

¿Cómo alcanzar y preservar el número de médicas y médicos de familia y comunidad necesarios para la transformación de los sistemas de salud en la región iberoamericana?

Como alcançar ou preservar o número de médicas e médicos de Família e Comunidade necessários para a transformação dos sistemas de saúde na região ibero americana?

Grupo de trabajo:

Ana Bertha Perez Villalva (México), Ana Carolina Godoy (Argentina), Ana Laura Deus (Uruguay), Claudia Marcela Guerrero Flores (Bolivia), Claudia Nosei (Uruguay), Diana Domenech (Uruguay), Eglé Mendoza (Venezuela), José Guillermo Beltré Marte (República Dominicana), José Luis Huerta González (México), Lidia Caballero (Argentina), Lilian Fernández (Chile), Luis Jaua (Venezuela), Luz Mariela Capacyachi Yerva (Perú), Macarena Moral López (Chile), Marcello Dala Bernardina Dalla (Brasil), Maria Guadalupe Alvarado Rodrigues (México), Mirian Lourdes Vilca Maraza (Bolivia), Mónica Alvarez Jaramillo (Colombia), Mariana Pacheco Juárez (México), Janet Cordori Carpio (Perú), Leonid George Rojas Pastrana (Perú), Eugenia Franca (Uruguay), Paula Alfaro Umaña (Costa Rica), Remedios Martin Alvarez (España), Ricardo Souza Heinzelmann (Brasil), Rocio Annabel Vera Toala (Ecuador), Ruben Garcia Lopez de Villavicencio (Cuba), Sofía Cañadas (Ecuador), Yajaira Sierra (República Dominicana), Yamileth Quintero (Panamá), Zulay Giménez (Colombia).

Maria Inez Padula Anderson^a

Andrea Didier^b

Remedios Martin^c

Silvia Texeira^d

Claudia Nosei^e

^a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. inezpadula@yahoo.com.br (Autora correspondiente)

^b Universidad de Valparaíso, Escuela Medicina – Valparaíso, Chile.

^c Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria – Barcelona, España.

^d Red de Atención Primaria – Canelones, Uruguay.

^e Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria – Uruguay.

Financiación:

Ninguna declarada.

Aprobación ética:

No aplica.

Conflicto de intereses:

Ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:

Externa.

Recibido el: 03/04/2026.

Aceptado el: 01/06/2026.

Resumen

Introducción: La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) constituye el pilar fundamental de los sistemas de salud orientados a la Atención Primaria en Salud (APS). No obstante, persisten desafíos relacionados con la formación, disponibilidad, distribución y retención de profesionales, así como con su reconocimiento dentro de los sistemas sanitarios. **Objetivo:** Presentar una síntesis al consenso alcanzado por un panel de expertos procedentes de 20 países de Iberoamérica, en relación con los retos y la situación actual de los médicos y médicas de familia en cuanto a número de profesionales, reconocimiento profesional y formación, incluyendo propuestas para su mejora. **Métodos:** Estudio de consenso desarrollado en el marco de la IX Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria (Montevideo, Uruguay, 2025). Se empleó la metodología Delphi modificada en dos rondas consecutivas, con la participación de 45 expertos en Medicina Familiar y Comunitaria procedentes de 19 países iberoamericanos. Los panelistas, seleccionados por sus respectivas sociedades científicas en función de su experiencia y representatividad nacional, analizaron cinco áreas temáticas relacionadas con incentivos profesionales, formación y distribución de especialistas, modelos organizativos, especialización y certificación, y cooperación regional. El cuestionario incluyó preguntas abiertas y afirmaciones estructuradas, valoradas mediante una escala Likert de cinco puntos, complementadas con comentarios cualitativos y referencias bibliográficas aportadas por cada país. Las afirmaciones que no alcanzaron consenso en la primera ronda fueron reformuladas y sometidas a una segunda evaluación. Se consideró consenso cuando al menos el 80% de los participantes otorgó puntuaciones de 4 o 5. Las afirmaciones consensuadas fueron integradas en el análisis final y en las recomendaciones resultantes del estudio. **Resultados:** La formación descentralizada, los incentivos económicos y profesionales, la estabilidad laboral, la planificación estratégica de recursos humanos, la colaboración interinstitucional y una financiación pública equitativa y sostenible fueron identificadas como estrategias prioritarias para atraer, distribuir y retener especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en la región iberoamericana. **Conclusiones:** El fortalecimiento de la Medicina Familiar y Comunitaria requiere políticas sostenidas que integren formación de calidad, incentivos adecuados, certificación profesional, distribución equitativa de los recursos humanos y cooperación regional. No existe un modelo único de éxito; sin embargo, la implementación contextualizada de estrategias basadas en la evidencia y adaptadas a la realidad sanitaria, social y educativa de cada país puede contribuir a incrementar y preservar el número de especialistas necesarios para consolidar sistemas de salud más equitativos, eficientes y centrados en las personas.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria, Atención Primaria en Salud, Recursos Humanos en Salud, Política de Salud

