

## Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica

Training programs in Family Medicine in Latin America

*Programas de formação em Medicina da Família na América Latina*

Gabriela Armijos Ruilova. Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Facultad de Medicina. Quito, Ecuador. crisruilova@gmail.com  
Luisa Vaca Caspi. Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Facultad de Medicina. Quito, Ecuador. luisitasalome@gmail.com  
Luis Aguilera García. Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid (UVA); Confederación Iberoamericana de Medicina de Familia (CIMF), Wonca Iberoamericana-CIMF; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Valladolid, España. luisaguilera@semfy.es  
Verónica Casado Vicente. Ciencias de la Salud y Responsable de la unidad docente de Medicina de Familia de la Facultad de Medicina de Valladolid; Centro de Salud docente y universitario de Parquesol, Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Valladolid-Oeste. Valladolid, España. veronica.casado@telefonica.net  
Galo Sánchez del Hierro. University of Antwerp (UAntwerp), Departamento de Atención y Cuidado Interdisciplinario; Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL), Departamento de Ciencias da la Salud; Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Facultad de Medicina. Quito, Ecuador. Galo.Sanchez@uantwerpen.be  
Susana Alvear Durán. Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Facultad de Medicina. Quito, Ecuador. salvear@puce.edu.ec  
*(Autora para correspondencia)*

### Resumen

En el siglo XXI los sistemas de salud buscan fortalecer su estructura y funcionamiento enfocándose en la estrategia de Atención Primaria de Salud, para lo cual se necesitan recursos humanos de alta calidad. Para alinear los sistemas de salud sobre la base de los valores que guían esta estrategia hacen falta políticas ambiciosas en la formación de recursos humanos competentes y suficientes. La medicina familiar, como disciplina orientada hacia la atención curativa, integral y continua, hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como hacia la prestación de servicios en los diferentes niveles de atención, es el eje que permite cumplir dicho fortalecimiento. El médico familiar, previo a su papel como especialista, pasa por un proceso de formación en la residencia. En Iberoamérica existen pocas residencias de Medicina Familiar, y muchos programas no acreditan la calidad necesaria para formar un recurso humano médico competitivo. La respuesta académica de las instituciones en la mayoría de los países latinoamericanos ha sido muy diversa; y en algunos casos ha servido para cubrir la brecha entre la necesidad de personal y la oferta formativa, debido a la urgencia político-gubernamental. Esta revisión desea mostrar la actualidad de los programas de formación en Iberoamérica. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en varias bibliotecas virtuales, así como literatura gris en páginas de sociedades científicas. Se recopilaron datos de líderes de opinión en la "V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar" celebrada en Quito, Ecuador, en Abril de 2014. **Resultados:** Se obtuvieron los siguientes datos: Los tiempos en formación en Medicina Familiar en países Iberoamericanos varían entre 2 y 4 años; el 61% de los países (11 de 18) ofertan 3 años de formación, el 22,2% 4 años, y 11% 2 años (Cuba y Venezuela); en el 63,6% (7 de 11 países), el título de Medicina Familiar es obligatorio para la práctica. **Conclusiones:** En Iberoamérica, los programas de residencia en medicina familiar están dirigidos a corregir las deficiencias en la formación de los médicos generales y cerrar la brecha para satisfacer las necesidades de salud pública. Sin embargo, estos programas todavía carecen de muchos elementos de la formación en medicina familiar para alcanzar las competencias estandarizadas en todo el mundo. Por otra parte, si existen deficiencias en los programas de formación con las competencias y si sus necesidades no están basadas en normas internacionales, la formación resultante no produce los especialistas médicos de alta calidad capaces de resolver el 80% de los problemas de salud que presentan los pacientes.

### Palabras clave:

Medicina Familiar Y Comunitaria  
Programas de Capacitación  
Educación Basada  
en Competencias  
Residencia Médica

**Cómo citar:** Armiños G, Vaca L, Aguilera L, Casado V, Sánchez G, Alvear S. Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 1):47-60. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1278](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1278)

**Financiación:**  
ninguna declarada.

**Aprobación ética:**  
no aplicable.

**Conflicto de intereses:**  
ninguna declarada.

**Procedencia y revisión por pares:**  
revisado por pares.  
Recibido el: 19/02/2016.  
Aceptado el: 19/03/2016.

## Abstract

In the 21<sup>st</sup> century, health systems wanted to strengthen their structure and operation by focusing on a strategy of Primary Health Care through high-quality human resources. Ambitious policies are needed in the training of competent and sufficient human resources to align health systems based on these strategic values. Family Medicine is the axis that allows health system strengthening by providing healing-oriented, comprehensive and continuous healthcare, with health promotion, disease prevention and the provision of services across various levels of care. The family doctor goes through residency training before going into practice. In Latin America there are few residencies in Family Medicine, and many programs do not provide the quality needed to form competitive medical human resources. The response of academic institutions in most Latin American countries has been very diverse; and in some cases they served to bridge the gap between the need for personnel and the training offered, due to the political and governmental urgency. This article wants to show the relevance of training programs in Latin America. **Methods:** A literature search was performed in multiple virtual libraries and gray literature of scientific societies. Data were collected from opinion leaders in the “Fifth Iberoamerican Summit of Family Medicine” held in Quito, Ecuador, in April 2014. **Results:** The following data were obtained: Training in Family Medicine in Latin American countries varies between 2 and 4 years; 61% of countries (11 of 18) offer 3 years of training, 22.2% four years, and 11% 2 years (Cuba and Venezuela); in 63.6% (7 of 11 countries), the degree of Family Medicine is required for practice. **Conclusions:** In Latin America, residency programs in family medicine aimed to correct deficiencies in the training that had been present in general practitioners and to close the gap to meet the public health need. However, these programs still lack many elements of family medicine training to reach worldwide standardized competencies. Furthermore, if the training programs are not training to competency and if their requirements are not based on international standards, then the resulting training does not produce high quality physicians, capable of resolving 80% of the medical problems that patients present to them.

