

# La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje de la Universalidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región

## Family and Community Medicine as the core of Health Systems Universality in Latin America: an exploratory analysis of the region

### *A Medicina de Família e Comunidade como Eixo da Universalidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região*

Thomas Meoño Martín. Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Centroamérica; Caja Costarricense de Seguro Social; Universidad de Costa Rica; CIMF-WONCA. Costa Rica. drmeono@gmail.com (*Autor correspondiente*)

Maria Inez Padula Anderson. Departamento de Medicina Integral, Familiar y Comunitaria (FCM/UERJ); Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria (CIMF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br

Marcela Cuadrado Segura. Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC); Grupo CIMF Medicina Familiar y Comunitaria en medio rural; Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República del Uruguay. Uruguay. marcelacua@gmail.com

Pablo Araya Via. Universidad de Valparaíso, Chile; Movimiento Waynakay - Sociedad Chilena de Medicina Familiar; CESFAM Jean y Marie Thierry. Chile. pabloarayavia@gmail.com

#### Grupo colaborador

Andrea de Angulo (Colombia), Arnaldo Ortiz Fanego (Paraguay), Carlos Martínez Rentería (México), Carmen Cabezas (Ecuador), Catalina Coral, Christine Leyns (Bolivia), Clarivel Presno Labrador (Cuba), Daymé Quintero (Panamá), Edgar León (Ecuador), Jenny Magne Anzoleaga (Bolivia), José Obando Romero (Costa Rica), Karen Muñoz (Colombia), Lilia González (Cuba), Lysdamis Morera (Perú), Macacrena Moral (Chile), Mauricio Vargas (Costa Rica), Milagro Muñoz (Costa Rica), Sergio Minué (España), Xenia Sancho Mora (Costa Rica)

## Resumen

El alcance de la Universalidad en la prestación de servicios en los sistemas de salud, es una de las estrategias que ha demostrado tener gran impacto sobre los indicadores de salud global. **Objetivo:** contribuir con el desarrollo de los conceptos y de las prácticas relacionadas a la Universalidad en Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica, mediante la exploración de la situación de los países iberoamericanos en cuanto al acceso a los servicios de salud y el papel que cumple el médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria para lograr una adecuada estrategia de cobertura individual, familiar y comunitaria. **Metodología:** estudio exploratorio cuali-cuantitativo mediante la aplicación de un cuestionario electrónico autoadministrado mediante una encuesta con preguntas abiertas y cerradas a los miembros de las asociaciones de medicina familiar y comunitaria de Iberoamérica, asociaciones científicas, profesores y gestores de salud identificados en cada país. **Resultados:** 63 personas de 20 países cumplimentaron la encuesta electrónica enviada, teniendo una muestra representativa de los países iberoamericanos; 84% estuvieron de acuerdo con el concepto de universalidad con enfoque en Atención Primaria en Salud y Medicina Familiar y Comunitaria, 47% acuerdan que el principal determinante que limita el alcance de la universalidad en la atención en salud es la estructura en gestión y salud, seguido del financiamiento (36%) y del modelo de atención (30%). Del total de encuestados, 67% consideran que el principal limitante hacia la cobertura universal es la estructura y gestión en salud y 60% consideraron que las políticas nacionales en salud no están enfocadas y priorizadas hacia la universalidad de la APS y la MFC.

**Cómo citar:** Meoño TM, Anderson MIP, Cuadrado MS, Araya P. La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje de la Universalidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):4-16. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1382](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1382)

#### Palabras clave:

Universalidad  
Cobertura Universal en Salud  
Atención Primaria en Salud  
Determinantes de Salud  
Salud Global

**Financiación:**  
ninguna declarada.

**Aprobación ética:**  
no aplicable.

**Conflicto de intereses:**  
ninguna declarada.

**Procedencia y revisión por pares:**  
revisado por pares.

Recibido el: 15/08/2016.  
Aceptado el: 15/09/2016.

## Abstract

The scope of Universality in service delivery in health care systems is one strategy that has proven to have great impact on global health indicators; this paper explores the situation of Latin American countries in the access to health services and the role of the specialist in Family and Community Medicine as an appropriate strategy to achieve individual, family and community coverage. **Objective:** To contribute to the development of concepts and practices related to Universality in Primary Care and Family and Community Medicine in Latin America. **Methodology:** qualitative and quantitative exploratory study by applying an electronic form self-administered survey type with open and closed questions to members of associations of family and community medicine in Latin America, scientific associations, teachers and health managers identified in each country. **Results:** 63 people from 21 countries completed the electronic survey sent, taking a representative sample of Latin American countries; 84% agreed with the concept of universality with focus on Primary Health Care and Family and Community Medicine, 47% agree that the main determinant limiting the scope of the universality in health care is the structure in management and health, followed by finance (36%) and the model of care (30%). Of the total respondents, 67% believe that the main constraint to universal coverage is the structure and health management and 60% felt that national health policies are not focused and prioritized towards universality of the APS and the MFC.

