

## Medicina Familiar, Atención Primaria y Violencia: formación y acción en Iberoamérica

Family Medicine, Primary Care and Violence: Training and action  
in Iberoamerica

*Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária e  
Violência: Formação e ação em Iberoamerica*

### Grupo de trabajo:

Carlos Rivero (México), Cecilia Llorach (Panamá), Daniela Sanchez (Colombia), Diego Alfonso Beltran (Colombia), Esperanza Arevalo (Ecuador), Evelin Gomez Sperandio (Brasil), Guillermo Jose Gonzalez (Nicaragua), Helena Ferraz (Brasil), Humberto Jure (Argentina), Ivan Fabrizio Canaval (Perú), Jonathan Guerrero (Colombia), Jorge Jesus Rodriguez (Panamá), Jose Alfredo Serna (Colombia), Jose Luis Huerta (México), Juan Alberto Gimenez (Paraguay), Juan Carlos Montenegro Cardona (Colombia), Julian Herrera (Colombia), Juliana Valverde (Costa Rica), Kenia Villanueva (República Dominicana), Leonardo Fabio Cordoba (Colombia), Marcela Cuadrado (Uruguay), Maria Alzira Gonzalez de Lima de Moraes (Brasil), Maria Inez Padula Anderson (Brasil), Mario Alvear Martinez (Ecuador), Mauricio Ulba (Colombia), Orlando Espinosa Colombia, Patricia Granada Echeverri (Colombia), Ricardo Donato (Brasil), Sebastian Fuentes (Chile), Thomas Meoño (Costa Rica), Xavier Astudillo Romero (Ecuador), Yara Perez (Nicaragua).

## Resumen

**Objetivo:** Identificar la percepción de médicos de familia y comunidad, así como de otros profesionales de Atención Primaria, en los 20 países que conforman la Confederación Iberoamericana de Medicina de Familia (CIMF), sobre las formas de violencia más prevalentes en su país y en las comunidades que asisten. Además, identificar la percepción sobre sus propias capacitación y motivación, además aquellas de los médicos de familia en sus países, para abordar la violencia y contribuir a la cultura de la paz. **Métodos:** Estudio exploratorio, corte-transversal, de carácter descriptivo y enfoque cuantitativo, realizado en los 20 países miembros de CIMF, entre los meses de septiembre de 2017 a marzo de 2018. Se construyó un instrumento tipo encuesta, a partir de revisión bibliográfica del fenómeno de estudio, discusión y validación con diferentes profesionales de la medicina familiar considerados expertos en el tema. Se divulgó con el apoyo de las diferentes sociedades científicas de Medicina Familiar que componen los 20 países de CIMF, alcanzando 242 respuestas. **Resultados:** Más del 92% de profesionales consideran carecer de formación suficiente para abordar la violencia en su cotidianidad laboral y solo 24% considera haber recibido formación suficiente en la Cultura de Paz. Por otro lado, es alarmante en la región la percepción de prevalencia de los diversos tipos de violencia desde el punto de vista personal, familiar y comunitario. **Conclusiones:** Es necesario integrar en la formación de los médicos familiares y profesionales de la Atención Primaria, asimismo en los currículos de pregrado de Medicina, contenidos relacionados con el abordaje de la violencia y la contribución a la cultura de paz para superar la violencia. Es visible la brecha de conocimiento en estos temas por parte de los médicos de familia y demás profesionales que actúan en la Atención Primaria. Por otro lado, es notable el potencial beneficio de tener esos profesionales actuando en esto grave problema de salud por su elevada prevalencia y especialmente considerando su contacto frecuente y longitudinal con las personas, familias y comunidades quienes han sido víctimas de violencia.

**Palabras clave:** Formación; Medicina Familiar; Atención Primaria; Violencia; Cultura de Paz

**Cómo citar:** Anderson MIP, Astudillo X, Arias-Castillo L, Bartolomé C, Guerrero JS, Meoño T, et al. Medicina Familiar, Atención Primaria y Violencia: formación y acción en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(Suppl 1):9-28. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1850](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1850)

Maria Inez Padula Anderson<sup>a</sup>  
Xavier Astudillo Romero<sup>b</sup>  
Liliana Arias-Castillo<sup>c</sup>  
Cruz Bartolomé Moreno<sup>d</sup>  
Jhonathan Stick Guerrero Sinisterra<sup>e</sup>  
Thomas Meoño Martín<sup>f</sup>  
Marcela Cuadrado Segura<sup>g</sup>  
Humberto Jure<sup>h</sup>  
Sebastián Fuentes Hülse<sup>i</sup>  
Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira<sup>j</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. [inezpadula@gmail.com](mailto:inezpadula@gmail.com) (*Autora correspondiente*)

<sup>b</sup> Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL); Sociedad Ecuatoriana de Salud de la Migración; Instituto de Salud y Migración del Hospital (UTPL); Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. Ecuador. [xaviastor79@yahoo.es](mailto:xaviastor79@yahoo.es)

<sup>c</sup> Universidad del Valle (UNIVALLE); VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar; Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF). Colombia. [lilac@larcas.com](mailto:lilac@larcas.com)

<sup>d</sup> Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria, sector Zaragoza 1; Facultad de Medicina de Zaragoza; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). España. [cbartolome@semfyc.es](mailto:cbartolome@semfyc.es)

<sup>e</sup> Universidad del Valle (UNIVALLE), Facultad de Salud. Colombia. [jhonathan.guerrero@correounivalle.edu.co](mailto:jhonathan.guerrero@correounivalle.edu.co)

<sup>f</sup> Universidad de Costa Rica (UCR), Asociación Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica. Costa Rica. [drmeono@gmail.com](mailto:drmeono@gmail.com)

<sup>g</sup> Facultad de medicina, Universidad de la República (UdelAR), Sociedad Uruguaya De Medicina Familiar Y Comunitaria (Sumefac). Uruguay. [marcelacua@gmail.com](mailto:marcelacua@gmail.com)

<sup>h</sup> Universidad Nacional del Nordeste (UNNE); Universidad Nacional de Villa María (UNVM); Universidad Nacional de Córdoba (UNC); Federación Argentina de Medicina Familiar y General. Argentina. [hjure2000@hotmail.com](mailto:hjure2000@hotmail.com)

<sup>i</sup> Departamento de Humanidades Médicas y Medicina Familiar, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso (UV). Chile. [sebastian@medfamiliar.cl](mailto:sebastian@medfamiliar.cl)

<sup>j</sup> Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo. São Bernardo do Campo. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. SP, Brasil. [denizeoip@yahoo.com.br](mailto:denizeoip@yahoo.com.br)

### Financiación:

ninguna declarada.

### Aprobación ética:

La investigación se consideró sin riesgo para los participantes. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se realizaron acorde a las normas éticas de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki)

### Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

### Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 25/07/2018.

Aceptado el: 27/08/2018.

## Abstract

---

**Objective:** To identify the perception of family and community doctors - as well as other professionals in 20 countries that make up the Ibero-American Confederation of Family Medicine (CIMF) - on the most prevalent forms of violence in their country and in the communities they attend. Also, to identify the perception about their own motivation and ability, as well as that of family physicians from their countries, to address violence and contribute to the culture of peace. **Methods:** Cross-sectional, exploratory study, descriptive and quantitative approach, carried out in the 20 member countries of CIMF, between the months of September 2017 to March 2018. A survey was designed based on a literature review of the study phenomenon, discussion and validation with different family medicine professionals considered to be experts in the subject. It was disseminated with the support of the different scientific societies of Family Medicine that make up the 20 countries of the CIMF, reaching 242 responses. **Results:** More than 92% of professionals consider that they lack sufficient training to deal with violence in their daily work and only 24% consider that they have received sufficient training in the Culture of Peace. On the other hand, the perception of prevalence of the different types of violence from the personal, family and community point of view in the region is alarming. **Conclusions:** It is necessary to integrate in the training of family doctors and primary care professionals, as well as in the undergraduate curricula of Medicine, contents related to the approach to violence and the contribution to the culture of peace to overcome violence. The knowledge gap on these issues is visible by family doctors and other professionals who work in Primary Care. On the other hand, the potential benefit of having these professionals acting in this serious and prevalent health problem is remarkable, especially considering their frequent and longitudinal contact with people, families and communities who have been victims of violence.