## Keywords:

Family Practice  
Training Programs  
Competency-Based Education  
Residency, Medical

## Resumo

No século XXI, sistemas de saúde buscam reforçar a sua estrutura e funcionamento com foco em estratégia na Atenção Primária da Saúde, para a qual são necessários recursos humanos de alta qualidade. Para alinhar os sistemas de saúde com base nos valores que orientam esta estratégia, são necessárias políticas ambiciosas na formação de recursos humanos competentes e suficientes. A Medicina de Família, como uma disciplina atenção integral e contínua orientada para a cura, promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como a prestação de serviços em diferentes níveis de atenção, é o eixo que permite cumprir esse fortalecimento. O médico de família, antes de seu papel como um especialista, passa por um processo de treinamento na residência. Na América Latina existem poucas residências de Medicina de Família, e muitos programas não têm a qualidade necessária para formar recursos humanos médicos competitivos. As respostas das instituições acadêmicas, na maioria dos países latino-americanos, têm sido muito diversificadas; e, em alguns casos, têm servido para preencher a lacuna entre a necessidade de pessoal e a oferta de formação, devido à urgência política e governamental. Esta revisão pretende mostrar a relevância dos programas de formação na América Latina. **Métodos:** A pesquisa bibliográfica foi realizada em várias bibliotecas virtuais e na literatura cinzenta de sociedades científicas. Os dados foram coletados com líderes de opinião na “V Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família”, realizada em Quito, Equador, em abril de 2014. **Resultados:** Foram obtidos os seguintes dados: a formação em Medicina da Família em países da América Latina varia entre 2 e 4 anos; 61% dos países (11 de 18) oferecem 3 anos de treinamento, 22,2% quatro anos, e 11% de 2 anos (Cuba e Venezuela); em 63,6% (7 de 11 países), o título de Medicina de Família é necessário para a prática. **Conclusões:** Na América Latina, programas de residência em Medicina da Família são destinados a corrigir as deficiências na formação de médicos de clínica geral e fechar essa lacuna para satisfazer as necessidades da saúde pública. Todavia, esses programas carecem de muitos elementos da formação em Medicina de Família para alcançar as competências padronizadas mundo afora. Por outro lado, se existem deficiências nos programas de formação em relação às competências e se suas necessidades não estão baseadas em normas internacionais, não são formados médicos especialistas de alta qualidade, capazes de resolver 80% dos problemas de saúde apresentados pelos pacientes.

## Palavras-chave:

Medicina de Família  
e Comunidade  
Programas de Treinamento  
Educação Baseada  
em Competências  
Residência Médica

*“[...] la Medicina de Familia debe dar forma a la reforma y no al revés.” Barbara Starfield*

## Introducción

### La atención primaria, más necesaria que nunca

Los valores centrales de la atención primaria de salud (APS) que dieron forma a la Declaración de Alma-Ata en 1978 siguen siendo válidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad. Llegar al objetivo de salud para todos requiere que los sistemas de salud

respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados en la atención médica. La APS tiene características principales bien definidas: atención centrada en las personas, integralidad e integración, continuidad asistencial y participación de los pacientes, las familias y las comunidades.<sup>1-10</sup> Desde esta declaración se vislumbró la necesidad de cambiar la manera de funcionamiento de los sistemas sanitarios para lograr impulsar la estrategia basada en APS.<sup>2-5</sup>

Esto entraña una reorientación y reforma sustancial del funcionamiento actual de los sistemas de salud en la sociedad, los cuales se centran en una atención curativa terciaria especializada, con un enfoque de control de enfermedades, provocando fragmentación de los servicios y una atención lucrativa no regulada.<sup>4-8,11</sup> Las reformas al sistema de salud constituyen la renovación de la APS planteada en el 2008 en 4 ejes:<sup>5,12</sup>

1. reformas en pro de la cobertura universal que garanticen la equidad sanitaria, la justicia y la protección social en salud.
2. reformas de la prestación de servicios que reorganicen los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población.
3. reformas de las políticas públicas que mejoren la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria.
4. reformas del liderazgo buscando ser integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud.

Para alinear los sistemas de salud sobre la base de los valores que guían la APS, hace falta políticas ambiciosas en la formación de recursos humanos competentes y suficientes. Esta área ha sido desatendida por mucho tiempo y es uno de los principales obstáculos para el desarrollo de los sistemas de salud. En la actualidad dada su importancia en cada uno de los conjuntos de reformas de la APS, las aptitudes y competencias que se esperan del personal de salud conforman un ambicioso programa, que obliga a replantearse y revisar los enfoques pedagógicos vigentes.<sup>5,7,13</sup>

La respuesta académica de las instituciones en la mayoría de los países latinoamericanos ha sido muy diversa. Algunos de los programas universitarios de la residencia de medicina familiar están dirigidos a paliar las deficiencias en la formación de los médicos generales y cubrir la brecha entre la necesidad de personal y la oferta formativa, debido a la urgencia político-gubernamental. Algunos programas han delegado esta importante misión a departamentos de salud pública, epidemiología, medicina preventiva, medicinas comunitarias y generales, o repartidas entre varias especialidades al mismo tiempo, demostrando una ausencia de la verdadera identidad como especialidad.<sup>7,14</sup>

## **Recursos humanos en atención primaria - médico familiar**

Los sistemas de salud de la región latinoamericana todavía no han logrado la eficacia necesaria para cumplir los objetivos de APS, debido a limitaciones que incluyen: desorganización de los sistemas de salud y sistemas educativos; falta de políticas de incentivos, financiamiento y costos elevados; distribución desigual de servicios; y, fundamentalmente, carencia de recursos humanos capacitados y adecuados para la atención médica.<sup>13,14</sup>

Las competencias son características permanentes - conocimientos, habilidades y actitudes - que la persona demuestra al realizar una actividad. Los programas de residencia de medicina familiar cumplen el propósito de guiar el currículo y formar las bases para el diseño y acreditación de dichos programas.<sup>13,15-18</sup>

