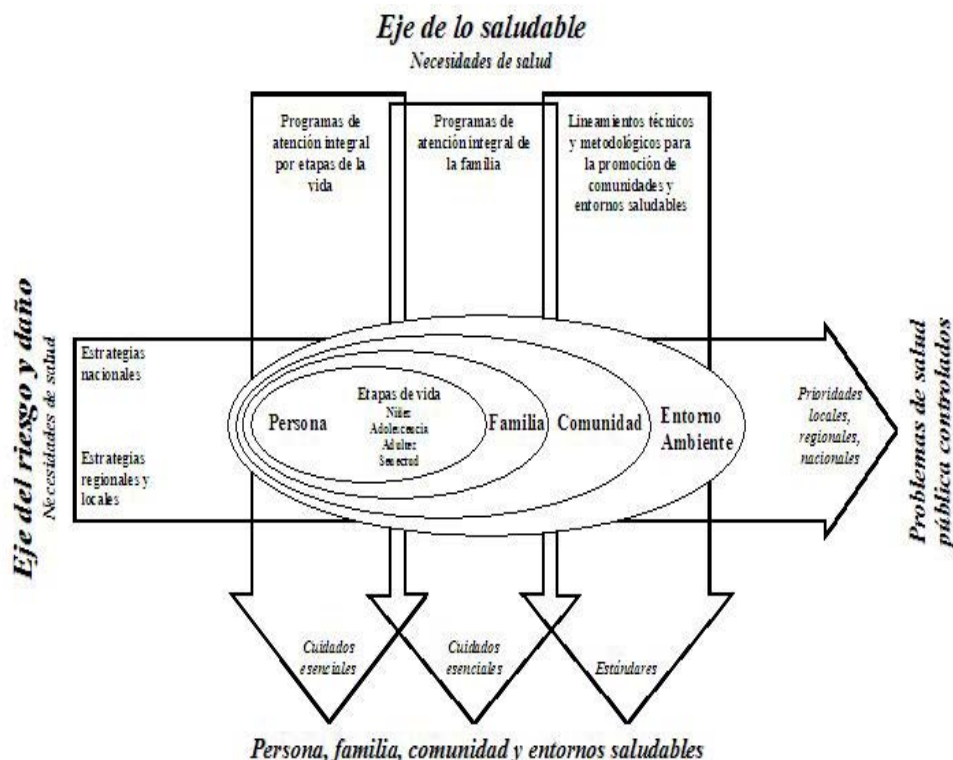
procesos, definiendo las intervenciones necesarias para que una persona se considere protegida, contribuyendo a una vida saludable:

- 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,

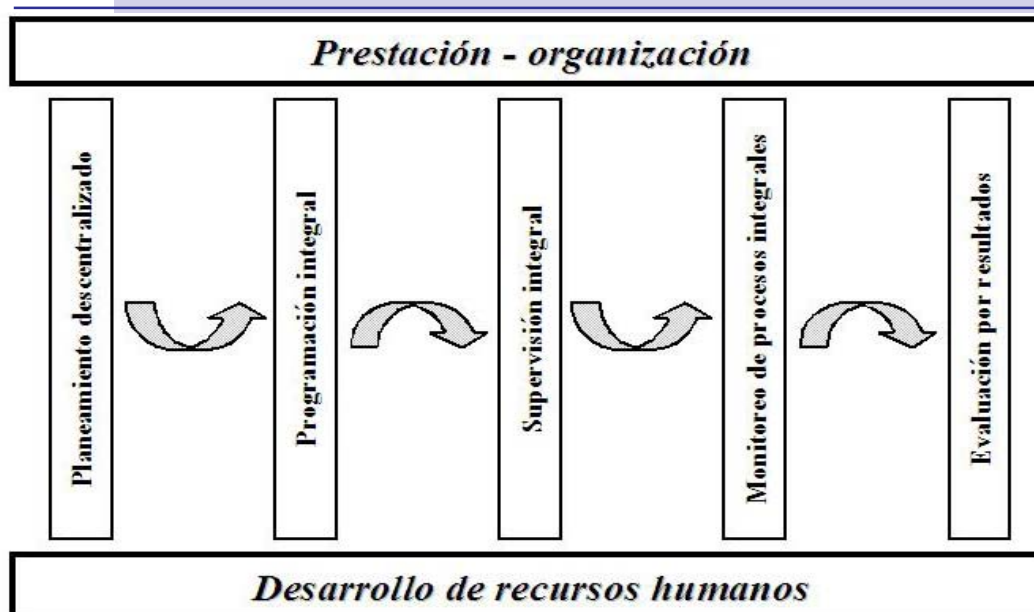
local, regional o nacional, que son de duración variable. Sus intervenciones y cuidados esenciales se traducen en normas (duras o blandas), que atraviesan todos los ciclos de vida y están orientadas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Los sujetos de sus intervenciones son la persona, 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

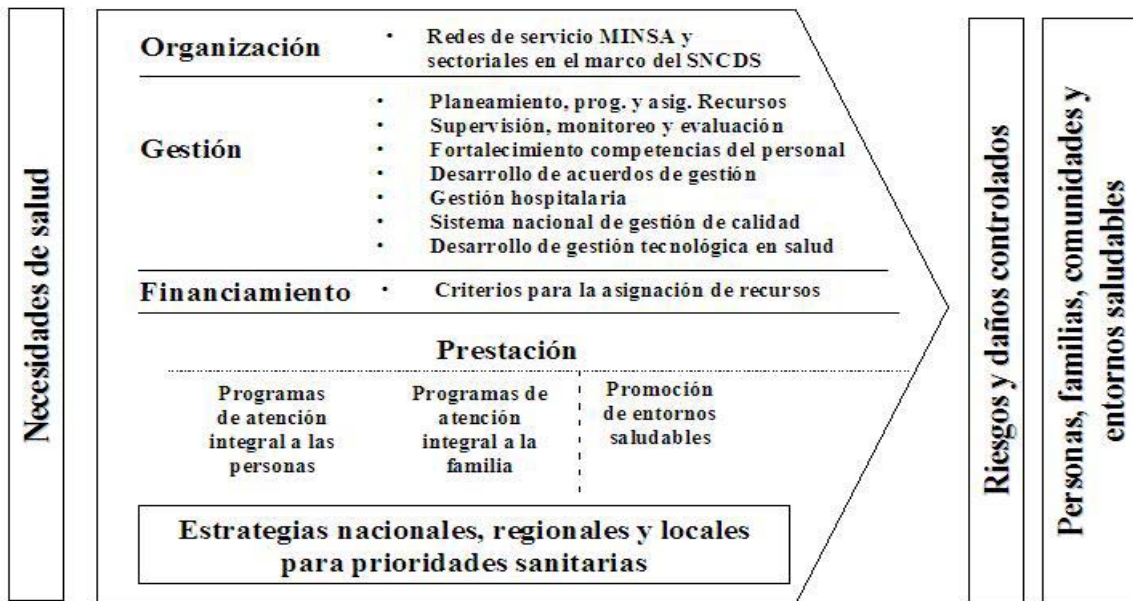
Componente de gestión en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)



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 prevalentes¹.