**Keywords:** Training; Family Medicine; Primary Care; Violence; Culture of Peace

## Resumo

---

**Objetivo:** Identificar a percepção de médicos de família e comunidade, bem como outros profissionais, em 20 países que compõem a Confederação Ibero-americana de Medicina de Família (CIMF), sobre as formas mais prevalentes de violência em seu país e nas comunidades que atendem. Além disso, identificar a percepção sobre suas próprias motivação e capacitação, além daquelas dos médicos de família de seus países para abordar a violência e contribuir para a cultura da paz. **Métodos:** Estudo corte-transversal, exploratório, de abordagem descritiva e quantitativa, realizado nos 20 países membros da CIMF entre os meses de setembro 2017 a março de 2018. A pesquisa foi projetada com base em uma revisão da literatura sobre o fenômeno de estudo. Um questionário foi elaborado e validado com diferentes profissionais de medicina de família considerados especialistas no assunto e posteriormente disseminado com o apoio das diferentes sociedades científicas de Medicina de Família que compõem os 20 países do CIMF, alcançando 242 respostas. **Resultados:** Mais de 92% dos profissionais consideraram que não possuem treinamento suficiente para lidar com a violência em seu cotidiano de trabalho e apenas 24% consideram que receberam treinamento suficiente na Cultura de Paz. Por outro lado, a percepção da prevalência, na região, dos diferentes tipos de violência, do ponto de vista pessoal, familiar e comunitário é alarmante. **Conclusões:** É necessário integrar na formação de médicos de família e os profissionais de cuidados primários, bem como nos currículos de graduação de Medicina, conteúdos relacionados com a abordagem à violência e a contribuição para a cultura da paz para a superação da mesma. A lacuna de conhecimento sobre essas questões é visível pelos médicos de família e outros profissionais que trabalham na Atenção Primária. Por outro lado, é notável, o benefício potencial de ter esses profissionais atuando nesse grave e prevalente problema de saúde, especialmente considerando seu contato frequente e longitudinal com pessoas, famílias e comunidades vítimas de violência.

**Palavras-chave:** Formação; Medicina de Família; Atenção Primária; Violência; Cultura da Paz

---

## Introducción

*[...] Hablamos a menudo de cómo puede enraizarse una “cultura de la violencia”. En muchas sociedades, la violencia está tan generalizada que desbarata las esperanzas de desarrollo económico y social. No podemos permitir que esta situación se mantenga. ... Es posible prevenirla, así como reorientar por completo las culturas en las que impera. ... Los gobiernos, las comunidades y los individuos pueden cambiar la situación.*

*A nuestros hijos, los ciudadanos más vulnerables de cualquier sociedad, les debemos una vida sin violencia ni temor. Para garantizarla hemos de ser incansables en nuestros esfuerzos por lograr la paz, la justicia y la prosperidad no solo para los países, sino también para las comunidades y los miembros de una misma familia. Debemos hacer frente a las raíces de la violencia. Solo entonces transformaremos el legado del siglo pasado de lastre oneroso en experiencia aleccionadora.*

Nelson Mandela  
(Informe Mundial sobre Violencia y Salud, 2002)

La Atención Primaria de Salud [APS] es una estrategia fundamental para mejorar la salud con criterios de Equidad y Justicia Social. Diversos autores como Barbara Starfield<sup>1</sup> han señalado el gran impacto que tiene la inversión en APS sobre la equidad. Un sistema de salud basado en la APS, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, un capital humano adecuado, además de recursos económicos y tecnológicos sostenibles para garantizar una adecuada respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Tras 40 años de Alma Ata y su objetivo de “Salud Para Todos en el Año 2000”, seguimos estando muy lejos de alcanzar dicho propósito. Los bienes y servicios de salud continúan siendo inalcanzables para muchos especialmente para quienes más los precisan. Esta desigualdad, si miramos por ejemplo el ordenamiento de los países según el indicador Gini<sup>2</sup> muestra como en muchos países iberoamericanos existen comunidades sumidas en la pobreza y con acceso restringido a servicios públicos, con pocas oportunidades socio-laborales y por ende, bajos niveles de calidad de vida.<sup>3</sup> Gran parte de estas personas se encuentran en Iberoamérica y el mundo, asentadas en las periferias de las grandes ciudades, viviendo en situación de exclusión, en condiciones precarias, prácticamente desasistidas, víctimas silenciosas del olvido y la avaricia de corruptos grupos de poder, o rehenes de organizaciones criminales. Este entorno constituye un medio propicio para la aparición y mantenimiento de graves problemas sociales y de salud, entre ellos la violencia.

Esta violencia, con todas sus manifestaciones, debe ser entendida como una consecuencia tácita de la enorme desigualdad social y como uno de los más graves problemas sociales y de salud en el mundo. Muchos estudios señalan que la violencia es más común en las sociedades con mayor inequidad y desigualdad de ingresos y con menores posibilidades de desarrollo social. Estas sociedades, difícilmente tendrán un ambiente de paz, más aún si los ciudadanos y, específicamente, los profesionales de salud del primer nivel, asumimos un rol pasivo, manteniéndonos como mudos testigos ante la injusticia, si callamos ante la inequidad, y acabamos por nos convertir en promotores de esa violencia.<sup>4</sup>

### **Desigualdad social, violencia y enfermedad: una tríade inseparable**

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, declaró a la violencia como creciente problema de salud pública que trae consigo graves consecuencias a corto y largo plazo para la salud de los individuos, las familias, las comunidades y, además, resulta en efectos perjudiciales para los servicios de salud. La misma Asamblea, exhortó a los Estados Miembros, a considerar urgentemente el problema de la violencia dentro de sus propias fronteras y a establecer actividades de salud pública para abordarlo, planteando metas, entre ellas: (a) aumentar la conciencia acerca del problema de la violencia en el mundo, y dejar claro que la violencia puede prevenirse y (b) que la salud pública tiene el cometido fundamental de abordar sus causas y consecuencias.<sup>5</sup>

Cada año, más de 1,6 millones de personas mueren y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia auto-infligida, interpersonal o colectiva. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de 15 a 44 años de edad. En 2012, casi medio millón de personas murieron a causa de homicidios dolosos y más de una tercera parte de éstos (36%) tuvieron lugar en el continente americano. Las estadísticas revelan que casi la mitad de todos los homicidios se produce en

países donde habita el 11% de la población mundial que, no por casualidad, concentra la población más pobre desde el punto de vista socio-económico.<sup>6</sup> La tasa de homicidios promedio en el mundo se sitúa en el 6,2 por 100.000 habitantes, sin embargo, en el sur de África y América Central se registraron tasas hasta cuatro veces mayores (30 y 26 víctimas por cada 100.000 habitantes, respectivamente). En contraste, tasas hasta cinco veces menores que el promedio mundial, se presentan en el este de Asia, el sur de Europa y Europa Occidental en 2012.<sup>6</sup>

Las causas más grandes de violencia se arraigan profundamente en el entramado social, cultural y económico, constituyendo un problema de salud pública, dada la valoración social del fenómeno y las formas de movilización social que desencadena. Múltiples factores familiares, comunitarios, culturales y otros agentes externos interactúan para crear un ambiente que favorece el surgimiento de la violencia.<sup>5</sup> Es un problema que carece de un abordaje sistémico en la mayoría de países, debido a que las intervenciones surgen del paradigma cartesiano asistencial, de carácter reduccionista, que conduce a un pensamiento lineal cuyas soluciones pasan por una relación simple de causa – efecto. Este paradigma impide pensar y plantear soluciones estructurales, que miren a este fenómeno desde su complejidad. En contraste, para algunos autores, las intervenciones pensadas desde educación, oportunidades de trabajo y el acompañamiento a las familias, son estrategias de larga duración que muestran resultados más sólidos y amplios, que las reacciones asistenciales puntuales.