Las competencias necesarias que se esperan de un médico de familia se agrupan en siete categorías: comunicación, colaboración, gerencia, promoción de la salud (*advocacy*), académico, profesionalismo y experticia en medicina familiar.<sup>15-17</sup>

*"[...] el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los Miembros de la comunidad."*

Dichas competencias son las mismas que se buscan en programas formativos de residencias de Medicina Familiar/General en países como Reino Unido, Holanda, España, Dinamarca, Portugal, Bélgica, Estados Unidos, Canadá, Australia, y a su vez reflejan las competencias dadas por la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales/Médicos de Familia - WONCA. En Latinoamérica existe mayor diferencia de las competencias, no sólo entre países de la región como Argentina y México, sino dentro de un mismo país, como es el caso de Ecuador y Venezuela por citar algunos ejemplos.<sup>15,19-23</sup>

## Programas de formación en la especialidad de medicina familiar

El sistema de formación especializada, a través de la residencia, contribuye a elevar de forma homogénea la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, mejorando la calidad de atención.<sup>19,24,25</sup>

### Europa

Los estados miembros de la Unión Europea cuentan con un programa general de formación específica/formación especializada para los Médicos Familiares orientados por competencias, desde el año 1999,<sup>19,25-27</sup> con las siguientes características (Tabla 1):

**Tabla 1.** Características generales de los programas de formación en Medicina Familiar/General en la Unión Europea, 2012.

| Denominación  | Medicina General 40% de países   |
|---|--|
|   | Medicina Familiar 60% de países  |
| Especialidad reconocida                               | 93.3% países   |
| Tiempo de formación                                   | 4, 5, 6 años 53% de países   |
|   | 3 años 47% de países   |
| Programa oficial                                      | 70% de países  |
| Responsable de la formación                           | 50% Universidad  |
|   | 50% Gobierno/profesión   |
| Formación ambulatoria/hospitalaria                    | 71% de los países existe un tiempo de formación mayor o igual en nivel atención primaria vs hospital |
| Examen final obligatorio vs evaluación sumativa final | 100% de los países   |
| Título obligatorio para la práctica                   | 70% países   |
| Recertificación                                       | 16 países  |

Fuente:<sup>26-28</sup> Elaboración: autores.

Los programas de residencia en la Unión Europea, así como los de los Estados Unidos cumplen, en mayor o menor medida, con ciertas características:<sup>19-21</sup>

1. Flexibilidad, es decir que las competencias sean determinadas por el perfil profesional como médico familiar.
2. Pluripotencialidad, es decir, formar médicos familiares que puedan trabajar no sólo en el primer nivel de atención, sino en otros entornos laborales, como las urgencias, el cuidado hospitalario, los cuidados paliativos, la atención a grupos de riesgo, etc.<sup>29,30</sup>
3. Eje Tutor-Residente: la formación central se da en el primer nivel de atención, pero se debe buscar un balance en el entrenamiento a nivel hospitalario y comunitario como entornos docentes ya que cumplen con el objetivo de adquirir competencias. La formación debe ser individualizada, con un incremento progresivo de la responsabilidad.<sup>20,31</sup>
4. Se definen las áreas de competencias y por cada área se determinan los objetivos específicos y las actividades propias para la adquisición de estas competencias.<sup>24,26</sup>

## América Latina

En la región existen pocos estudios que reúnan información sobre la situación específica de los programas de residencias en medicina familiar. Revisando el documento “Residencias Médicas en América Latina” se extraen los siguientes datos:<sup>32</sup> Los cambios gubernamentales han limitado el desarrollo de políticas públicas en recursos humanos, dificultando lograr continuidad y sustentabilidad.

En la región existe una gran disponibilidad de plazas para las áreas clínicas y quirúrgicas, y a pesar de que algunos países incrementaron la cantidad de residencias en medicina familiar, el porcentaje resulta menor al 11% del total de las básicas: medicina general integral, salud familiar comunitaria intercultural (Bolivia), pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna (clínica médica), psiquiatría y cirugía general; y 6% con respecto al total de plazas de residencias asignadas.

La formación en las residencias en América Latina, en general, es una fuente de conflicto entre la universidad y el sistema de salud por razones relacionadas con los mecanismos de titulación; definición y evaluación de los programas; acompañamiento docente; acreditación de los programas; entre otros.

En todos los países las rotaciones están programadas. Los tiempos de rotación de los residentes se ajustan a un período considerado suficiente para lograr los objetivos de aprendizaje contemplados en los diferentes programas de formación en cada especialidad; sin embargo no resulta explícito como se definen los objetivos generales y específicos a ser alcanzados en la rotación ni el nivel de competencia que ha de obtenerse durante el periodo de formación.

Este documento pretende actualizar la información acerca de programas de formación y hacer un análisis de recursos humanos en medicina familiar en la región de Iberoamérica con el objetivo de plantear recomendaciones sobre la calidad de formación a través de estándares mundiales sugeridos por WONCA y otros organismos internacionales.

## Metodos

Se realizó una búsqueda en PUBMED, Cochrane, Scielo, Latindex, Biblioteca Virtual de la Salud, IntraMed, PAHO, con las palabras claves: medicina de familia, medicina familiar y comunitaria, programas, educación basada en competencias, residencia. Además se realizó búsqueda general de literatura gris en páginas de WONCA, sociedades científicas y otros. Se recopilaron datos de líderes de opinión en la “V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar” celebrada en Quito, Ecuador, en Abril de 2014.

## Resultados

En base a la revisión de fuentes bibliográficas diversas, dispersas y limitadas, para la mesa número 3 de trabajo: “Estado actual de los programas formativos en Iberoamérica”, llevada a cabo en la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar celebrada en Quito, Ecuador, en abril de 2014, se obtuvieron los siguientes datos:

Los tiempos en formación en Medicina Familiar en países Iberoamericanos varían entre dos y cuatro años. El 61% de los países (11 de 18) ofertan 3 años de formación, el 22,2% 4 años, y 11% 2 años (Cuba y Venezuela).