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

¹ 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

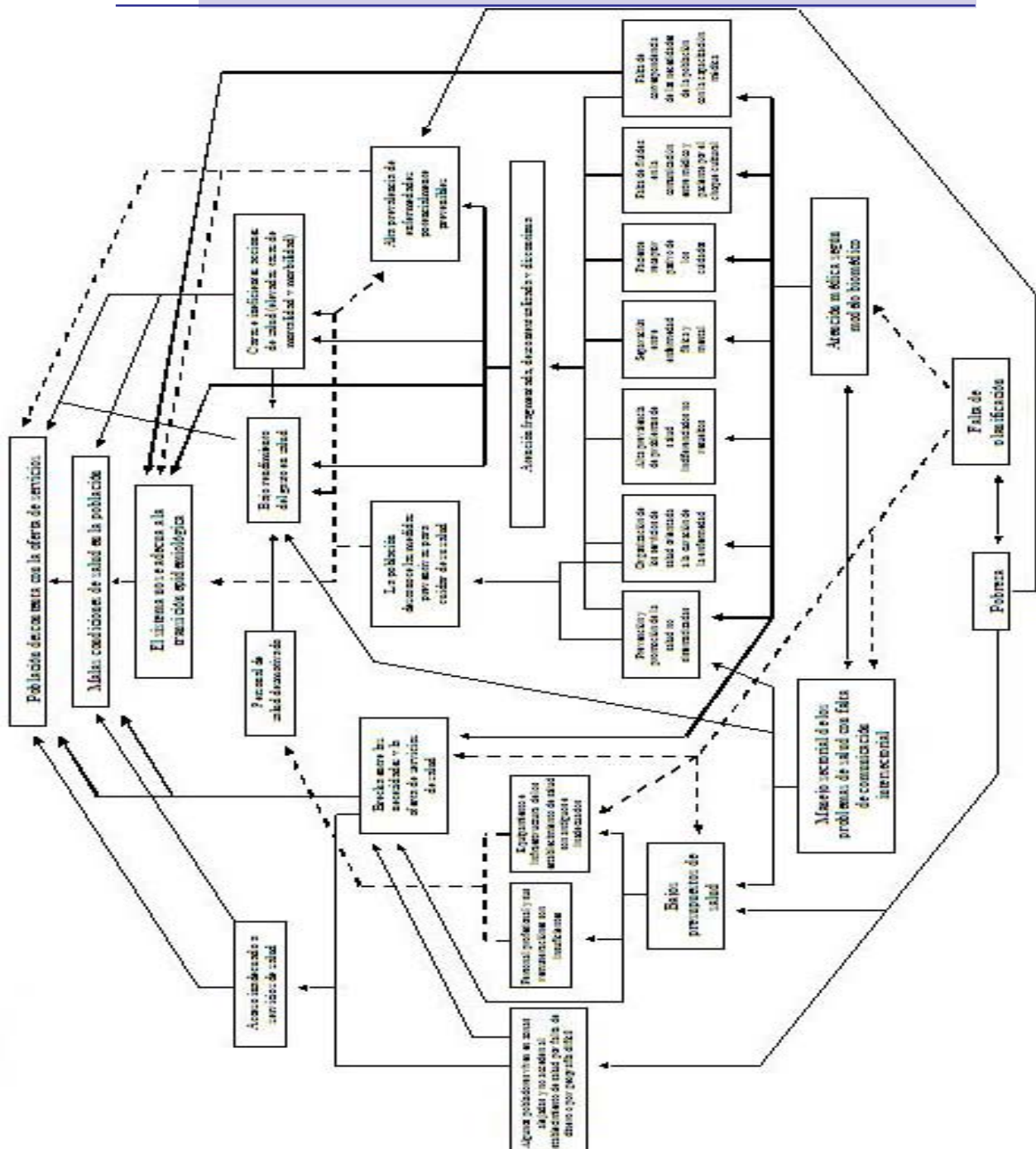
INTERRELACIONES DEL MODELO BIOMEDICO Y BIOPSIICOSOCIAL

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.

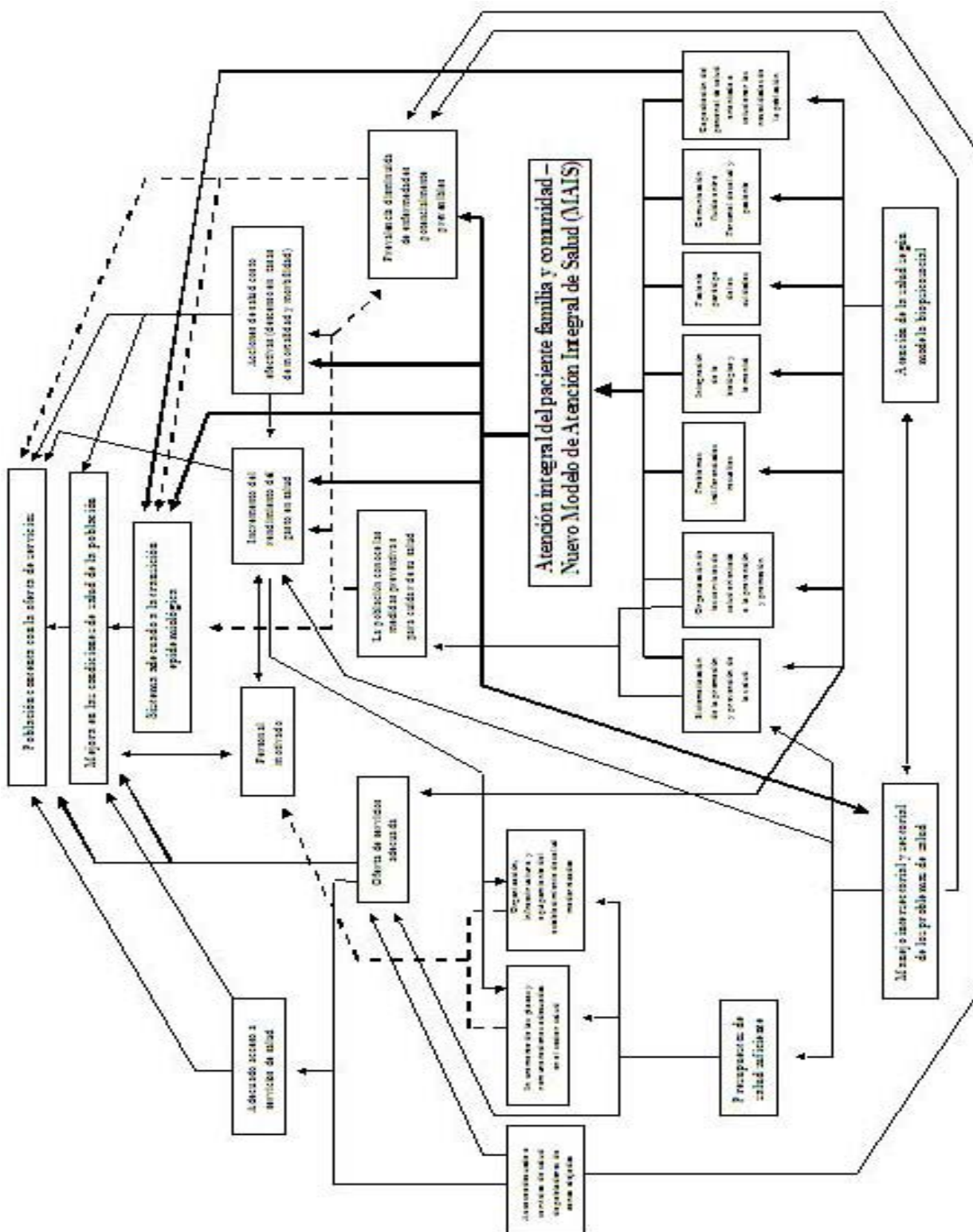
Esquema Nro A-1 Interrelaciones del modelo biomédico de atención de la salud