Abstract

Introduction: Family and Community Medicine (FCM) constitutes the structural axis of health systems oriented towards Primary Health Care (PHC). However, challenges persist related to the training, availability, distribution, and retention of professionals, as well as their recognition within health systems. **Objective:** To present a synthesis of the consensus reached by a panel of experts from 20 Ibero-American countries regarding the challenges and current situation of family physicians in terms of the number of professionals, professional recognition, and training, including proposals for improvement. **Methods:** A consensus study was conducted within the framework of the IX Ibero-American Summit on Family and Community Medicine (Montevideo, 2025). A Delphi methodology was applied in two consecutive rounds with 45 FCM experts from 19 Ibero-American countries who responded to five guiding questions. The questionnaire collected qualitative comments and scores based on the degree of agreement, grounded in professional experience and the literature provided by each country. The methodology was applied in two successive rounds. In the first round, panelists evaluated the statements using a Likert scale. Statements lacking consensus were reviewed and submitted to a second round. Consensus was defined as at least 80% of participants assigning scores of 4 or 5. The agreed-upon statements were incorporated into the study results. **Results:** Decentralized training, economic and professional incentives, job stability, inter-institutional collaboration, and equitable and sustained public funding, geared toward strengthening primary health care and health equity, were identified as key factors for achieving and maintaining the optimal number of specialists in the Ibero-American region. **Conclusions:** Under the premise that there is no single model for success, but rather a set of flexible and adaptable strategies, it is proposed that these be implemented within the local context—in accordance with the health, social, and educational realities of each country. This can guarantee sustained growth in both the number and quality of Family and Community Medicine specialists and, in this way, offer more effective and equitable health services to the population in all Ibero-American countries.

Keywords: Family and Community Medicine, Primary Health Care, Human Resources in Health, Health Policy

Resumo

Introdução: A Medicina de Família e Comunidade (MFC) constitui o eixo estrutural dos sistemas de saúde orientados para a Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, persistem desafios relacionados à formação, disponibilidade, distribuição e retenção de profissionais, bem como ao seu reconhecimento dentro dos sistemas de saúde. **Objetivo:** Apresentar uma síntese do consenso alcançado por um painel de especialistas de 20 países ibero-americanos sobre os desafios e a situação atual dos médicos de família em termos de número de profissionais, reconhecimento profissional e formação, incluindo propostas de melhoria. **Métodos:** Um estudo de consenso foi conduzido no âmbito da IX Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade (Montevideu, 2025). A metodologia Delphi foi aplicada em duas rodadas consecutivas com 45 especialistas em MFC de 19 países ibero-americanos, que responderam a cinco questões norteadoras. O questionário coletou comentários qualitativos e pontuações baseadas no grau de concordância, fundamentadas na experiência profissional e na literatura fornecida por cada país. A metodologia foi aplicada em duas rodadas sucessivas. Na primeira rodada, os painelistas avaliaram as afirmações usando uma escala Likert. As afirmações que não obtiveram consenso foram revisadas e submetidas a uma segunda rodada. O consenso foi definido como pelo menos 80% dos participantes atribuindo notas 4 ou 5. As afirmações com consenso foram incorporadas aos resultados do estudo. **Resultados:** Formação descentralizada, incentivos econômicos e profissionais, estabilidade no emprego, colaboração interinstitucional e financiamento público equitativo e sustentável, voltados para o fortalecimento da atenção primária à saúde e da equidade em saúde, foram identificados como fatores-chave para alcançar e manter o número ideal de especialistas na região ibero-americana. **Conclusões:** Partindo da premissa de que não existe um modelo único para o sucesso, mas sim um conjunto de estratégias flexíveis e adaptáveis, propõe-se que estas sejam implementadas no contexto local — de acordo com as realidades sanitárias, sociais e educacionais de cada país. Isso pode garantir um crescimento sustentado tanto no número quanto na qualidade dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade e, dessa forma, oferecer serviços de saúde mais eficazes e equitativos à população em todos os países ibero-americanos.

