

Sumário

Instituições organizadoras	7
Apresentação.....	9
Marco introdutório	11
Desenvolvimento da III Cúpula	15
Resultados dos grupos de trabalho – Traçando as estratégias para implementar e qualificar a APS e a MF	19
Carta de Fortaleza.....	25
Referências	53



Sumario

Instituciones organizadoras	31
Presentación	33
Marco introductorio	35
Desarrollo de la III Cumbre.....	39
Resultados de los grupos de trabajo – Trazando las estrategias para implementar y calificar la APS y la MF	43
Carta de Fortaleza.....	49
Referencias	53

CONFEDERAÇÃO IBERO-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR
(WONCA IBERO-AMERICANA/CIMF)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
(SBMFC)

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
(OPS/OMS)

III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar

Missão e Desafios para a Medicina Familiar
e a Atenção Primária no Século XXI:
Equidade, Integralidade e Qualidade nos
Sistemas de Saúde



Fortaleza – Brasil
29 e 30 de abril de 2008

Instituições organizadoras

Presidente da III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar

- **Dra. Maria Inez Padula Anderson**, Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC– Brasil / WONCA-CIMF

WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família)

- **Prof. Chris van Weel**, Presidente
- **Prof. Richard Roberts**, Presidente Eleito
- **Dr. Alfred W T Loh**, Diretor Executivo – CEO

WONCA Ibero-Americana/CIMF (Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar)

- **Dr. Adolfo Rubinstein**, Presidente de WONCA Ibero-Americana/CIMF
- **Dr. César Brandt Toro**, Secretário executivo WONCA Ibero-Americana/CIMF
- **Dra. Marina Almenas**, Diretora financeira WONCA Ibero-Americana/CIMF
- **Dr. Octavio Pons**, Coordenador Sub-região Meso-América WONCA/Ibero-Americana/CIMF
- **Dr. Oscar Fernández Fuentealba**, Coordenador Sub-região Cone Sul WONCA Ibero-Americana/CIMF
- **Dra. Liliana Arias Castillo**, Coordenadora Sub-região Andina de WONCA Ibero-Americana/CIMF
- **Dr. Rui Nogueira**, Coordenador Sub-região Península Ibérica de WONCA Ibero-Americana/CIMF

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade/SBMFC

Comissão Organizadora Local

- **Dr. Carlos Eduardo Aguilera** – Diretor SBMFC
- **Dr. Eno Dias de Castro Filho** – Diretor SBMFC
- **Dr. Gustavo Gusso** – Diretor SBMFC
- **Dr. Leonardo Savassi** – Conselho Diretor SBMFC
- **Dr. Marcello Dalla** – Vice-Presidente SBMFC
- **Dr. Marcelo Demarzo** – Diretor SBMFC

- **Dr. Ricardo Donato** – Conselho Diretor da SBMFC
- **Dr. Tales Sampaio** – Conselho Diretor SBMFC

Ministério da Saúde do Brasil

- **Dr. José Gomes Temporão** – Ministro de Saúde do Brasil
- **Dr. Luis Fernando Rolim** – Diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério de Saúde (DAB/SAS/MS)
- **Dr. Nulvio Lermen Junior** – Coordenador de Gestão da Atenção Básica (DAB/SAS/MS)
- **Dra. Claunara Schilling Mendonça** – Vice-Diretora do DAB/SAS/MS

OPAS/OMS

- **Dr. Diego Victoria** – Representante – OPAS/OMS – Brasil
- **Dr. Júlio Suarez** – Consultor em Serviços de Saúde OPAS/OMS – Brasil
- **Dr. Newton Lemos** – Assessor Técnico – Sistemas e Serviços de Saúde – OPAS/OMS – Brasil

III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar

Sob o patrocínio e a promoção do Ministério da Saúde do Brasil, da Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar (CIMF/WONCA), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), foi realizada durante os dias **29 e 30 de abril de 2008**, em Fortaleza, Ceará, Brasil, a **III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar**, tendo como temática central: **Missão e Desafios para a Medicina Familiar e a Atenção Primária no Século XXI: Equidade, Integralidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde**.

No ano em que se comemorou o 30º Aniversário da Declaração de Alma-Ata (1978), que impulsionou os Estados Membros da OMS para adotarem a Estratégia dos Cuidados Primários em Saúde para alcançarem **Saúde para Todos**, esta Cúpula teve por objetivo maior contribuir para o intercâmbio e fortalecimento das políticas de saúde no campo da Atenção Primária e da Medicina Familiar na Região da Ibero-América.

O evento reuniu Ministros de Saúde da Ibero-América e representantes de suas Equipes Técnicas; Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; Representantes máximos da WONCA, CIMF e seus países membros; Gestores de Educação das Escolas Médicas; Coordenadores de Programas de Residência em Medicina Familiar; Representantes de Sociedades Científicas e Acadêmicas com interesse em Medicina Familiar e Atenção Primária à Saúde.

Objetivos gerais da III Cúpula

- Avaliar a situação atual dos países ibero-americanos em relação às recomendações estabelecidas nas Cúpulas já realizadas.
- Contribuir para o desenvolvimento, qualificação e consolidação da Medicina de Família e da Atenção Primária nos países da Ibero-América.
- Promover a colaboração, o intercâmbio e o estabelecimento de parcerias entre os países da Ibero-América em respeito a ações de formação, capacitação, assistência e pesquisa em MFC e APS.

Objetivos específicos

- Posicionar e valorizar a medicina de família e comunidade como uma especialidade fundamental para os sistemas de saúde, transformando-a em uma política de estado.
- Evidenciar e fortalecer junto aos gestores de saúde a importância e a necessidade de se investir na formação e valoração da MF, bem como na infraestrutura e nas condições de trabalho na APS para que se possa qualificar e alcançar maiores e melhores resultados dos sistemas de saúde.
- Conhecer a experiência brasileira na implementação da Estratégia de Saúde da Família, identificando seus resultados, desafios e aplicabilidade em outros cenários ibero-americanos.

- Conhecer outras experiências exitosas de implementação de políticas de APS e MFC em países da Ibero-América e identificar sua aplicabilidade em outros cenários ibero-americanos.
- Estabelecer acordos, recomendações, estratégias e metas que possam impulsionar a formação e a capacitação de MFC e de educadores em MFC, bem como os mecanismos de conversão de outros especialistas, processos de certificação e recertificação profissional contribuindo para o intercâmbio de ações.
- Orientar e aperfeiçoar a conversão de outros especialistas em MFC.
- Fomentar:
 - inserção acadêmica da MF e da APS;
 - políticas para pesquisa e produção científica da MF e da APS;
 - inclusão de MFCs na gestão dos sistemas de saúde;
 - intercâmbio de residentes de MFC.

Marco introdutório

A histórica Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata completou 30 anos em 2008. Não obstante os esforços desenvolvidos, o mundo ainda está longe de alcançar a meta “*Saúde Para Todos no Ano 2000*”, proclamada com entusiasmo, naquela ocasião, pelas delegações de 134 países e por dezenas de representantes de organismos internacionais com interesse na área da saúde.

Decorridos tantos anos, “ainda é lamentável a situação de saúde de grande parcela da humanidade, pois a mesma ainda não goza de uma atenção à saúde integral, equitativa ou nem sequer básica” (Declaração de Buenos Aires: de Alma-Ata à Declaração do Milênio, 2007).

Mas já pode ser considerado um grande avanço constatar que, 30 anos depois, falar sobre Atenção Primária à Saúde (APS) não provoca mais questionamentos sobre a sua importância para a estruturação dos sistemas de saúde. A inteligência sanitária mundial tem evidenciado o acerto da estratégia consagrada em Alma-Ata. Hoje em dia, é consenso entre os formuladores de políticas de saúde que os *Cuidados Primários de Saúde* constituem a chave mestra para que a “Saúde Para Todos” possa ser transformada em realidade.

Seja no âmbito dos serviços e das instâncias de gestão ou no meio acadêmico, é sabido que, sem um sistema de saúde com base na APS, não é possível constituir políticas de saúde equitativas, eficientes e efetivas. Ao contrário, sabe-se que, sem uma APS qualificada, os sistemas de saúde tornam-se progressivamente mais fragmentados, iatrogênicos e, ainda, acumulam custos elevados e desnecessários.

Mas é preciso reconhecer: ainda há grandes distâncias entre as intenções e as decisões e ações.

Muitos obstáculos à implantação da APS ainda existem. Obstáculos de origens e ordens diversas, incluindo a lógica de mercado, fruto dos interesses do complexo médico-industrial e sua influência na configuração dos sistemas de saúde. Dificuldades operacionais ou conceituais são encontradas em algumas regiões, em instituições de ensino e em relação às iniciativas governamentais: alguns deles, implementando ações efetivamente transformadoras; outros, denotando considerável perplexidade, acionam e investem em programas que mais contribuem para perpetuar as condições existentes, do que para caminhar em direção às mudanças necessárias.

Apesar disto, a efetividade e a resolutividade da APS têm sido cada vez mais evidenciadas. Estudos comparativos vêm dissipando dúvidas eventualmente remanescentes: países que conseguem instituir sistemas de saúde organizados com base em um modelo qualificado e inclusivo de APS vêm obtendo resultados incontestes, seja em relação à cobertura assistencial seja em relação aos custos, com melhores indicadores de saúde.

Neste contexto, cabe promover uma reflexão sobre a relevância da Medicina de Família e Comunidade, enquanto especialidade médica mais adequada para atuar neste campo da atenção.

A Atenção Primária à Saúde sem a efetiva participação da Medicina de Família não deve mais ser considerada completa e vice-versa.

Esta compreensão foi sendo progressivamente construída no próprio rastro de Alma-Ata. Isto porque, desde então, se avançou muito no tocante à necessidade de uma qualificação profissional coerente com a APS e, simultaneamente, com a ampliação do conceito de saúde e adoecimento e seu impacto no âmbito do saber e da prática médica.

Na década de 70, começavam a se evidenciar, de forma mais visível, os limites do modelo anatomoclínico, pilar do paradigma biomédico, que projetou a doença – tida como entidade – como objeto e foco principal da atenção médica.

Com base neste paradigma, ainda vigente, o valor e a importância do profissional e das suas práticas são tão maiores quanto mais focais e pontuais forem o seu olhar e sua intervenção sobre as disfunções fisiológicas, sobre as doenças. A atuação dentro dos hospitais ainda é fortemente compreendida como mais “complexa” visto que, naquele espaço, se lida com “doenças complexas” e se utilizam instrumentos industrializados “de alta complexidade”.

Formação, saber e prática médica, status e valoração profissional são ainda, em grande parte, afeitos a tal concepção biotecnologista.

Assim sendo, com base neste mesmo paradigma, os profissionais que se voltam e desenvolvem ações na e para a APS, não necessitariam desenvolver qualificação específica para aplicar as tecnologias próprias deste campo de práticas, o que remete a uma visão simplista e desqualificada do que seja a complexidade do trabalho neste nível de atenção.

Esta compreensão equivocada pode, em parte, servir de explicação para a eventual carência de incentivos e políticas específicas que ainda é possível observar em muitas regiões.

Nestas últimas décadas, entretanto, a ciência tem demonstrado que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo, no qual atuam variáveis de diferentes dimensões, biológica, psicológica, cultural e social. Além disso, o perfil de morbidade e mortalidade das populações, a expectativa de vida, a sociedade e a cultura constituem uma realidade bastante diversa daquela configurada por ocasião da emergência e do estabelecimento da medicina anatomoclínica.

Se, àquela época, as doenças infecciosas representavam o grande desafio, hoje são as doenças crônico-degenerativas, influenciadas pelos hábitos e estilos de vida, adquiridos na família e na sociedade que o representam. São os adoecimentos gerados pela violência, pelas condições gerais de vida, nas grandes e pequenas cidades, pelos valores impostos pela sociedade de consumo e pela globalização. Ampliaram-se os fatores e as situações de risco.

Não se pode mais relegar a um segundo plano as ações de promoção e educação em saúde. Nem se pode mais aguardar que os processos de adoecimento prossigam em sua “evolução natural”, para serem então objeto de “recuperação” pela medicina.

Impõe-se o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, bem como trabalhar mecanismos de resiliência, buscando as medidas que visem ambientes e práticas sociais saudáveis. Identificar precocemente como e por que as pessoas adoecem e contribuir para reassumirem o caminho da saúde constitui o elemento central pelo qual devem se organizar e atuar os sistemas de saúde.

Por isto tudo, compreende-se hoje, com maior clareza, a importância da Atenção Primária à Saúde. É neste nível de atenção em que tudo se inicia. Aqui devem ser desenvolvidas – de forma integrada e articulada – ações de educação, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para os problemas mais prevalentes de saúde. O foco não são as partes do corpo ou os sistemas orgânicos, mas sim as pessoas, as famílias, a comunidade e seus processos de adoecer e preservar a saúde.

As questões a serem abordadas e desenvolvidas na APS são, portanto, complexas, e os profissionais devem ter formação específica e adequada para lidar com as necessidades e demandas de saúde que aí se apresentam, trabalhando na perspectiva do cuidado e da autonomia.