### Keywords:

Universality  
 Universal Health Coverage  
 Primary Health Care  
 Health Determinants  
 Global Health

## Resumo

O alcance da Universalidade na prestação de serviços nos sistemas de saúde é uma das estratégias que tem demonstrado ter grande impacto sobre os indicadores globais de saúde. **Objetivo:** contribuir para o desenvolvimento de conceitos e práticas relacionadas à universalidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Ibero-América, mediante a exploração da situação dos países latino-americanos em relação ao acesso aos serviços de saúde e o papel do especialista em medicina familiar e comunitária para alcançar uma estratégia adequada para a cobertura individual, familiar e comunitária. **Metodologia:** estudo exploratório quali-quantitativo, realizado por aplicação de um questionário em formato eletrônico auto-respondido, com perguntas abertas e fechadas, dirigido aos membros de associações de medicina familiar e comunitária na Ibero-América, associações científicas, professores e gestores de saúde identificados em cada país. **Resultados:** 63 pessoas de 20 países completaram a pesquisa eletrônica enviada, havendo uma amostra representativa de os países Ibero-Americanos; 84% concordaram com o conceito de universalidade elaborado a partir do enfoque da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade; 47% concordam que o principal fator determinante que limita o alcance da universalidade nos cuidados sanitários é a estrutura da gestão em saúde, seguido do financiamento (36%) e do modelo de atenção (30%). Do total de entrevistados, 67% acreditam que a principal restrição para a cobertura universal é a gestão da estrutura da saúde e 60% sentiram que as políticas nacionais de saúde não estão focadas e priorizadas para a universalidade da APS e da MFC.

### Palavras-chave:

Universalidade  
 Cobertura Universal em Saúde  
 Atenção Primária em Saúde  
 Determinantes de Saúde  
 Saúde Global

## Introducción

En 1978, la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud llamó a la acción por la salud, los sectores sociales y económicos para el “logro del más alto nivel posible de salud”, llevando al movimiento de Salud para Todos que obtuvo un gran impulso en los años 1980 y 1990. En 1997, un nuevo concepto es insertado en el sector salud, visando ampliar el soporte para incrementar las prácticas sanitarias, la intersectorialidad. En la Conferencia de 1997 de la Organización Mundial de la Salud, se originó una definición sobre la acción intersectorial para la salud:

*“Una relación reconocida entre la parte o partes del sector de la salud con la parte o partes de otro sector que se ha formado para tomar una decisión sobre una cuestión de lograr resultados de salud (o los resultados de salud intermedios) en una forma que sea más eficaz, eficiente y sostenible que podría lograrse por el sector de la salud por sí solos.”<sup>1</sup>*

Sin embargo los esfuerzos empleados desde Alma Ata, la cobertura universal de salud muestra un patrón inadecuado e irregular en los países de América Latina. Los datos disponibles indican que la mejora del acceso y la cobertura, junto con la reducción de las desigualdades en materia de salud, constituyen una tarea pendiente en la mayoría de los países de América Latina, según afirma la Organización Panamericana de la Salud, la OMS y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Los sistemas de salud de América Latina están altamente fragmentados. Los derechos concedidos, la cobertura y la organización institucional varían entre los distintos grupos de la población. En los países de esta región, los sistemas de salud suelen estar organizados por una combinación de los servicios tradicionales del sector público para los grupos de bajos ingresos; los servicios de seguridad social para los empleados formales (en algunos casos extensivos a sus familias), y los servicios privados para los que tienen capacidad de pago. La carencia de coordinación entre los tres subsectores ha sido fuente de ineficiencias e inequidades, ya que la fragmentación dificulta el uso eficiente y justo de los recursos requeridos para alcanzar la cobertura universal de salud.

En algunos países se ha tratado de integrar los sistemas contributivos financiados por impuestos sobre los salarios, con los sistemas públicos financiados por impuestos generales; en otros, sigue existiendo una gran segmentación. Costa Rica es una referencia tradicional, en razón de que las fuentes de financiamiento se integraron para asegurar un único nivel de cobertura. En la actualidad asegura cobertura de salud a más del 93% de la población, y aproximadamente el 50% de la cantidad aportada por los empleados del sector formal cubre el financiamiento de los servicios médicos de la población que no contribuye.<sup>2</sup>

Situación distinta ocurre en Chile, donde la integración es parcial, ya que los individuos deciden si se inscriben en el sistema público integrado (Fondo Nacional de Salud, FONASA), financiado por sus contribuciones y también por impuestos generales, o en una aseguradora privada (Instituciones de Salud Previsional, (ISAPRES). Debido a que cualquier real elección depende, de modo significativo, de los ingresos de los aportantes, el sistema chileno es considerado un sistema dual. Chile tiene una cobertura casi universal del seguro médico social, donde el 80% de la población se encuentra cubierta por FONASA, y el 17% por las ISAPRES.<sup>3</sup>

## Universalidad y Cobertura Universal en Salud

La Universalidad en Salud se define como la cobertura con la que cuenta la población para acceder a los servicios de salud y hacer efectivo su derecho a la misma, la cual debe ser protegida financieramente por políticas públicas y acciones del Estado. Deben tener escala e intensidad proporcionales a las necesidades, lo que fue definido por Marmot como *universalismo proporcional*: “las actuaciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad que sea proporcional a los más desfavorecidos, más que centrarse solamente en los más favorecidos”,<sup>4</sup> articulando de esta forma la definición de Universalidad con la de Equidad. Por lo tanto, es necesario reconocer el acceso equitativo a los servicios de salud como un derecho humano y no como un privilegio para los que trabajan en el sector formal o que tienen mayores recursos económicos.

Universalidad, se refiere entonces, al derecho que tiene la población de tener acceso a los servicios de salud con enfoque integral, integrado y continuo, independientemente de la condición socioeconómica o geográfica del individuo, la familia o la comunidad.