Palavras-chave: Medicina Familiar e Comunitária, Atenção Primária à Saúde, Recursos Humanos em Saúde, Políticas de Saúde.

Introducción

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) constituye el pilar fundamental de los sistemas de salud orientados en la Atención Primaria en Salud (APS), contribuyendo a la equidad, la accesibilidad y la eficiencia de los servicios. Sin embargo, en Iberoamérica persisten brechas en la formación de especialistas, en su distribución territorial, la retención y fidelización de profesionales, así como en el reconocimiento de la especialidad y el valor que aporta a los sistemas sanitarios.

La Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), como una de las siete regiones de la Confederación Mundial de Médicos de Familia (WONCA), y conformada por 20 países miembros de la de América Latina e Iberoamérica desde 1984, ha celebrado su IX Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, en la ciudad de Montevideo, Uruguay, en mayo de 2025. Este encuentro se ha configurado como un foro regional de alto nivel, orientado a promover el intercambio de evidencias, diagnósticos y buenas prácticas, y a definir estrategias conjuntas que fortalezcan el papel de la MFyC como base de la atención sanitaria en toda Iberoamérica.

Este foro parte de la premisa de que, para tener sistemas de salud con calidad, es imprescindible mejorar las condiciones laborales y económicas de los profesionales, fortalecer la formación especializada y desarrollar incentivos que favorezcan tanto la fidelización como la atracción de nuevos médicos hacia la Medicina Familiar y Comunitaria.

No existe un modelo único de éxito para abordar estos desafíos; más bien, se requiere un conjunto de estrategias flexibles y adaptables que, implementadas de manera contextualizada y coherente con la realidad de cada país, permitan un crecimiento sostenido en el número y la calidad de especialistas en MFyC.

Este documento sintetiza el consenso alcanzado por un panel de expertos procedentes de 20 países de Iberoamérica, en relación con la situación actual de los médicos y médicas de familia en cuanto a reconocimiento profesional y formación, e incluye propuestas para su mejora.

Métodos

Se conformó un grupo de trabajo integrado por médicas y médicos de familia de los 20 países miembros de la CIMF, con la participación de 42 expertos y cinco coordinadoras. Durante seis meses se desarrolló un proceso colaborativo utilizando la metodología Delphi para el análisis estructurado de las premisas planteadas.

Los médicos de familia fueron seleccionados por sus respectivas sociedades científicas y han sido identificados como expertos en la materia. Cumplieron con el criterio de representatividad de los distintos países participantes y respondieron a cinco preguntas detonantes. El cuestionario recogió comentarios cualitativos y puntuaciones según el grado de acuerdo, fundamentadas en la experiencia profesional y en la bibliografía aportada por cada país.

La metodología se aplicó en dos rondas sucesivas. En la primera, los panelistas evaluaron las afirmaciones mediante una escala Likert de cinco puntos (1 = total desacuerdo; 5 = total acuerdo). Las afirmaciones sin consenso fueron revisadas y sometidas a una segunda ronda. Se definió consenso cuando al menos el 80% de los participantes asignó puntuaciones de 4 o 5. Las afirmaciones consensuadas se incorporaron a los resultados del estudio.

Resultados y análisis

Pregunta 1. ¿Qué políticas de incentivos podrían implementarse para motivar a los médicos a elegir la especialidad de Medicina familiar y permanecer en el ejercicio de la misma, una vez formados?

Ha quedado de manifiesto que las políticas de incentivos destinadas a motivar a los médicos a elegir la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y a permanecer en su ejercicio una vez finalizada la formación dependen de un conjunto de factores interrelacionados que abarcan aspectos económicos, laborales, académicos y de reconocimiento profesional. Por ello, dichas políticas deben concebirse de manera integral, sostenible y orientarse a la valorización del rol del médico y médica de familia dentro del sistema de salud.

1. Incentivos Económicos

El fortalecimiento de la Medicina Familiar requiere una remuneración acorde con la complejidad técnica y la responsabilidad del ejercicio profesional. Las políticas de recursos humanos que garanticen una remuneración adecuada, incluyendo salarios diferenciados para especialistas en Medicina Familiar y

Comunitaria, el desarrollo de planes de cargos con escalas salariales específicas y la implementación de bonificaciones vinculadas al desempeño profesional en zonas rurales o desatendidas, constituyen estrategias clave para atraer y retener profesionales. Asimismo, la provisión de subsidios y becas que reduzcan las barreras económicas de acceso a la formación especializada, resulta esencial para incrementar la elección de esta especialidad.