De Alma-Ata para cá, muito já se caminhou e se tem caminhado neste sentido, tanto em relação à compreensão e implementação da APS quanto em relação à qualificação dos seus profissionais, em especial do Médico de Família e Comunidade. Muitas e boas lições podem ser extraídas da experiência de países com diferentes níveis de desenvolvimento econômico, inclusive da Ibero-América, a exemplo de Cuba, Brasil, México, Costa Rica, Espanha e Portugal.

Mas ainda há grandes distâncias entre intenção e gesto, especialmente nos países ditos em desenvolvimento.

Na região da Ibero-América, dentre os principais desafios se encontram:

- a) Conformar e organizar sistemas nacionais de saúde mais justos e equânimes, e que tenham por base a APS e a atuação de Médicos de Família.
- b) Promover políticas de saúde que garantam minimamente o acesso de toda a população à Medicina de Família e Comunidade e à Atenção Primária à Saúde (como direito de todos e dever do Estado).

Para tanto, é necessário que se estabeleçam, se implementem e se incrementem políticas para fortalecer a:

- 1) valorização e valoração da MFC e da APS nos sistemas de saúde com constituição de mercado e condições adequadas de trabalho;
- 2) formação e capacitação de médicos de família e comunidade;
- 3) formação e capacitação de educadores, tutores e docentes em Medicina de Família e Comunidade;
- 4) institucionalização acadêmica da Medicina de Família e Comunidade;
- 5) produção e divulgação de conhecimento no âmbito da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família.

Todas estas questões têm sido objeto de estudo na esfera da Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar (CIMF) e têm sido trabalhadas nas Cúpulas e demais atividades da CIMF e de suas regionais nacionais.

A I Cúpula, realizada na Espanha (2002), a II Cúpula, realizada no Chile (2005), assim como a I Minicúpula, realizada na Venezuela (2003), apresentaram recomendações e ações concretas para enfrentar e superar os desafios para a Medicina Familiar e a Atenção Primária à Saúde no nível da Ibero-América.

Com base nestas recomendações e numa enquete realizada com os países membros da Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar – CIMF sobre o atual estágio de desenvolvimento dos sistemas de saúde, da MF e APS na Ibero-América, configuraram-se os objetivos propostos para a III Cúpula.

O presente informe resume o desenvolvimento, as propostas e os principais acordos da III Cúpula Ibero-Americana de medicina familiar expressos na carta de Fortaleza que vai ao final deste documento.

Desenvolvimento da III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar

Para que a III Cúpula atendesse seus objetivos e sua programação abordasse os aspectos e questões de maior interesse para os países da Ibero-América, foi aplicado, desde em julho de 2007, um questionário destinado aos presidentes das associações de MF da CIMF. Este questionário foi composto das seguintes perguntas:

- 1) Pensando na III Cúpula como um evento político, qual é o principal resultado esperado para seu país?
- 2) Neste sentido, quais seriam as temáticas sugeridas?
- 3) Nome-título sugerido para o evento.

A partir das respostas obtidas de praticamente todos os países constituintes da CIMF, a saber, Argentina; Bolívia; Brasil, Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Equador; Espanha México; Nicarágua; Panamá; Paraguai, Porto Rico; República Dominicana e Uruguai, foram delineados os objetivos gerais e específicos da III Cúpula, bem como a programação científica do evento.

A Cúpula de Fortaleza se desenvolveu através de conferências, mesas redondas e oficinas de trabalho, além de atividades de cunho sociocultural. Contou com a participação de mais de 300 delegados, com representantes do primeiro escalão do Ministério da Saúde do Brasil, Ministros de Estado da Saúde de vários países, as Diretorias da WONCA, da CIMF, da SBMFC e da OPS, além dos representantes oficiais e membros de todas as Associações Ibero-Americanas de Medicina Familiar. Participaram também gestores de saúde de vários municípios e estados brasileiros, bem como diretores de escolas médicas, de programas de residência em medicina familiar, de revistas científicas.

O processo de organização, planejamento e escolha dos temas a serem discutidos nos grupos de trabalho durante a Cúpula foi iniciado na WEB e se estendeu presencialmente em reunião com os coordenadores e subcoordenadores dos grupos.

Nas discussões à distância, foram escolhidos os temas dos grupos, os coordenadores e os subcoordenadores e foram abertas inscrições para que os participantes da III Cúpula escolhessem os seus grupos de trabalho de acordo com seus temas de maior interesse.

Em reunião presencial com coordenadores e subcoordenadores, discutiram-se os documentos produzidos nas Cúpulas anteriores. Nessa discussão, ficou evidenciada que, até então, a ênfase das discussões e dos respectivos documentos tinha sido sobre as bases teórico-conceituais da Medicina de Família e Comunidade e sua importância para os sistemas de saúde (o que e por que fazer?). Assim sendo, acordou-se que as discussões e o documento produzido nesta III Cúpula de Fortaleza deveriam enfatizar mais as estratégias e orientações de questões e aspectos operacionais relacionadas à MFC (como fazer?).

A dinâmica nos grupos se deu da seguinte forma: quatro salas, com um grupo de até 40 participantes em cada sala. A discussão se deu em um primeiro momento no grupo de 40 integrantes; em um segundo momento, em 4 subgrupos (com dez integrantes cada) para discussão mais aprofundada escolhida a partir da dinâmica abaixo descrita. O tempo de duração da atividade foi de 3 horas.

A programação científica final foi a que se segue:

Manhã do dia 29 de abril

Mesa de abertura

O que são as Cúpulas? Qual o motivo de estarmos reunidos?

- O que é a WONCA / O que é a CIMF – Dr. Chris van Weel – Presidente da WONCA
- Apresentação sumária das outras Cúpulas: Oscar Fernandez – Presidente da Regional Cone-Sul – WONCA/CIMF
- O que esperamos desta III Cúpula – Maria Inez Padula Anderson – Presidente da III Cúpula.

Conferência: Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde no Brasil – Resultados e Desafios – Dr. José de Carvalho Noronha – Vice-Ministro da Saúde do Brasil

Mesa-redonda: Situação da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Familiar: Relatos de Experiências na Ibero-América

- **Portugal:** Ministra da Saúde – Dra. Ana Maria Teodoro Jorge
- **Uruguai:** Ministra de Salud Pública – Dra. Maria Julia Muñoz
- **Cuba:** Viceministro de Salud – Dr. Joaquín García Salabarría
- **Espanha:** Secretario General de Sanidad – Dr. José Martínez Olmos

Conferência: Impacto da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Familiar nos Sistemas de Saúde – Dr. Adolfo Rubinstein – Presidente da CIMF

Tarde

Conferência: Competências e Funções da Medicina Familiar: por que esta especialidade médica deve estar na base dos Sistemas de Saúde – Dr. Richard Roberts – Presidente Eleito da WONCA

Mesa-redonda: Situação da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Familiar: Relatos de Experiências na Ibero-América

- **Equador:** Viceministro de Extensión de Protección Social - Dr. Carlos Velasco
- **Costa Rica:** Dra Adriana Osório
- **Chile:** Ministerio de Salud – Gobierno de Chile

Mesa-redonda: Situação da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Familiar: Relatos de Experiências no Brasil

- **Município de Grande Porte:** Secretária Municipal de Belo Horizonte – Dra. Sonia Gesteira
- **Município de Grande/Médio Porte:** Secretária Municipal de Niterói – Rio de Janeiro – Dra. Maria Célia Vasconcelos
- **Município de Médio/Pequeno Porte:** Secretária Municipal de Arapiraca – Alagoas - Dra. Aurélia Fernandes
- **Município de Pequeno Porte:** Secretária Municipal de Saúde Santa Terezinha de Itaipu – Paraná – Dra. Sirlei Pezzini Rodrigues

Manhã do dia 30 de abril

Mesa-Redonda: Qualificando a APS e a MFC: Formação e Desenvolvimento Profissional do Médico de Família

- Educação à distância/educação permanente (SGETS/DEGES/Brasil) – Dr. Francisco Campos – Secretário de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde – Ministério da Saúde Brasil
- “Conversão”/Especialização – Dr. Otávio Pons – México
- Residência Médica – Dr. Luis Aguilera – Espanha
- Importância da inserção acadêmica da Medicina Familiar – Dra. Maria Inez Padula Anderson – Brasil.

Grupos de trabalho:

Traçando as estratégias para implementar e qualificar a APS e a MF

- Grupo 1: Assistência
- Grupo 2: Gestão do trabalho
- Grupo 3: Formação e desenvolvimento profissional contínuo
- Grupo 4: Pesquisa em MF e APS

12 h – 13h30

Almoço

Tarde do dia 30 de abril

13h30 às 15h:

Grupos de trabalho (continuação):

Traçando as estratégias para implementar e qualificar a APS e a MF

- Grupo 1: Assistência
- Grupo 2: Gestão do trabalho
- Grupo 3: Formação e desenvolvimento profissional contínuo
- Grupo 4: Pesquisa em MF e APS

Mesa-redonda: Papel da Medicina Familiar na Renovação da Atenção Primária à Saúde

- Dr. Luis Fernando Rolim – Diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil
- Dr. Diego Victoria – Representante da OPAS/OMS no Brasil
- Dr. Chris van Weel – Presidente da Organização Mundial de Médicos de Família

Conferência: Saúde da Terra/Saúde dos Homens – Leonardo Boff:

Sessão de Encerramento – Leitura da Carta de Fortaleza

Resultados dos grupos de trabalho – Traçando as estratégias para implementar e qualificar a APS e a MF

A seguir, apresenta-se o plano de trabalho e os resultados acerca das atividades dos grupos de trabalho que tiveram como objetivo principal traçar estratégias de ação para implementar e qualificar a APS e a MF nos países da Ibero-América.

Plano de trabalho elaborado pelos coordenadores dos grupos:

Atividades	Tempo	Instrução para o facilitador
1 – Apresentação dos participantes do grupo	10h30–10h45 (15 min)	Abertura com apresentação dos participantes (nome, trabalho e local de origem)
2 – Contextualização e exposição das perguntas pelo facilitador	10h45 – 11h (15 min)	Contextualização (Resgate dos documentos anteriores – Sevilha, Santiago do Chile e Isla Margarita)
3 – Dinâmica “mercado de ideias” – “venda e compra” de palavras-chave	11h – 11h45 (45 min)	Apresentação das perguntas (ver questões de cada grupo), deixar registrado no <i>flip-chart</i> Cada participante escreverá em uma folha em branco 2 a 3 palavras visando à operacionalização, relacionadas às perguntas apresentadas pelo facilitador. <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar que coloquem os papéis escritos no chão no centro da sala. • Facilitador vai recolhendo os papéis e perguntando quem compra a ideia que está escrita naquele papel. • Vai colando o papel e relacionando os nomes de quem compra ao lado. • Ao final da listagem, agrupa grupos por ideias/ afinidades. Obs: Nem todos precisam apresentar ideias, mas todos têm que comprar. <ul style="list-style-type: none"> • Neste momento não se discute, apenas se escolhe a ideia. • Votação em pública “cotação” – para comprar não justifica – quem compra não sabe que isso vai disparar a divisão dos grupos. • Os compradores de ideias “sem muito valor” podem refazer a compra. • Ao final, formam-se os subgrupos por afinidade de ideias. Número “ideal” de grupos formados: 4 subgrupos com um subcoordenador/ dinamizador em cada subgrupo.
4 – Discussão e sistematização em subgrupos (produto: apresentação das ideias-chave)	11h45 – 12h45 (60 min)	Discussão das ideias-chave escolhidas com foco nas questões disparadoras apresentadas pelo facilitador no início. Sistematização por escrito, escolha de um relator.
	12h45 – 13h (15 min)	Apresentação do produto dos pequenos grupos.
5 – Apresentação, Integração e consolidação dos produtos apresentados	13h – 13h20 (20 min)	Facilitador consolida o produto final dando uma visão geral da produção do grupo.
6 – Avaliação, encerramento	13h20 – 13h30 (10 min)	Facilitador destaca o momento histórico ali vivido pelos participantes e anuncia que as ideias ali trabalhadas serão norteadoras da Carta de Fortaleza, documento que será apresentado às 18h30 na sessão de encerramento.

Resultados das atividades de grupo:

Grupo 1 – Inserção e valorização da medicina familiar nas políticas de saúde

Coordenação geral: Oscar Fernández (Chile) e Marcelo Dalla (Brasil)

Subcoordenação: Luis Pisco (Portugal); Nulvio Lemen (Brasil); Luis Aguilera (Espanha)

Questões norteadoras da discussão:

- Como inserir a MF nas políticas de saúde?
- Qual o primeiro passo?
- Quando e para quem?
- Como priorizar a qualificação?
- Como constituir equipes?