Construir sistemas universales de salud requiere no sólo de voluntad de las autoridades sanitarias, sino también de un consenso de la sociedad que coloque a la salud y sus determinantes en el centro de las prioridades nacionales. Significa alcanzar un nuevo pacto social que dedique las mayores energías a mejorar las condiciones y calidad de vida. Atendiendo integralmente las necesidades de salud y promoviendo intervenciones propositivas en factores y determinantes sociales como: educación, alimentación, seguridad social y cuidado del ambiente.

Sin embargo el reconocimiento de la universalidad como un derecho humano pueda constituir un denominador común entre las naciones, las estrategias para alcanzar esta meta deben ser definidas por cada país, una vez que es un proceso complejo de adaptación de los sistemas de salud a nivel nacional. Alcanzar la cobertura universal requiere definir las metas progresivas de porcentaje de la población cubierta, de los servicios que se proveerán y de los costos que se cubrirán.<sup>5</sup>

El Informe Mundial de la Salud 2010 define el concepto de cobertura universal de salud (CUS) como un objetivo en el que “*todas las personas tienen acceso a los servicios y no sufren dificultades económicas pagando por ellos*”. Según esta definición, el objetivo de la CUS está claro: garantizar, para todos, el acceso a la asistencia sanitaria que se necesita con la debida protección financiera.<sup>6</sup>

Para que una comunidad o un país puedan alcanzar la CUS se han de cumplir varios requisitos, a saber:

1. Existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas (incluidos los servicios relacionados con la atención a pacientes con VIH, tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles, salud materno-infantil) para lo cual deberá:
  - proporcionar a las personas información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades,
  - detectar enfermedades tempranamente,
  - disponer de medios para tratar las enfermedades,
  - ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación.
2. Asequibilidad: debe haber un sistema de financiación de los servicios de salud, de modo que las personas no tengan que padecer penurias financieras para utilizarlos.
3. Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos.
4. Una dotación suficiente de personal sanitario bien capacitado y motivado para prestar los servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles.

La CUS puede lograrse mediante diferentes estrategias institucionales y financieras, pero llegó a ser pensada como una oferta de planes de seguros que cubren un conjunto limitado de servicios de salud, ofertados por proveedores de salud públicos o privados. Pero, diferente de eso, los sistemas universales de salud (SUS) buscan promover el desarrollo de una única institución pública que proporcione y financie todos los servicios médicos y preventivos a los ciudadanos.<sup>7</sup>

En la década de los setenta, la atención primaria de salud (APS) fue propuesta como el modelo para asegurar que cada ciudadano disfrute de su derecho a la salud, siendo los gobiernos los responsables de establecer la APS como parte de los sistemas integrales nacionales de salud.<sup>8</sup> Este arreglo institucional se ha denominado como sistema integral, unificado o universal de salud (SUS)<sup>9,10</sup> presupone, por lo tanto, la existencia de una única entidad pública responsable por la oferta de servicios preventivos y médico-asistenciales a todos los ciudadanos, con el mismo patrón de atención independientemente de su situación socioeconómica. La equidad es uno de los principales objetivos del SUS, porque todas las personas reciben atención integral basada en sus necesidades de salud y no en su capacidad de pago.<sup>7</sup>

En la Carta de Quito, generada como producto final de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, se define la cobertura universal como: *“la garantía del derecho a la salud para todos y todas, brindada por un sistema integral e integrado de base estatal con financiamiento público, que posibilita el acceso a los servicios, de manera equitativa, igualitaria, oportuna, integral y de calidad, basado en los principios de solidaridad y participación social; teniendo el Primer Nivel de Atención como eje del cuidado, con Médicos y Médicas de Familia y Comunidad en los equipos de salud, asegurando el primer contacto y el seguimiento continuo, centrado en la persona en su contexto familiar y comunitario, de conformidad con las necesidades de salud que presentan en el curso de sus vidas”*.<sup>11</sup>

## Universalidad en Iberoamérica

Los sistemas de salud latinoamericanos enfrentan el desafío de retomar el valor de equidad, para lo cual deben adoptar medidas en las que intervengan distintas instancias gubernamentales.

No se trata de decidir si hay que establecer prioridades, sino cuál es la mejor manera de hacerlo; pues en el proceso de lograr la universalidad se han introducido diferentes maneras de definir prioridades y conformar sus planes de beneficios de salud, experiencias de las cuales podemos obtener tres lecciones:

1. Los planes de beneficios ofertados en la región, tienen diferentes formas y dimensiones y no se restringen a una lista de servicios esenciales aunque en sociedades con graves limitaciones de recursos. Planes amplios se describen en países como Chile, Colombia, Costa Rica y Uruguay; planes restringidos se describen en México, Perú y Argentina.
2. Los países de la región requieren capacidades institucionales para definir y actualizar regularmente los planes de beneficios. Requieren liderazgo político y técnico respaldado por fundamentos legales, además de contar con recursos adecuados para ofrecer servicios de calidad, disponibles, accesibles y aceptables; de ahí la importancia de recursos financieros e inversión en recursos humanos e infraestructura.
3. Es necesario mejorar el monitoreo de las políticas en salud y la evaluación a nivel nacional, con el fin de establecer si, de hecho, los planes efectivamente se han traducido en mejoras en la salud y la calidad en salud con una ciudadanía más satisfecha.