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



Actualizaciones para el Equipo de Atención Primaria de Salud

Acciones Preventivas en el Adulto Mayor

Dra. María Sofía Cuba Fuentes(*), Dr. Miguel Suárez Bustamante(**)

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS:

Los adultos mayores deben:

- Recibir inmunizaciones con tra el neumococo e influenza, según decisión médica.
- Recibir consejerías para evitar el tabaquismo, mejorar la dieta y reducir el riesgo de caídas.
- Debe realizarse rutinariamente el despistaje con mamografía para detectar tumores de mama, con examen de sangre oculta en heces para el cáncer colo-rectal, y con un examen Pap para el cáncer de cuello uterino. El despistaje de cáncer de próstata requiere de una decisión médica cuidadosa.

Introducción

La población del Perú y del mundo está envejeciendo. Así, los mayores de 60 años constituyeron, el año 2005, el 5,2% de la población peruana (aproximadamente 1.453.000 habitantes), y los mayores de 80 años es el grupo de mas rápido crecimiento. Por lo tanto, las políticas de salud deben tender a promover y mejorar la funcionalidad de las personas adultas mayores, así como prevenir o retrasar la progresión de enfermedades y mejorar el status de salud en este grupo poblacional.

Desde 1980, dos organismos expertos en cuidado preventivo de la salud: la US Preventive Task Force (USPTF) y la Canadian Task Force on Preventive Care, publican revisiones basadas en evidencia científica, para la toma de decisiones en salud preventiva. Estas recomendaciones se enfocan en intervenciones que lleven a un mejoramiento en el estado de salud (reducir morbilidad y mortalidad).

Estos organismos suelen recomendar tres tipos de procedimientos para la prevención de

los principales problemas de salud: inmunizaciones, consejería y despistajes o screening.

Para ser recomendadas, las inmunizaciones deben tener eficacia biológica comprobada, y reducir la incidencia y/o complicaciones del problema de salud que se busca prevenir.

Por su lado, para recomendar intervenciones de consejería, debe haber evidencia de que el cambio en el comportamiento promovido reduce el riesgo para el problema de salud abordado por la consejería, y que ésta es efectiva en conseguir un cambio en el comportamiento.

Los despistajes, también conocidos como *screening* por su denominación inglesa, se recomiendan únicamente cuando son capaces de detectar la condición o el factor de riesgo precozmente, y sin una tasa excesiva de falsos positivos y falsos negativos. Adicionalmente, la intervención temprana para el problema detectado por el despistaje debe tener resultados superiores a esperar que naturalmente aparezcan manifestaciones o síntomas de la enfermedad.

(*) Médica Familiar. Médico asistente de la Clínica Médica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. (**) Médico Familiar. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Director de Proyectos de IDEFI-PERU.



Problemas de Salud Prevenibles

Si bien los lugares en el listado de los problemas de salud puede variar de una realidad a otra, los problemas prevenibles son prácticamente los mismos tanto para países desarrollados como para países en desarrollo:

- Infecciones Respiratorias
- Cáncer
- Enfermedad Cardiovascular
- Accidentes Cerebrovasculares (ACV)
- Accidentes y Caídas
- Diabetes Mellitus

Estos son los problemas sobre los cuales se centra la presente actualización. A continuación se revisarán en detalle las principales prácticas preventivas recomendadas por los dos organismos previamente citados, la US Preventive Task Force (USPTF) y la Canadian Task Force on Preventive Care, basados en la evidencia más actualizada disponible.

Inmunizaciones

Vacuna contra la influenza

En realidades como U.S., la neumonía por influenza es la 5ta causa de muerte en ancianos. Se desconoce este dato en países en desarrollo.

Un metanálisis concluyó que la vacuna contra la influenza, efectivamente reduce la incidencia de neumonía y la mortalidad por infección respiratoria(1), así como las hospitalizaciones por condiciones respiratorias y la insuficiencia cardiaca, con una reducción de riesgo relativo de 1,3 (2).

La recomendación es que dicha vacuna sea administrada en los meses de otoño, anualmente a todos los adultos mayores a partir de los 65 años.

Vacuna contra el neumococo

En países en desarrollo, el neumococo es cau-

sante del 30% de las neumonías adquiridas en la comunidad que requieren hospitalización.

Diversos ensayos aleatorizados han demostrado la efectividad de la vacuna contra el neumococo, reduciendo significativamente el riesgo de contraer neumonía en la vejez(3).

Se recomienda administrar esta vacuna una vez a partir de los 65 años, especialmente en personas de riesgo como los pacientes con diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras.

Las vacunas contra la influenza y el neumococo pueden usarse en simultaneo, aplicándose al mismo tiempo, pero en diferentes brazos.

Vacuna contra el tétanos y la difteria

La mayoría de adultos mayores no han sido protegidos en la niñez o juventud contra el tétanos y la difteria. Al igual que en los otros grupos de edad se recomienda una dosis cada 10 años si ha tenido vacunación previa, y si nunca se ha vacunado, debe iniciarse el esquema igual al de otros adultos.