Produção do grupo 1

Estratégias	O que fazer?	Como fazer?
<p>Inserção e valorização da medicina familiar nas políticas de saúde</p> <p>Para a inserção e valorização da Medicina Familiar nas políticas de saúde, é necessária a compilação da evidências atuais e geração de novas evidências das vantagens da especialidade, e, para isso, é fundamental o papel das sociedades científicas, universidades, outras organizações relacionadas.</p> <p>Deve-se estimular a difusão do impacto e o âmbito de ação da medicina familiar em grupos-chave como os tomadores de decisão, comunidade, profissionais de saúde, médicos de outras especialidades.</p> <p>É necessário reconhecer a importância e a influência da Medicina de Família nas políticas de saúde orientadas à APS.</p> <p>Para fortalecer a qualidade da atenção primária nos países, é importante criarem-se incentivos de desempenho, formação contínua e permanente e recertificação periódica dos Médicos de Família, com financiamento garantido por uma política de estado que assegure a sustentabilidade no tempo.</p>	<p>Educação em três áreas:</p> <p>1. Administrativa política: Gerentes de recursos.</p> <p>2. Profissionais médicos:</p> <p>a. outros profissionais. Com relação à validação.</p> <p>Ameaça para remover campo profissional (pediatras, por exemplo): então educar as pertinências, priorizando as demais especialidades. Isto é mais difícil.</p> <p>b. Profissionais de graduação e pós-graduação. Formação continuada. Validação.</p> <p>3. Comunidade: Reforma curricular de graduação e pós-graduação.</p>	<p>Estratégias para a Educação:</p> <p>1. Mostrar Evidência: Sociedades Científicas. Não se apresentar como solução sem evidência clara, uma vez que teria mostrado resistência e não ser eficaz.</p> <p>Como: fóruns, cúpulas, seminários, etc.</p> <p>Quem: Sociedades científicas de MF. Ministério da Saúde.</p> <p>Estabelecer redes com outras entidades mais simpétricas: universidades, organizações não governamentais, OMS, OPS. Apoiar-se mais nas entidades mundiais. É mais neutro.</p> <p>Estabelecer parcerias com entidades-chave.</p> <p>Fortalecimento de experiências locais.</p> <p>2. Profissionais médicos:</p> <p>a. graduação:</p> <p>i. Implementar e acelerar a reforma curricular. Entendendo que todos os profissionais de saúde dos diferentes níveis da Rede devem compreender integralmente e ser parte da estratégia global de saúde da APS.</p> <p>ii. Programas de MF: aumentar as vagas.</p> <p>iii. Aproximar as Universidades da Rede de saúde e favorecer os centros de saúde de APS com campos clínicos.</p> <p>b. Pós-graduação e formação continuada: Validação.</p> <p>c. Outros especialistas:</p> <p>i. Valorização mútua em referência e contrarreferência. Estabelecer campos próprios.</p> <p>Integrar os residentes como facilitadores de redes, evidência no tempo.</p> <p>3. Comunidades:</p> <p>a. Micro: Estratégia de satisfação para cada contato.</p> <p>b. Macro: Propaganda, novelas, etc. Política superior. Apoio da sociedade para propaganda de publicidade e prevenção, campanhas. Políticas governamentais. Mostrar evidências simples, partindo de políticas de governo.</p>

Grupo 2 – Formação e qualificação do médico de família

Coordenação geral: Rui Nogueira (Portugal) e Eno Filho (Brasil)

Subcoordenação: Octavio Pons (México) e Gustavo Gusso (Brasil)

Questões norteadoras da discussão:

- **Como implementar/incrementar os Programas de Residência Médica em MF?**
- **Como aumentar a qualidade?**
- **Como especializar em curto prazo os profissionais para que atuem como MF?**
- **Como promover o desenvolvimento profissional permanente?**

	Estratégias	O que fazer?	Como fazer?
Formação e qualificação do médico de família	Decisões políticas, prazos e recursos, qualidade e quantidade já	Envolver instituições formadoras, gestores e sociedades científicas na instituição de grupo de trabalho representativo que elabore e monitore a política de qualificação para os próximos 10 anos. Estabelecer prazos que devem ser perseguidos. Meta de 5 anos para todos os médicos que trabalham em APS serem capacitados através de cursos de especialização presenciais ou à distância é pertinente. Os cursos devem ser orientados e certificados pela Sociedade Científica Nacional de Medicina de Família e, seu aproveitamento, avaliado por ela. Meta de 10 anos, os futuros médicos de APS devem ter residência médica ou título de especialista de sua respectiva Sociedade Científica.	Os pontos-chave para que isto aconteça são: formar preceptores da especialidade em grande número; valorizar a bolsa do residente de medicina de família, tornando-a competitiva com oportunidades do mercado de trabalho e com outras especialidades; instituir bolsa para o preceptor de residência de medicina de família e comunidade onde ela não exista; expandir fortemente as vagas de residências de medicina de família, inclusive no meio rural.
	Certificação e qualificação	Definir, promover e defender um padrão mínimo de competências necessárias à certificação.	A certificação da especialidade de Medicina Familiar é da responsabilidade das Associações Médicas e/ou Sociedades Científicas Nacionais. Incentivos devem ser implementados e desenvolvidos para formação, certificação e residência na especialidade. As Associações e Sociedades Científicas Nacionais providenciarão, com os Ministérios da Saúde e Universidades, convênios de colaboração para o desenvolvimento específico de cursos de especialização em Medicina Familiar e desenvolvimento profissional contínuo em diferentes modalidades.
	Telessaúde, Telemedicina e Educação à Distância no contexto da formação e qualificação em Atenção Primária à Saúde	Constituir, em cada país, núcleos para o desenvolvimento de estratégias de aproveitamento da telemática para qualificação dos cuidados primários em saúde. O centro do suporte via telessaúde no cotidiano dos profissionais são as teleconsultorias de apoio a dúvidas práticas advindas de sua atividade clínica, comunitária e de administração de serviços.	Este apoio deve ser primariamente prestado por Médicos de Família pós-graduados que resolverão de modo síncrono ou assíncrono e com base nas melhores evidências disponíveis para esse contexto a grande maioria das dúvidas. Os mesmos especialistas terão o papel de filtro e regulador, de modo a agendar com especialistas focais as teleconsultorias eventualmente necessárias. Tanto especializações de curto prazo e larga escala, como programas de residência e para desenvolvimento profissional contínuo, serão também grandemente beneficiadas por este suporte. Casos complexos hipotéticos, gerados a partir dessas dúvidas mais frequentes e relevantes, igualmente serão de grande valia para estruturar ensino e aprendizagem, para todos os níveis educacionais, em Atenção Primária à Saúde.
	Integração de instituições/ integração ensino e serviço	1. Viabilizar políticas de formação em saúde, integrando sistemas de saúde e universidades. 2. Institucionalizar a relação entre universidades, escolas de saúde e sistemas de saúde, com definição de responsabilidades e competências. 3. Fomentar a criação de departamentos de medicina de família nas universidades.	Ministério da saúde e da educação devem induzir estas políticas através de incentivos, redefinição curricular, instituição de linhas de pesquisa. As Sociedades Científicas de Medicina de Família nacionais devem participar da formulação dessas políticas, colaborando para que sejam estabelecidos: Responsabilidade e vínculo territorial Política de estágios e pesquisa compartilhada Espaço de cogestão Avaliação e monitoramento dos convênios. 2. Construção de espaços de negociação entre esferas de governo, universidades e sociedades de medicina de família para fortalecimento das políticas de qualificação em APS. 3. Construção de sistemas saúde escolas.

Grupo 3 – Inserção acadêmica da medicina familiar

Coordenação geral: Marcelo Demarzo (Brasil) e Eduardo Durante (Argentina)

Subcoordenação: Ricardo Donato (Brasil) e Marina Almenas (Porto Rico)

Questões norteadoras da discussão:

- **Dado que é estratégico implementar a MFC como disciplina, departamentos em Universidades, Mestrados e Doutorados:**
- **Como fazê-lo e em que cenários?**
- **Como ser docente?**
- **Quais as políticas governamentais de incentivo?**
- **Como inserir na estrutura organizacional, por quê?**
- **Como priorizar e garantir a inserção de MFC nas mesmas condições das outras especialidades?**

Inserção acadêmica da medicina familiar		
Estratégias	O que fazer?	Como fazer?
Criar Redes de Apoio aos formadores com foco na Inserção da MFC e desenvolvimento docente	<p>Criação de rede entre formadores de graduação (com foco em MFC e APS) como espaço de discussão e troca de experiências para auxiliar a implementação local das diretrizes e agendas sugeridas pela Wonca e Sociedades Nacionais.</p> <p>Criação e Coordenação de redes nacionais pelas Sociedades de Especialidade em parceria com associações de docentes de medicina.</p> <p>Diagnóstico situacional e monitoramento da inserção da MFC na Graduação quanto a modelo pedagógico, formação do professor e proporção de MFCs entre os professores, estrutura (cenários), etc.</p> <p>Construção de instrumentos para avaliação e monitoramento das instituições de ensino.</p>	<p>Espaço na página da Wonca Ibero-Americana-CIMF/ Sociedades nacionais. <i>Webpage</i> e Grupo de <i>E-mail</i>.</p> <p>Apoio institucional para desenvolvimento e manutenção da rede.</p> <p>Evento – Fórum no pré-congresso dos eventos nacionais.</p> <p>Foco da próxima cúpula: Inserção da MFC na formação médica Docente.</p> <p>6. Grupo de trabalho junto ao grupo de pesquisa para operacionalizar diagnóstico situacional das instituições formadoras.</p> <p>7. Acreditação / Certificação de instituições a partir do diagnóstico e monitoramento.</p>

Inserção acadêmica da medicina familiar		
Estratégias	O que fazer?	Como fazer?
Mudança curricular e integração ensino-serviço	<p>Qualificação permanente técnica e andragógica para formadores (professores, preceptores, tutores, médicos da rede) que trabalham com alunos.</p> <p>Garantia do desenvolvimento e avaliação (metodologias adequadas) das competências próprias da MFC durante a formação longitudinal na graduação, sustentada pela contratação de docentes e profissionais do serviço certificados para a função docente, especialistas em MFC.</p> <p>Desenvolvimento de diretrizes específicas internacionais e nacionais, com o apoio governamental para o ensino da MFC e APS, que promovam atividades de forma longitudinal durante o curso, integrando o ensino e o serviço.</p> <p>Acreditação / Certificação de instituições a partir do diagnóstico e monitoramento.</p> <p>Integração das SMS com as instituições de ensino.</p> <p>Pactuação com o município em relação à produtividade do tutor.</p> <p>Apoio institucional para desenvolvimento e manutenção das redes.</p> <p>Capacitação dos gestores (unidades de saúde).</p> <p>Participação da sociedade no processo decisório.</p> <p>Qualificação das unidades de saúde da família, incluindo adequação da estrutura física, das unidades típicas da rede, através das universidades, apoio de ministérios, etc.</p> <p>Redução de exigência para ingresso de docentes.</p> <p>Criação de programas de mestrado e doutorado em MFC. Onde isso ainda não for possível, criar linhas de pesquisa em MFC nos mestrados e doutorados já existentes de áreas afins.</p>	<p>Constituir rede de integração ensino-serviço (“Rede Saúde-Escola”), articulando as diversas esferas governamentais com as instituições de ensino. Esse processo deve ser sustentado por regulamentação e deve ter coordenação compartilhada entre a academia, gestores de saúde, profissionais de saúde e comunidade.</p> <p>Criar redes nacionais e internacionais de formadores em MFC e APS na graduação, como espaço de discussão e troca de experiências, para auxiliar a implementação local das diretrizes e agendas sugeridas pela Wonca, CIMF e Sociedades Nacionais.</p> <p>Criar grupos de trabalho nas instituições de ensino superior de medicina, formadas com MFC e outros especialistas docentes, alunos e funcionários, para discutir inserção da MFC e APS e a mudança que deve ser realizada, apoiados pelas Sociedades científicas MFC.</p> <p>Viabilizar cenários e locais de desenvolvimento:</p> <p>Ligas de saúde da família e MFC</p> <p>Projetos de extensão (INTEGRALIDADE)</p> <p>Sistema municipal de saúde-escola</p> <p>Integração das SMS com as instituições de ensino</p> <p>Lei municipal que regule a integração</p> <p>Criar e manter pela Wonca Ibero-Americana - CIMF e Sociedades nacionais de <i>Webpages</i> e “Grupo de <i>E-mails</i>” para sustentar a formação da rede de docentes.</p> <p>Realizar eventos ou Fóruns de “Inserção Acadêmica da MFC” nos espaços dos congressos nacionais e internacionais. Foco da próxima Cúpula Ibero-Americana sobre “Inserção da MFC na graduação médica”.</p> <p>Criar Grupo de trabalho junto ao grupo de pesquisa para operacionalizar diagnóstico situacional das instituições formadoras.</p> <p>Estimular, por ex., por meio de Selo de Certificação pela WONCA, CIMF e Sociedades Nacionais de MFC, para instituições de ensino e redes de integração ensino-serviço que seguirem diretrizes de inserção da MFC.</p> <p>Privilegiar a adesão das IES a essas diretrizes por meio de incentivos governamentais.</p> <p>Criar grupos de trabalho nas IES de medicina, formados por MFC e outros especialistas docentes, alunos e funcionários, para discutirem as diretrizes e implementá-las.</p> <p>Desenvolver diferentes tópicos da graduação (epidemiologia, saúde e sociedade, etc.), integrando com as outras grandes áreas (saúde da criança, mulher, adultos, idosos, coletiva, mental, etc.) com a APS, sustentado por um grupo de trabalho que permita integrar e sistematizar o ensino.</p> <p>Construir instrumentos para avaliação e monitoramento das instituições de ensino, visando estabelecer diagnóstico situacional e seguimento da inserção da MFC na Graduação [por ex., quanto a modelo pedagógico, formação do professor e proporção de MFCs entre os professores, estrutura e cenários], permitindo avaliação e qualificação do processo de ensino-aprendizagem.</p> <p>Incentivar a participação de residentes, pós-graduandos e profissionais dos serviços na docência de graduação.</p> <p>Incentivar grupos de estudantes de interesses na área de MFC (Ligas Acadêmicas) que fomentem as mudanças culturais nesta área, apoiados pelas Sociedades e Gestores, e sendo orientados pelos docentes da área de MFC e APS, oferecendo oportunidades de experiências práticas, IC e trabalhos de extensão.</p> <p>Criar condições de ingresso de docentes especialistas em MFC ao meio acadêmico, enquanto não houver número suficiente de mestres e doutores.</p>