Para lograr la cobertura universal de salud se requiere una agenda centrada en investigación y desarrollo de competencias para fijar prioridades, teniendo las experiencias latinoamericanas como punto de partida.<sup>3</sup>

Otro reto es ejercer una rectoría efectiva de Estado que se traduzca en una presencia generadora del orden y el deber ser, en el marco de todos los recursos disponibles y conforme a las tendencias tecnológicas y científico-bioéticas, quien garantice el derecho a la protección a la salud y se refleje en acceso con calidad y oportunidad. Todo esto será posible si existe un financiamiento responsable y sostenible con criterios de equidad, eficiencia, transparencia y rendición de cuentas; fundamentado en un modelo de atención homogéneo basado en las determinantes sociales y en la atención primaria cada vez más resolutive. Asimismo, en las acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud, organizadas a través de redes de instituciones públicas y privadas que ofrezcan servicios integrales y de alta calidad a la población siendo ésta última la que pasaría a ser de sujeto pasivo a activo.

Actualmente varios países están en proceso de implementación de reformas de sus sistemas de salud basadas en la APS. En la mayoría de ellos se presentan los siguientes desafíos: disponibilidad de talento humano en número suficiente y capacitado; necesidad de superar la fragmentación/segmentación de los sistemas; garantizar la sostenibilidad financiera; mejorar la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información; reducir las inequidades en salud; ampliar coberturas; prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional y el cambio del perfil epidemiológico; y aumentar la capacidad resolutive del sistema público de salud.

La APS tiene el potencial de reducir las desigualdades sociales en salud acercándose a la universalidad; para lo cual se sugieren los siguientes objetivos y áreas fundamentales:<sup>12</sup>

1. Recoger y divulgar información para la acción:
  - a. Variables sociales en la historia clínica como nivel educativo, disponer de indicadores clave como embarazos en adolescentes, criterios de calidad relacionado con equidad en la atención sanitaria ej. accesibilidad y pérdidas en el seguimiento según variables sociales, diagnóstico de las determinantes sociales de la salud, conocimiento y caracterización de las necesidades de la población atendida
  - b. Generar información actualizada de los recursos locales e iniciativas comunitarias para los ciudadanos.
  - c. Informar sobre: la relación entre la posición socioeconómica y los resultados sanitarios, las desigualdades sociales y las inequidades en la calidad de la atención relevantes en APS, el impacto de la gestión de APS en la salud de la población, en sus determinantes y en los determinantes sociales de salud (DSS).
2. Fortalecer la participación social: fomentar capacidades y conocimientos sobre la salud a la población:
  - a. Informar a las usuarias sobre sus derechos a la asistencia y sobre los derechos del paciente.
  - b. Colaborar en el desarrollo de programas dirigidos al desarrollo de capacidades en la población que facilitan su participación.
  - c. Potenciación y desarrollo de los roles de la enfermera y del farmacéutico de área y potenciación de la equidad y los determinantes sociales de la salud en las redes profesionales.



3. Formación y capacitación de los recursos humanos:
  - a. Tener conocimientos prácticos y competencias técnicas en la aplicación de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.
  - b. Potenciar la formación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad enmarcada en la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y difusión de buenas prácticas
  - c. Aprovechar deformaciones para mostrar la relevancia de la equidad. Generar materiales formativos que muestran la contribución a la efectividad clínica y social de la incorporación del eje de equidad a la atención sanitaria, y asigna los recursos necesarios para actuar sobre los DSS.
4. Intersectorialidad:
  - a. Conocimiento de recursos socio-sanitarios.
  - b. Fomentar las alianzas de trabajo con otros sectores (educación, servicios sociales, agentes locales, ...).
  - c. Incluir el eje de equidad en todos los planes y proyectos acciones intersectoriales siguiendo.
  - d. Desarrollo de órganos de participación intersectorial.
  - e. Incentivar a los profesionales para favorecer la acción intersectorial
5. Reorientación de la atención a la salud:
  - a. Considerar el impacto de la práctica diaria en las desigualdades en salud y de intervenciones focalizadas como complemento a los mecanismos de cobertura universal.
  - b. Ampliar los servicios de captación en la calle y domicilios de población no atendida.
  - c. Atención integral de la persona en función de sus necesidades dedicando tiempo a considerar las causas radicales de sus problemas de salud y dedicando tiempo y esfuerzo de forma proporcional a la necesidad.
  - d. Identificar grupos que no acceden y facilitar su cobertura.
  - e. Desarrollo de estructuras para potenciar la acción comunitaria en salud de los equipos de atención primaria, en colaboración con otros sectores (educación, servicios sociales, agentes locales, salud pública, etc.).
  - f. Establecer procedimientos para atender las circunstancias y necesidades de los grupos sociales desfavorecidos y marginados, y para eliminar las barreras existentes de accesibilidad.

## Relación entre Universalidad, Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria

En el año 2010 los estados miembros de la OPS/OMS reafirmaron su compromiso con la visión de la Declaración de Alma-Ata al reconocer que la APS, incluyendo la promoción y protección de la salud, son esenciales no sólo para el bienestar de los individuos, sino para asegurar un desarrollo socio-económico sustentable e inclusivo.

Definiendo un sistema de salud basado en la APS, como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema.

Los individuos pueden satisfacer sus necesidades de salud al obtener cobertura universal y acceso a los servicios del sistema sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo. La universalidad se convierte en una imagen objetivo hacia la cual orientar la transformación del sistema. Estos términos suelen entenderse como la existencia de unidades de atención primaria distribuidos de manera homogénea en un territorio.