Consejería

Tabaquismo

El tabaquismo es una de las principales causas prevenibles de morbilidad y mortalidad en adultos mayores. Un estudio encontró que la esperanza de vida era 7 años mayor entre quienes dejaban de fumar a una edad media, en relación a quienes continuaban fumando (4). Otro análisis encontró que, incluso entre personas que dejaban de fumar a los 60 años, el riesgo acumulativo de cáncer de pulmón a los 75 años, experimentaba una reducción de 10% en relación a quienes continuaban fumando (5).

Se recomienda que, si la persona ha fumado en los últimos 3 meses, se le ofrezca consejería sobre cese de tabaquismo y, se le proporcione asistencia complementaria, si es aceptada, debe recomendarse el uso de parches de nicotina o goma de mascar, los cuales han

demostrado ser más efectivos que el placebo para ayudar a reducir la dependencia al tabaquismo (6).

Actividad física

La actividad física tiene efectos antihipertensivos, cronotrópico negativo, vasodilatador, diurético, anorexígeno, reductor de peso, hipoglicemiante, hipolipemiante, tranquilizante, antidepresivo, previene las fracturas de cadera, las caídas y la osteoporosis.

Se recomienda evaluar y realizar consejería sobre actividad física en todo contacto con los adultos mayores. Sin embargo la USPTF no encuentra evidencia de que la consejería mejore efectivamente la actividad física, recomendando buscar otras estrategias para incrementar la actividad física en adultos mayores.

Dieta

Si bien la USPSTF recomienda dar consejería a los adultos mayores para reducir la ingesta de grasas, ello se debe a su rol aterogénico o en la prevención del cáncer de colon, y no necesariamente a la cantidad de calorías proporcionadas, ya que, se ha encontrado que después de los 60 años se reduce la asociación entre IMC elevado y mortalidad, prácticamente no existiendo correlación luego de los 74 años (7).

Se recomienda incrementar la ingesta de frutas y granos que contengan fibra, evaluar la necesidad de suplementación con Ca y Vit D. Por otro lado, dar suplementos vitamínicos a todos los adultos mayores, no ha demostrado ser una medida efectiva en la mejora del estado nutricional.

Prevención de caídas

Este tópico ha sido abordado en la actualización presentada en el Nro. 1 de RAMPA. Se debe hacer una evaluación anual de caídas, y si es necesario una intervención multifactorial orientada a prevenir este problema.

Enfermedades de transmisión sexual

Producto de la viudez o la separación, así como de conflictos emocionales propios de la edad, los adultos mayores varones pueden retomar o incrementar su vida sexual con parejas diferentes a la habitualmente monogámica, o recurriendo a trabajadoras sexuales,

Al igual que en los jóvenes, los adultos mayores sexualmente activos deben recibir consejería sobre comportamientos sexuales de riesgo y uso de condones.

Prevención de enfermedades cardiovasculares

Dislipidemia

En general existe poca evidencia sobre el beneficio del despistaje y tratamiento para las dislipidemias en adultos mayores. La ATP III recomienda el despistaje con lipidograma (HDL, LDL, colesterol total y triglicéridos) desde los 20 años sin poner límite superior, por lo que estarían incluidos los adultos mayores. La USPSTF y el Colegio Médico Americano (ACP), no se pronuncian a favor o en contra del despistaje con lipidograma entre los 65 y 74 años, ambos grupos no lo recomiendan en mayores de 75 años. La Academia Americana de Medicina Familiar (AAFP) recomienda el despistaje sólo hasta los 65 años.

Hipertensión

Existe beneficio en controlar tanto la presión diastólica como la sistólica entre los adultos mayores. Un estudio clásico demostró que provocar una caída en 5 y 10 mm Hg reducen la incidencia de ACV en 34% y 56%, respectivamente, así como la enfermedad arterial coronaria en 21% y 37%, respectivamente (8). En adultos mayores con comorbilidades, se debe tener en cuenta las



complicaciones del tratamiento anti-hipertensivo como la hipotensión ortostática.

El intervalo óptimo para el despistaje de hipertensión no ha sido determinado, pero algunos organismos recomiendan que debe realizarse 1 a 2 veces por año.

Despistaje del cáncer

Cáncer de Mama

En muchas realidades, incluyendo las zonas urbanas del Perú, el cáncer de mama es la primera causa de cáncer invasivo en mujeres, siendo más frecuente en adultos mayores que en personas jóvenes. Así, el riesgo acumulado de tener cáncer de mama en las primeras cuatro décadas de la vida es de 0,43, y de los 60 a los 79 años es de 6,9% (9). Ello implica que 45% de los casos de cáncer de mama ocurren en mujeres mayores de 65 años, con incidencia que continúa creciendo hasta los 80 años.

La mamografía reduce en un 30 a 40% la mortalidad por cáncer de mama, con la ventaja de que para los adultos mayores, el rendimiento en cantidad de biopsias por cada diagnóstico es mayor que el presentado en las otras edades -46 casos por cada 100 biopsias- (10).

Se recomienda realizar una mamografía cada dos a tres años entre los 50 y 70 años a todas las mujeres. Existe debate sobre la mejor acción preventiva en mayores de 70 años. Se podría continuar realizando la mamografía si la expectativa de vida es superior a 10 años, considerando que las mujeres ancianas con más de 3 comorbilidades tienen 20 veces más posibilidad de morir por otra causa que por cáncer de mama en los 3 años siguientes.

En general no existe evidencia confiable acerca del valor del auto examen de mamas, sin embargo, si esta práctica tiene alguna utilidad complementando las mamografías, ésta es sólo para el grupo de menores de 50 años, y no para las mujeres adultas mayores.

Cáncer Colo-rectal

El cáncer colo-rectal es la tercera causa de cáncer tanto en hombres como en mujeres. Este cáncer también es dependiente de la edad, teniendo un riesgo acumulado de 0,06% en las primeras 4 décadas de la vida, mientras que para el grupo de 60 a 79 años es de 3,1% en mujeres y 4.1% en varones (9). A mediados de la década de los 90, tres ensayos clínicos randomizados demostraron la disminución de mortalidad con el test de sangre oculta en heces en 25%, aunque con una alta tasa de falsos positivos de 85% (11).

Existe evidencia sobre la utilidad de la sigmoidoscopia como método de despistaje para detectar los cánceres accesibles al sigmoidoscopio, y de colonoscopias para neoplasias colónicas avanzadas en personas asintomáticas. Sin embargo, la evidencia disponible sólo proviene de estudios observacionales, y aun no hay ensayos clínicos randomizados que confirmen su efectividad.