2. Incentivos laborales. Mejora de las Condiciones Laborales

La satisfacción profesional y la permanencia en la especialidad están estrechamente vinculadas al entorno de trabajo. Invertir en infraestructura, dotar de recursos diagnósticos y terapéuticos, garantizar una carga laboral equilibrada y promover el bienestar y la salud mental de los médicos son elementos indispensables. Estas medidas mejoran el desempeño profesional, y previenen el agotamiento y la desmotivación.

3. Incentivos Académicos y de Formación

Aumentar la oferta de formación en MFyC es una prioridad. Se recomienda ampliar las plazas de residencia médica, especialmente en regiones alejadas de los grandes centros urbanos, así como ofrecer becas complementarias para los y las residentes. Es fundamental promover la formación de docentes especializados, la creación de departamentos de Medicina Familiar y la inclusión de asignaturas en el grado, fortaleciendo así la identidad académica y profesional de la especialidad desde las etapas iniciales de la formación médica. Es importante establecer incentivos para los médicos que ejercen funciones de preceptoría en servicios de Atención Primaria.

4. Incentivos vinculados al reconocimiento Profesional y Desarrollo de Carrera

Otorgar mayor autonomía y participación a los médicos familiares en la gestión de la atención primaria, y establecer mecanismos progresión profesional claros y atractivos. La creación de premios, distinciones y campañas públicas que reconozcan el aporte de la Medicina Familiar a la salud comunitaria contribuye a revalorizar la especialidad y a fortalecer su prestigio social e institucional.

5. Incentivos para el Trabajo en Zonas Desfavorecidas

Garantizar la cobertura en regiones rurales o de difícil acceso aplicando beneficios adicionales como vivienda o transporte subvencionado, becas educativas para los hijos de los médicos, y exoneraciones fiscales. Estas medidas no solo atraen profesionales a zonas con menor oferta sanitaria, sino que también refuerzan la equidad territorial en el acceso a los servicios de salud.

6. Incentivos de modernización y reducción de la Burocracia

La introducción de tecnologías digitales, el uso de sistemas de información integrados y la expansión de la telemedicina pueden mejorar la eficiencia, reducir la carga administrativa y facilitar que los médicos se centren en la atención clínica. La innovación tecnológica es, por tanto, una herramienta clave para aumentar la satisfacción profesional y la calidad del servicio.

Pregunta 2. ¿Cómo pueden los sistemas de salud integrar políticas que favorezcan la formación y distribución adecuada de especialistas en Medicina Familiar?

El fortalecimiento de la Medicina Familiar y Comunitaria requiere políticas que integren la formación, la distribución equitativa y el desarrollo profesional continuo de los especialistas. En América Latina y España, los desafíos comunes incluyen la escasez de médicos y médicas de familia, la concentración urbana del recurso humano y la falta de incentivos académicos, económicos y de prestigio profesional.

En esta pregunta se sintetizan las estrategias implementadas y propuestas por distintos países

iberoamericanos para integrar políticas que favorezcan una formación sólida y una distribución equitativa de especialistas en MFyC.

1. Estrategias de gestión y planificación del talento humano

La adecuada formación y distribución de especialistas en MFyC requiere una planificación intersectorial coordinada y una gobernanza sólida en los sistemas de salud.

Se destacan estrategias como la integración de los subsectores público, privado y de la seguridad social bajo un marco común y un financiamiento unificado (Argentina), la coordinación entre universidades, instituciones de salud y secretarías de Estado, para consensuar programas educativos y competencias en APS (Mexico), y la realización de diagnósticos nacionales que identifican brechas y orientan la redistribución del personal según datos sociodemográficos y territoriales (Uruguay).

Otras estrategias a destacar, centradas en la regulación de la oferta de plazas de residencia médica, incrementando la proporción destinada a MFyC (entre 40 % y 50 %), y acompañándola de planes de cargos y salarios que promuevan la estabilidad laboral y la progresión profesional (Brasil, España). Sin olvidar, la importancia de evaluar de manera continua el impacto de estas políticas mediante el fortalecimiento de los observatorios de recursos humanos y el intercambio subregional de buenas prácticas (Colombia, Ecuador).

2. Estrategias en el ámbito de la Formación médica: pregrado y posgrado.

La formación constituye el eje central de toda política sostenible dirigida al fortalecimiento de la Medicina Familiar.