En el 92% de los países (12 de 13) existe Programa formativo nacional, con rotaciones prefijadas en el 100% de los programas.

El acceso al programa formativo se da a través de un examen único en 8 de 15 países (53,3%).

De 14 países: 35,7% el responsable de la formación en medicina familiar es el Gobierno, 35,7% Gobierno en conjunto con Universidades y el 28,5% a cargo de la Universidad.

Diez países realizan formación teórica práctica y en todos ellos se incluye la investigación en el programa.

Tiempo asignado de formación en rotaciones ambulatoria/Hospitalaria:

- igual en cuatro países
- en cinco países indican que se forman más en rotaciones ambulatorias y comunitarias.

La evaluación del programa es formativa en 72,7% de casos y sumativa 100% (11 de 11 países).

La rendición de examen final obligatorio no se requiere en el 36,3% de países (4 de 11).

En el 63,6% (7 de 11 países) de los casos el título de MF es obligatorio para la práctica.

En el 63,6% de países no se realiza proceso de certificación ni recertificación (Tabla 2).

## Discusión

Existen dos vías para formación de médicos familiares. Una, a través de programas formales conocidos como residencias médicas. Y otra, por programas alternos como procesos de reconversión con cursos de especialidad para médicos generales y otros especialistas (México), procesos de formación acelerada (Estados Unidos, 1992-2002), educación médica continua y prácticas clínicas (Argentina, Chile), entre otros.<sup>41,49,51</sup>

**Tabla 2.** Estado actual de los programas de formación en medicina familiar en algunos países de Iberoamérica, 2014.

| País                 | A     | H/CS                    | PFN | EUAP | RP           | CTP                          | EFO | RF       | EF | ES | OPP | R                           |
|----------------------|-------|-------------------------|-----|------|--------------|------------------------------|-----|----------|----|----|-----|-----------------------------|
| Argentina            | 4     | 50%-50%                 | SI  | NO   | NO/SI (2011) | -                            | SI  | G        | NO | SI | NO  | SI                          |
| Bolivia MFY MFCI     | 3 y 3 | +/-                     | SI  | SI   | SI           | -                            | SI  | G        | -  | -  | SI  | SI                          |
| Brasil               | 2     | 6m/18m                  | SI  | NO   | SI           | 600h-900h                    | NO  | G/U      | SI | SI | NO  | NO                          |
| Chile                | 3     | -                       | -   | -    | -            | -                            | -   | U(70%)/G | -  | -  | -   | -                           |
| Colombia             | 3     | -                       | -   | NO   | -            | -                            | -   | -        | -  | -  | -   | -                           |
| Costa Rica           | 4     | +/-                     | SI  | SI   | -            | 50/50                        | -   | -        | SI | SI | -   | -                           |
| Cuba                 | 2     | -/+                     | SI  | NO   | SI           | 384h/5516h                   | SI  | G        | SI | SI | SI  | -                           |
| Ecuador              | 3     | 8m/28m                  | SI  | NO   | SI           | 160h/1013h x semestre        | NO  | G/U      | NO | SI | SI  | NO                          |
| El Salvador          | 3     | -                       | -   | NO   | -            | -                            | -   | U        | -  | -  | -   | NO                          |
| España               | 4     | 22m/22m                 | SI  | SI   | SI           | 300h                         | NO  | G/U      | SI | SI | SI  | NO                          |
| México MFY MGI       | 3 y 2 | 50/50 3er mas comunidad | SI  | SI   | SI           | T: 828h/<br>P: 4692h         | SI  | U        | SI | SI | SI  | NO                          |
| Panamá               | 3     | -                       | -   | -    | -            | -                            | -   | -        | -  | -  | -   | -                           |
| Paraguay             | 3     | -                       | SI  | SI   | SI           | 400h                         | SI  | G/U      | NO | SI | NO  | SI                          |
| Perú                 | 3     | 18m/18m                 | NO  | SI   | SI           | 50/50                        | NO  | U        | SI | SI | SI  | SI                          |
| Portugal             | 3     | -/+                     | SI  | -    | SI           | 180h                         | SI  | G/U      | -  | -  | SI  | NO                          |
| República Dominicana | 4     | -                       | -   | SI   | -            | -                            | -   | -        | -  | -  | -   | -                           |
| Uruguay              | 3     | -/+                     | SI  | SI   | SI           | 7500 (total h)               | SI  | G        | SI | SI | NO  | NO                          |
| Venezuela MGF        | 3 y 2 | -/+                     | NO  | NO   | SI           | 90 unidades/<br>60 x crédito | NO  | U        | SI | SI | SI  | Elaborado, aún no ejecutado |
| Venezuela MGI        | 3     | -/+                     | SI  | NO   | SI           | 256h/1000 h                  | SI  | G        | -  | -  | -   | NO                          |

A: Años; H/CS: Hospital/Centro de Salud; PFN: Programa Formativo Nacional; EUAP: Examen Único de Admisión al Programa; RP: Rotaciones Prefijadas; CTP: Contenido Teórico-Práctico; EFO: Examen Final Obligatorio; RF: Responsables de la Formación; EF: Evaluación Formativa; ES: Evaluación Sumativa; OPP: Obligatorio para la Práctica; R: Recertificación. Fuente:<sup>26,27,32-50</sup> Elaboración: autores.