Grupo 4 - Pesquisa em medicina familiar e atenção primária à saúde

Coordenação geral: Cesar Brandt (Venezuela) e Erno Harzeim (Brasil)

Subcoordenação: Cecilia Llorach (Panamá) e Liliana Arias (Colombia)

Questões norteadoras da discussão:

- **Como implementar a pesquisa em MFC/APS?**
- **Como inserir os profissionais da assistência nesse processo?**
- **Como utilizar os Programas de Residência em MFC para que estimulem a pesquisa?**
- **Como formar redes colaborativas nacionais, regionais e internacionais?**

	Estratégias	O que fazer?	Como fazer?
Investigação em Medicina Familiar	Fomentar a prática de pesquisa em Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde	<p>Incrementar as competências dos Médicos de Família dos serviços assistenciais para participação em projetos multicêntricos.</p> <p>Integrar serviços assistenciais de MF/APS e os centros de ensino e pesquisa, universitários ou não, e os programas de residência médica em MF.</p> <p>Criar cursos de mestrado profissional (mestrado em serviço) em MF/APS.</p> <p>Incrementar a produção e a divulgação científica em MFC e APS.</p>	<p>Obter apoio dos governos e agências de fomento à pesquisa para:</p> <p>reconhecimento da Medicina de Família e da Atenção Primária à Saúde como áreas específicas de conhecimento e pesquisa;</p> <p>oferta de linhas de financiamento específicas para estas áreas de conhecimento;</p> <p>criação de cursos de mestrado profissional (mestrado em serviço) em MF/APS.</p> <p>Prover incentivos econômicos relacionados à produção científica de cada MF por meio da adoção de planos de carreira.</p> <p>As Sociedades Nacionais e os Centros de Referência em MF/APS devem contribuir para a identificação e validação, deste processo.</p>
			<p>Consolidar a Rede IBIMEFA (Red Ibero-Americana de Investigación en Medicina Familiar).</p> <p>Divulgar produção de médicos de família e residentes em revistas científicas, sítios das sociedades científicas e congressos.</p>

III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar Carta de Fortaleza

No ano em que se comemora o 30º Aniversário da Declaração de Alma-Ata (1978), que impulsionou os Estados Membros da OMS a adotarem a Estratégia dos Cuidados Primários em Saúde para alcançar **Saúde para Todos**, foi realizada durante os dias **29 e 30 de abril de 2008**, em Fortaleza, Ceará, Brasil, a III CÚPULA IBERO-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR sob o tema: **Missão e Desafios para a Medicina Familiar e a Atenção Primária no século XXI: Equidade, Integralidade e Qualidade nos sistemas de Saúde.**

Seguem as recomendações da Cúpula:

I – Para que os sistemas de saúde propiciem os melhores benefícios que a Atenção Primária à Saúde (APS) pode assegurar, é necessário que seu componente médico esteja constituído por especialistas da área, certificados/titulados como Médicos de Família e Comunidade (MFC):

- 1) Benefícios da certificação e recertificação de especialista em MFC: É necessário difundir as evidências atuais (Shi.) e investigar outras evidências desta iniciativa para a resolutividade da APS. Para isso é fundamental a sinergia de papéis entre as sociedades científicas, universidades e outras organizações relacionadas. Tal difusão deve direcionar-se para os tomadores de decisão, comunidade, médicos de outras especialidades e demais profissionais de saúde.
- 2) É necessário criar incentivos para a disponibilização de Médicos de Família e Comunidade nos serviços de APS, favorecendo seu desempenho, formação contínua e permanente e recertificação periódica, com financiamento garantido por uma política de estado que assegure a sustentabilidade no tempo.

II – No sentido de assegurar a qualidade do cuidado das pessoas e comunidades atendidas em nossos serviços de APS, esta Cúpula recomenda especial atenção à formação e qualificação do Médico de Família. O envolvimento das instituições formadoras, dos gestores e sociedades científicas na constituição de grupo de trabalho representativo que elabore e monitore a política de qualificação para os próximos 10 anos parece ser o caminho apropriado.

Esta Cúpula sugere o estabelecimento de prazos a serem perseguidos, a saber:

- 3) Uma meta de 5 anos para todos os médicos que trabalham em APS serem capacitados através de cursos de especialização em MFC, presenciais e à distância, orientados e certificados pela Sociedade Científica nacional de medicina de família, revertendo seu aproveitamento, avaliado pelas mesmas Sociedades, em pontos a somarem-se na obtenção de título de especialista.
- 4) É decisivo que, em 10 anos, aos futuros médicos de APS seja exigida residência médica ou título de especialista de sua respectiva Sociedade Científica. Alguns elementos-chave para que isto aconteça são: formar preceptores da especialidade MFC em grande número; valorizar a bolsa do residente de medicina de família tornando-a competitiva com a remuneração assistencial, instituir bolsa para o

preceptor de residência de medicina de família e comunidade onde ela ainda não exista; e expandir fortemente as vagas de residências de medicina de família, inclusive no meio rural.

- 5) A regulação da especialidade de Medicina Familiar é responsabilidade das Sociedades Científicas e Entidades Médicas Nacionais competentes, a quem cabe definir, promover e avaliar o padrão de competências necessárias à certificação.
- 6) Aos gestores cabe a geração de incentivos para formação, certificação e residência na especialidade, inclusive em termos da carreira.
- 7) Como é decisivo assegurar não apenas uma certificação inicial, mas a manutenção da qualidade, as Sociedades Científicas Nacionais, os Ministérios da Saúde e Universidades providenciarão convênios de colaboração para o desenvolvimento específico de cursos de especialização em Medicina Familiar e desenvolvimento profissional contínuo em diferentes modalidades.

III – A utilização de ferramentas de telessaúde, telemedicina na educação à distância para qualificação em atenção primária à saúde

- 8) Diante das possibilidades abertas pelas novas tecnologias para ganho em escala e qualidade, recomendamos que cada país constitua núcleos para o desenvolvimento de estratégias de aproveitamento da telemática para suporte dos cuidados primários em saúde.
- 9) O centro do suporte via telessaúde no cotidiano dos profissionais devem ser as teleconsultorias de apoio a dúvidas práticas advindas de sua atividade clínica, comunitária e de administração de serviços. Este apoio deve ser primariamente prestado por Médicos de Família titulados que resolverão de modo síncrono ou assíncrono e com base nas melhores evidências disponíveis para esse contexto a grande maioria das dúvidas. Os mesmos especialistas devem ter o papel de filtro e regulador, de modo a agendar com especialistas focais as teleconsultorias eventualmente necessárias.
- 10) Tanto especializações de curto prazo e larga escala como programas de residência e para desenvolvimento profissional contínuo serão também grandemente beneficiadas por este tipo de suporte.
- 11) Casos complexos hipotéticos, gerados a partir dessas dúvidas mais frequentes e relevantes, igualmente serão de grande valia para estruturar ensino e aprendizagem, para todos os níveis educacionais, em Atenção Primária à Saúde.

IV – Integração de instituições/ integração ensino e serviço

- 12) Ministérios da Saúde e da Educação devem induzir políticas de formação em saúde, integrando sistemas de saúde e universidades (através de incentivos, redefinição curricular, instituição de linhas de pesquisa); para tanto, no que diz respeito a APS, as Sociedades Científicas de Medicina de Família nacionais devem participar da formulação dessas políticas.
- 13) Institucionalizar a relação entre universidades, escolas de saúde e sistemas de saúde, com definição de responsabilidades e competências:
 - responsabilidade e vínculo territorial;
 - política de estágios e pesquisa compartilhada;
 - espaço de cogestão;
 - avaliação e monitoramento dos convênios.
- 14) Construção de espaços de negociação entre esferas de governo, universidades e sociedades de medicina de família para fortalecimento das políticas de qualificação em APS:
 - construção de sistemas saúde-escola;
 - fomentar a criação de departamentos de medicina de família nas universidades.

V- Considerando o consenso quanto à importância da inserção acadêmica da MFC, a fim de garantir o alcance de excelência tanto no âmbito da formação quanto da atenção em saúde, assim como do funcionamento dos respectivos sistemas nacionais, destacam-se dimensões estratégicas, a saber:

15) Formação e capacitação docente:

- Apoio à inserção de docentes especialistas em MFC de forma coerente com a estrutura organizacional de cada instituição de ensino, por meio de ações indutoras conjuntas entre a CIMF, OPAS e os setores governamentais pertinentes de cada país.
- Criação, por mecanismos indutores governamentais, de programas de mestrado, acadêmico e profissional, e doutorado em MFC.
- Incentivo da participação de residentes, pós-graduandos e profissionais dos serviços na docência de graduação.
- Criação de redes de formadores em MFC e APS para troca de experiências, monitoramento e avaliação da inserção acadêmica da MFC nos diversos países.
- Realização de eventos ou fóruns de “Inserção Acadêmica da MFC” nos congressos nacionais e internacionais.

16) Reorientação curricular e aperfeiçoamento do processo de ensino-aprendizagem:

- Desenvolvimento de diretrizes de reorientação dos cursos de graduação com foco na MFC e APS pela WONCA/CIMF/Sociedades de MFC, estimulando a adesão das IES a essas diretrizes por meio de incentivos governamentais.
- Incentivo a grupos de estudantes com interesse na área de MFC (Ligas Acadêmicas) que fomentem as mudanças culturais e acadêmicas nesta área, apoiados pelas Sociedades e Gestores, e sendo orientados pelos docentes da área de MFC e APS, oferecendo oportunidades de experiências práticas, IC e trabalhos de extensão.
- Próxima Cúpula Ibero-Americana com foco na **“Inserção da MFC na Graduação”**.

17) Qualificação de rede de serviços:

- Criação de redes de integração ensino-serviço (“Rede Saúde-Escola”), sustentada por regulamentação específica.
- Processo de Certificação das instituições de ensino e das redes de integração ensino-serviço pela WONCA, CIMF e Sociedades Nacionais de MFC.

VI – Com o objetivo de fomentar a prática de pesquisa em Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde a fim de subsidiar respostas pertinentes aos principais problemas de saúde da população e à qualidade dos serviços de saúde destacam-se:

- 18) A integração entre serviços assistenciais de MF/APS e os centros de ensino e pesquisa, universitários ou não, e os programas de residência médica em MF. Com o apoio dos governos e agências de fomento à pesquisa, tanto para o reconhecimento da Medicina de Família e da Atenção Primária à Saúde como áreas específicas de conhecimento e pesquisa como para a oferta de linhas de financiamento específicas para construção de conhecimento nestas áreas.
- 19) A valorização da pesquisa por meio de incentivos econômicos relacionados à produção científica de cada MF por meio da adoção de planos de carreira.
- 20) Reconhecimento e consolidação da Rede IBIMEFA (Red Iberoamericana de Investigación em Medicina Familiar) como coestratégia promotora dos objetivos citados acima.
- 21) Divulgação da produção de conhecimento em MF decorrente destes esforços em revistas científicas da área de Medicina de Família, assim como os trabalhos de conclusão de residência médica.
- 22) Divulgação do conjunto desta produção científica e das linhas de pesquisa associadas em portais baseados na internet vinculados às Sociedades Nacionais de MF, assim como em eventos científicos regionais.