En el ámbito de la salud, además del acompañamiento de los profesionales de la salud en los procesos de rehabilitación e inclusión socio-laboral, hay que considerar que las consecuencias de la violencia son inmediatas y agudas, pero también duraderas y crónicas. Investigaciones han demostrado que cuanto más grave es el maltrato, mayores son las repercusiones sobre la salud física y mental. Así mismo se conoce, que las consecuencias negativas para la salud derivadas de la violencia, pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado el maltrato.<sup>5</sup>

La “violencia colectiva”, es decir, la derivada de guerras, terrorismo, levantamientos, conflictos étnicos, religiosos o similares, luchas de bandas y extorsiones mafiosas, y en general toda agresión y extorsión realizada por un colectivo organizado contra otros grupos, civiles o militares, es indudablemente una causa importante de mortalidad y de graves alteraciones y secuelas en la salud. Se ha documentado ampliamente la alta frecuencia de secuelas psicológicas que sufren los combatientes y la población civil en los conflictos bélicos o similares.<sup>5</sup>

## **Cómo enfrentar y superar la violencia?**

Como problema complejo que es, enfrentar la violencia exige más que acciones puntuales. Exige comprender sus matrices, sus raíces y, además, exige acciones propositivas que ayuden a tener otra actitud, otra forma de contestar, que no a de responder con más violencia a las situaciones violentas. O sea necesitamos de otro paradigma científico-social. *“Este paradigma naciente nos obliga a realizar travesías progresivas: tenemos que pasar de la parte al todo, de lo simple a lo complejo, de lo local a lo global, de lo nacional a lo planetario, de lo planetario a lo cósmico... Ahora, o cuidamos de la Humanidad y del Planeta Tierra, o no tendremos ningún futuro.”*<sup>7</sup>

Así es que, en este contexto, vale traer a la conciencia la idea de la Cultura de la Paz y otros temas centrales para superar la violencia y que, sintéticamente, están apuntados acá.

La relación entre la violencia y la cultura de la paz se establece al comprender que la represión y el castigo a los actos violentos no son suficientes para una transformación del individuo (autor/a de la violencia) y de la sociedad. El ser que practicó la violencia no es en sí mismo la violencia: debe ser responsabilizado por sus actos, pero también debe tener acceso a los medios para superar esa condición.<sup>8</sup> Muchos comportamientos violentos son aprendidos socialmente y no son expresiones naturales de la humanidad, ni están asociados a determinado género o grupo social. La visión de la Cultura de Paz mediante la promoción de una vida humana sana y significativa es la forma más efectiva de prevenir la violencia. La Cultura de la Paz presenta una alternativa concreta a substituir la acción que genera violencia por una acción que genera la paz.

Otro punto que debe ser destacado en el contexto del cambio de paradigma y el enfrentar la violencia, es el desarrollo de la Espiritualidad. Los cuidados espirituales en salud han sido considerados un campo emergente a nivel mundial en las últimas tres décadas. Múltiples disciplinas han venido realizando investigación y aportes para construir un cuerpo de conocimientos y prácticas coherentes con la ciencia, a ello ha contribuido principalmente la medicina paliativa, la psicología, la psiquiatría, la geriatría, la enfermería y, más recientemente, la medicina familiar.

La Espiritualidad se relaciona con la Cultura de la Paz, una vez que la paz es considerada una fuente de espiritualidad y, a su vez, también estaría vinculada con otras fuentes asociadas como la esperanza, la fortaleza, el amor, la conexión, el bienestar y el apoyo social.<sup>9</sup> Como dice Krishnamurti: “la paz mundial descansa sobre la paz interior”. En este sentido un aspecto crucial es el autocuidado espiritual de la persona que cuida, el profesional de la salud en toda su subjetividad.

Un otro aspecto que debe orientar las acciones para enfrentar la violencia tiene que ver con la Ética del Cuidado. El cuidado con el otro, aunque sea una actitud arquetípica del ser humano, fue desplazado para dar lugar al egocentrismo. Recuperar el cuidado, en su concepto histórico, significa promover relaciones sociales de reciprocidad, de co-responsabilidad y de apoyo mutuo. Para ello es necesaria una educación afectiva de los individuos o ciudadanos. La educación de la afectividad no conduce solamente a una mejor autoestima sino a un mayor compromiso con los demás y con la sociedad.<sup>10</sup>

## **Problema de estudio**

El abordaje de la violencia es, necesariamente, un tema intersectorial y los Médicos de Familia, asimismo todos los profesionales de la Atención Primaria pueden y deben aportar a su solución, a través de sus propias acciones de salud, además de poder invertir en la participación comunitaria y ciudadana, y en la búsqueda e implementación de soluciones al problema junto a los gobiernos, y los gestores de salud y educación.

Entretanto, en la formación y en la práctica profesional para el abordaje de la violencia, sabemos que tenemos brechas a superar acá manifiestas en la siguiente hipótesis que este estudio intentó explorar:

## Hipótesis

- Aunque la violencia sea uno de los dos más grandes problemas de salud pública del mundo, desde un punto de vista teórico y práctico, el abordaje de la Violencia no es parte relevante de los programas formativos de los MFC y de los demás Profesionales de la Salud de la Atención Primaria.
- Los servicios de salud en el ámbito de la Atención Primaria y de la Medicina Familiar no están adecuadamente preparados para identificar y cuidar de manera adecuada de las personas, familias y comunidades que sufren violencia.

## Objetivo general

- Identificar la percepción de los médicos familiares y comunitarios, así como la de otros profesionales de la Atención Primaria de 20 países de la Red de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), sobre la situación de la violencia en los países y locales donde trabajan y sobre la formación en el abordaje de la violencia y, asimismo, su comprensión sobre la cultura de paz.

## Objetivos específicos

- Explorar como ha sido la formación de los médicos de familia y profesionales de salud en términos del abordaje de la violencia en el pregrado y el postgrado.
- Identificar las prácticas de los médicos de familia y profesionales de salud, que participan en el estudio, en el abordaje de la violencia en su práctica clínica cotidiana.
- Conocer la percepción sobre la situación de la violencia en los países y locales donde trabajan los médicos de familia y profesionales de salud del primer nivel de atención que participan del estudio.
- Explorar los sentimientos y perspectivas de los médicos de familia y profesionales de salud del primer nivel de atención para el abordaje de la violencia, que participan en el estudio.
- Conocer la percepción de los médicos de familia y profesionales de salud del primer nivel de atención en relación a la Cultura de la Paz.

## Metodología

Se trata de un estudio exploratorio, corte-transversal, de carácter descriptivo y enfoque cuantitativo, realizado en los 20 países ibero y latino-americanos, miembros de CIMF, entre los meses de septiembre de 2017 a marzo de 2018. El público-blanco del estudio estuvo conformado por médicos y residentes de medicina familiar, además de otros profesionales Atención Primaria.

## Métodos

Se realizó un estudio bibliográfico previo para elaborar un cuestionario que identificó la formación y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) y de otros profesionales de la Atención Primaria en la promoción de la Cultura de la Paz y las percepciones sobre la violencia en el país y el lugar de

trabajo, asimismo sobre el abordaje de este fenómeno desde el punto de vista de la AP. El Instrumento fue elaborado, revisado y validado en su contenido por representantes de las asociaciones de Medicina Familiar constituyentes de CIMF, considerados expertos en el tema.

El cuestionario fue auto-administrado, anónimo y en formato online. Se envió a cada sociedad científica de cada país para su difusión. También fue colocado en la página de Facebook de CIMF.

## Resultados

### 1) Perfil de los respondientes

La población que participó en la encuesta sumó un total de 243 profesionales. Los perfiles y ocupaciones de los participantes son variados, siendo casi la totalidad (93%) médicos de familia o residentes de Medicina Familiar. La procedencia de los 243 registros informa que los participantes de la encuesta son de 19 de los 20 países que conforman CIMF. Fue incluido un encuestado de los Estados Unidos (Tabla 1). Además, un total de profesionales de 97 ciudades distribuidas en estos 20 países han participado de la Encuesta.

**Tabla 1.** Encuesta CIMF - Participantes en el proyecto: “Formación y Rol de la MFC y de la AP en el abordaje del fenómeno de la violencia y en la promoción de la Cultura de la Paz”

| País                 | Número de Participantes |
|----------------------|-------------------------|
| Argentina            | 22                      |
| Bolivia              | 10                      |
| Brasil               | 25                      |
| Chile                | 20                      |
| Colombia             | 25                      |
| Costa Rica           | 20                      |
| Cuba                 | 2                       |
| Ecuador              | 6                       |
| Salvador             | 2                       |
| España               | 25                      |
| Estados Unidos       | 1                       |
| México               | 20                      |
| Nicaragua            | 1                       |
| Panamá               | 10                      |
| Paraguay             | 12                      |
| Perú                 | 8                       |
| Puerto Rico          | 7                       |
| República Dominicana | 5                       |
| Uruguay              | 8                       |
| Venezuela            | 14                      |
| Total                | 243                     |

Fuente: Encuesta de los autores.

Si se organiza la información de acuerdo a la conformación por Subregiones se tiene la Tabla 2. De esta forma se observa que, en términos porcentuales, la procedencia (%) de los participantes es proporcional a la población (%) de cada región.