Los programas de reconversión o alternos nacen impulsados por políticas gubernamentales que tratan de cumplir con las reformas de salud debido al número limitado de médicos familiares egresados de residencias universitarias. Se los consideraba transitorios en la búsqueda de la expansión de la medicina familiar, sin embargo en los países de Iberoamérica se siguen desarrollando cada vez más.<sup>2,5,7,41,49,51-53</sup>

En cuanto a los tiempos de formación de los programas formales, estos pueden variar desde los dos años de residencia (Canadá) hasta los seis años (Finlandia), con una media de tres años en la mayoría de países (Portugal, Ecuador, Bolivia). No hay un consenso, ni existen estudios en Iberoamérica sobre cuál es el tiempo apropiado para adquirir las competencias necesarias que le permitan al médico estudiante ejercer la medicina de familia. Al respecto existe un debate entre médicos familiares en Canadá, unos a favor del período de tres años alegando que dos años no es tiempo suficiente para adquirir las competencias necesarias para la práctica, y aquellos que defienden una duración de 24 meses en base a que un tiempo mayor de especialidad reduciría el número de aspirantes y que las competencias se pueden seguir adquiriendo en la práctica profesional.<sup>22,27,37,54-57</sup>

Es un consenso a nivel mundial que la educación en las residencias debe estar basada en competencias esenciales para la disciplina de la especialidad de medicina familiar. Sin embargo, en algunos

países no se definen cuáles son estas competencias y se observan variaciones entre continentes, regiones y un mismo país. Como ejemplos, tenemos los modelos basados en competencias con marcos similares y comparables como CanMEDS para Canadá, que en la actualidad sirve de ejemplo ilustrativo para muchos países en todo el mundo, o *Accreditation Council for Graduate Medical Education - ACGME* para Estados Unidos, o *WONCA* para los países de la Unión Europea.<sup>15-17,58-62</sup>

La otra cara de la moneda es Latinoamérica, en donde existe una gran heterogeneidad en cuanto a las competencias adquiridas, como es el caso de Venezuela, Cuba, Bolivia y Ecuador.<sup>63-66</sup> Esta heterogeneidad se da no sólo en las competencias sino también en los nombres que recibe la especialidad aunque no cumpla los requisitos como tal y solo sirva para ese sistema de salud; por ejemplo el caso de Cuba y actualmente Venezuela, producto de un proceso político, con la definición de Medicina General Integral (MGI).<sup>32,49,52</sup> El problema de fondo con la denominación variada de la especialidad, es que probablemente refleja la toma de decisiones políticas que escogen el nombre de la especialidad sin conocer a profundidad el enfoque que tiene la Medicina Familiar.<sup>63-65</sup>

En Iberoamérica, a pesar de las diferentes estrategias para conseguir un mayor número de médicos familiares, los esfuerzos resultan insuficientes dado el número de habitantes de cada país como se puede observar en la Tabla 3. El número estándar de médicos familiares debe ser de uno por 2000 habitantes.<sup>63,67</sup> Pocos países de la región cumplen o se acercan a esta meta, como Cuba y México; en cambio otros, como Ecuador y Panamá, están lejos de la misma. En dicha tabla no se hace distinción el número de médicos provenientes de diferentes denominaciones o programas de formación.

**Tabla 3.** Relación de médicos por 1000 habitantes, número de médicos familiares, y estimación de población por médico familiar en algunos países de Iberoamérica, 2014.

| País                 | Poblacion millones* | Estándar 1MF/2000 personas | Numero de medicos familiares <sup>~</sup> | Razon de medicos por 1000 Hab <sup>#</sup> | Estimacion de poblacion por medico familiar |
|----------------------|---------------------|----------------------------|---|--|---|
| Argentina            | 41.09               | 20.545                     | 2.500 (2003)                              | 3.16                                       | 16.400 IND. x MF                            |
| Bolivia              | 10.5                | 5.250                      | 400 (2006)                                | 1.22                                       | 25.000 IND. x MF                            |
| Brasil               | 198.7               | 99.350                     | 30.328 (2011)                             | 1.72                                       | 6.551 IND. x MF                             |
| Chile                | 17.46               | 8.730                      | 470 (2012)                                | 1.09                                       | 37.148 IND. x MF                            |
| Colombia             | 47.7                | 23.850                     | 150 (2006)                                | 1.35                                       | 318.000 IND. x MF                           |
| Costa Rica           | 4.805               | 2.403                      | -   | 1.32                                       | -   |
| Cuba                 | 11.27               | 5.635                      | 36.478 (2011)                             | 6.4  | 309 IND. x MF                               |
| Ecuador              | 15.49               | 7.950                      | 300 (2013)                                | 1.48                                       | 51.633 IND. x MF                            |
| El Salvador          | 6.297               | 3.149                      | 81 (2005)                                 | 1.59                                       | 77.740 IND. x MF                            |
| España               | 47.27               | 23.635                     | 27.913 (2008)                             | 3.96                                       | 1.693 IND. x MF                             |
| México               | 120.8               | 60.400                     | 39.000 (2011)                             | 2.89                                       | 3.097 IND. x MF                             |
| Panamá               | 3.802               | 1.901                      | 40 (2006)                                 | 1.5  | 95.050 IND. x MF                            |
| Paraguay             | 6.687               | 3.344                      | 400 (2006)                                | 1.1  | 16.717 IND. x MF                            |
| Perú                 | 29.99               | 14.995                     | 62 (2006)                                 | 0.92                                       | 483.709 IND. x MF                           |
| Portugal             | 10.53               | 5.265                      | 7.034 (2005)                              | 3.7  | 1.497 IND. x MF                             |
| República Dominicana | 10.28               | 5.140                      | 500 (2013)                                | 1.88                                       | 20.560 IND. x MF                            |
| Uruguay              | 3.395               | 1.698                      | 419 (2012)                                | 4.4  | 8.102 IND. x MF                             |
| Venezuela            | 29.95               | 14.975                     | 1.700 (2007)                              | 1.94                                       | 17.617 IND. x MF                            |

\* Datos de población de países en millones del año 2012; # Datos de razón de médicos por 1000 habitantes de diferentes años; ~ Datos del número de médicos familiares por países desde el año 2003 hasta el 2013. IND.: Individuos; MF: Médico Familiar. Fuente:<sup>34,41,43,44,46,47,50,63,68-72</sup>. Elaboración: autores.