Fortaleza(CE), Brasil, outono de 2008

CONFEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR
(WONCA IBEROAMERICANA/CIMF)

SOCIEDAD BRASILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA
(SBMFC)

MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
(OPS/OMS)

III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar

Misión y Desafíos para la Medicina Familiar
y la Atención Primaria en el Siglo XXI:
Equidad, Integralidad y Calidad en los
Sistemas de Salud



Fortaleza – Brasil
29 y 30 de abril de 2008

Instituciones organizadoras

Presidente de la III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar

- **Dra. Maria Inez Padula Anderson**, Presidente de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria – SBMFC – Brasil/WONCA-CIMF

WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia)

- **Prof. Chris van Weel**, Presidente
- **Prof. Richard Roberts**, Presidente Electo
- **Dr. Alfred W T Loh**, Director Ejecutivo – CEO

WONCA Iberoamericana/CIMF (Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar)

- **Dr. Adolfo Rubinstein**, Presidente de WONCA Iberoamericana/CIMF
- **Dr. César Brandt Toro**, Secretario ejecutivo WONCA Iberoamericana/CIMF
- **Dra. Marina Almenas**, Directora financiera WONCA Iberoamericana/CIMF
- **Dr. Octavio Pons**, Coordinador Sub-región Mesoamérica WONCA/Iberoamericana/CIMF
- **Dr. Oscar Fernández Fuentealba**, Coordinador Sub-región Cono Sur WONCA Iberoamericana/CIMF
- **Dra. Liliana Arias Castillo**, Coordinadora Sub-región Andina de WONCA Iberoamericana/CIMF
- **Dr. Rui Nogueira**, Coordinador Sub-región Península Ibérica de WONCA Iberoamericana/CIMF

Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria/SBMFC

Comisión Organizadora Local

- **Dr. Carlos Eduardo Aguilera** – Director SBMFC
- **Dr. Eno Dias de Castro Filho** – Director SBMFC
- **Dr. Gustavo Gusso** – Director SBMFC
- **Dr. Leonardo Savasi** – Consejo Director SBMFC
- **Dr. Marcello Dalla** – Vicepresidente SBMFC
- **Dr. Marcelo Demarzo** – Director SBMFC

- **Dr. Ricardo Donato** – Consejo Director de la SBMFC
- **Dr. Tales Sampaio** – Consejo Director SBMFC

Ministerio de la Salud del Brasil

- **Dr. José Gomes Temporão** – Ex Ministro de Salud de Brasil
- **Dr. Luis Fernando Rolin** – Director del Departamento de Atención Básica del Ministerio de Salud (DAB/SAS/MS)
- **Dr. Nulvio Lermen Junior** – Coordinador de Gestión de la Atención Básica (DAB/SAS/MS)
- **Dra. Claunara Schilling Mendonça** – Subdirectora del DAB/SAS/MS

OPS/OMS

- **Dr. Diego Victoria** – Representante – OPS/OMS – Brasil
- **Dr. Júlio Suarez** – Consultor en Servicios de Salud OPS/OMS – Brasil
- **Dr. Newton Lemos** – Asesor Técnico – Sistemas y Servicios de Salud – OPS/OMS – Brasil

III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar

Bajo el patrocinio y la promoción del Ministerio de la Salud de Brasil, de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF/WONCA), de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SBMFC) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), fue realizada durante los días **29 y 30 de abril de 2008**, en Fortaleza, Ceará, Brasil, la **III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar**, teniendo como temática central: **Misión y Desafíos para la Medicina Familiar y la Atención Primaria en el Siglo XXI: Equidad, Integralidad y Calidad en los Sistemas de Salud**.

En el año en que se celebró el 30º Aniversario de la Declaración de Alma-Ata (1978), que promovió que los Estados Miembros de la OMS adopten la Estrategia de los Cuidados Primarios en Salud para alcanzar **Salud para Todos**, esta Cumbre tuvo como objetivo mayor el contribuir para el intercambio y fortalecimiento de las políticas de salud en el campo de la Atención Primaria y de la Medicina Familiar en la Región de Iberoamérica.

El evento reunió Ministros de Salud de Iberoamérica y representantes de sus Equipos Técnicos; Secretarías Estaduales y Municipales de Salud; Representantes máximos de WONCA, CIMF y sus países miembros; Gestores de Educación de las Escuelas Médicas; Coordinadores de Programas de Residencia en Medicina Familiar; Representantes de Sociedades Científicas y Académicas con interés en Medicina Familiar y Atención Primaria de la Salud.

Objetivos generales de la III Cumbre

- Evaluar la situación actual de los países iberoamericanos con relación a las recomendaciones establecidas en las Cumbres ya realizadas.
- Contribuir al desarrollo, calificación y consolidación de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria en los países de Iberoamérica.
- Promover la colaboración, el intercambio y el establecimiento de alianzas entre los países de Iberoamérica con respecto a las acciones de formación, capacitación, asistencia e investigación en MFC y APS.

Objetivos Específicos

- Posicionar y valorizar la medicina de familia y comunidad como una especialidad fundamental para los sistemas de salud, transformándola en una política de estado.
- Evidenciar y fortalecer junto a los gestores de salud la importancia y la necesidad de invertir en la formación y valoración de la MF, así como en la infraestructura y en las condiciones de trabajo en la APS para que se pueda calificar y alcanzar mayores y mejores resultados de los sistemas de salud.

- Conocer la experiencia brasileña en la implementación de la Estrategia de Salud de la Familia, identificando sus resultados, desafíos y aplicabilidad en otros escenarios iberoamericanos.
- Conocer otras experiencias exitosas de implementación de políticas de APS y MFC en países de Iberoamérica e identificar su aplicabilidad en otros escenarios iberoamericanos.
- Establecer acuerdos, recomendaciones, estrategias y metas que puedan promover la formación y la capacitación de MFC y de educadores en MFC, así como los mecanismos de conversión de otros especialistas, procesos de certificación y re-certificación profesional contribuyendo al intercambio de acciones.
- Orientar y perfeccionar la conversión de otros especialistas en MFC.
- Fomentar:
 - inserción académica de la MF y de la APS;
 - políticas para investigación y producción científica de la MF y de la APS;
 - inclusión de MFCs en la gestión de los sistemas de salud;
 - intercambio de residentes de MFC.

Marco introductorio

La histórica Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de Salud patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma-Ata cumplió 30 años en 2008. No obstante los esfuerzos desarrollados, el mundo está aún lejos de alcanzar la meta “*Salud Para Todos en el Año 2000*”, proclamada con entusiasmo, en aquella ocasión, por las delegaciones de 134 países y por decenas de representantes de organismos internacionales con interés en el área de la salud.

Transcurridos tantos años, “aún es lamentable la situación de salud de gran parcela de la humanidad, pues la misma aún no goza de una atención a la salud integral, equitativa o ni siquiera básica” (Declaración de Buenos Aires: de Alma-Ata a la Declaración del Milenio, 2007).

Pero ya puede ser considerado un gran avance constatar que, 30 años después, hablar sobre Atención Primaria de Salud (APS) no provoca más cuestionamientos sobre su importancia para la estructuración de los sistemas de salud. La inteligencia sanitaria mundial ha evidenciado lo acertada de la estrategia consagrada en Alma-Ata. Hoy en día, es consensual entre los formuladores de políticas de salud que los *Cuidados Primarios de Salud* constituyen la llave maestra para que “Salud Para Todos” pueda ser transformada en realidad.

Ya sea en el ámbito de los servicios y de las instancias de gestión o en el medio académico, es sabido que, sin un sistema de salud con base en la APS, no es posible constituir políticas de salud equitativas, eficientes y efectivas. Al contrario, se sabe que, sin una APS calificada, los sistemas de salud se tornan progresivamente más fragmentados, iatrogénicos y, además, acumulan costos elevados e innecesarios.

Pero es necesario reconocer: aún existen grandes distancias entre las intenciones y las decisiones y acciones.

Muchos obstáculos para la implantación de la APS aún persisten. Obstáculos de orígenes y órdenes diversos, incluyendo la lógica de mercado, fruto de los intereses del complejo médico-industrial y su influencia en la configuración de los sistemas de salud. Dificultades operacionales o conceptuales son halladas en algunas regiones, en instituciones de educación y con relación a las iniciativas gubernamentales: algunos de ellos, implementando acciones efectivamente transformadoras; otros, denotando considerable perplejidad, accionan e invierten en programas que más contribuyen a perpetuar las condiciones existentes, que para caminar en dirección a los cambios necesarios.

A pesar de ello, la efectividad y la resolutivez de la APS han sido cada vez más evidenciadas. Estudios comparativos vienen disipando dudas eventualmente remanentes: países que consiguen instituir sistemas de salud organizados con base en un modelo calificado e inclusivo de APS vienen obteniendo resultados irreprochables, ya sea en relación a la cobertura asistencial o en relación a los costos, con mejores indicadores de salud.

En este contexto, cabe promover una reflexión sobre la relevancia de la Medicina de Familia y Comunidad, como especialidad médica más adecuada para actuar en este campo de la atención.

La Atención Primaria de Salud sin la efectiva participación de la Medicina de Familia no debe más ser considerada completa y viceversa.

Esta comprensión fue siendo progresivamente construida en el propio rastro de Alma-Ata. Esto porque, desde entonces, se avanzó mucho en lo concerniente a la necesidad de una calificación

profesional coherente con la APS y, simultáneamente, con la ampliación del concepto de salud y enfermedad y su impacto en el ámbito del saber y de la práctica médica.

En la década de los 70, comenzaban a evidenciarse, de forma más visible, los límites del modelo anatomoclínico, pilar del paradigma biomédico, que proyectó la enfermedad – tomada como entidad – como objeto y foco principal de la atención médica.

Con base en este paradigma, aún vigente, el valor y la importancia del profesional y de sus prácticas son tan mayores cuanto más focales y puntuales sean su visión y su intervención sobre las disfunciones fisiológicas, sobre las enfermedades. La actuación dentro de los hospitales aún es fuertemente comprendida como más “compleja” en vista que, en aquel espacio, se lidia con “enfermedades complejas” y se utilizan instrumentos industrializados “de alta complejidad”.

Formación, saber y práctica médica, status y valoración profesional son aún, en gran parte, afectos a tal concepción biotecnista.

Siendo así, con base en este mismo paradigma, los profesionales que se vuelcan y desarrollan acciones en la y para la APS, no necesitarían desarrollar calificación específica para aplicar las tecnologías propias de este campo de prácticas, lo que nos remite a una visión simplista y descalificada de lo que sea la complejidad del trabajo en este nivel de atención.

Esta comprensión equivocada puede, en parte, servir de explicación para la eventual carencia de incentivos y políticas específicas que aún es posible observar en muchas regiones.

En estas últimas décadas, entretanto, la ciencia ha demostrado que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno complejo, en el cual actúan variables de diferentes dimensiones, biológica, psicológica, cultural y social. Además de ello, el perfil de morbilidad y mortalidad de las poblaciones, la expectativa de vida, la sociedad y la cultura constituyen una realidad bastante diversa de aquella configurada con ocasión de la emergencia y del establecimiento de la medicina anatomoclínica.

Si, en aquella época, las enfermedades infecciosas representaban el gran desafío, hoy son las enfermedades crónico-degenerativas, influenciadas por los hábitos y estilos de vida, adquiridos en la familia y en la sociedad que lo representan. Son las dolencias generadas por la violencia, por las condiciones generales de vida, en las grandes y pequeñas ciudades, por los valores impuestos por la sociedad de consumo y por la globalización. Se ampliaron los factores y las situaciones de riesgo.

No se puede más relegar a un segundo plano las acciones de promoción y educación en salud. Ni se puede más aguardar que los procesos de padecimiento prosigan en su “evolución natural”, para ser entonces objeto de “recuperación” por parte de la medicina.

Se impone el desarrollo de acciones de promoción a la salud, así como trabajar mecanismos de resiliencia, buscando las medidas que procuren ambientes y prácticas sociales saludables. Identificar precozmente cómo y por qué las personas adolecen y contribuir a reasumir el camino de la salud constituye el elemento central por el cual se deben organizar y actuar los sistemas de salud.

Por todo esto, se comprende hoy, con mayor claridad, la importancia de la Atención Primaria de Salud. Es en este nivel de atención en el que todo se inicia. Aquí deben ser desarrolladas – de forma integrada y articulada – acciones de educación, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para los problemas más prevalentes de salud. El foco no son las partes del cuerpo o los sistemas orgánicos, sino las personas, las familias, la comunidad y sus procesos de enfermar y preservar la salud.

Las cuestiones a ser abordadas y desarrolladas en la APS son, por lo tanto, complejas, y los profesionales deben tener una formación específica y adecuada para lidiar con las necesidades y demandas de salud que allí se presentan, trabajando bajo la perspectiva del cuidado y de la autonomía.

De Alma-Ata hasta acá, mucho ya se caminó y se ha caminado en ese sentido, tanto con relación a la comprensión e implementación de la APS como en relación a la calificación de sus profesionales, en especial del Médico de Familia y Comunidad. Muchas y buenas lecciones pueden ser extraídas de la experiencia de países con diferentes

niveles de desarrollo económico, inclusive de Iberoamérica, a ejemplo de Cuba, Brasil, México, Costa Rica, España y Portugal.

Pero aún hay grandes distancias entre intención y gesto, especialmente en los países llamados en desarrollo.

En la región de Iberoamérica, entre los principales desafíos se encuentran:

- a) Conformar y organizar sistemas nacionales de salud más justos y equívocos, y que tengan como base la APS y la actuación de Médicos de Familia.
- b) Promover políticas de salud que garanticen como mínimo el acceso de toda la población a la Medicina de Familia y Comunidad y a la Atención Primaria de Salud (como derecho de todos y deber del Estado).

Para ello, es necesario que se establezcan, se implementen y se incrementen políticas para fortalecer la:

- 1) valorización y valoración de la MFC y de la APS en los sistemas de salud con constitución de mercado y condiciones adecuadas de trabajo;
- 2) formación y capacitación de médicos de familia y comunidad;
- 3) formación y capacitación de educadores, tutores y docentes en Medicina de Familia y Comunidad;
- 4) institucionalización académica de la Medicina de Familia y Comunidad;
- 5) producción y divulgación de conocimiento en el ámbito de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina de Familia.