La universalidad está determinada fuertemente por la Atención Primaria debido a que:

- Constituye la puerta de entrada al sistema de salud.
- La ubicación local con el diagnóstico situacional, identificando grupos que no acceden.
- La capacidad de acción de su vertiente comunitaria: empoderamiento, participación.
- Las alianzas que puede establecer con otros actores - intersectorialidad.

Vale destacar que la APS como eje central de los sistemas de salud se presenta, en la actualidad, con un enfoque renovado, razonado y basado en la evidencia para que pueda lograr una atención universal, integral e integrada.

Diferentes estudios ya pusieron en evidencia que los sistemas de salud basados en los principios de la APS tienen la capacidad de resolver por lo menos el 80% de los problemas de salud de una población adscrita a un costo sostenible, especialmente si cuenta con el apoyo y la participación de la comunidad y de sectores económicos y sociales.

Diversas experiencias de APS con la participación efectiva del Médico Familiar y Comunitario pueden ser encontradas en muchos países, inclusive en México, donde “la Atención Primaria es Medicina Familiar, y es la atención permanente brindada en el primer punto de contacto, orientada a la persona y su familia, que satisface las necesidades de salud de cada persona. Refiere solamente aquellos casos poco comunes. Coordina la atención, implica atención continua, equidad, énfasis en la prevención y promoción. Prácticas de organización y gestión en todos los niveles para lograr calidad, eficiencia y efectividad. Recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenible”.<sup>13</sup>

## Objetivo

Considerando la importancia de la Universalidad y del rol de la Medicina Familiar y Comunitaria, además de una APS calificada para lograr alcanzarla, este estudio tuvo por objetivos: realizar una revisión del concepto de Universalidad en los Sistemas de Salud Latino-Americanos y conocer la perspectiva de los Médicos Familiares y Comunitarios sobre este concepto. Aún más, obtener información acerca de la situación de los países latino-americanos en relación a la cobertura universal en salud, considerando el escenario de la APS y de la MFyC en Iberoamérica.

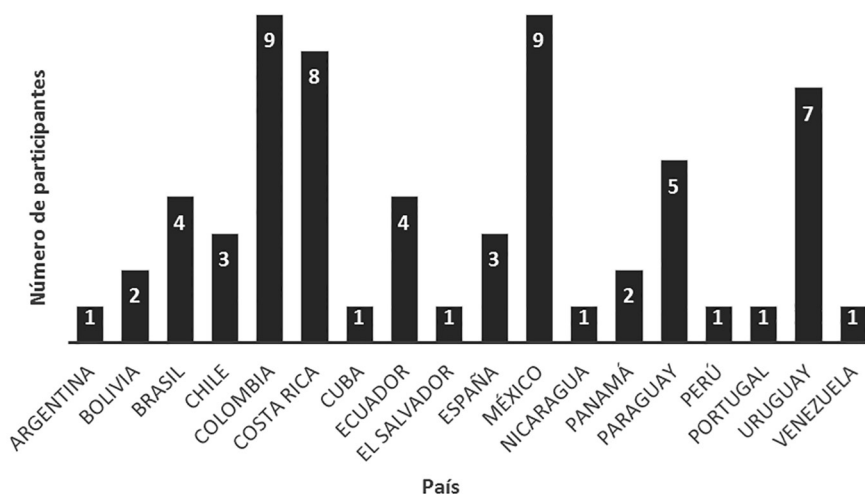
## Metodología

Se realizó un estudio exploratorio cuali-cuantitativo, mediante la aplicación de un cuestionario electrónico, con preguntas abiertas y cerradas, a los miembros de las asociaciones de medicina familiar y comunitaria de Iberoamérica, asociaciones científicas, profesores y gestores de salud identificados en cada país. En una primera fase se solicitó al grupo de colaboradores revisar una propuesta inicial de conceptualización de Universalidad basada en los conceptos concebidos durante la cumbres anteriores. Además, de formular preguntas cuyas respuestas pudiesen atender a los objetivos relacionados a la obtención de información acerca de la situación da región Iberoamericana en relación al concepto propuesto. En la segunda fase, se elaboró una encuesta como herramienta de recolección, basada en el análisis y las propuestas recomendadas por el grupo colaborador (ver anexo). La tercera fase tuvo lugar en el marco de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria realizada los días 12 y 13 de abril del 2106 en San José de Costa Rica; en donde el Sub-Grupo de Trabajo de Universalidad tuvo la oportunidad de revisar los aportes derivados de la encuesta y proponer una serie de recomendaciones para lograr una mejora regional en la obtención de un mejor acceso a los servicios de salud, de acuerdo con los criterios evaluados.

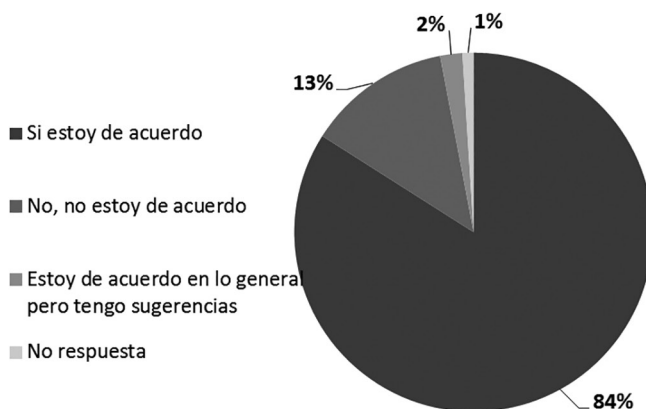
## Resultados

63 personas de 20 países cumplimentaron la encuesta electrónica enviada, teniendo una muestra representativa de los países iberoamericanos; de los cuales 58 fueron médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y los 5 restantes, médicos residentes de la misma especialidad. (Gráfico 1)

En relación a la concordancia con el concepto propuesto de Universalidad, a partir de la perspectiva del médico de familia y comunidad, el 84% de los participantes estuvo de acuerdo con lo planteado, 13% lo hicieron con respecto a lo general pero brindaron sugerencias, 2% no estuvieron de acuerdo y un 1% no respondió (Gráfico 2).