Basados en esta evidencia, algunos expertos recomiendan que en personas mayores de 50 años se practique un examen de sangre oculta en heces anual y una sigmoidoscopia cada 5 años.

Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer de cuello uterino es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de áreas menos favorecidas de países en vías de desarrollo. No obstante, la mortalidad por este tipo de cáncer está siendo notablemente disminuida como consecuencia de la masificación del despistaje con el examen de Papanicolau (Pap). En Estados Unidos, por ejemplo, la mortalidad por cáncer cervical disminuyó de una tasa de 14,2 por 100.000 mujeres por año en 1973 a 7,8 por 100.000 mujeres por año en 1994 (12)

Para las mujeres adultas mayores, la USPSTF recomienda cesar el despistaje con exámenes Pap a los 65 años -si la persona a evaluar no tiene exámenes Pap previos, se pueden realizar tres exámenes anuales antes de discontinuar-, especialmente en las que han tenido una histerectomía por causas no malignas. Sin embargo un estudio mostró que

incluso en personas mayores de 65 años, el despistaje cada tres años puede disminuir la mortalidad por cáncer cervical en 74%, a un costo de US \$2,25 por año de vida salvada (13), por lo que la decisión final debe ser conjunta entre el médico y su paciente.

Cáncer de Próstata

Como se ha mostrado en varios ejemplos previos de cáncer, el cáncer de próstata –la segunda causa de muerte por cáncer en adultos mayores varones, sólo superada por el cáncer de estómago- es también dependiente de la edad, de modo que el riesgo acumulado para las primeras cuatro décadas de la vida es de 0,01%, mientras que en el grupo de 60 a 79 años es de 14,8% (9). Si bien las estadísticas muestran que, desde las últimas décadas del siglo pasado, esta patología ha mostrado un notable incremento en su incidencia, parece ser que este incremento es un artefacto producto de la mayor detección secundaria (13). Así, se postula, basados en estudios de biopsia, que hasta el 30% de los varones tienen células cancerígenas en la próstata, las que debido a su evolución lenta y poco agresiva, en más de las dos terceras partes de los casos, nunca llegaban a ser diagnosticados o tratados, muriendo sus portadores de causas diferentes al cáncer de próstata (14). Con la llegada del antígeno prostático específico (APE), muchos de estos casos potencialmente no fatales, han sido identificados y no existe una respuesta clara de si deben ser tratados o no. Se estima que si se realiza el despistaje a toda la población mayor de 50 años, el 28% de los hombres estudiados tendrían necesidad de una biopsia –con el consiguiente riesgo de sepsis-, lo que en muchos casos sería innecesario.

Por todo ello, la USPTF, el ACP y la AAFP, no recomiendan el despistaje con APE ya que no mejora la expectativa de vida. Por su lado, la Sociedad Americana de Cáncer y la Sociedad de Urología, recomiendan el despistaje con APE anual desde los 50 años, hasta tener una expectativa de vida menor a 10 años.

Hasta disponer de evidencia más concluyente, por ejemplo proveniente de ensayos aleatorizados, la opción de realizar el despistaje con APE constituye una decisión conjunta entre el médico y el paciente, luego de dar consejería sobre los riesgos y beneficios de la prueba. No

se debe realizar despistaje con APE en pacientes muy ancianos o frágiles.

La USPSTF, el ACP y la AAFP no recomiendan el despistaje con radiografía de tórax o citología de esputo (15). Últimamente viene surgiendo

Cáncer de Pulmón

la recomendación de realizar despistaje con tomografía en personas de riesgo, pero su real utilidad aún es muy controvertida. La prevención del cáncer de pulmón, aun se enfoca en dejar el tabaquismo.

El 85 a 90% de casos de este tipo de cáncer se produce en zonas expuestas al sol. La USPTF no se pronuncia ni a favor ni en contra

Cáncer de Piel

del despistaje. Recomiendan estar alerta a la aparición de lesiones y revisión por especialista en personas en riesgo de melanoma maligno (15).

Muchos adultos mayores tienen alteraciones visuales no reconocidas, tales como degeneración macular, cataratas, entre otras.

Alteraciones Sensoriales

La USPTF recomienda despistaje con la cartilla de Snellen, y referencia al oftalmólogo si se encuentra alteración (15). Existe evidencia insuficiente para realizar fondo de ojo de rutina.

La alteración auditiva, también es prevalente en adulto mayor. La USPSTF recomienda preguntar sobre alteración en audición y de encontrarse, realizar otoscopia y test audiométrico (15).



Conclusiones

Aun en adultos mayores, las intervenciones preventivas pueden reducir la incidencia de enfermedades y evitar la discapacidad. Sin embargo elegir intervenciones apropiadas en el grupo de los mayores de 60 años, implica tener en cuenta consideraciones como la expectativa de vida y plantear objetivos claros en el cuidado de la salud.

Bibliografía

- (1) Gross PA, et.al. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons: a meta.analysis and review of literature. *Ann Intern Med.* 123:518-27. 1995.
- (2) Nichol KL, et.al. The efficacy and cost-effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N.Eng..J.Med.* 331:778-84. 1994.
- (3) Koivula I, et.al. Clinical efficacy of pneumococcal vaccine in the elderly: a randomized, single-blind, population-based trial. *Am. J. Med.* 103:281-90. 1997.
- (4) Pelkonen M, et.al. Pulmonary function, smoking cessation and 30 year mortality in middle aged Finnish men. *Thorax.* 55: 729-30. 2000.
- (5) Peto R, et.al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 321:323-329. 2000.

(6) Silagy, M, et.al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane DB.* 2000(3):CD000146. 2000.

(7) Stevens J, et.al. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. *N. Engl. J. Med.* 338:1-7. 1998.

(8) MacMahon S, et.al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease: prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 335:765-74.1990.

(9) Editorial Staff. *Cancer Statistics, 1999.* *CA Cancer J Clin.* 49:8-31. 1999.

(10) Kerlikowske K, et.al. Positive predictive value of screening mammography by age and family history of breast cancer. *JAMA.* 270:2444-50. 1993.

(11) Mandel JS, et.al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *N. Engl J Med.* 328:1365-71. 1993.

(12) Nanda K, et.al. Accuracy of the Papanicolau test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann. Intern Med.* 132:810-19. 2000.

(13) Potosky AL, et.al. The role of increasing detection in the rising incidence of prostate cancer *JAMA.* 273:548-52.1995.

(14) Coley CM, et.al. Early detection of prostate cancer. Part I: Prior probability and effectiveness of tests. *Ann Intern Med.* 126:394-406. 1997.