Todas estas cuestiones han sido objeto de estudio en la esfera de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y han sido trabajadas en las CUMBRES y demás actividades de la CIMF y de sus regionales nacionales.

La I Cumbre, realizada en la España (2002), la II Cumbre, realizada en Chile (2005), así como la I Minicumbre, realizada en Venezuela (2003), presentaron recomendaciones y acciones concretas para enfrentar y superar los desafíos a la Medicina Familiar y la Atención Primaria de Salud en el nivel de Iberoamérica.

Con base en estas recomendaciones y en una encuesta realizada con los países miembros de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar – CIMF sobre el actual estado de desarrollo de los sistemas de salud, de la MF y APS en Iberoamérica, se configuraron los objetivos propuestos para la III Cumbre.

El presente informe resume el desarrollo, las propuestas y los principales acuerdos de la III Cumbre Iberoamericana de medicina familiar expresados en la carta de Fortaleza que va al final de este documento.

Desarrollo de la III Cumbre – Iberoamericana de Medicina Familiar

Para que la III Cumbre atendiese sus objetivos y su programación abordase los aspectos y cuestiones de mayor interés para los países de Iberoamérica, fue aplicado, desde julio de 2007, un cuestionario destinado a los presidentes de las asociaciones de MF de la CIMF. Este cuestionario estuvo compuesto por las siguientes preguntas:

- 1) Pensando en la III Cumbre como un evento político, ¿Cuál es el principal resultado esperado para su país?
- 2) En este sentido, ¿Cuáles serían las temáticas sugeridas?
- 3) Nombre título sugerido para el evento.

A partir de las respuestas obtenidas de prácticamente todos los países constituyentes de la CIMF, a saber: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Porto Rico, República Dominicana y Uruguay, fueron delineados los objetivos generales y específicos de la III Cumbre, así como la programación científica del evento.

La Cumbre de Fortaleza se desarrolló a través de conferencias, mesas redondas y talleres de trabajo, además de actividades de cuño sociocultural. Contó con la participación de más de 300 delegados, con representantes del primer escalón del Ministerio de Salud de Brasil, Ministros de Salud Estatales de varios países, las Direcciones de WONCA, de CIMF, de SBMFC y de OPS, además de los representantes oficiales y miembros de todas las Asociaciones Iberoamericanas de Medicina Familiar. Participaron también gestores de salud de varios municipios y estados brasileños, así como directores de escuelas médicas, de programas de residencia en medicina familiar, de revistas científicas.

El proceso de organización, planificación y elección de los temas a ser discutidos en los grupos de trabajo durante la CUMBRE fue iniciado en la WEB y se extendió presencialmente en reunión con los coordinadores y sub-coordinadores de los grupos.

En las discusiones a distancia, fueron elegidos los temas de los grupos, los coordinadores y los sub-coordinadores y fueron abiertas inscripciones para que los participantes de la III Cumbre eligiesen sus grupos de trabajo de acuerdo con sus temas de mayor interés.

En reunión presencial con coordinadores y sub-coordinadores, se discutieron los documentos producidos en las CUMBRES anteriores. En esa discusión, quedó evidenciada que, hasta entonces, el énfasis de las discusiones y de los respectivos documentos había sido dado sobre las bases teórico-conceptuales de la Medicina de Familia y Comunidad y su importancia para los sistemas de salud (Qué y por qué hacer). Siendo así, se acordó que las discusiones y el documento producido en esta III CUMBRE de Fortaleza deberían enfatizar más las estrategias y orientaciones de cuestiones y aspectos operacionales relacionadas a la MFC (cómo hacer).

La dinámica en los grupos se dio de la siguiente forma: cuatro salas, con un grupo de hasta 40 participantes en cada sala. La discusión se dio en un primer momento en el grupo de 40 integrantes; en un segundo momento, en 4 subgrupos (con diez integrantes cada uno) para discusión más profunda elegida a partir de la dinámica a continuación descrita. El tiempo de duración de la actividad fue de 3 horas.

La programación científica final fue la siguiente:

Mañana del día 29 de abril

Mesa de apertura

¿Qué son las Cumbres? ¿Cuál es el motivo de estar reunidos?

- Qué es WONCA/qué es la CIMF – Dr. Chris van Weel – Presidente de la WONCA
- Presentación resumida de las otras Cumbres: Oscar Fernandez – Presidente de la Regional Cono Sur – WONCA/CIMF
- Que es lo que esperamos de esta III Cumbre – Maria Inez Padula Anderson – Presidente de la III Cumbre.

Conferencia: Estrategia de Salud de la Familia en el Sistema Único de Salud en Brasil – Resultados y Desafíos – Dr. José de Carvalho Noronha – Viceministro de Salud de Brasil

Mesa-redonda: Situación de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina Familiar: Relatos de Experiencias en Iberoamérica

- **Portugal:** Ministra de la Salud – Dra. ANA MARIA TEODORO JORGE
- **Uruguay:** Ministra de Salud Pública – Dra. Maria Julia Muñoz
- **Cuba:** Viceministro de Salud – Dr. Joaquín García Salabarría
- **España:** Secretario General de Sanidad – Dr. José Martínez Olmos

Conferencia: Impacto de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina Familiar en los Sistemas de Salud – Dr. Adolfo Rubinstein – Presidente de la CIMF

Tarde

Conferencia: Competencias y Funciones de la Medicina Familiar: por que esta especialidad médica debe estar en la base de los Sistemas de Salud – Dr. Richard Roberts – Presidente Eleito de la WONCA

Mesa-redonda: Situación de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina Familiar: Relatos de Experiencias en Iberoamérica

- **Ecuador:** Viceministro de Extensión de Protección Social - Dr. Carlos Velasco
- **Costa Rica:** Dra. Adriana Osorio
- **Chile:** Ministerio de Salud – Gobierno de Chile

Mesa redonda: Situación de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina Familiar: Relatos de Experiencias en el Brasil

- **Municipio de Gran Porte:** Secretaria Municipal de Belo Horizonte – Dra. Sonia Gesteira
- **Municipio de Gran/Mediano Porte:** Secretaria Municipal de Niterói – Rio de Janeiro – Dra. Maria Célia Vasconcelos
- **Municipio de Mediano/Pequeño Porte:** Secretaria Municipal de Arapiraca – Alagoas – Dra. Aurélia Fernandes
- **Municipio de Pequeño Porte:** Secretaria Municipal de Salud Santa Terezinha de Itaipu – Paraná – Dra. Sirlei Pezzini Rodrigues

Mañana del día 30 de abril

Mesa Redonda: Calificando la APS y la MFC: Formación y Desarrollo Profesional del Médico de Familia

- Educación a distancia/educación permanente (SGETS/DEGES/Brasil) – Dr. Francisco Campos – Secretario de Gestión de la Educación y del Trabajo en Salud – Ministerio de Salud, Brasil
- “Conversión”/Especialización – Dr. Otávio Pons – México
- Residencia Médica – Dr. Luis Aguilera – España
- Importancia de la inserción académica de la Medicina Familiar – Dra. Maria Inez Padula Anderson – Brasil.

Grupos de trabajo:

Trazando las estrategias para implementar y calificar la APS y la MFw Grupo 1: Asistencia

- Grupo 2: Gestión del trabajo
- Grupo 3: Formación y desarrollo profesional continuo
- Grupo 4: Investigación en MF y APS

12h – 13h30

Almuerzo

Tarde del día 30 de abril

13h30 a las 15h:

Grupos de trabajo (continuación):

Trazando las estrategias para implementar y calificar la APS y la MF

- Grupo 1: Asistencia
- Grupo 2: Gestión del trabajo
- Grupo 3: Formación y desarrollo profesional continuo
- Grupo 4: Investigación en MF y APS

Mesa redonda: Papel de la Medicina Familiar en la Renovación de la Atención Primaria de Salud

- Dr. Luis Fernando Rolim – Director del Departamento de Atención Básica del Ministerio de a Salud de Brasil
- Dr. Diego Victoria – Representante de la OPS/OMS en Brasil
- Dr. Chris van Weel – Presidente de la Organización Mundial de Médicos de Familia

Conferencia: Salud de la Tierra/Salud de los Hombres – Leonardo Boff:

Sesión de Cierre – Lectura de la Carta de Fortaleza

Resultados de los grupos de trabajo – Trazando las estrategias para implementar y calificar la APS y la MF

A continuación, se presenta el plan de trabajo y los resultados acerca de las actividades de los grupos de trabajo que tuvieron como objetivo principal trazar estrategias de acción para implementar y calificar la APS y la MF en los países de Iberoamérica.

Plan de trabajo elaborado por los coordinadores de los grupos:

Actividades	Tiempo	Instrucción para el facilitador
1 – Presentación de los participantes del grupo	10h30 – 10h45 (15 min)	Apertura con presentación de los participantes (nombre, trabajo y local de origen)
2 – Contextualización y exposición de las preguntas por parte del facilitador	10h45 – 11h (15 min)	Contextualización (Rescate de los documentos anteriores – Sevilla, Santiago del Chile e Isla Margarita) Presentación de las Preguntas (ver cuestiones de cada grupo), dejar registrado en el <i>flip-chart</i>
3 – Dinámica “mercado de ideas” – “compra y venta” de palabras clave	11h – 11h45 (45 min)	Cada participante escribirá en una hoja en blanco de 2 a 3 palabras procurando la operacionalización, relacionadas a las preguntas presentadas por el facilitador. <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar que coloquen los papeles escritos en el piso en el centro de la sala. • El facilitador va recogiendo los papeles y preguntando quién compra la idea que está escrita en aquel papel. • Va pegando el papel y listando los nombres de quien lo compra al lado. • Al final del listado, agrupa grupos por ideas/afinidades. <p>Obs.: No todos precisan presentar ideas, pero todos tienen que comprar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En este momento no se discute, sólo se elige la idea. • Votación en pública “cotización” – para comprar no justifica – quien compra no sabe que eso va a disparar la división de los grupos. • Los compradores de ideas “sin mucho valor” pueden rehacer la compra. • Al final, se forman los subgrupos por afinidad de ideas. <p>Número “ideal” de grupos formados: 4 subgrupos con un sub-coordinador/dinamizador en cada subgrupo.</p>
4 – Discusión y sistematización en subgrupos (producto: presentación de las ideas clave)	11h45 – 12h45 (60 min)	Discusión de las ideas clave elegidas con foco en las cuestiones disparadoras presentadas por el facilitador al inicio.
	12h45 – 13h (15 min)	Sistematización por escrito, elección de un relator. Presentación del producto de los pequeños grupos.
5 – Presentación, Integración y consolidación de los productos presentados	13h – 13h20 (20 min)	El facilitador consolida el producto final dando una visión general de la producción del grupo.
6 – Evaluación, cierre	13h20–13h30 (10 min)	El facilitador destaca el momento histórico allí vivido por los participantes y anuncia que las ideas allí trabajadas serán orientadoras de la CARTA DE FORTALEZA, documento que será presentado a las 18h30 en la sesión de cierre.

Resultados de las actividades de grupo:

Grupo 1 – Inserción y valorización de la medicina familiar en las políticas de salud

Coordinación general: Oscar Fernández (Chile) y Marcelo Dalla (Brasil)

Sub-coordinación: Luis Pisco (Portugal); Nulvio Lemen (Brasil); Luis Aguilera (España)

Cuestiones orientadoras de la discusión:

- ¿Cómo incluir la MF en las políticas de salud?
- ¿Cuál es el primer paso?
- ¿Cuándo y para quién?
- ¿Cómo priorizar la calificación?
- ¿Cómo constituir equipos?

Producción del grupo 1

	Estrategias	¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?
Inserción y valorización de la medicina familiar en las políticas de salud	<p>Para la inserción y valorización de la Medicina Familiar en las políticas de salud, es necesaria la compilación de las evidencias actuales y la generación de nuevas evidencias de las ventajas de la especialidad, y, para ello, es fundamental el papel de las sociedades científicas, universidades, otras organizaciones relacionadas.</p> <p>Se debe estimular la difusión del impacto y el ámbito de acción de la medicina familiar en grupos clave como los tomadores de decisión, comunidad, profesionales de salud, médicos de otras especialidades.</p> <p>Es necesario reconocer la importancia y la influencia de la Medicina de Familia en las políticas de salud orientadas a la APS.</p> <p>Para fortalecer la calidad de la atención primaria en los países, es importante crear incentivos de desempeño, formación continua y permanente y re-certificación periódica de los Médicos de Familia, con financiamiento garantizado por una política de estado que asegure la sostenibilidad en el tiempo.</p>	<p>Educación en tres áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Administrativa política: Gerentes de recursos. Profesionales médicos: <ol style="list-style-type: none"> otros profesionales. Con relación a la validación. Amenaza para remover campo profesional (pediatras, por ejemplo): entonces educar las pertinencias, priorizando las demás especialidades. Esto es más difícil. Profesionales de graduación y postgrado. Formación continuada. Validación. Comunidad: Reforma curricular de graduación y postgrado. 	<p>Estrategias para la Educación:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mostrar Evidencia: Sociedades Científicas. No presentar como solución sin evidencia clara, toda vez que habría mostrado resistencia y no ser eficaz. <p>Como: forums, cumbres, seminarios, etc.</p> <p>Quien: Sociedades científicas de MF. Ministerio de Salud.</p> <p>Establecer redes con otras entidades más simétricas: universidades, organizaciones no gubernamentales, OMS, OPS. Apoyarse más en las entidades mundiales. Es más neutro.</p> <p>Establecer asociaciones con entidades clave.</p> <p>Fortalecimiento de experiencias locales.</p> Profesionales médicos: <ol style="list-style-type: none"> graduación: <ol style="list-style-type: none"> Implementar y acelerar la reforma curricular. Entendiendo que todos los profesionales de salud de los diferentes niveles de la Red deben comprender integralmente y ser parte de la estrategia global de salud de la APS. Programas de MF: aumentar las vacantes. Aproximar las Universidades a la Red de salud y favorecer los centros de salud de APS con campos clínicos. Postgrado y formación continuada: Validación. Otros especialistas: <ol style="list-style-type: none"> Valorización mutua en referencia y contrarreferencia. Establecer campos propios. <p>Integrar los residentes como facilitadores de redes, evidencia en el tiempo.</p> Comunidades: <ol style="list-style-type: none"> Micro: Estrategia de satisfacción para cada contacto. Macro: Propaganda, novelas, etc. Política superior. Apoyo de la sociedad para propaganda de publicidad y prevención, campañas. Políticas gubernamentales. Mostrar evidencias simples, partiendo de políticas de gobierno.