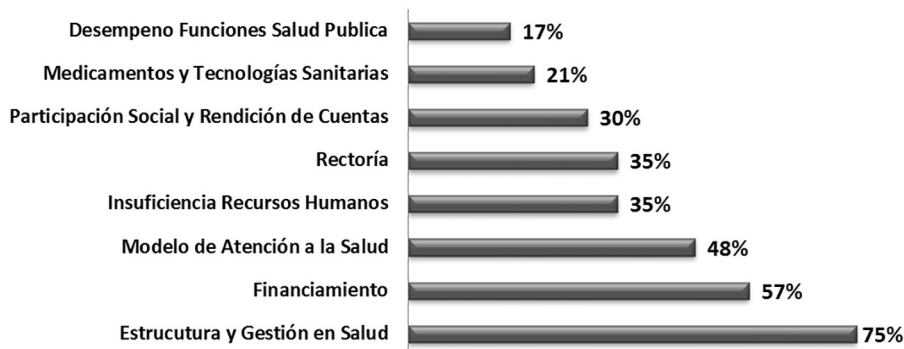
**Gráfico 1.** Distribución por países de los participantes en la encuesta electrónica sobre la evaluación de la Universalidad en Salud en los países pertenecientes a CIMF-WONCA. 2016  
 Fuente: Cuestionario electrónico autoadministrado. Sub Grupo 1 Eje Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud: La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje. 2016



**Gráfico 2.** Concordancia con el concepto de Universalidad planteado en la encuesta electrónica sobre la evaluación de la Universalidad en Salud en los países pertenecientes a CIMF-WONCA. 2016  
 Fuente: Cuestionario electrónico autoadministrado. Sub Grupo 1 Eje Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud: La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje. 2016

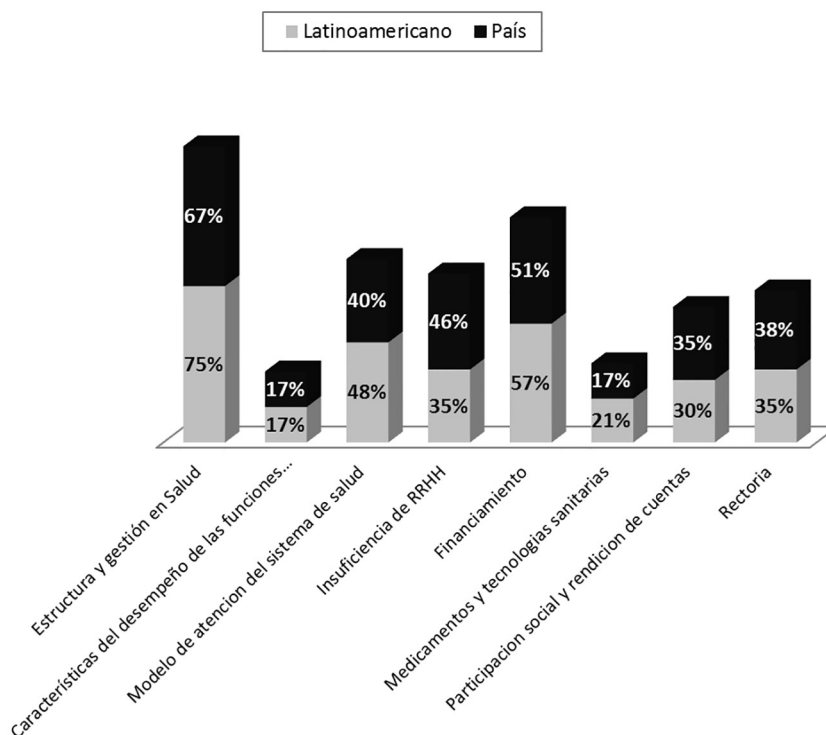
La consulta sobre los principales determinantes a nivel latinoamericano que limitan el alcanzar la universalidad de la APS y la MFC mostró que: 75% de los encuestados concuerdan en que el principal determinante es la estructura y gestión en salud; seguido por el financiamiento (57%), la inadecuación del modelo de atención del Sistema de Salud (48%), la insuficiencia de recurso humano calificado y la ausencia de rectoría (35%); la participación social insuficiente y una inadecuada rendición de cuentas (30%), la falta de acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias (21%) y la ineficiencia en el desempeño de las funciones esenciales de salud pública (17%). (Gráfico 3)