Probablemente las razones del porqué la APS y la Medicina familiar no han impactado la salud en Latinoamérica son el bajo número de Médicos Familiares y que los programas actuales de formación responden a políticas de gobierno que tienen como marco conceptual una ideología y no las competencias de la especialidad. Esto provoca diversidad y masificación con pérdida de calidad en la formación.<sup>7,14,49</sup> Otra de las razones del bajo impacto a pesar de programas que llevan décadas en la región Iberoamericana (Bolivia, Ecuador), y que se originaron por razones distintas a las descritas previamente, tiene que ver con el sistema de salud, discusión que no compete al documento actual pero se proyecta como otro tema de análisis.<sup>63</sup>

## Conclusiones

En Iberoamérica, los programas de residencia de medicina familiar dirigidos a paliar las deficiencias en la formación de los médicos generales así como solucionar dificultades de contingencia, están a gran distancia de la formación en los métodos y valores de la verdadera medicina familiar, más aún si los programas no son claros en cuanto a las competencias y estas no son comparables con las adquiridas en programas internacionales que buscan homogenizar un perfil.<sup>7,14,26</sup>

En Latinoamérica no se ha llegado a construir un perfil único del médico familiar, no se han homogenizado los programas de residencia ni existe un consenso acerca del nombre de la especialidad en la región, lo que conlleva a una formación de médicos familiares con liderazgos erráticos, diversos, y con ausencia de verdadera identidad como especialidad y disciplina con un cuerpo propio de conocimientos y competencias específicas.<sup>14,63</sup>

El desarrollo de herramientas tecnológicas permite al médico familiar desenvolverse en cualquier ámbito de la atención médica. Esta pluripotencialidad de crecimiento no puede ser limitada por procesos políticos. Hay médicos familiares que trabajan en urgencias o son entrenados en cesáreas para prestar atención obstétrica completa. Esto no significa una subespecialización de la medicina familiar sino un fortalecimiento de sus competencias de acuerdo a las necesidades de la población o de sus intereses particulares de aprendizaje.<sup>29,30</sup>

## Recomendaciones

Los programas formativos deben tener características comunes que avalen su calidad, como son: estar acreditados por una universidad o por la profesión (comisiones nacionales de especialidad); deben estar basados en competencias esenciales de acuerdo a modelos internacionales y cumplir con un tiempo de formación que capacite al médico para su desempeño en cualquier nivel de atención.<sup>23</sup>

En la carta de Quito redactada tras la realización de la “V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar” celebrada en Quito, Ecuador, en abril de 2014, se hicieron varias recomendaciones. Citamos algunas de interés al presente artículo:<sup>73</sup>

Apoyar la formación del talento humano en medicina familiar y comunitaria, responsabilizándose por el desarrollo y mantenimiento de sus competencias, promover la investigación y la formación continua como elementos fundamentales para mantener el nivel profesional de los médicos familiares.

Promover que en los sistemas de salud de Iberoamérica la proporción de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en relación al total de especialistas alcance el 50% y que este valor sea un indicador para el alcance de la Cobertura Universal.

Reconocer que la Certificación y Acreditación profesional en Medicina Familiar y Comunitaria permite el fortalecimiento de la calidad de atención en el tiempo y estimula la actualización del profesional.

Promover la creación del Observatorio de Medicina Familiar en la región con la participación de Wonca y Wonca Iberoamericana-CIMF, para fortalecer la identidad de la especialidad y que se constituya en una herramienta relevante para la toma de decisiones de los gobiernos, los organismos internacionales, la academia y la comunidad.

## Agradecimientos

A los médicos familiares integrantes del grupo de trabajo constituido para el desarrollo del eje temático “Estado actual de los programas formativos en Iberoamérica” de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.

A los participantes de la mesa número 3 de trabajo “Estado actual de los programas formativos en Iberoamérica”, llevada a cabo en el transcurso de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar celebrada en Quito, Ecuador, en Abril de 2014.

Y a las Sociedades Científicas que integran la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, Wonca Iberoamericana-CIMF. De manera especial al Dr. Edgar León y al Dr. Giovanni Rojas, Presidente y Vicepresidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar respectivamente, por su apoyo.

Participantes de la Mesa: Dra. Elva Arias (Ecuador), Dr. Rodrigo Díaz (Ecuador), Dr. Julio Ojeda (MSP-Ecuador), Dr. Lenin Cadena (Ecuador), Dr. Humberto Jure (Argentina), Dr. Carlos Ortíz (Colombia), Dr. Homero de los Santos (México), Dr. Octavio Noel Pons (México), Dr. David Alonso Galván (Perú), Dra. María Cristina da Costa (Venezuela); Ponencias: Dra. Verónica Casado (España), Dr. José Francisco García (OPS/OMS); Coordinación: Dra. Susana Alvear (Ecuador), Dr. Luis Aguilera (España); Relatoras: Dra. Gabriela Armijos (Ecuador) y Dra. Luisa Vaca (Ecuador).

Integrantes del grupo de trabajo: Dr. Humberto Jure (Argentina), Dr. Daniel Knupp (Brasil), Dr. Eduardo Alemany (Cuba), Dra. Verónica Casado (España), Dr. Juan V. Quintana (España), Dr. Octavio Noel Pons (México), Dr. Homero de los Santos (México), Dr. Andrés Szwako (Paraguay), Dr. David Alonso Galván (Perú), Luis R. Vega (Puerto Rico), Dr. Julio Braidá (Uruguay), Dr. Juan Carlos Perozo (Venezuela), Dra. María Cristina da Costa (Venezuela), Coordinación: Dra. Susana Alvear (Ecuador), Dr. Luis Aguilera (España).