Grupo 2 – Formación y calificación del médico de familia

Coordinación general: Rui Nogueira (Portugal) y Eno Filho (Brasil)

Sub-coordinación: Octavio Pons (México) y Gustavo Gusso (Brasil)

Cuestiones orientadoras de la discusión:

- ¿Cómo implementar/incrementar los Programas de Residencia Médica en MF?
- ¿Cómo aumentar la calidad?
- ¿Cómo especializar a los profesionales en corto plazo para que actúen como MF?
- ¿Cómo promover el desarrollo profesional permanente?

	Estrategias	¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?
Formación y calificación del médico de familia	Decisiones políticas, plazos y recursos, calidad y cantidad ya	<p>Involucrar instituciones formadoras, gestores y sociedades científicas en la institución de grupo de trabajo representativo que elabore y monitoree la política de calificación durante los próximos 10 años.</p> <p>Establecer plazos que deben ser seguidos.</p> <p>Meta de 5 años para que todos los médicos que trabajan en APS sean capacitados a través de cursos de especialización presenciales o a distancia, es pertinente.</p> <p>Los cursos deben ser orientados y certificados por la Sociedad Científica Nacional de Medicina de Familia y, su aprovechamiento, evaluado por ella.</p> <p>Meta de 10 años, los futuros médicos de APS deben tener residencia médica o título de especialista de su respectiva Sociedad Científica.</p>	<p>Los puntos clave para que esto suceda son:</p> <p>formar preceptores de la especialidad en grande número;</p> <p>valorizar la beca del residente de medicina de familia, tornándola competitiva con oportunidades del mercado de trabajo y con otras especialidades;</p> <p>instituir beca para el preceptor de residencia de medicina de familia y comunidad donde ella no exista;</p> <p>expandir fuertemente las vacantes de residencias de medicina de familia, inclusive en el medio rural.</p>
	Certificación y calificación	Definir, promover y defender un estándar mínimo de competencias necesarias para la certificación.	<p>La certificación de la especialidad de Medicina Familiar es de responsabilidad de las Asociaciones Médicas y/o Sociedades Científicas Nacionales.</p> <p>Incentivos deben ser implementados y desarrollados para la formación, certificación y residencia en la especialidad.</p> <p>Las Asociaciones y Sociedades Científicas Nacionales dispondrán, con los Ministerios de Salud y Universidades, convenios de colaboración para el desarrollo específico de cursos de especialización en Medicina Familiar y desarrollo profesional continuo en diferentes modalidades.</p>
	Telesalud, Telemedicina y Educación a Distancia en el contexto de la formación y calificación en Atención Primaria de Salud	<p>Constituir, en cada país, núcleos para el desarrollo de estrategias de aprovechamiento de la telemática para la calificación de los cuidados primarios en salud.</p> <p>El centro del soporte vía telesalud en el cotidiano de los profesionales son las teleconsultorías de soporte a dudas prácticas provenientes de su actividad clínica, comunitaria y de administración de servicios.</p>	<p>Este apoyo debe ser primordialmente prestado por Médicos de Familia con postgrado que resolverán de modo sincrónico o asincrónico y con base en las mejores evidencias disponibles para ese contexto la gran mayoría de las dudas.</p> <p>Los mismos especialistas tendrán el papel de filtro y regulador, a fin de programar con especialistas focales las teleconsultorías eventualmente necesarias.</p> <p>Tanto las especializaciones de corto plazo y a gran escala, como programas de residencia y para desarrollo profesional continuo, serán también mayormente beneficiadas por este soporte.</p> <p>Casos complejos hipotéticos, generados a partir de esas dudas más frecuentes y relevantes, igualmente serán de gran valía para estructurar educación y aprendizaje, para todos los niveles educacionales, en Atención Primaria de Salud.</p>
	Integración de instituciones/ integración, educación y servicio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Viabilizar políticas de formación en salud, integrando sistemas de salud y universidades. 2. Institucionalizar la relación entre universidades, escuelas de salud y sistemas de salud, con definición de responsabilidades y competencias. 3. Fomentar la creación de departamentos de medicina de familia en las universidades. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los Ministerios de Salud y de Educación deben inducir estas políticas a través de incentivos, redefinición curricular, institución de líneas de investigación. 2. Las Sociedades Científicas de Medicina de Familia nacionales deben participar en la formulación de esas políticas, colaborando para que sean establecidos: <ul style="list-style-type: none"> Responsabilidad y vínculo territorial Política de pasantías e investigación compartida Espacio de cogestión Evaluación y monitoreo de los convenios. 3. Construcción de espacios de negociación entre esferas de gobierno, universidades y sociedades de medicina de familia para el fortalecimiento de las políticas de calificación en APS. 4. Construcción de sistemas salud escuelas.

Grupo 3 – Inserción académica de la medicina familiar

Coordinación general: Marcelo Demarzo (Brasil) y Eduardo Durante (Argentina)

Sub-coordinación: Ricardo Donato (Brasil) y Marina Almenas (Porto Rico)

Cuestiones orientadoras de la discusión:

- **Dado que es estratégico implementar la MFC como disciplina, departamentos en Universidades, Maestrías y Doctorados:**
- **¿Cómo hacerlo y en qué escenarios?**
- **¿Cómo ser docente?**
- **Cuáles son las políticas gubernamentales de incentivo?**
- **¿Cómo insertar en la estructura organizacional, por qué?**
- **¿Cómo priorizar y garantizar la inserción de MFC en las mismas condiciones que las otras especialidades?**

Inserción académica de la medicina familiar		
Estrategias	¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?
Crear Redes de Apoyo a los formadores con foco en la Inserción de la MFC y desarrollo docente	Creación de red entre formadores de graduación (con foco en MFC y APS) como espacio de discusión e intercambio de experiencias para auxiliar la implementación local de las directrices y agendas sugeridas por Wonca y Sociedades Nacionales. Creación y Coordinación de redes nacionales por las Sociedades de Especialidad en asociación con asociaciones de docentes de medicina. Diagnóstico situacional y monitoreo de la inserción de la MFC en la Graduación en cuanto a modelo pedagógico, formación del profesor y proporción de MFCs entre los profesores, estructura (escenarios), etc. Construcción de instrumentos para evaluación y monitoreo de las instituciones de educación.	Espacio en la página de Wonca Iberoamericana-CIMF/Sociedades nacionales. <i>Webpage</i> y Grupo de <i>e-mail</i> . Apoyo institucional para el desarrollo y mantenimiento de la red. Evento – Forum en el pre-congreso de los eventos nacionales. Foco de la próxima Cumbre: Inserción de la MFC en la formación médica Docente. 6. Grupo de trabajo junto al grupo de investigación para operacionalizar diagnóstico situacional de las instituciones formadoras. 7. Acreditación/Certificación de instituciones la partir del diagnóstico y monitoreo.

Inserción académica de la medicina familiar		
Estrategias	¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?
Mudança curricular y integración educación-servicio	<p>Calificación permanente técnica y andragógica para formadores (profesores, preceptores, tutores, médicos de la red) que trabajan con alumnos.</p> <p>Garantía del desarrollo y evaluación (metodologías adecuadas) de las competencias propias de la MFC durante la formación longitudinal en la graduación, sustentada por la contratación de docentes y profesionales del servicio certificados para la función docente, especialistas en MFC.</p> <p>Desarrollo de directrices específicas internacionales y nacionales, con el apoyo gubernamental para la educación de la MFC y APS, que promuevan actividades de forma longitudinal durante el curso, integrando la educación y el servicio.</p> <p>Acreditación / Certificación de instituciones a partir del diagnóstico y monitoreo.</p> <p>Integración de las SMS con las instituciones de educación.</p> <p>Pactar con el municipio en relación a la productividad del tutor.</p> <p>Apoyo institucional para desarrollo y mantenimiento de las redes.</p> <p>Capacitación de los gestores (unidades de salud).</p> <p>Participación de la sociedad en el proceso decisorio.</p> <p>Calificación de las unidades de salud de la familia, incluyendo adecuación de la estructura física, de las unidades típicas de la red, a través de las universidades, apoyo de ministerios, etc.</p> <p>Reducción de exigencia para ingreso de docentes.</p> <p>Creación de programas de maestría y doctorado en MFC. Donde eso aún no sea posible, crear líneas de investigación en MFC en las maestrías y doctorados ya existentes de áreas afines.</p>	<p>Constituir rede de integración educación-servicio (“Red Salud-Escuela”), articulando las diversas esferas gubernamentales con las instituciones de educación. Ese proceso debe ser sustentado por reglamentación y debe haber coordinación compartida entre la academia, gestores de salud, profesionales de salud y comunidad.</p> <p>Criar redes nacionales e internacionales de formadores en MFC y APS en la graduación, como espacio de discusión e intercambio de experiencias, para auxiliar la implementación local de las directrices y agendas sugeridas por Wonca, CIMF y Sociedades Nacionales.</p> <p>Crear grupos de trabajo en las instituciones de educación superior de medicina, formadas con MFC y otros especialistas docentes, alumnos y empleados, para discutir la inserción de la MFC y APS y el cambio que debe ser realizado, apoyados por las Sociedades científicas MFC.</p> <p>Viabilizar escenarios y locales de desarrollo para:</p> <p>Ligas de salud de la familia y MFC</p> <p>Proyectos de extensión (INTEGRALIDADE)</p> <p>Sistema municipal de salud-escuela</p> <p>Integración de las SMS con las instituciones de educación</p> <p>Ley municipal que regule la integración</p> <p>Creación y mantenimiento por parte de Wonca Iberoamericana - CIMF y Sociedades nacionales de <i>Webpages</i> y “Grupo de <i>E-mails</i>” para sustentar la formación de la red de docentes.</p> <p>Realizar eventos o Forums de “Inserción Académica de la MFC” en los espacios de los congresos nacionales e internacionales. Foco de la próxima Cumbre Iberoamericana sobre “Inserción de la MFC en la graduación médica”.</p> <p>Criar Grupo de trabajo junto al grupo de investigación para operacionalizar diagnóstico situacional de las instituciones formadoras.</p> <p>Estimular, por ej., por medio de Sello de Certificación de WONCA, CIMF y Sociedades Nacionales de MFC, para instituciones de educación y redes de integración educación-servicio que sigan las directrices de inserción de la MFC.</p> <p>Privilegiar la adhesión de las IES a esas directrices por medio de incentivos gubernamentales.</p> <p>Crear grupos de trabajo en las IES de medicina, formados por MFC y otros especialistas docentes, alumnos y empleados, para discutir las directrices e implementarlas.</p> <p>Desarrollar diferentes tópicos de la graduación (epidemiología, salud y sociedad, etc.), integrando con las otras grandes áreas (salud del niño, mujer, adultos, ancianos, colectiva, mental, etc.) con la APS, sustentado por un grupo de trabajo que permita integrar y sistematizar la educación.</p> <p>Construir instrumentos para evaluación y monitoreo de las instituciones de educación, procurando establecer un diagnóstico situacional y seguimiento de la inserción de la MFC en la Graduación [por ej., en cuanto a modelo pedagógico, formación del profesor y proporción de MFCs entre los profesores, estructura y escenarios], permitiendo evaluación y calificación del proceso de educación-aprendizaje.</p> <p>Incentivar la participación de residentes, postgraduados y profesionales de los servicios en la docencia de graduación.</p> <p>Incentivar grupos de estudiantes de intereses en la área de MFC (Ligas académicas) que fomenten los cambios culturales en esta área, apoyados por las Sociedades y Gestores, y siendo orientados por los docentes del área de MFC y APS, ofreciendo oportunidades de experiencias prácticas, IC y trabajos de extensión.</p> <p>Crear condiciones de ingreso de docentes especialistas en MFC al medio académico, mientras no haya número suficiente de magísteres y doctores.</p>