**Tabla 2.** Respondientes por Regiones de CIMF - Participación porcentual, Población Acumulada y Porcentual.

| Subregión     | Respondientes - Participación Porcentual | Población Acumulada por Región | Población Porcentual por región |
|---------------|--|--------------------------------|---------------------------------|
| Cono Sur      | 35,9%                                    | 280.243.774 Habitantes         | 43,5%                           |
| Mesoamericana | 27,7%                                    | 167.991.115 Habitantes         | 26,1%                           |
| Andina        | 26,0%                                    | 139.563.236 Habitantes         | 21,6%                           |
| Ibérica       | 10,4%                                    | 57.030.280 Habitantes          | 8,8%                            |
| Total         | 100%                                     | 644.828.405 Habitantes         | 100%                            |

Fuente: Encuesta de los autores.

La distribución del sexo entre los respondientes fue de 69% de mujeres y 31% de hombres. En términos de edades, se organizó los resultados de la variable por grupos etarios con las siguientes categorías, 20-40 años – 41,9%; 40-60 años – 34,6% y más de 60 años – 8,2%. Desafortunadamente, hubo un problema en la encuesta de manera que 15,2% de los registros no se pudieron analizar - lo que imposibilita un análisis adecuada de este tópico.

Pasando a la pregunta relacionada con el perfil profesional de los participantes en la encuesta se puede observar, en la Tabla 3, que la mayoría absoluta fue de médicos de familia (94%).

**Tabla 3.** Respondientes y Perfil Profesional (n=243).

| Profesión Referida               | Aporte Porcentual a la Encuesta |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Médico/a Familiar                | 94%                             |
| Enfermero/a de Atención Primaria | 1,6%                            |
| Residentes de Medicina Familiar  | 1,2%                            |
| Educador/a Párvulos              | 0,4%                            |
| Médico/a Veterinario/a           | 0,4%                            |
| Odontólogo/a                     | 0,4%                            |
| Psicólogo/a                      | 0,4%                            |
| Psiquiatra                       | 0,4%                            |
| Salud Pública                    | 0,4%                            |
| Trabajador/a Social              | 0,4%                            |
| Total                            | 100%                            |

Fuente: Encuesta de los autores.

Relacionado a la formación en Postgrado, 93% de las especialidades son relacionadas a Medicina Familiar; y cerca de 50% de los encuestados tenían maestría (35%) o doctorado (9%) o post-doctorado (4%) en el momento del estudio.

La situación de los encuestados relacionada a sus eventuales asociaciones científicas fueron agrupadas en 3 categorías a saber: Sociedades Científicas relacionadas con la Medicina y Salud Familiar (60%); Otras Sociedades Científicas con Intereses Diferentes (6%); Reporta No Pertener a Sociedades Científicas (34%).

## 2) Formación de pregrado para el abordaje de la violencia

De la población encuestada se revisó dos asuntos centrales que se convierten en parte de la línea base para la discusión. Se trata de la formación en Violencia y en Paz. Para esta parte de la encuesta se revisaron dos componentes de la formación Universitaria, los espacios de formación teórica y práctica, sea en el pregrado asimismo el postgrado. Los resultados a partir de estos dos componentes presentes en todos los currículos están representando en la Gráfica 1.

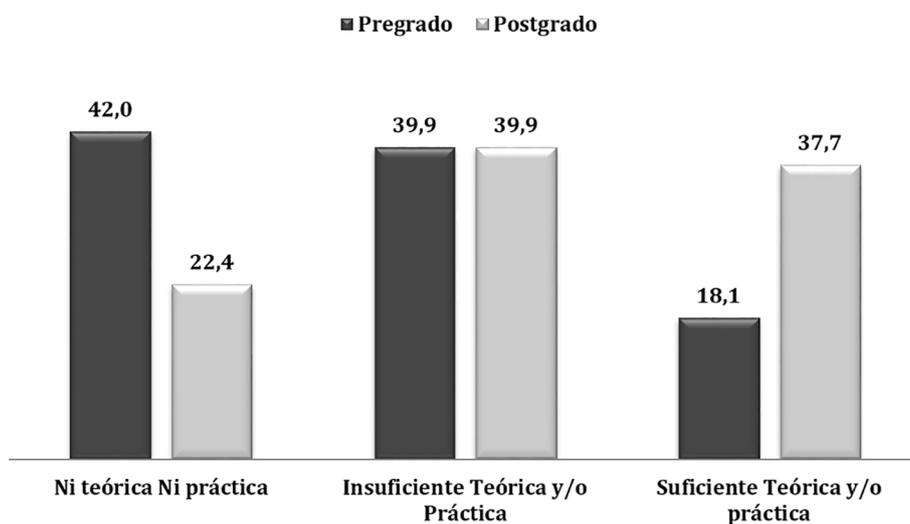


Gráfico 1. Autopercepción (%) sobre el aprendizaje del Abordaje de la Violencia en el Pregrado (n=243) y PostGrado (n=223). Fuente: Encuesta de los autores.

En nivel de pregrado, los encuestados ubicaron principalmente su respuesta en dos alternativas, la primera y de mayor tamaño (42% de los encuestados) es la que muestra que la formación sobre Violencia en términos teóricos y prácticos fue nula. Esto supone una base de la problemática importante, dado que no se ve como tema relevante en los procesos de formación académica. La segunda alternativa muestra que cerca de 40% de los encuestados reconocen que hubo alguna formación, teórica y/o práctica, pero fueron insuficientes. **Es relevante que 82% de los encuestados no hayan tenido ninguna formación en el pregrado, o si tuvieron, la misma fue percibida como insuficiente.** También se debe mencionar que 18% de los encuestados perciben que hubo Formación Teórica y Práctica y esta fue suficiente.

En el postgrado, la situación es algo distinta, de manera que aumenta el número de respuestas positivas en cuanto a haber tenido información, teórica y/o práctica suficiente (38%), aunque en este tópico hubo 9% de respuestas como solamente formación teórica. Pero el porcentual de quienes no refiere ninguna formación o formación insuficiente, permanece elevado (62%).

## 3) Datos relacionados a la prevalencia de la violencia y a los tipos de violencia

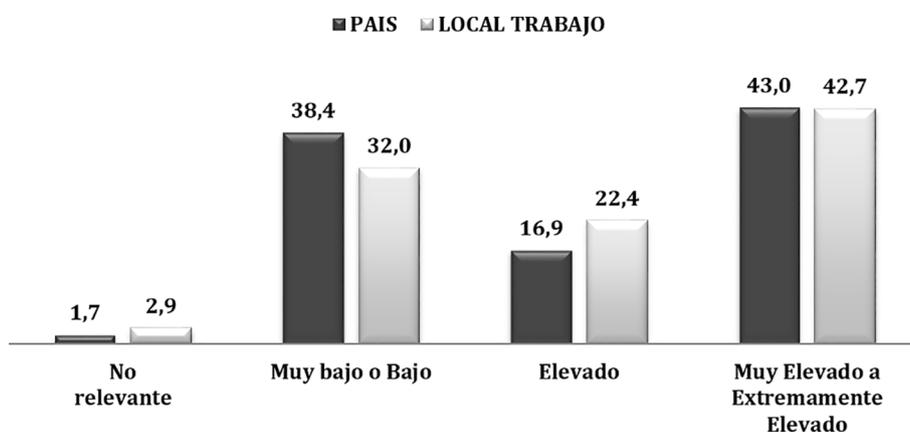
### 3.1. Violencia en la vida de las personas, familias y comunidades

Relacionado a la percepción sobre el nivel de violencia en la vida de las personas, en el país y en el local de trabajo, el respondiente debía marcar en un número en una escala que variaba de 0 (No relevante)

a 5 (El nivel más elevado de violencia). Aunque cualquier nivel de violencia sea inaceptable, fueron establecidas, para efectos de análisis, 4 categorías:

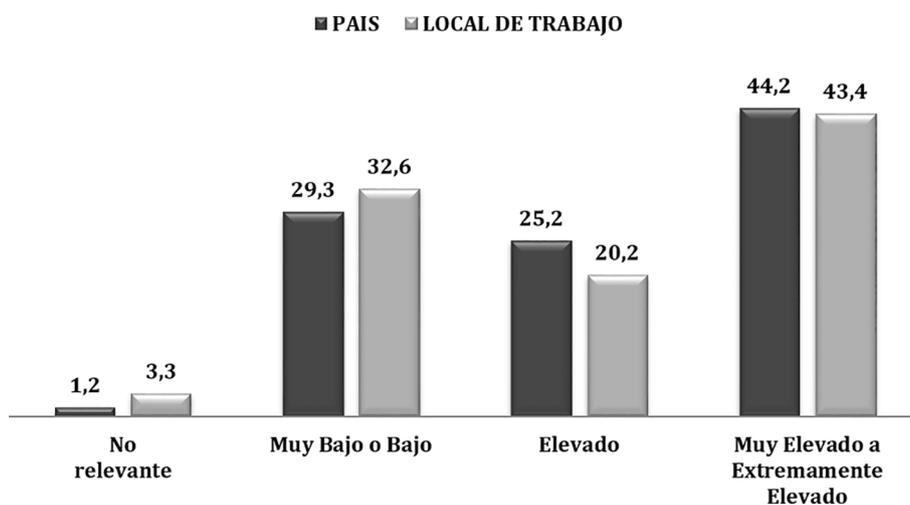
- 1ª Nivel de Violencia - No relevante (para quien ha marcado 0);
- 2ª Nivel de violencia - Muy bajo o bajo (para quien ha marcado 1 o 2);
- 3ª Nivel - Elevado (para quien ha marcado 3);
- 4ª Nivel de Violencia - Muy elevado o Extremadamente elevado (para quien ha marcado 4 o 5).

Considerando esta clasificación, el nivel de violencia **en la vida de las personas** ha sido clasificado como Muy Elevado o Extremadamente elevado para cerca de 43% de los respondientes, sea en el caso de la violencia en el local de trabajo de los profesionales que participaron de la encuesta, sea en su país. Si sumamos el porcentual de quien ha clasificado como elevado, quedamos con un porcentual de 60% de nivel de Violencia considerado elevado a extremadamente elevado en el país y 65% en el local de trabajo de los respondientes (Gráfica 2).



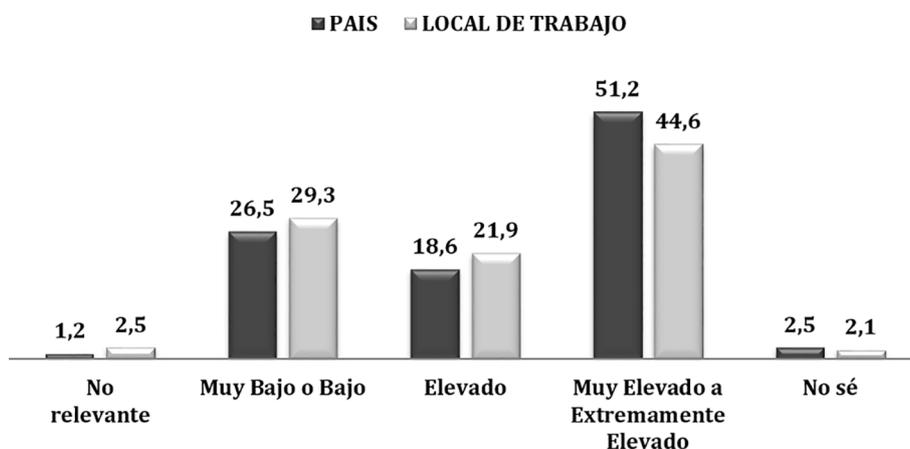
**Gráfico 2.** Clasificación (%) del nivel de violencia en la vida de las PERSONAS, en el país y en el local de trabajo, de acuerdo con la percepción de los respondientes (n=242). Fuente: Encuesta de los autores.

En el mismo sentido, se ha propuesto la misma clasificación, en este caso, para la percepción del nivel de **violencia en la vida de las familias** y los porcentuales fueron igualmente relevantes, llegando a cerca de 70% en el país y los mismos 64% en el nivel familiar (Gráfica 3):



**Gráfico 3.** Clasificación (%) del nivel de violencia en la vida de las FAMILIAS, en el país y en el local de trabajo, de acuerdo con la percepción de los encuestados (n=242). Fuente: Encuesta de los autores.

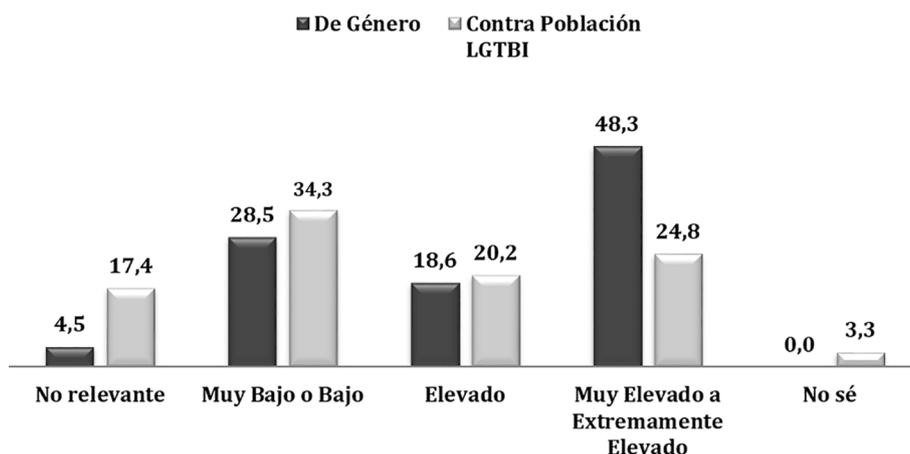
La misma pregunta fue hecha para evaluar la percepción de los respondientes sobre el nivel de la **violencia en la vida de las comunidades** y en este caso los porcentuales son muy elevados: 70% contestaron que clasificarían el nivel de la violencia como elevado a extremadamente elevado, considerando su país. De estos 70%, más de la mitad (el 51%) marcaron valores como Muy Elevado a Extremadamente Elevado. En el caso de la violencia percibida por los respondientes en la vida de las comunidades en las cuales ejercen su trabajo, los valores fueron más bajos, manteniéndose alrededor de 67%, aunque la clasificación de Muy elevado a Extremadamente Elevado llegue a cerca de 45% (Gráfica 4):



**Gráfico 4.** Clasificación del nivel de violencia en la vida de las COMUNIDADES (%), en el país y en el local de trabajo, de acuerdo con la percepción de los respondientes (n=242).

### 3.2. Violencia de género y contra la población de lesbianas, gays, bisexuales y transsexuales (LGBT)

La percepción de los respondientes acerca del nivel de la violencia de género y también contra la población LGBT, fue explorada, utilizándose del mismo abordaje y clasificación. La violencia de género fue reconocida como bastante elevada, sumando 67% (48% considerada Muy a Extremadamente Elevada). Relacionada a la violencia contra la población LGBT, los porcentuales son más bajos – sumando 45% – sugiriendo una más baja percepción, una vez que es sabido que los niveles de violencia contra esta población son extremos (Gráfica 5).

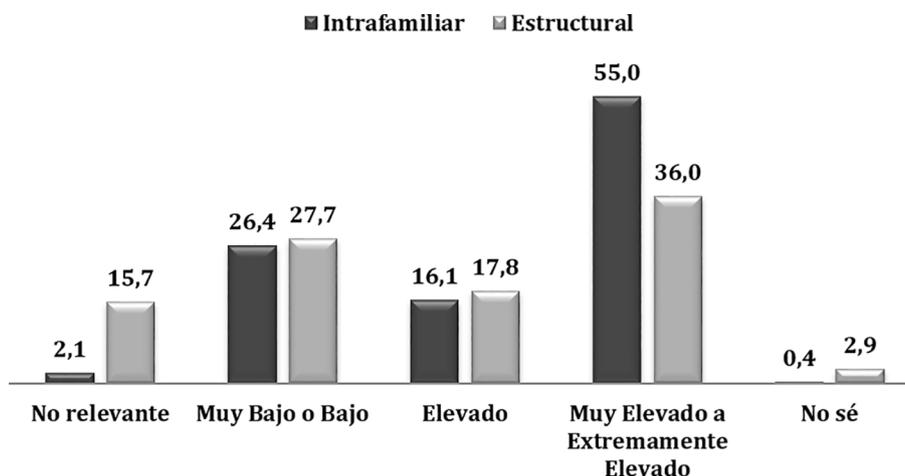


**Gráfico 5.** Clasificación (%) del nivel de violencia de Género y contra la Población LGBT que es atendida por los Médicos Familiares y/o por sus residentes/estudiantes, según la percepción de los respondientes. Fuente: Encuesta de los autores.