Estrategias de éxito como la priorización de la formación en pregrado mediante la asignatura de Medicina Familiar, orientada a la vocación y el enfoque integral desde los primeros años (Cuba), o apostar por la calidad de la formación posgraduada a través de un robusto programa de especialidad, que refuerza la pluripotencialidad del médico de familia y su rol en investigación, gestión y atención comunitaria (España), o el desarrollo de políticas de interiorización de programas de residencia médica, acercando la formación a regiones rurales y periféricas para mejorar la distribución territorial de especialistas (Brasil).

Y apostar por estrategias que combinen la formación presenciales y virtuales, y la descentralización de los centros de capacitación de los entornos urbanos, con la inclusión de trabajo comunitario (Perú), y la actualización curricular con la creación de residencias acreditadas en MF y el fortalecimiento de la docencia clínica en APS (Colombia).

3. Estrategias de Incentivos económicos, laborales y académicos.

Una estrategia de integración efectiva requiere políticas de incentivos multidimensionales.

Impulsar estrategias como el pago diferenciado para especialistas titulados, las bonificaciones por desempeño o trabajo en zonas rurales, y las becas de formación (Brasil, México, Costa Rica y República Dominicana y aquellas que enfatizan la necesidad de desarrollar trayectorias profesionales atractivas, con oportunidades de docencia, investigación y liderazgo dentro de la APS (Colombia y España) Y de manera complementaria, estrategias que incrementen el número de plazas de especialidad y garanticen condiciones laborales dignas asegurando la permanencia de los médicos en zonas de difícil acceso (Costa Rica y Panamá).

4. Estrategias para asegurar la equidad en la atención.

La distribución territorial equitativa de médicos familiares es un desafío transversal para los sistemas de salud.

Estrategias que permitan visibilizar la Medicina Familiar como pilar del primer nivel de atención y evitar la migración de profesionales formados del área rural a los centros urbanos (Bolivia). Y la necesidad de crear redes de atención primaria que integren centros de salud urbanos y rurales, con equipamiento adecuado y conectividad mediante tecnologías de la información (Venezuela y Uruguay).

Sin olvidar estrategias ya comentadas como los incentivos por traslado, vivienda o educación para hijos de profesionales, como herramientas de redistribución efectiva en países con marcadas desigualdades regionales.

Y ahondar en la posibilidad en algunos entornos en los que poder integrar el primer nivel de atención en el sector privado, aumentando así la demanda de médicos familiares y promoviendo su inserción laboral equilibrada (Republica Dominicana)

5. Estrategias de Gobernanza, colaboración y evaluación

Las experiencias internacionales muestran que la sostenibilidad de las políticas depende de una gobernanza participativa y de la evaluación permanente de los resultados.

España plantea la coordinación entre el Ministerio de Sanidad, las Comunidades Autónomas y las universidades, en la planificación de recursos humanos, con el apoyo de las Sociedades Científicas. México propone el liderazgo conjunto entre instituciones formadoras y autoridades sanitarias para unificar programas de formación y garantizar la calidad de la residencia médica.

Ecuador y Argentina promueven la cooperación horizontal entre países y la creación de observatorios regionales que faciliten la gestión del talento humano y la planificación estratégica basada en evidencia.

PREGUNTA 3. ¿Qué modelos nacionales o internacionales podrían adaptarse para aumentar el número de especialistas en la región?

Se describen estrategias orientadas a la formación y retención de médicos y médicas de familia, con especial énfasis en la descentralización formativa y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS). Estas experiencias proporcionan lineamientos y ejemplos prácticos para orientar acciones destinadas a incrementar y mantener el número de especialistas en la región.

Diversos países de Latinoamérica y otras regiones han desarrollado e implementado estrategias integrales, siendo referentes para el fortalecimiento de la MFyC.

1.1.A destacar países con claro compromiso con la Atención Primaria de Salud (APS)

- La Medicina Familiar constituye la especialidad base de los sistemas de salud en Reino Unido, Brasil, Cuba y España.
- Modelos como el MAIS (México) y la Estrategia de Salud Familiar (Brasil) fortalecen el trabajo en equipos multidisciplinarios y promueven una atención integral.
- Reino Unido y Ecuador han reducido la carga administrativa y fortalecido la estabilidad laboral.
- Suecia aplica políticas orientadas al equilibrio entre la vida personal y profesional, con mejoras en las condiciones de trabajo.
- Estrategias como becas, subsidios, condonación de préstamos estudiantiles y apoyo habitacional se han implementado en Canadá, Brasil, Costa Rica y Australia
- Mejoras en las condiciones salariales y laborales para atraer médicos a zonas de difícil cobertura. Brasil, México, Canadá, Estados Unidos y Suecia.
- Canadá, Estados Unidos y Brasil utilizan plataformas digitales y telemedicina para facilitar la

formación continua y el acceso a servicios en áreas remotas.