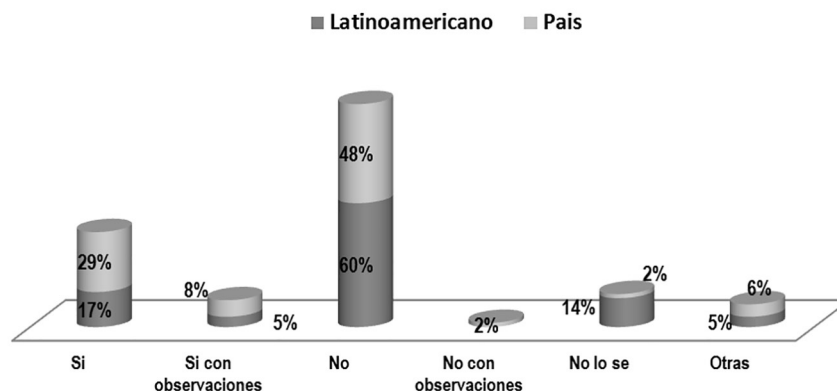
**Gráfico 3.** Principales determinantes a nivel latinoamericano que limitan el alcanzar la universalidad de la APS y la MFC en los países pertenecientes a CIMF-WONCA. 2016  
 Fuente: Cuestionario electrónico autoadministrado. Sub Grupo 1 Eje Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud: La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje. 2016

El análisis de las respuestas sobre los factores considerados limitantes por país para alcanzar la universalidad de la APS y la MFC mostró que un 67% de los encuestados concuerdan en que el principal determinante es la estructura y gestión en salud; seguido por el financiamiento (51%), la insuficiencia de recurso humano (46%), el modelo de atención del Sistema de Salud (40%), la rectoría (38%), la participación social y rendición de cuentas (35%), el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias (21%) y las características del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (17%). (Gráfico 4)



**Gráfico 4.** Principales factores a nivel país y región que limitan el alcanzar la universalidad de la APS y la MFC en los países pertenecientes a CIMF-WONCA. 2016  
 Fuente: Cuestionario electrónico autoadministrado. Sub Grupo 1 Eje Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud: La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje. 2016

Del total de encuestados, 60% consideraron que, en el ámbito de América Latina, las políticas nacionales en salud no están enfocadas y priorizadas hacia la universalidad de la APS y la MFC; y 48% piensan de forma similar para sus países; 17% indicaron que, sí, existen políticas en este contexto a nivel de Latinoamérica y 28% a nivel de país (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, España, México, Nicaragua, Portugal y Uruguay). (Gráfico 5)



**Gráfico 5.** Percepción sobre la existencia de políticas nacionales que permiten el alcanzar la universalidad de la APS y la MFC en los países pertenecientes a CIMF-WONCA. 2016.  
Fuente: Cuestionario electrónico autoadministrado. Sub Grupo 1 Eje Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud: La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje. 2016

## Discusión

Si bien se tuvo participación de 20 países de Latinoamérica, los datos recolectados en la encuesta representan la percepción de solamente 63 participantes; lo que limita obtener un panorama amplio de la situación de la cobertura universal en salud de la región.

Sin embargo, es interesante verificar que el análisis de los datos concuerda con lo explorado por otros autores como Ortiz Salgado y colaboradores;<sup>14</sup> quienes realizaron un análisis comparativo de dos sistemas de salud para evidenciar las estrategias y las brechas para obtener una mayor cobertura universal en salud, evidenciando la necesidad de políticas nacionales enfocadas en la Atención Primaria en Salud con participación de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Existe variabilidad en la percepción sobre el concepto de universalidad en la región, que podría explicarse tanto por falta de difusión de los trabajos y propuestas de las cumbres anteriores; así como por la falta de una mejor internalización del concepto, considerando la realidad de cada uno de los países, y sus comprensiones acerca del significado de atención integral en salud a la población.

## Conclusiones

Para alcanzar la Cobertura Universal en Salud debemos actuar estratégicamente en las cinco áreas fundamentales de acción de la atención primaria en salud: (1) Recopilar y difundir información para la acción; (2) Fortalecer la participación social: fomentar las capacidades y conocimientos de la población sobre la salud; (3) Formar y desarrollar las capacidades de los recursos humanos; (4) Actuar intersectorialmente; (5) Reorientar la atención sanitaria.

Existe un consenso latinoamericano (más del 80% de los países) de que el concepto de universalidad involucra el derecho que tiene la población de tener acceso a los servicios de Atención Primaria en Salud (APS) y de la Medicina Familiar y Comunitaria con enfoque integral, integrado y continuo, independientemente de la condición socioeconómica o geográfica del individuo, la familia o la comunidad.

Si bien en algunos de los países existen políticas orientadas hacia la obtención de la universalidad en la cobertura de los servicios de salud; es necesario el trabajo continuo, equilibrado y estructurado para lograr que aquellas poblaciones con menos acceso a los servicios alcancen, de manera escalonada y bien definida, la ruta de procesos para definir los alcances de acuerdo con sus realidades.

La participación activa de los miembros de la CIMF en el contexto de formulación de políticas país para alcanzar una mejora en los accesos a los servicios es necesaria y de carácter vinculante; deben generarse estrategias regionales en las que aquellos con una mayor experiencia proporcionen una plataforma para que los países en vías de universalización, encuentren un espacio de consenso sobre el cual poder preparar sus estrategias para presentación a los gobernantes locales.