A continuación, se preguntaba quiénes eran las personas - entre mujeres, hombres, niños/niñas y ancianos - que más sufrían de la violencia de género y contra la población LGBT. Relacionado a la violencia de género, las mujeres fueron las más citadas (54%), seguido por los adolescentes (19%), los niños/niñas (16%), los ancianos (6,6%) y por último los hombres (4,4%). Relacionado a la percepción de la violencia contra la población LGBT, los hombres aparecen en primer lugar (40%), seguido por los adolescentes (32%), después las mujeres (23%); los niños y niñas (4,1%) y los ancianos (0,5%).

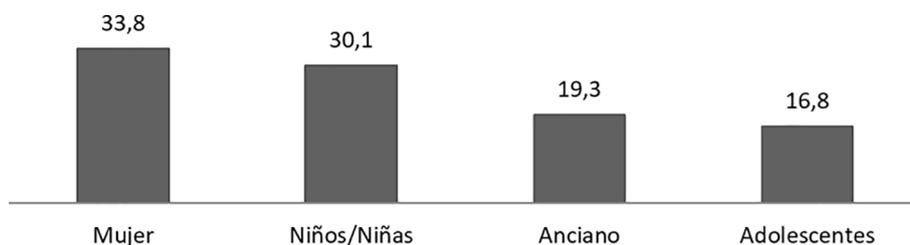
### 3.3. Violencia estructural y violencia intrafamiliar

La violencia estructural suele ser la más invisible de entre todas las formas de violencia, aunque una de las más impactantes, porque ella es capaz de mantener todas las demás en niveles elevados. La violencia estructural es aquella mantenida, promocionada o facilitada por el Estado. El Estado que debería, justamente, cuidar y proteger la población comete, a través de la aplicación de sus leyes, de su práctica, o de su ausencia en la defensa de los más necesitados, una forma muy violenta de violencia. Relacionado a la percepción de la Violencia Intrafamiliar en la población asistida por los profesionales respondientes, los porcentuales son significativamente altos, ya que un 71% la clasificaron como Elevada a Extremamente Elevada. En términos de violencia estructural, la percepción es más baja, aunque, sea de hecho elevada (54%) (Gráfica 6):



**Gráfico 6.** Clasificación (%) del nivel de Violencia Intrafamiliar y Estructural junto a la población que es atendida por los Médicos Familiares y/o por sus residentes/estudiantes, según la percepción de los respondientes. Fuente: Encuesta de los autores.

Cuando se preguntó sobre quienes eran las personas que más sufrían de estos dos tipos de violencia, los porcentuales más grandes quedaron con las mujeres (34%), los niños y niñas, (30%), los ancianos (19%) y los adolescentes (17%). Llama la atención que los hombres no fueron relacionados a sufrir violencia intrafamiliar (Gráfica 7):



**Gráfico 7.** ¿Quiénes considera son las personas más afectadas por la Violencia Intrafamiliar? Fuente: Encuesta de los autores.

La percepción de cuáles eran las personas que más sufrían por la violencia estructural en las comunidades para las cuales prestaban asistencia, las respuestas priorizaron las mujeres, después los ancianos, los adolescentes (19,2%), los niños (17,4%, y los hombres (16,3%).

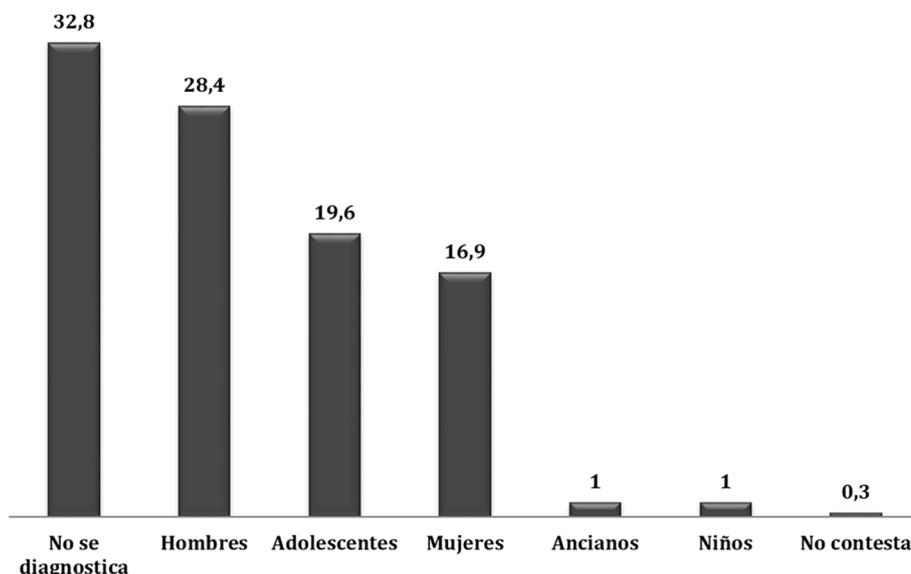
#### 4) Datos relacionados a los diagnósticos de los diferentes tipos de violencia en la práctica profesional

Una buena parte de los encuestados (64%) afirma participar en actividades de diagnóstico de violencia, aunque cabe reseñar más de 30% de los encuestados informan que no lo hacen.

##### 4.1. Diagnóstico de la violencia de género y contra la población LGBT

Relativo a la Violencia de Género, los profesionales la diagnostican mayoritariamente en las mujeres (73%), pero 14% dicen que no hacen este tipo de diagnóstico.

La Violencia contra la población LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales) es la menos diagnosticada. Cerca de 33% de encuestados informan que no hacen este tipo de diagnóstico. Cuando se hace el diagnóstico, la violencia contra los hombres es la más diagnosticada (28%) seguida de los adolescentes (20%) (Gráfica 8).



**Gráfico 8.** Diagnóstico (%) de Violencia contra la población LGBT. Fuente: Encuesta de los autores.

#### 4.2. Diagnóstico de la violencia intrafamiliar y estructural

Relacionado al diagnóstico de la Violencia Intrafamiliar, vale informar que se podía marcar más de una opción de respuestas. Hubo 413 marcaciones para 243 respondientes. Los profesionales informaron que en el caso de este tipo de violencia los diagnósticos eran más prevalentes cuando se trataba de mujeres (39%), seguido por los niños (25%); los ancianos (19,4%); los adolescentes (11,6%). A seguir hubo el porcentual de No se diagnostica (5,8%) más grande que el de los hombres (4,4%).

La violencia estructural también es relativamente poco diagnosticada – el más grande porcentual (25%) es de “No se diagnostica”. Cuando se diagnostica, se observa una distribución relativamente equitativa de opiniones entre los encuestados sobre quienes sufren más este tipo de violencia (Tabla 4). El porcentual suma más que 100% porque fue permitido marcar más de una opción.

**Tabla 4.** Diagnóstico de violencia estructural.

|                   | Frecuencia | %    |
|-------------------|------------|------|
| No se diagnostica | 98         | 25,1 |
| Ancianos          | 72         | 18,4 |
| Mujeres           | 68         | 17,4 |
| Adolescentes      | 55         | 14,1 |
| Hombres           | 54         | 13,8 |
| Niños/Niñas       | 43         | 11,0 |
| No contesta       | 1          | 0,3  |
| Total             | 391        | 100  |

Fuente: Encuesta de los autores.

#### 4.3. Participación de los profesionales en actividades que abordan la violencia y organización de los servicios de salud

Relacionado a participar, o no, en actividades que abordan la violencia, la mayoría de profesionales (64%) afirma que sí participan, aunque 36%, no. Relacionado a la organización de los servicios para el abordaje de la Violencia, más de la mitad responden que está organizado para las mujeres (54%). En segundo lugar el porcentual es de **No se aborda o no está organizado** (15,3%). Los porcentuales relacionados a los Adolescentes (13,4%); Niños y Niñas (12,4%); Hombres (3,3%) y Ancianos (1,6%) son alarmantes.

Relacionado a la organización de los servicios para el abordaje de la población LGBTI, cerca 99% de los profesionales no contestaron esa pregunta, suponiéndose que no hay organización. Asimismo es la situación del abordaje de la violencia intrafamiliar y la violencia estructural, donde cerca de 99% no han contestado.