1.2. Con colaboración interinstitucional

- La cooperación entre universidades, gobiernos y municipios es clave para garantizar programas de formación y empleo sostenibles (México, Australia, Alemania, Perú).
- En México y Brasil, las universidades mantienen convenios con centros de salud que permiten pasantías y formación práctica en APS.
- España con su modelo de especialización incorporado en los sistemas de salud, y en ámbito de APS y entornos hospitalarios y urgencias y servicios regionales de salud.
- Brasil ha permitido la contratación de médicos de otros países, principalmente a través del programa Mais Médicos, para cubrir el déficit en comunidades desatendidas.

2.1 Modelos de incentivos y distribución equitativa destacado por país.

- Canadá y Estados Unidos: condonación de deudas y subsidios para médicos que trabajen en zonas rurales.
- Australia y Brasil: becas específicas y apoyo logístico a médicos rurales.
- Brasil: el *Programa Mais Médicos* amplió facultades de medicina y aumentó las plazas de residencia en MFyC.
- Argentina: el *Plan de Radicación de Médicos en el Interior* ofrece becas y apoyo habitacional para incentivar la práctica rural.
- Chile y España: estructuran su formación en Medicina Familiar con programas nacionales estandarizados y residencias prolongadas.
- Colombia: analiza modelos internacionales (España, Reino Unido, EE. UU., México) para fortalecer la formación y retención de médicos familiares.
- Costa Rica, Australia y Canadá: promueven incentivos financieros y condonación de deudas a cambio de servicio en áreas rurales.
- Bolivia: enfrenta desafíos en la formación especializada y considera adaptar modelos como el de Singapur.
- Cuba: su modelo de Medicina General Integral se basa en una formación estatal estructurada.
- Ecuador: destaca por su planificación intersectorial y gestión de recursos humanos.
- España: Especialización obligada mediante el sistema MIR, y desempeño como MFYC con cupos poblacionales y estrategias de estabilidad laboral.
- Reino Unido: el NHS exige formación en Medicina Familiar antes de optar por otra especialidad.
- Uruguay: aunque recientemente incorporó la residencia en Medicina Familiar, ha logrado un crecimiento sostenido de especialistas.

2.2 Modelos de formación descentralizada

- Australia y Brasil: fomentan la formación médica en ciudades pequeñas y zonas rurales
- México y Brasil: expanden las plazas de residencia en regiones marginadas.
- España: aplica el sistema MIR con enfoque obligatorio en Medicina Familiar en ámbito Nacional.
- Alemania: combina educación teórica con formación práctica mediante un modelo dual
- Perú: desarrolla un modelo educativo innovador, con enfoque en liderazgo, gestión del cambio y salud conductual integrada (*Integrated Behavioral Health*).

2.4 Políticas de retención y condiciones laborales

- Suecia: ofrece condiciones laborales atractivas y equilibrio entre trabajo y vida personal.

-
- Ecuador: mejora la rectoría y planificación de los recursos humanos en salud
 - Estados Unidos: brinda incentivos fiscales y programas de perdón de deuda a médicos en comunidades con déficit de especialistas.
 - República Dominicana: plantea integrar la APS al sector privado con mejores condiciones salariales.

PREGUNTA 4. ¿Cuál es el rol de la especialización y de la certificación en Medicina Familiar y Comunitaria para alcanzar el número necesario de especialistas en MFC?

Los programas de residencia médica en MFC son el patrón de oro para formar especialistas, pero se constata que está siendo difícil conseguir el número necesario de profesionales para reducir las importantes brechas en los diferentes países. Por ello es importante valorar cuál es el rol de la especialización y de la certificación en Medicina Familiar y Comunitaria para alcanzar el número necesario de especialistas en MF.

Se valoraron las similitudes entre países en cuanto a formación y la certificación en MFyC:

1.1 Reconocimiento de la residencia como “patrón de oro”

- La mayoría de los países consideran que la residencia médica es la vía de especialización en MFyC, como garante de una formación estructurada y estandarizada. España, México, Colombia, Ecuador, Uruguay y Panamá enfatizan que la especialización por residencia garantiza calidad y competencias para la APS.
- Existe consenso en que el número de plazas es insuficiente para cubrir la demanda de especialistas en MFyC. La mayoría de países, México, Venezuela, Brasil, España y Uruguay destacan la necesidad de ampliar la oferta formativa.