(15) AHCPR. Agency for health care policy and research - US Office of disease prevention and health promotion. *Clinician's handbook of preventive services.* Washington, AHCPR, 2d. edit. 1998.

Recibido para publicación el 12 de Setiembre del 2006.
Aprobado con correcciones el 29 de Octubre del 2006.

Correspondencia para el autor: Correo electrónico:
sofiacuba@hotmail.com

Puntos de vista en Atención Primaria de Salud

Los sistemas de información y la Atención Integral de Salud en Perú

Dr. Rigoberto Centeno Vega

Las grandes modificaciones que deben incorporarse en la reforma del sistema de información para hacerlo compatible con la atención integral son las siguientes:

- **Asegurar la oportunidad, credibilidad y disponibilidad de la información,**
- **Incluir lo local, lo regional, el concepto de multiusuario y de múltiples proveedores de información,**
- **Incluir los determinantes de la salud, los riesgos y la identificación de necesidades de los usuarios.**
- **Enfatizar los resultados y monitorear los estándares, las metas y objetivos sanitarios y proveer información útil para la atención integral.**

La atención integral es básicamente la forma en la que, en el Perú, creemos, podemos y debemos producir salud. Es el marco, pero también el firme convencimiento, desde el cual podemos definir que contenidos, que organización, que valores, y que orientación filosófica e ideológica adoptaremos en nuestro proceso de producción social de la salud. Esto es, la atención integral, no es una resolución ministerial, ni es una discusión académica, es, en lo más interno, nuestra forma de pensar y producir la salud

¿Pero cómo podemos pensar y producir salud totalmente ciegos, sin saber que producimos, como lo producimos y que efectos tiene ello sobre la población? ¿Sin saber lo que producimos, lo que dejamos de producir, o lo que realmente se debe producir?

Necesitamos instrumentos, mecanismos y formas de comunicar los principales aspectos que tienen relación con nuestra salud y nuestras vidas. Esa comunicación es tan importante entre nosotros, los productores de atenciones de salud, como con la

población, verdadera productora de salud. Además, tiene que ser una comunicación entendible, que nos comunique a todos, en forma coordinada, sistémica y ordenada, que no deje sectores marginados o mal informados, a fin de que todos los actores podamos producir salud integralmente y con el mismo conjunto de conocimiento de los problemas. Esa es la misión de un sistema de información (SI).

Para la Atención Integral requerimos un SI que nos comunique las cosas importantes, de una manera que nos sea útil para la toma de decisiones, abarcando los temas que nos importan. Es decir, debe ser lo más integral posible. En consecuencia, este SI no sólo debe reportar datos sobre la producción-productividad, si no también información sobre determinantes, riesgos y estado de salud de toda la población. En este contexto, el SI propuesto no puede ser un sistema institucional del MINSA, sino de todo el sector salud, de toda la población y del Estado, es decir un sistema nacional de información de la salud, eso sí, administrado

(*) Médico salubrista. Consultor en servicios de salud de la Organización Panamericana de la Salud /organización Mundial de la salud, sede



por la autoridad sanitaria.

El SI del modelo de atención integral necesariamente debe comunicar que, como, y a quienes se presta integralmente la atención y que impacto o resultados sanitarios se obtienen. Este SI, en consecuencia, debe también esclarecer la potencia y eficiencia social del modelo para modificar positiva y rápidamente la situación de salud de la población, dentro de los valores y criterios establecidos. De otra manera, ¿cómo podremos saber si el camino adoptado es el correcto?

En algunos lugares, como es el caso del Centro de Salud El Bosque, en la ciudad de Trujillo, los ajustes y rediseños a su SI provocados por la implementación de la atención integral, son la base de las reformas y la reorganización de los servicios y de la oferta. De este modo, el SI de El Bosque comunica las necesidades y demandas locales, muy distintas a las prioridades regionales e incluso de la red o microrred. Este rediseño local incluye la reorganización y reorientación del archivo clínico. Así, en vez de emplear la metodología

del dígito terminal para organizar los registros de historias clínicas (HC), el criterio de archivo es la familia, la manzana, el barrio y el sector. En este sistema, el usuario no requiere un nuevo número de HC. Lo único que debe informar al solicitar el servicio es: donde vive, en que cuadra, y como se llama el jefe de familia. Con dicha información es sencillo encontrar la HC del paciente, especialmente para el personal del centro de salud El Bosque, que conoce cada pulgada del territorio asignado y a cada familia. Además, al trabajar con agentes comunitarios por cada sector, estos informarán al equipo de salud, de cualquier situación de riesgo o nuevos embarazos en la comunidad.

Además en la actualidad, todas las HC de la familia están en un solo sitio, en una sola carpeta, cuidadosamente organizadas por riesgo. Ahora el médico, al atender al niño, puede acceder a la información de toda la familia, la obstetra puede saber cuantas gestantes programadas no acudieron en cada mes, cuantas dieron a luz, cual fue el resultado de su trabajo, y como se cumplió el plan de



Figura. Experiencias como la del PRAT de La Libertad, presentada en este número de RAMPA, requieren sistemas de información que favorezcan la atención integral de los niños a los cuales atienden.

parto -cuantas madres efectivamente siguieron la lactancia materna entre otros aspectos. Como consecuencia, ya comienzan a reducirse las cesáreas y el embarazo en adolescentes.

El centro de salud ha incluido la adecuación cultural en la atención a las gestantes, de modo que ellas pueden decidir que tipo de parto desean, y sus maridos o familiares pueden apoyarlas durante el mismo trabajo de parto. La satisfacción de las usuarias ha crecido enormemente, incluso se ha organizado un club de gestantes, que promueve la salud reproductiva, el desarrollo social y económico solidario de las mujeres y familias. Por otro lado el personal de salud está extremadamente motivado. Las cosas en este centro de salud son diferentes. Parece otro país. Gracias al SI del Centro de Salud, el personal puede rápidamente saber si están teniendo éxito en sus acciones, y por si mismos, reorientar el camino a seguir.

Un subproducto valioso de esta información, es que les ha permitido subir la cobertura de afiliación al SIS y por lo tanto, los ingresos que reciben por el SIS son mayores, tienen una mejor focalización y están dinamizando la gestión. En este contexto, el SIS ya no es una molestia para el establecimiento, sino el principal ingreso del centro.

Por otro lado un establecimiento cercano al Centro de Salud El Bosque, optó por otro modelo de atención, basado en fomentar la oferta especializada, y así generar más ingresos. Su desarrollo ha sido diferente, conoce menos a su comunidad, los partos han disminuido y sus usuarios tienden cada día mas a provenir de otras comunidades distintas a las asignadas, buscando los menores precios de sus servicios especializados. Naturalmente,

el tipo de información que requiere este modelo es totalmente distinto.