Grupo 4 - Investigación en medicina familiar y atención primaria de salud

Coordinación general: Cesar Brandt (Venezuela) y Erno Harzein (Brasil)

Sub-coordinación: Cecilia Llorach (Panamá) y Liliana Arias (Colombia)

Cuestiones orientadoras de la discusión:

- **¿Cómo implementar la investigación en MFC/APS?**
- **¿Cómo incluir a los profesionales de la asistencia en ese proceso?**
- **¿Cómo utilizar los Programas de Residencia en MFC para que estimulen la investigación?**
- **¿Cómo formar redes colaborativas nacionales, regionales e internacionales?**

	Estrategias	¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?
Investigación en Medicina Familiar	Fomentar la práctica de investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria de Salud	Incrementar las competencias de los Médicos de Familia de los servicios asistenciales para participación en proyectos multicéntricos.	<p>Obtener apoyo de los gobiernos y agencias de fomento a la investigación para:</p> <p>reconocimiento de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria de Salud como áreas específicas de conocimiento e investigación;</p> <p>oferta de líneas de financiamiento específicas para estas áreas de conocimiento;</p> <p>creación de cursos de maestría profesional (maestría en servicio) en MF/APS.</p> <p>Proveer incentivos económicos relacionados a la producción científica de cada MF por medio de la adopción de planes de carrera.</p> <p>Las Sociedades Nacionales y los Centros de Referencia en MF/APS deben contribuir a la identificación y validación de este proceso.</p>
		<p>Integrar servicios asistenciales de MF/APS y los centros de educación e investigación, universitarios o no, y los programas de residencia médica en MF.</p> <p>Crear cursos de maestría profesional (maestría en servicio) en MF/APS.</p> <p>Incrementar la producción y la divulgación científica en MFC y APS.</p>	
			<p>Consolidar la Rede IBIMEFA (Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar).</p> <p>Divulgar la producción de médicos de familia y residentes en revistas científicas, sitios de las sociedades científicas y congresos.</p>

III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar Carta de Fortaleza

En el año en que se celebra el 30º Aniversario de la Declaración de Alma-Ata (1978), que promovió que los Estados Miembros de la OMS adoptasen la Estrategia de los Cuidados Primarios en Salud para alcanzar **Salud para Todos**, fue realizada durante los días **29 y 30 de abril de 2008**, en Fortaleza, Estado de Ceará, Brasil, la III CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR bajo el tema: **Misión y Desafíos para la Medicina Familiar y la Atención Primaria en el siglo XXI: Equidad, Integralidad y Calidad en los sistemas de Salud.**

A continuación las recomendaciones de la Cumbre:

I – Para que los sistemas de salud propicien los mejores beneficios que la Atención Primaria de Salud (APS) puede asegurar, es necesario que su componente médico esté constituido por especialistas del área, certificados/titulados como Médicos de Familia y Comunidad (MFC):

- 1) Beneficios de la certificación y re-certificación de especialista en MFC: Es necesario difundir las evidencias actuales (Shi.) e investigar otras evidencias de esta iniciativa para la resolutivez de la APS. Para ello es fundamental la sinergia de papeles entre las sociedades científicas, universidades y otras organizaciones relacionadas. Tal difusión debe direccionarse hacia los tomadores de decisión, comunidad, médicos de otras especialidades y demás profesionales de salud.
- 2) Es necesario crear incentivos para la disponibilización de Médicos de Familia y Comunidad en los servicios de APS, favoreciendo su desempeño, formación continua y permanente y re-certificación periódica, con financiamiento garantizado por una política de estado que asegure la sustentabilidad en el tiempo.

II – En el sentido de asegurar la calidad del cuidado de las personas y comunidades atendidas en nuestros servicios de APS, esta Cumbre recomienda especial atención a la formación y calificación del Médico de Familia. El involucramiento de las instituciones formadoras, de los gestores y sociedades científicas en la constitución de grupo de trabajo representativo que elabore y monitoree la política de calificación para los próximos 10 años parece ser el camino apropiado.

Esta Cumbre sugiere el establecimiento de plazos a ser perseguidos, a saber:

- 3) Una meta de 5 años para que todos los médicos que trabajan en APS sean capacitados a través de cursos de especialización en MFC, presenciales y a distancia, orientados y certificados por la Sociedad Científica nacional de medicina de familia, revirtiendo su aprovechamiento, evaluado por las mismas Sociedades, en puntos a sumarse en la obtención del título de especialista.
- 4) Es decisivo que, en 10 años, a los futuros médicos de APS les sea exigida la residencia médica o título de especialista de su respectiva Sociedad Científica. Algunos elementos clave para que esto suceda son: formar preceptores de la especialidad MFC en grande número; valorizar la bolsa del residente de medicina de familia tornándola competitiva con la remuneración asistencial, instituir beca para el preceptor de residencia de medicina de familia y comunidad donde ella aún no exista; y expandir fuertemente las vacantes de residencias de medicina de familia, inclusive en el medio rural.

- 5) La regulación de la especialidad de Medicina Familiar es responsabilidad de las Sociedades Científicas y Entidades Médicas Nacionales competentes, a quienes les cabe definir, promover y evaluar el estándar de competencias necesarias para la certificación.
- 6) A los gestores les cabe la generación de incentivos para formación, certificación y residencia en la especialidad, inclusive en términos de la carrera.
- 7) Como es decisivo asegurar no sólo una certificación inicial, sino el mantenimiento de la calidad, las Sociedades Científicas Nacionales, los Ministerios de Salud y Universidades dispondrán convenios de colaboración para el desarrollo específico de cursos de especialización en Medicina Familiar y desarrollo profesional continuo en diferentes modalidades.

III – La utilización de herramientas de telesalud, telemedicina en la educación a distancia para calificación en Atención Primaria de Salud

- 8) Frente a las posibilidades abiertas por las nuevas tecnologías para beneficio en escala y calidad, recomendamos que cada país constituya núcleos para el desarrollo de estrategias de aprovechamiento de la telemática para soporte de los cuidados primarios en salud.
- 9) El centro del soporte vía telesalud en el cotidiano de los profesionales deben ser las teleconsultorías de apoyo a dudas prácticas provenientes de su actividad clínica, comunitaria y de administración de servicios. Este apoyo debe ser primordialmente prestado por Médicos de Familia titulados que resolverán, de modo sincronizado o asíncrono y con base en las mejores evidencias disponibles para ese contexto, la gran mayoría de las dudas. Los mismos especialistas deben tener el papel de filtro y regulador, con el fin de programar con especialistas focales las teleconsultorías eventualmente necesarias.
- 10) Tanto especializaciones de corto plazo y gran escala como programas de residencia y para desarrollo profesional continuo serán también enormemente beneficiadas por este tipo de soporte.
- 11) Casos complejos hipotéticos, generados a partir de esas dudas más frecuentes y relevantes, igualmente serán de gran valía para estructurar educación y aprendizaje, para todos los niveles educacionales, en Atención Primaria de Salud.

IV – Integración de instituciones/ integración educación y servicio

- 12) Ministerios de Salud y de Educación deben inducir políticas de formación en salud, integrando sistemas de salud y universidades (a través de incentivos, redefinición curricular, institución de líneas de investigación); para ello, en lo que respecta a APS, las Sociedades Científicas de Medicina de Familia nacionales deben participar en la formulación de esas políticas.
- 13) Institucionalizar la relación entre universidades, escuelas de salud y sistemas de salud, con definición de responsabilidades y competencias:
 - responsabilidad y vínculo territorial;
 - política de pasantías e investigación compartida;
 - espacio de cogestión;
 - evaluación y monitoreo de los convenios.
- 14) Construcción de espacios de negociación entre esferas de gobierno, universidades y sociedades de medicina de familia para el fortalecimiento de las políticas de calificación en APS:
 - construcción de sistemas salud-escuela;
 - fomentar la creación de departamentos de medicina de familia en las universidades.

V – Considerando el consenso en cuanto a la importancia de la inserción académica de la MFC, con el fin de garantizar el alcance de excelencia tanto en el ámbito de la formación como de la atención en salud, así como del funcionamiento de los respectivos sistemas nacionales, se destacan dimensiones estratégicas, a saber:

15) Formación y capacitación docente:

- Apoyo a la inserción de docentes especialistas en MFC de forma coherente con la estructura organizacional de cada institución de educación, por medio de acciones inductoras conjuntas entre la CIMF, OPS y los sectores gubernamentales pertinentes de cada país.
- Creación, por parte de mecanismos inductores gubernamentales, de programas de maestría, académica y profesional, y doctorado en MFC.
- Incentivo de la participación de residentes, postgraduados y profesionales de los servicios en la docencia de graduación.
- Creación de redes de formadores en MFC y APS para intercambio de experiencias, monitoreo y evaluación de la inserción académica de la MFC en los diversos países.
- Realización de eventos o foros de “Inserción Académica de la MFC” en los congresos nacionales e internacionales.

16) Reorientación curricular y perfeccionamiento del proceso de educación-aprendizaje:

- Desarrollo de directrices de reorientación de los cursos de graduación con foco en la MFC y APS por la WONCA/CIMF/Sociedades de MFC, estimulando la adhesión de las IES a estas directrices por medio de incentivos gubernamentales.
- Incentivo a grupos de estudiantes con interés en el área de MFC (Ligas Académicas) que fomenten los cambios culturales y académicos en esta área, apoyados por las Sociedades y Gestores, y siendo orientados por los docentes del área de MFC y APS, ofreciendo oportunidades de experiencias prácticas, IC y trabajos de extensión.
- Próxima Cumbre Iberoamericana con foco en la **“Inserción de la MFC en la Graduación”**.

17) Calificación de red de servicios:

- Creación de redes de integración educación-servicio (“Red Salud-Escuela”), sustentada por reglamentación específica.
- Proceso de Certificación de las instituciones de educación y de las redes de integración educación-servicio por la WONCA, CIMF y Sociedades Nacionales de MFC.

VI – Con el objetivo de fomentar la práctica de investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria de Salud con el fin de subsidiar respuestas pertinentes a los principales problemas de salud de la población y a la calidad de los servicios de salud se destacan:

- 18) La integración entre servicios asistenciales de MF/APS y los centros de educación e investigación, universitarios o no, y los programas de residencia médica en MF. Con el apoyo de los gobiernos y agencias de fomento a la investigación, tanto para el reconocimiento de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria de Salud como áreas específicas de conocimiento e investigación como para la oferta de líneas de financiamiento específicas para la construcción de conocimiento en estas áreas.
- 19) La valorización de la investigación por medio de incentivos económicos relacionados a la producción científica de cada MF por medio de la adopción de planos de carrera.
- 20) Reconocimiento y consolidación de la Red IBIMEFA (Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar) como co-estrategia promotora de los objetivos citados líneas arriba.
- 21) Divulgación de la producción de conocimiento en MF resultante de estos esfuerzos en revistas científicas del área de Medicina de Familia, así como los trabajos de conclusión de residencia médica.
- 22) Divulgación del conjunto de esta producción científica y de las líneas de investigación asociadas en portales basados en Internet vinculados a las Sociedades Nacionales de MF, así como en eventos científicos regionales.

Fortaleza (CE), Brasil, otoño de 2008

Referências/Referencias

Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving health systems: the contribution of Family Medicine - A guidebook. Singapore: WONCA; 2002.

Comprometidos con la Salud de la Poblacion; 1º Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar Declaración de Sevilla; 2002, Sevilla, España. Sevilla: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar - CIMF. Declaración de Buenos Aires: Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud; Conferencia Regional de Líderes y Expertos de las Américas; 1996, Buenos Aires. Buenos Aires: CIMF; 1996. Disponible em: <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/declaracion-de-buenos-aires.pdf>

Declaracion: Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria. Buenos Aires; 2007. Disponible em: <http://www.paho.org/Spanish/D/declaracion-final-BuenosAires30-15.pdf>

Ibero American Conference of Experts in Professional Certification and Accreditation Programs in Family Medicine; 2003, Margarita Island, Venezuela. WONCA; 2003. Disponible em: http://www.cimfweb.org/site/det_articulo.asp?broiscms_topcatid=2&broiscmsid=223&broiscms_catid=16

Organização Mundial da Saúde - OMS, World Organization of National Colleges, Academies - WONCA. Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica Sean Más Adecuadas a las Necesidades de la Gente: la Contribución del Médico de Familia; Conferencia conjunta OMS-WONCA; 1994, Ontario, Canadá. Ontario: OMS, WONCA; 1994. Disponible em: http://www.cimfweb.org/bn_admin/include/images/pdf/Declaraci%C3%B3n_de_Ontario.pdf

Rubinstein A, Fernández O, Aspillaga PG, Salgado O, León MT, Navarro JE, Montenegro H. El Médico de Familia garantía de calidad y equidad en los Sistemas de Salud de Iberoamérica; 2º Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar - Compromiso de Santiago de Chile Octubre; 2005, Santiago de Chile. Santiago de Chile: WONCA, Región Iberoamericana, CIMF; 2005. Disponible em: http://www.cimfweb.org/site/det_articulo.asp?broiscms_topcatid=2&broiscmsid=311&broiscms_catid=16