1.2 Rol de la certificación como complemento de calidad

- Varios países reconocen la certificación como herramienta para validar conocimientos y competencias de médicos generales con experiencia en APS.
- Ante la brecha de profesionales sin especialidad, algunos países como Brasil, Uruguay, República Dominicana, Chile y Argentina, proponen esquemas de certificación para médicos que cumplan requisitos específicos, como alternativa temporal.
- En otros países, como Panamá, España: la especialización es exclusivamente por residencia; la recertificación es una acreditación posterior.

1.3 Importancia del desarrollo profesional continuo

- Se subraya que tanto la especialización como la certificación deben acompañarse de educación médica continua, con el consiguiente mantenimiento de competencias. Perú, España y Colombia destacan la certificación, la formación continua, como mecanismo para asegurar la actualización de competencias y mejora de la calidad.

1.4 Incentivos para la formación y el ejercicio de la MFyC

- Se requieren políticas de incentivos económicos, reconocimiento profesional y mejoras laborales para atraer más médicos a la especialidad. México, Uruguay y España señalan la necesidad de hacer la MFyC atractiva para los nuevos egresados.

1.5 Descentralización y fortalecimiento de la formación en APS

- Se propone ampliar los espacios formativos en APS y comunidad, más allá de hospitales de alta

complejidad, y equiparar a los entornos en los que la formación en la APS es robusta.

- Ejemplos: Venezuela, Paraguay y Brasil impulsan formación en unidades de salud familiar y centros comunitarios. Los participantes llegaron a un consenso en puntos claves de especialización y certificación.

2.1 Importancia de la especialización en MFyC

- Garantía de calidad y competencias: la residencia aporta formación integral en APS, salud comunitaria, cronicidad, promoción y prevención, y gestión en salud pública.
- Aseguramiento de estándares: se requiere calidad universitaria para evitar formación deficiente (Chile, Ecuador, España, Uruguay).
- Flexibilidad y descentralización: se recomiendan programas en servicio y sedes en zonas rurales/marginadas (Uruguay, Argentina, Brasil, Venezuela, México).

2.2 Atractivo de la especialidad

- Es crucial hacer atractiva la MFyC para estudiantes y recién egresados mediante incentivos, reconocimiento y trayectorias de desarrollo (Colombia, España, México, Uruguay).

2.3 Rol de la certificación

- Aseguramiento de calidad: válida idoneidad de médicos con experiencia en APS y fomenta actualización continua (Colombia, Bolivia, Panamá, Perú; México, Perú, Ecuador).
- Flexibilidad: certificación para médicos generales con experiencia, exámenes específicos o trayectoria (Brasil, Argentina, República Dominicana, Uruguay, Venezuela).
- Confianza y credibilidad: mejora la percepción pública y puede incentivar la permanencia en la especialidad (Colombia, Bolivia, España, México, Perú).

2.4 Incremento de plazas y financiamiento

- Expansión de residencias con apoyo gubernamental y universitario (Venezuela, México, Brasil).
- Incentivos económicos y mejores condiciones laborales (Uruguay, España, México)

2.5 Red de APS como espacio formativo

- Incorporación de unidades comunitarias y centros de APS como escenarios principales de formación (Venezuela, Paraguay, Brasil).

PREGUNTA 5. ¿De qué manera los acuerdos regionales pueden facilitar la certificación de especialistas en Iberoamérica?

Los procesos de certificación médica en América tienen una larga trayectoria, iniciando en 1917 en Estados Unidos y extendiéndose progresivamente a otros países. En América Latina, México fue pionero en certificar especialistas en Medicina Familiar en 1987. La certificación representa un instrumento esencial para garantizar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, asegurando que los profesionales mantengan competencias actualizadas y alineadas con las necesidades de salud de la población.

En el ámbito iberoamericano, los acuerdos regionales pueden facilitar la certificación y recertificación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) a través de la cooperación técnica, la armonización normativa y el reconocimiento mutuo de estándares. Las Cumbres CIMF/WONCA Iberoamericana han sido un espacio clave para impulsar este proceso, desde la minicumbre de Isla Margarita (Venezuela, 2003), donde el tema se abordó por primera vez, hasta la V Cumbre de Quito (Ecuador, 2014), en la que se propuso la creación de un Observatorio de la Especialidad

para apoyar la certificación y recertificación de los países miembros. Desde entonces, se ha consolidado un grupo de trabajo regional que promueve la colaboración entre países y genera evidencia sobre el estado de la certificación en Iberoamérica. Estas instancias han demostrado que los avances nacionales se potencian mediante la cooperación regional, favoreciendo el intercambio de experiencias y la definición de criterios comunes de calidad.