#### 5) Capacitación y motivación para el abordaje de la violencia

Mitad de los encuestados se siente capacitado y motivado (48%) para el abordaje de la violencia en nivel individual y familiar; y los que no se sienten capacitados (37,6% y 43,3% respectivamente), se sienten motivados, conformando una mayoría absoluta de interés en actuar en estos campos. Pero, relacionado a la violencia en la comunidad 50% no se siente ni capacitado, ni motivado. (Gráfica 9).

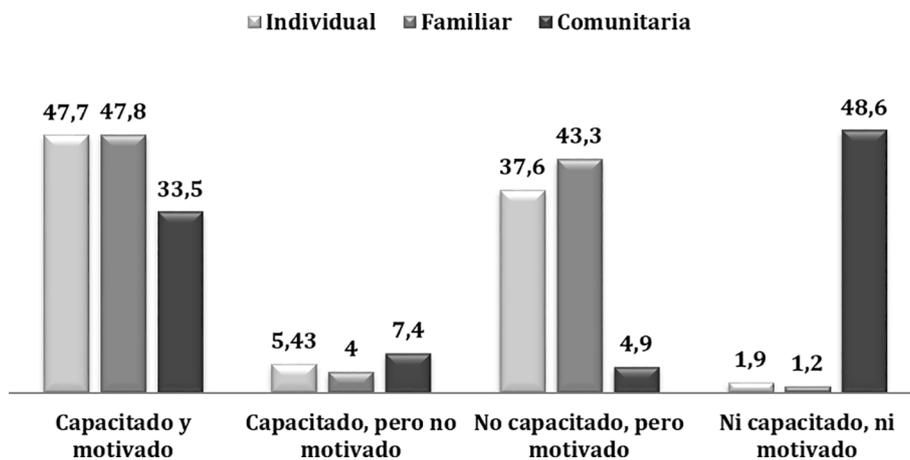


Gráfico 9. Autopercepción (%) sobre capacitación y motivación para lidiar con los diferentes tipo de violencia que suelen ocurrir en la APS (n=243). Fuente: Encuesta de los autores.

La mayoría (89%) de los encuestados informa contar con su equipo (32%), con otros profesionales (30%) o con otras instituciones (26%) para el abordaje de la violencia.

## 6) Legislación y Dispositivos en los países para las personas que pasan por situaciones de violencia

La mayor parte (el 78%) de los sanitarios que cumplimentaron el formulario contestaron que existe en su país legislación que reglamente lo que debe ser hecho por la actuación del profesional de la salud delante de personas o familias que pasan por situaciones de violencia.

Relacionado al conocimiento sobre si en el país del respondiente existe algún tipo de dispositivo que garantizase el acceso a algún tipo de atención, la mayoría absoluta dice que sí hay en el caso de los niños/niñas y mujeres (alrededor de 90%). Pero los porcentajes disminuyen de manera relevante, hasta poco más del 50% en el caso de la población LGBT (57,4%) y de los hombres (55,8%).

Además, la mitad de los asistenciales que participaron del estudio contestaron que no saben la legislación que reglamenta las acciones de los profesionales de salud, frente a los casos de personas o familias que pasan por situaciones de violencia (49%).

Solo un tercio de los asistenciales que completaron el formulario contestan que existen en su país mecanismos que promuevan la participación comunitaria en el abordaje de las situaciones de violencia (32%). La mitad de estos, contestan que no saben cuáles son (55%). Vale destacar que de los mecanismos que se han referido la mayor parte son los promovidos por la comunidad o por Atención Primaria (14%).

## 7) Formación en cultura de la paz

Con relación a la formación para dar frente a las discusiones y abordaje de la Cultura de la Paz, 91% de los respondientes dijeron que ella es Insuficiente y/o Inadecuada.

La última pregunta era abierta y preguntaba: "En su opinión la CULTURA DE LA PAZ es:", de manera que las personas pudieran contestar lo que desearan. La nube de palabras abajo, destaca las 80 palabras más mencionadas:



En relación a la percepción de la Violencia Intrafamiliar los porcentuales fueron muy elevados y las mujeres y los niños fueron los más citados. Pero en términos de violencia estructural (aquella mantenida, promocionada o facilitada por el Estado), la percepción es más baja, aunque sea aún elevada (54%). Más relevante, todavía, es el hecho que aunque exista la percepción de la violencia estructural, ella no es diagnosticada en los servicios de salud, como las demás.

Como la violencia es un problema que tiene que ver con la desigualdad social, y la violencia estructural tiene que ver, justamente con la manutención de la desigualdad por parte y acción o inacción del estado, parece que ahí tenemos un tema que necesita ser más estudiado y explorado. La violencia estructural es una de las más perversas y afecta a todas las demás. No reconocer la violencia estructural es tener una mirada muy limitada acerca del problema de la violencia.

Otro dato que demuestra un importante problema fue la información de los encuestados acerca de la organización de los servicios para el abordaje de la Violencia: solo la mitad responde que está organizado, pero, especialmente para las mujeres. En relación a la población LGBT, a la violencia intrafamiliar y a la violencia estructural, prácticamente 100% de los profesionales dijeron que los servicios no están organizados para abordar o lidiar con estos problemas. Vale destacar el grave problema acerca de la violencia contra la población LGBT en la región: la ONU publicó un informe en el que el índice de violencia contra personas trans en las Américas fue considerado “extremadamente alto”.<sup>20</sup>

En cuanto a la motivación y capacitación de los encuestados para abordar la violencia, los datos también son preocupantes: menos de la mitad se siente capacitado y motivado para el abordaje de la violencia en nivel individual, familiar o comunitaria. Pero, de entre los que no se sienten capacitados, hay una diferencia de motivación para el abordaje de la violencia comunitaria: una gran parte no se siente motivada para este tipo de abordaje.

Un aspecto positivo es que la mayoría de los encuestados informa contar con otros profesionales de su equipo o con otros profesionales y con otras instituciones para el abordaje de la violencia. Otro elemento positivo es que la mayor parte ha contestado que existe en su país legislación que reglamente lo que debe ser hecho delante de personas o familias que pasan por situaciones de violencia, especialmente la relacionada con los casos de niños/niñas y mujeres. Pero los porcentajes disminuyen de manera relevante, en el caso de la población LGBT y de los hombres. Pero, aunque haya legislación la mitad contestó que no sabe cuál es la legislación.

Solo un tercio contestó que existe en su país mecanismos que promuevan la participación comunitaria en el abordaje de las situaciones de violencia y de esos, la mitad contestó que no sabe cuáles son. Vale destacar que de los mecanismos que se ha referido, la mayor parte son los promovidos por la comunidad o por Atención Primaria.

Relacionado a la Cultura de la Paz, se observa como la mayor parte (75%) de la población encuestada no considera haber recibido formación en temas de Cultura de Paz. Eso se pudo ver también en las respuestas acerca de que es la Cultura de la Paz: la palabra DESCONOZCO fue la más mencionada.

Este resultado se puede contrastar con una problemática detectada en la mayoría de Currículos de los profesionales de la Salud, donde se privilegia los contenidos relacionados con el manejo de enfermedades por encima de los contenidos relacionados con la generación y mantenimiento de la salud. En este caso

se observa cómo se da mayor importancia, que en realidad es de reducida calidad por las respuestas anteriores, al tema de Violencia y poco se aborda la Cultura de la Paz.

El campo de estudio del médico de familia está centrado en el trabajo con personas, familias y comunidades, desde una perspectiva integral. Vale notar que el modelo centrado en la persona, inherente al quehacer de la medicina familiar y comunitaria, surge en pleno vínculo con el movimiento humanista y la ética del cuidado y es un aliado para que los Médicos de Familia promuevan la Cultura de la Paz y la Ética del Cuidado. Ésta busca un compromiso irrestricto con la persona, su contexto y, en especial, su dignidad y autonomía. Así también es la Espiritualidad, una aliada de la Cultura de la Paz y el enfrentamiento de la violencia. La espiritualidad es una dimensión que cruza todas estas variables renovando el enfoque de salud, el cual intenta capturar aquellas áreas del conocimiento que no han sido incluidas explícitamente en las políticas y prácticas de los sistemas de salud convencionales. La literatura científica respalda la incorporación del abordaje de la espiritualidad y religiosidad de la persona en el cuidado en salud.<sup>21</sup>

La formación de competencias en cuidados espirituales es un tema emergente en muchas universidades a nivel mundial.<sup>22</sup> Los cuidados espirituales no son exclusivos del médico sino que forman parte de las competencias deseables en todo el equipo salud profesional y técnico.