En su nivel de gestión la región y el Gobierno regional necesitan información más agregada, ya no por familia, sino por distrito, pero igual requieren saber cuantas familias existen por tipo de riesgos. Esta información agregada les servirá para mejorar la focalización en la asignación de los recursos, y así sucesivamente. Lo mismo pasa con el municipio y otras instituciones de salud del sector.

En esencia, las grandes modificaciones que deben incorporarse en la reforma de los sistemas de información para hacerlos compatibles con la atención integral son:

- Asegurar la oportunidad, credibilidad y disponibilidad de la información,
- Incluir lo local, lo regional, el concepto de multiusuario y de múltiples proveedores de información,
- Incluir los determinantes de la salud, los riesgos y la identificación de necesidades de los usuarios.
- Enfatizar los resultados y monitorear los estándares, las metas y objetivos sanitarios y proveer información útil para la atención integral.

Recibido para publicación el 1 de Junio del 2006.
Aprobado con correcciones el 20 de Junio del 2006.

Correspondencia para el autor: Organización Panamericana de la Salud-Sede Lima, Perú. Los Cedros 269, San Isidro Lima. Correo electrónico: rcenteno@per.ops-oms.org

Agradecimiento: Agradecemos al Dr. Cecar Caver Bendezú, habernos proporcionado la foto que mostramos en este artículo .

Recomendaciones basadas en la evidencia para el Equipo de Atención Primaria de Salud

Prevención de embarazos no deseados en adolescentes

Dra. María Sofía Cuba Fuentes

Caso que origina la pregunta

Ana es una adolescente de 17 años que acaba de terminar el colegio y acude a la consulta con su tía, refiriendo náuseas matutinas de una semana de evolución. Al interrogatorio niega otros síntomas en el momento y examen físico se encontró todo normal, no se realizó examen ginecológico. Al preguntársele por la fecha de su última regla refiere que fue hace 7 semanas, pero que ella habitualmente tiende a ser irregular. Se realiza una entrevista con la paciente a solas y esta refiere que es sexualmente activa desde hace 6 meses y que usa preservativos en forma ocasional.

Se le indica dieta hipograsa, anti-eméticos (dimenhidrinato) condicional vía oral y se le pide un test de embarazo (BHCG). En la consulta siguiente trae el resultado de la prueba BHCG que es positiva, y se le pide una ecografía, la cual es informada como gestación de 6 semanas y feto viable. Al conversar con la paciente y ofrecernos para hablar con los padres, ella llora y aduce que con este acontecimiento va a ser muy difícil que cumpla con sus metas trazadas y con los planes que sus padres tenían para ella.

La doctora que la atiende, conocedora de que en el Centro de Salud existe un programa educativo para la prevención del embarazo en

adolescentes, se sintió apenada de no haberla contactado antes y referido al mencionado programa. No obstante, se preguntó si una intervención como la ofrecida por el programa (charlas grupales y eventuales consejerías individuales) realmente habría hecho la diferencia en el pronóstico de Ana.

Pregunta para la búsqueda de evidencia

¿En adolescentes mujeres de 14 a 20 años, las intervenciones educativas (consejerías, educación sexual, etc.), reducen los embarazos no deseados?

Elementos de la pregunta para la búsqueda de evidencia

1. Población evaluada: Adolescentes mujeres de 14 a 20 años sexualmente activas, independientemente de la regularidad de su práctica sexual.
2. Pronóstico a evaluar: Embarazos no deseados (lleva implícito que la intervención

incrementa el conocimiento y el uso regular y técnicamente correcto de anticonceptivos).

3. Intervención a evaluar: Cualquier intervención educativa (consejería individual, charlas grupales de educación sexual, etc.).

4. Intervención contra la que se compara: Intervención no organizada usualmente provista individualmente por padres, profesores, etc.

Conocimiento acumulado

Se sabe de diversas intervenciones de salud que pueden cambiar las actitudes y comportamientos en poblaciones específicas. Un ejemplo son los pacientes diabéticos. La evidencia demuestra, por ejemplo que los cambios en la dieta y la actividad física pueden prevenir el desarrollo y las complicaciones de la diabetes, un estudio con 3.234 personas encontró que la incidencia de desarrollo de diabetes era menor en un grupo que había recibido 3 años de consejería de cambios de estilo de vida —4,8%—, que en quienes durante este período habían recibido metformina —7,8%— o placebo —11%— (1).

Diversos estudios antes-después han demostrado que los programas educativos dirigidos a adolescentes efectivamente elevan su nivel de conocimientos sobre temas de salud sexual y reproductiva, aunque se han mostrado menos efectivos para cambiar actitudes en relación con la equidad de géneros, u otros valores arraigados en la estructura psico-social del joven.

Anualmente se invierten millones de dólares

Vacío en el conocimiento

en estrategias educativas dirigidas a la población adolescente. Dicha inversión se sustenta en los cambios ya descritos, en el nivel de información de los adolescentes luego de las acciones educativas. Sin embargo, es controversial si estas intervenciones pueden

cambiar comportamientos complejos como el retraso de la iniciación de la vida sexual, o el uso de anticonceptivos. Un cuestionamiento más importante aun, es si estas intervenciones pueden variar resultados de impacto como los embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, a través del cambio de comportamiento (2).

Respuesta basada en la evidencia

En las realidades estudiadas, las estrategias educativas de prevención primaria evaluadas, NO retrasaron el inicio de la vida sexual, ni mejoraron el uso de anticonceptivos en adolescentes varones y mujeres, y en consecuencia no redujeron las tasas de embarazos.

Resumen de la evidencia

Se realizó una búsqueda de la evidencia en las siguientes bases de datos: CATLINE, CINAHL, EMBASE, Medline, PsycINFO y Cochrane desde 1970 hasta el 2006.

Palabras clave para la búsqueda:

Adolescents program effectiveness

Sexual risk reduction programs.

Unintended pregnancy reduction programs

Se encontraron más de una docena de ensayos aleatorizados que evaluaron programas relacionados a la temática estudiada. No obstante, la mayoría de dichos estudios se encontraron comprendidos en una revisión sistemática publicada en el año 2003 (2), por lo que ella constituye la base de este artículo .

En dicha revisión los autores incluyeron Ensayos Clínicos aleatorizados (ECAs) en cualquier lengua que evaluaban programas de prevención de embarazo en adolescentes, con respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y embarazos no deseados. Los programas preventivos



NIVELES DE EVIDENCIA

Ia: La evidencia proviene de [meta-análisis](#) de [ensayos controlados](#), randomizados, bien diseñados.