## Recomendaciones

Del trabajo realizado durante los dos días de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria en la ciudad de San José de Costa en abril del 2016, a partir de la revisión de la literatura y del análisis de la encuesta; se derivaron las siguientes recomendaciones:

1. Rescatar y divulgar el concepto de Universalidad elaborado y consensuado en la Carta de Quito en el marco del V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria.
2. Reforzar el primer nivel de atención con la presencia del Médico de Familia y Comunidad basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, asegurando el contacto independientemente de la condición geográfica, social y económica de la población.
3. Gestionar de forma efectiva y equitativa los recursos, basados en el análisis de la situación de salud de la población, y además integrando la participación social como uno de sus ejes.
4. La Medicina Familiar como eje del primer nivel liderando el equipo multidisciplinario, manteniendo el enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención y educación.
5. Establecer equipos multidisciplinarios calificados con liderazgo de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para garantizar el acceso efectivo de los servicios de salud a individuos, familias y comunidades en el Primer Nivel de Atención.
6. Garantizar los recursos que permitan al equipo del primer nivel de atención realizar su potencial para resolver la mayoría de los problemas/necesidades del individuo la familia y la comunidad; que se estima es de al menos el 80%.
7. Cada país debe fortalecer los mecanismos de planificación y diálogo nacional sobre los requerimientos en la formación y la transformación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria; garantizando su inserción laboral y una distribución equitativa en función de las necesidades de la población.

## Referencias

1. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). Alix Freiler, Carles Muntaner, Ketan Shankardass, Catherine L Mah, Agnes Molnar, Emilie Renahy, Patricia O'Campo. 67, 2013, *Journal Epidemiology Community Health*, pp. 1068-1072. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-202731>
2. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. Daniel Titelman, Oscar Cetrángolo, Olga Lucía Acosta. 2015, *MEDICC Review*, Vol. 17, pp. 68-72. Suplemento.
3. América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. Vega, J and Frenz, P. 2015, *MEDICC Review*, Vol. 17. Suplemento.
4. Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T, McNeosh, D., Grady, M., & Geddes, I. London: s.n., 2010, UCL Institute for Health Equity.
5. Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el Siglo XXI. Suárez, J. M. 36, La Habana: s.n., 2010, *Revista de Salud Pública de Cuba*, Vol. 3.

6. Ortiz Hernández, L., & Pérez Salgado, D. Chile y Costa Rica: Diferentes caminos a la universalidad de los servicios de salud en América Latina. s.l.: MSP Occasional Paper, 2014.
7. Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Whitehead, M. and Dahlgren, G. 2006, Studies on social and economic determinants of population health No. 2.
8. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. 1978, Declaración de Alma-Ata, URSS.
9. Health systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity. Giovanella, L., et al. 2012, Rio de Janeiro: South American Institute of Government in Health, pp. 21-69.
10. National health systems throughout the world. Roemer, M.I. 1993, Annual Review of Public Health, pp. 14: 335-353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.002003>
11. Carta de Quito. Padula, A. Maria Inez and León, Edgar et al. Enero a Marzo 2016, Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Vol. 12.
12. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Hernández - Aguado, Ildefonso, Santaolaya Cesteros, María and Campos Esteban, Pilar. Suplemento, España: s.n., 2012, Gaceta Sanitaria, Vol. 26, pp. 6-13.
13. OPS/OMS. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. Distrito Federal: s.n., 2013.
14. Chile y Costa Rica: Diferentes caminos a la universalidad de los servicios de salud en América Latina. Ortiz Hernández, Luis and Pérez Salgado, Diana. 23, s.l.: MSP Occasional Paper, 2014, MSP Occasional Paper.

## Anexos

Encuesta elaborada con los aportes del grupo colaborador:

Concepto Universalidad con enfoque en la APS y MFyC:

1. ¿Cuáles considera que son los principales determinantes a nivel latinoamericano que limitan el alcanzar la universalidad de la Atención Primaria en Salud y de la Medicina Familiar y Comunitaria?

- a. Estructura y gestión
- b. Desempeño de las funciones esenciales de salud pública
- c. Modelo de atención
- d. Recursos humanos
- e. Financiamiento
- f. Medicamentos y tecnologías sanitarias
- g. Participación social y rendición de cuentas
- h. Rectoría

Justifique:

Otro:

2. ¿Cuáles considera que son los principales determinantes de su país que limitan el alcanzar la universalidad de la APS y de la MFC?

- a. Estructura y gestión
- b. Desempeño de las funciones esenciales de salud pública
- c. Modelo de atención
- d. Recursos humanos
- e. Financiamiento
- f. Medicamentos y tecnologías sanitarias
- g. Participación social y rendición de cuentas
- h. Rectoría

Justifique:

Otro:

3. ¿Considera que las políticas nacionales en salud a nivel latinoamericano están enfocadas y priorizadas hacia la universalidad de la APS y la MFC?

- a. si
- b. no
- c. no lo se

Justifique brevemente:

4. ¿Considera que las políticas nacionales en salud de su país están enfocadas y priorizadas hacia la universalidad de la APS y la MFC?

- a. si
- b. no
- c. no lo se

Justifique brevemente:

5. ¿Cuáles son las principales fortalezas del sistema de salud de su país que garantizan el alcanzar la universalidad de la APS y de la MFC en su región?

- a. Existencia de una política de gestión que valora e invierte en APS y MFC
- b. Buen desempeño de las funciones esenciales de salud pública
- c. Existencia de un Modelo de Atención adecuado a la APS y a la MFC
- d. Existencia de una política de Recursos Humanos en pro de la manutención y fortalecimiento de una APS y MFC calificadas y en cantidad necesaria
- e. Existencia de una política de Financiamiento que apoye específicamente el desarrollo de la APS y MFC
- f. Disponibilidad y acceso a Medicamentos y Tecnologías sanitarias
- g. Participación social y rendición de cuentas

Justifique:

Otro:

6. ¿En qué forma cree usted que la medicina familiar puede influenciar el lograr cumplir el principio de universalidad en su país?