## Conclusiones

Pese a la presencia de programas formativos de postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en los países de la región, el adecuado abordaje de la violencia en la formación y las prácticas profesionales parecen constituir una importante brecha que necesita ser cubierta. La violencia es un grave problema de salud pública. Los sistemas de salud, aunque basados en APS, no han logrado aplacar sus causas, considerando que este es un problema complejo, de tramas sociales, políticas y económicas. Pero la violencia solamente existe si es permitida y practicada por las personas, las familias y las comunidades, así como es para la paz. Se puede pensar que si son las personas, las familias y las comunidades que producen actos de violencia, serán ellas mismas las que pueden producir actos de paz.

Así como la ausencia de enfermedad no garantiza la salud, resulta poco posible construir una Cultura de la Paz únicamente descontando violencia. El bienestar social no depende exclusivamente del abordaje efectivo de las condiciones que generan malestar social. Este principio de enfoque positivista se repite en el modelo de factores de riesgo y factores de protección, así como en el ámbito de la promoción de salud, en que se enfatiza la necesidad fortalecer aquellos recursos protectores, mantenedores y potenciadores de la salud. Otro factor importante relacionado con la cultura de la paz es la rehabilitación centrada en el ser humano, es decir, la posibilidad de pensar efectivamente en mecanismos que permitan la inclusión social y reintegro a la sociedad. En este punto la normativa favorece parcialmente el ideario, pero no su operación.

Las condiciones para la paz necesitan dos procesos de democratización: uno a nivel micro desde los municipios y otra a nivel macro, supraestatal y en ambos puede aplicarse la ética del cuidado.<sup>23</sup> Esta perspectiva, que recorre el trayecto desde el box hasta el entramado social mundial, invita a una educación por una ciudadanía mundial. Esto no significa homogeneidad, sino un sentimiento de necesidad y de unión mutua que justamente radica en las diferencias que nos enriquecen. Desde la perspectiva de una ciudadanía mundial, no deberíamos tener leyes de extranjería, que excluyen, sino leyes de hospitalidad.<sup>24</sup> La medicina

familiar y comunitaria conoce de esta multiplicidad de contextos y puede contribuir, desde un modelo centrado en la persona y una ética del cuidado “trans-box” a una Cultura de la Paz y al enfrentamiento de la violencia.

En términos de Atención Primaria y Medicina Familiar, identificamos algunas medidas generales necesarias:

1. La inserción de herramientas para el Abordaje Familiar y Comunitario en nivel de postgrado es estratégica para que el MFC valore y pueda integrar la comunidad, apoyando su movilización en contra de la violencia y en pro de la Cultura de la Paz.
2. La MFC debe ser introducida de manera longitudinal en el pregrado porque es la especialidad que está en una posición estratégica para aportar al abordaje de la violencia y promocionar la Cultura de la Paz.
3. Es necesario trabajar desde una perspectiva intersectorial para identificar desigualdades y planear acciones más integrales, aunque la MFC, desde la mirada de la APS, tiene un rol y hace un aporte fundamental a la construcción de la Cultura de la Paz y la lucha contra la violencia.

Por lo tanto la implementación en el corto y medio plazo de las siguientes recomendaciones se imponen:

1. Incluir obligatoriamente en los programas de pregrado y postgrado en Medicina Familiar contenidos teórico-prácticos necesarios y adecuados a cada nivel de formación, para el desarrollo de las competencias (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes), incluyendo la comunicación y el abordaje familiar y comunitario, que permita afrontar la diversidad de violencias en el contexto de la práctica profesional.
2. Instar a las autoridades, en los espacios de formación y de práctica profesional, a promover el autocuidado y la paz interior para las familias y comunidades para la construcción e implementación de políticas públicas y educativas transversales al desarrollo humano, enfocado en la Cultura de la Paz, desde una perspectiva de derechos humanos en un trabajo intersectorial y transdisciplinario.
3. Establecer políticas de financiamiento que fomenten la investigación para identificar los factores protectores y deteriorantes vinculados a la violencia, impulsando el empoderamiento de la población en temas de paz, a través de metodologías participativas y herramientas de abordaje en el escenario comunitario desde la Atención Primaria.

## Referencias

1. Starfield B. State of the Art in Research on Equity in Health. *J Health Polit Policy Law* 2006; 31:11-32. <http://dx.doi.org/10.1215/03616878-31-1-11>
2. Comari C. Medida de concentración de Gini: observaciones sobre las fórmulas de cálculo y el Principio de Población de Dalton. Propuesta de un factor de corrección. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*. 2015; 5(2). Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/50604>
3. Banco Mundial, Índice GINI. Grupo Banco Mundial 2017. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?view=map> (revisado 14-11-2017)
4. Kreimer R. Violencia social e inequidad: análisis y propuestas. *Observatorio Social* 2009; 23: 6-11.
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JS, et al, Edit. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. 2002. [consultado el 24 de Junio de 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

6. ONUDC, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estudio mundial sobre el Homicidio, 2013 - [https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/GLOBAL\\_HOMICIDE\\_Report\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/GLOBAL_HOMICIDE_Report_ExSum_spanish.pdf)
7. Boff L. Paradigma planetario, 2004. [Consultado el 8 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=070>
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 - [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura\\_paz\\_saude\\_prevencao\\_violencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf)
9. Anandarajah G., Hight E. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *Am Fam Physician*. 2001 Jan1; 63(1):81-89.
10. Gilligan C. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino, México, Fondo de Cultura Económica. 1985.
11. Flores-Dominguez, C. Feminización en medicina: liderazgo y academia. *Educ. méd.* v. 15, n. 4, p. 191-195, dic. 2012 . Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132012000400003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000400003&lng=es&nrm=iso). accedido en 26 jun. 2018.
12. Pamo-Reyna O. Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica. *Rev Soc Peru Med Interna* 2007; 20:109-22 [http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista\\_20\\_3\\_2007/7.pdf](http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_20_3_2007/7.pdf)
13. Eiguchi K. La feminización de la Medicina [editorial]. *Rev. Argent Salud Pública*. 2017; Mar;8(30):6-7
14. Souza, ER, Ferreira AL, Santos NC. Concepções de docentes em relação ao manual sobre violência intrafamiliar. *Rev. bras. educ. med.* 2009; 33(3):329-38. [consultado el 26 jun 2018] Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300003). <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300003>
15. Reid SA; Glasser M. Primary care physicians' recognition of and attitudes toward domestic violence; *Acad Med*. 1997 Jan;72(1):51-3.
16. Groth B, Chelmoski MK, Batson TP Domestic violence: level of training, knowledge base and practice among Milwaukee physicians. *WMJ*. 2001;100(1):24-8, 36
17. Pagels P, Kindratt TB, Reyna G, Lam K, Silver M, Gimpel NE. Establishing the need for family medicine training in intimate partner violence screening *J Community Health*. 2015 Jun;40(3):508-14. <http://dx.doi.org/10.1007/s10900-014-9964-1>.
18. Congdon TW. A medical student's perspective on education about domestic violence, *Acad Med*. 1997 Jan; 72 (1 Suppl):S7-9.
19. Hamberger LK, Preparing the next generation of physicians: medical school and residency-based intimate partner violence curriculum and evaluation. *Trauma Violence Abuse*. 2007 Apr;8(2):214-25. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838007301163>
20. ACHPR/(IACHR African Commission on Human and Peoples' Rights, Inter-American Commission on Human Rights and United Nations, ENDING VIOLENCE and other human rights violations based on sexual orientation and gender identity, 2016, [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Endingviolence\\_ACHPR\\_IACHR\\_UN\\_SOGI\\_dialogue\\_EN.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Endingviolence_ACHPR_IACHR_UN_SOGI_dialogue_EN.pdf)
21. de Oliveira JAC., Anderson MIP, Lucchetti G. et al. AI, Approaching Spirituality Using the Patient-Centered Clinical Method *J Relig Health* (2018). <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0534-6>.
22. King D., Crisp J, Spirituality and Health Care Education in Family Medicine Residency Programs, *Fam Med* 2005;37(6):399-403).
23. Robinson F. Globalizing Care. Ethics, Feminist Theory and International Relations, Oxford, Westview Press. 1999.
24. Martínez Guzmán V. De la fenomenología comunicativa a la filosofía de la paz, en Pintos Peñaranda, M. L. y J. L. González López (eds.) (1998): Actas del Congreso Fenomenología y Ciencias Humanas, 24-28 de Septiembre de 1996, Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela: 87-101.