Ib: La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.

Ila: La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.

Ilb: La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los [estudios de cohortes](#). Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.

III: La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o [estudios de casos y controles](#).

IV: La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los [estudios de series de casos](#).

incluían: clases de educación sexual, consejería en consultorios escolares o en consultorios de planificación familiar, programas comunales, entre otros (2).

Se excluyeron los estudios en universidades o instituciones superiores -que incluían muchos adultos jóvenes-, aquellos que únicamente evaluaban conocimientos y actitudes, y estudios cuyos resultados evaluados sólo incluyó el uso de preservativos.

Se obtuvieron los siguientes resultados: 26 ECAs reunieron los criterios de selección, de los cuales 10 estudios randomizaron grupos (clases, escuelas, vecindarios) y no individuos.

•En el análisis de trece ECAs (n=9.642) (**Nivel de evidencia Ia**) no se encontró un retraso significativo en la iniciación de la vida sexual en mujeres adolescentes que participaron de intervenciones de prevención primaria, cuando se compararon con grupos no intervenidos (grupos control), mostrando un odds ratio (OR) para la comparación de 1,12 (IC 0,96-1,3). Cuando 11 estudios hicieron similares comparaciones en varones adolescentes, el resultado fue similar con un de OR 0,99 (0,84-1,16) para atraso de inicio de relaciones sexuales -ver por ejemplo (4) y (5).

•Cuando se comparó el uso de contracepción en cada coito entre los grupos que recibieron y no recibieron intervención educativa, 8 ECAs (n=1.967) (**Nivel de evidencia Ia**) realizados con mujeres no encontraron diferencias significativas, OR de 0,95 (0,69-1,3), lo mismo que tres realizados en varones (n=1.505), los que encontraron un OR de 0,9 (0,7-1,16) -ver por ejemplo (6) y (7).

•Finalmente, cuando se compararon los embarazos no deseados de adolescentes que habían recibido intervención preventiva contra otros que no lo habían hecho, tampoco se encontraron diferencias en 12 ECAs (**Nivel de evidencia Ia**) en mujeres (n=8.019), con un OR de 1.04 (0,78-1,4) -ver por ejemplo (8) y (2).

Comentarios a la evidencia encontrada

Aunque el resultado de esta revisión puede ser frustrante para quienes desarrollan sus labores en esta área, es una llamada de alerta para que las iniciativas de trabajo con jóvenes incorporen nuevas estrategias que permitan alcanzar una mayor efectividad en la prevención primaria de estos problemas.

Un artículo de revisión en el que se analizan en detalle las características de los estudios que alcanzaron el éxito en la prevención de embarazos, arroja las siguientes conclusiones (10):

-Los programas más efectivos en reducir el embarazo no deseado fueron aquellos que no se centraron apenas en los comportamientos sexuales sino tuvieron un carácter más general. Es interesante que el programa más efectivo de todos tenía un contenido de educación sexual relativamente bajo y por el contrario se

centraba en mejorar el desempeño global de los adolescentes, especialmente en la esfera social y el progreso académico.

-Los programas más efectivos se orientaron a mejorar la resiliencia y la auto-estima de los adolescentes, especialmente de las mujeres.

-Los programas más efectivos fueron aquellos que emplearon una metodología de pares combinados con la incorporación activa de padres, tutores y otros adultos.

-Los programas más efectivos fueron aquellos que trabajaron con estrategias educativas interactivas y participativas.

La información anterior nos da algunas pautas de cómo mejorar nuestro desempeño en los programas dirigidos hacia los adolescentes. Un concepto clave a estudiar en el futuro es la idea de que un proyecto de vida claro y la auto-estima necesaria para perseguirlo decididamente, es la mejor vacuna contra el embarazo no deseado. Igualmente importante es acumular evidencia que evalúe el rol de la familia en estos programas. Esta hipótesis de trabajo se desprende por ejemplo de un estudio que demostró que la falta de contacto con los padres y otros grupos comunitarios importantes, limitó la oportunidad de informarlos acerca de la intervención y obtener su apoyo por lo que la intervención preventiva no fue exitosa(11).

En consecuencia, es plausible esperar que cambiando el foco de las intervenciones, de uno específico a otro más general, y contando con el apoyo de las familias y personas adultas que tengan vínculos relevantes con los adolescentes, se logren en el futuro resultados más alentadores en la prevención de embarazos no deseados en adolescentes (9).

Conclusión aplicativa al caso que origina la pregunta

Sugerir al programa de adolescentes que incorpore alguna de las recomendaciones planteadas en la sección anterior, dado que la estrategia educativa tradicional tiene muy pocas posibilidades de reducir los embarazos no deseados en adolescentes.

Bibliografía

1. Diabetes Prevention Program Research Group, Reduction in the Incidence of Type2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin N. Engl J Med, 346(6): .
2. Evidence Based Medicine Review: primary prevention strategies do not improve contraceptive use or reduce pregnancies in adolescents EBM-BMJ 18(feb 2003):.
3. DiCenso A Guyatt et Al, Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials BMJ 324:1426-30 3. 2002.
4. Kirby D, Korpi M, Barth RP, Cagampang HH. The impact of the postponing sexual involvement curriculum among youths in California. *Fam Plann Perspect* 29: 100-108. 1997.
5. Moberg DP, Piper DL. The healthy for life project: sexual risk behavior outcomes. *AIDS Educ Prev* . 10:128-148.1998.
6. Mitchell-DiCenso A, Thomas BH, Devlin MC, Goldsmith CH, Willan A, Singer J, et al. Evaluation of an educational program to prevent adolescent pregnancy. *Health Educ Behav* 24: 300-312. 1997.
7. Eisen M, Zellman GL, McAlister AL. Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education program. *Fam Plann Perspect* 22: 261-271. 1990.
8. Anderson NLR, Koniak-Griffin D, Keenan CK, Uman G, Duggal BR, Casey C. Evaluating the outcomes of parent-child family life education. *Sch Inq Nurs Pract* 13: 211-234. 1999.
9. McKaig C. Evaluation of young programs: Identifying effective strategies for promoting the health of young people. *Passages* 15(1): 1. 1997.
10. Robin L, et.al. Behavioral Interventions to Reduce Incidence of HIV, STD, and Pregnancy Among Adolescents: A Decade in Review. *J of Adolescent Health* 34(1):3-26. 2004
11. Núñez y Rojas, Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. 2000

Recibido para publicación el 12 de Junio del 2006.
Aprobado con correcciones el 24 de Octubre del 2006.

Correspondencia para el autor: Correo electrónico:
sofiacuba@hotmail.com