## Referencias

1. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: Una meta para todos. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2001;1(1):7-16.
2. Ceitlin J. Introducción a la Medicina Familiar. Libros Virtuales Intramed [Internet]. Buenos Aires-Argentina; 2009. p.1-7. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/>
3. Zurro A. Atención Primaria de Salud y Medicina de Familia. *Intramed*. [Internet]. 2005. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=34800>

4. Nervi LL. Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud [Internet]. 2008. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://myslide.es/documents/alma-ata-y-aps.html>
5. Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca- Informe sobre la salud en el mundo 2008 [Internet]. 2008. [Acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08/\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08/_report_es.pdf)
6. Villarreal Amaris GE. Atención primaria marco regulador de los sistemas de salud. REVISALUD Unisucre [Internet]. 2013;1(1):63-6.
7. PROFAM. Introducción a la práctica de la Medicina Familiar [Internet]. 2000. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/introduccion-a-la-mf-foroaps.pdf>
8. Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colect. 2009;5:27-47.
9. Zurro AM, Solà GJ. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria [Internet]. En: Zurro AM, Solà GJ. Atención familiar y salud comunitaria. Madrid: Elsevier España; 2011. p.3-16. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
10. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc). 1996;106(3):97-102.
11. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)
12. Pantoja C T. ¿Por qué un Departamento Académico de Medicina Familiar? Rev Méd Chile. 2003;131(3):338-42.
13. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(2):176-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000800011>
14. González-Blasco P, Ramírez-Villaseñor I, Bustos-Saldaña R, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático. Archiv Med Fam. 2005;7(1):1-3.
15. WONCA Europe. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia. 2005;1-15. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Wonca%20definicion%20spanish%20version.pdf>
16. CFPC Working Group on Curriculum Review. CanMEDS-Family Medicine. A New Competency Framework for Family Medicine Education and Practice in Canada. 2009;1-20. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.congress-info.ch/wonca2009/pages/handouts/pdf/WS-006.pdf>
17. Tannenbau D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et al. CanMEDS- Family Medicine-Working Group on Curriculum Review. 2009. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMedsFMEng.pdf>
18. Rey-Gamero AC, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev Gerenc Políticas Salud. 2013;12(25):28-39.
19. Casado V, Luzón L. Razones, retos y aportaciones del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España. [Internet]. [acceso 24 Mar 2016]. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):195-205. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)876](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)876)
20. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf> y <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>
21. Argentina. Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud. Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas Especialidad Medicina General y/o Familiar. 2010;1-31. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina\\_general\\_y\\_familiar\\_ok.pdf](http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina_general_y_familiar_ok.pdf)
22. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, et al. Family practice development around the world. Fam Pract. 1996;13(4):351-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/13.4.351>
23. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. J Am Board Fam Pract. 2001;14(1):54-63.

24. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JC, Evans KL, et al.; Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med*. 2004;2(Suppl 1):S3-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.130>
25. Salvá Cerdá A. El Plan Bolonia y la regulación de los estudios universitarios de Medicina. *SEMERGEN Med Fam*. 2010;36(8):419-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2010.09.001>
26. Harzheim E, Casado V, Bonal P. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. 2009. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_formacion/acerca\\_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion\\_profesional\\_para\\_la\\_APS.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion_profesional_para_la_APS.pdf)
27. Casado V. Medicina familiar y comunitaria en Europa- Convergencia europea en el Postgrado [Internet]. p.169-71. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.semfyec.es/pfw\\_files/cma/Informacion/2.Observatorio/Documentos/Convergencia%20Europea%20en%20el%20Postgrado.pdf](http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/2.Observatorio/Documentos/Convergencia%20Europea%20en%20el%20Postgrado.pdf)
28. EURACT, WONCA. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.euract.eu/resources/specialist-training>
29. Sánchez Del Hierro G, Remmen R, Verhoeven V, Van Royen P, Hendrickx K. Are recent graduates enough prepared to perform obstetric skills in their rural and compulsory year? A study from Ecuador. *BMJ Open*. 2014;4(7):e005759.
30. Rodney WM, Martinez C, Collins M, Laurence G, Pean C, Stallings J. OB Fellowship outcomes 1992-2010: where do they go, who stops delivering, and why? *Fam Med*. 2010;42(10):712-6. PMID: 21061203
31. Murai M, Kitamura K, Fetters MD. Lessons learned in developing family medicine residency training programs in Japan. *BMC Med Educ*. 2005;5:33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-5-33>
32. Organización Panamericana de la Salud. Residencias médicas en América Latina [Internet]. Washington; 2011. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6317%3A2012-residencias-medicas-america-latina&catid=526%3Ainfo&Itemid=2054&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6317%3A2012-residencias-medicas-america-latina&catid=526%3Ainfo&Itemid=2054&lang=es)
33. Vallese MC, Roa R. Medicina familiar y general en Argentina. *Aten Primaria*. 2006;38(10):577-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13095931>
34. Ruiz Guzmán J. La medicina familiar en Bolivia. *Aten Primaria*. 2007;39(3):157-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13099564>
35. Suárez-Cuba MA. Medicina Familiar en Bolivia: 30 años de evolución. *Bol Mex His Fil Med*. 2006;9(2):59-63.
36. Baéz Barahona N. Especialidad en medicina familiar y comunitaria [Internet]. San Jose: Universidad de Costa Rica. Seguro Social. CENDEISS; 2003. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [www.cendeiss.sa.cr/posgrados/Programa\\_Medicina\\_Familiar.pdf](http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/Programa_Medicina_Familiar.pdf)
37. Romero N, Díaz R, Tinoco E, Valle M. La medicina familiar en Ecuador. *Aten Primaria*. 2006;38(9):515-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13095057>
38. Arévalo Melho J, Vásquez Vásquez J, Alegre Palomino Y. Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Plan Curricular. 2010;1-57. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.unapiquitos.edu.pe/pregrado/facultades/medicina/descargas/medicina\\_familiar.pdf](http://www.unapiquitos.edu.pe/pregrado/facultades/medicina/descargas/medicina_familiar.pdf)
39. Szwako Pawlowicz AA. Medicina familiar en Paraguay. *Aten Primaria*. 2007;39(6):323. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13106289>
40. Dibarboure Icasuriaga H. La atención primaria de salud (APS) en Uruguay [Internet]. 2005. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/art8.pdf>
41. Fernández MA. Formación de especialistas en Medicina Familiar en México-Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; 2014 [Internet]. [Acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo\\_medfam/miguelfernandez\\_mexico.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/miguelfernandez_mexico.pdf)
42. UNAM. Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar [Internet]. México; 2009. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/medfamiliar.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/medfamiliar.pdf)
43. Mejía MA, Quintero OM, D'Avila MC, Silva CC. La Medicina Familiar en América Latina. Situación actual de la medicina familiar en Venezuela. *Aten Prim*. 2007;39(9):495-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13109501>
44. Ramos E, Granadino Franco SL. Medicina familiar en El Salvador. *Aten Primaria*. 2006;38(9):517-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13095058>

45. Quiroz Pérez JR, Irigoyen Coria A. Reseña Histórica en Medicina Familiar - Una visión histórica sobre la Medicina Familiar en México. *MPA e-J Med Fam Aten Primaria Int.* 2008;2(1):49-54.
46. Ponzo J. Orígenes y posibilidades de desarrollo de la medicina familiar y comunitaria en Uruguay. *Medwave.* 2013;13(1):e5615. DOI: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2013.01.5615>
47. Perfil de recursos humanos del sector salud en Uruguay [Internet]. 2012. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [www.bvsops.org.uy/pdf/recursoshumanos.pdf](http://www.bvsops.org.uy/pdf/recursoshumanos.pdf)
48. Lermen Junior N, Norman AH. Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. *Medwave.* 2013;13(1):e5588.
49. Suárez-Bustamante MA. La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2008;25(3):309-15.
50. Fernández Ortega MA, Arias Castillo L, Brandt Toro C, Irigoyen Coria A, Roo Prato J; Grupo de trabajo: Formación y capacitación de equipos de salud de la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. *Arc Med Fam.* 2012;14(4):93-112.
51. Delzell JE Jr, McCall J, Midtling JE, Rodney WM. The University of Tennessee's accelerated family medicine residency program 1992-2002: an 11-year report. *Fam Med.* 2005;37(3):178-83. PMID: 15739133
52. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Ministros de Salud de Suramérica en Mayo de 2012. Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad [Internet]. 2012. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb\[8\]ling\[2\]anx\[9\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[8]ling[2]anx[9].pdf)
53. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 [Internet]. 2007. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4157/csp27-10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
54. Buchman S. It's about time: 3-year FM residency training. *Can Fam Physician.* 2012;58(9):1045.
55. Lehmann F. Should family medicine residency be 3 years? YES. *Can Fam Physician.* 2009;55(4): 342,344,346 passim.
56. ACGME. Family Medicine Length of Training Pilot. 2014. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.lotpilot.org/>
57. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. General Standards Applicable to All Residency Programs- B Standards. 2013. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/accreditation/accreditation\\_blue\\_book\\_b\\_standards\\_e.pdf](http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/accreditation/accreditation_blue_book_b_standards_e.pdf)
58. Ten Cate O. Formación médica y evaluación basadas en las competencias: ¿de qué se trata y cómo puede relacionarse con la realidad de la práctica clínica? *Rev Argent Cardiol.* 2011;79(5):405-7.
59. The family medicine milestone project. *J Grad Med Educ.* 2014;6(1 Suppl 1):74-86.
60. Saucier D, Shaw E, Kerr J, Konkin J, Oandasan I, Organeck AJ, et al. Competency-based curriculum for family medicine. *Can Fam Physician.* 2012;58(6):707-8.
61. Villanueva T. Family Medicine, the specialty of the future: the Portuguese situation within the European context. *Int Arch Med.* 2009;2(1):36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1755-7682-2-36>
62. Torbeck L, Wrightson AS. A method for defining competency-based promotion criteria for family medicine residents. *Acad Med.* 2005;80(9):832-9. PMID: 16123463 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200509000-00010>
63. Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Aten Primaria.* 2006;38(9):511-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13095056>
64. Cuesta Mejías LA. ¿Medicina general integral o medicina familiar? *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2008;23(3).
65. Ledesma S FM, Flores Martínez O. Medicina familiar: La auténtica especialidad en atención médica primaria. *Gac Med Caracas.* 2008;116(4):330-40.
66. Suárez-Cuba MA. Reseña Histórica en Medicina Familiar - 35 Años de la Medicina Familiar en la Caja Nacional de Salud de Bolivia. *MPA e-J Med Fam Aten Primaria Int.* 2011;5(1):41-4.
67. Finarelli Jr HJ. *The Hospital Executive's Guide to Physician Staffing.* Danvers: Health Leaders Media; 2009.

68. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en&showonly=HWF>
69. Indexmundi [Internet]. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2226&r=na&l=es>
70. Semergen. Análisis sobre la situación de los médicos de familia en España [Internet]. 2011. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://static.diariomedico.com/docs/2011/05/03/situacion\\_semergen.pdf](http://static.diariomedico.com/docs/2011/05/03/situacion_semergen.pdf)
71. Martínez Y. Medicina Familiar [Internet]. 2013. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/elsuperyova/medicina-familiar-18638919>
72. Pisco L. La Reforma de la Atención Primaria en Portugal. Implementación de las Unidades de Salud Familiar y Agrupamientos de Centros de Salud [Internet]. 2009. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/rcofinof/la-reforma-de-la-atencin-primaria-en-portugal>
73. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Carta de Quito. "Cobertura universal, medicina familiar y participación social" Quito - Ecuador 11 y 12 de Abril de 2014 [Internet]. Quito-Ecuador; 2014. p.1-6. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1182:carta-quito-hace-un-llamado-fortalecer-cobertura-universal-incorporando-principios-equidad-igualdad-solidaridad&Itemid=360](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1182:carta-quito-hace-un-llamado-fortalecer-cobertura-universal-incorporando-principios-equidad-igualdad-solidaridad&Itemid=360)