Mecanismos mediante los cuales los acuerdos regionales facilitan la certificación

1. Reconocimiento mutuo de títulos y certificaciones, siempre que correspondan a niveles equivalentes de formación, competencias y duración.
 2. Facilitación de la movilidad profesional y visas laborales, bajo marcos regulatorios armonizados.
 3. Programas conjuntos de formación y educación continua, con acuerdos que puedan fomentar residencias binacionales y programas de rotación internacional, en los que los residentes y tutores compartan experiencias en distintos contextos de APS. Establecer fondos de cooperación o becas regionales fortalecería la formación en zonas rurales y marginadas.
 4. Conformar redes regionales de acreditación y evaluación, que permitan establecer estándares comunes de calidad para los programas de especialización y certificación.
 5. Cooperación técnica e intercambio de experiencias. Las Cumbres CIMF han demostrado el impacto de la cooperación técnica entre países para fortalecer los procesos de certificación.
- La creación de un Observatorio Iberoamericano de la Certificación en MFyC, liderado por CIMF, OPS y ministerios de salud, podría consolidar información regional sobre brechas formativas, mecanismos de evaluación y buenas prácticas en recertificación.
 - Asimismo, el intercambio de profesores, tutores y residentes entre países favorecería la transferencia de capacidades docentes y evaluativas, elevando la calidad de los programas formativos.

Sin embargo, se han de tener en cuenta los principales desafíos y obstáculos para avanzar hacia una certificación regional, como son:

- La no obligatoriedad de la certificación en varios países, lo que limita su alcance e impacto.
- La heterogeneidad institucional, dado que en algunos países la certificación es competencia de universidades, y en otros de consejos o sociedades científicas.
- La desigualdad de capacidades técnicas entre países, que requiere asistencia técnica gradual y mecanismos de cooperación solidaria.
- En los países donde la certificación es voluntaria, la experiencia muestra que su adopción mejora cuando existen incentivos económicos y profesionales, tales como ascensos, pluses salariales o ventajas en procesos de contratación pública.

Las propuestas de gobernanza y hoja de ruta regional por parte de los participantes incluyen:

1. **Mandato político:** Formalizar un acuerdo ministerial iberoamericano (CIMF–OPS–Ministerios de Salud) para crear el Mecanismo Regional de Certificación y Acreditación en MFyC (MRC-MFyC).
2. **Estándares comunes:** Definir un perfil de competencias compartido y estándares mínimos de carga horaria, rotaciones y evaluación.
3. **Pilotos bilaterales:** Implementar reconocimientos recíprocos de certificación entre países pares (por ejemplo, México-Colombia, España-Argentina, Uruguay-Argentina, República Dominicana-México...).

4. **Instrumentos compartidos:** Desarrollar un portafolio de competencias regional, guías de evaluación (ECOE, OSCE) y criterios para recertificación continua.
5. **Educación continua regional:** Crear una plataforma de desarrollo profesional continuo (DPC) validada por múltiples países y vinculada a los procesos de recertificación.
6. **Monitoreo y evaluación:** Establecer un observatorio regional con indicadores compartidos.

Conclusiones globales para cómo alcanzar o preservar el número de especialistas necesarios para la transformación de los sistemas de salud en la región Iberoamericana.

Reconociendo la pertinencia del incremento en el número de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en los países de la región, se recomienda:

1. Fortalecer la Atención Primaria como centro de los Sistemas Nacionales de Salud, mediante el desarrollo de redes integradas con los diferentes dispositivos de salud y la implementación de modelos de gestión basados en prácticas de alto valor y eficiencia, impulsando el trabajo interdisciplinario, el intercambio de buenas prácticas subregionales y la formación de agentes comunitarios como parte activa o de apoyo del equipo de salud.
2. Posicionar la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria desde la formación de pregrado, ayudando a visibilizar su impacto en los sistemas sanitarios y la salud global de la ciudadanía, y aumentar así su atractivo para la elección de los recién egresados.
3. Garantizar una formación de calidad para la especialidad de MFyC, a través de programas específicos para la residencia, en el ámbito universitario o sanitario, que abarque la formación en todas las competencias de los diferentes ámbitos de acción requeridos.
4. Distribuir especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria mediante planificaciones estratégicas, que incorporen la ampliación en el número de plazas de residencia en MFyC, la implementación de políticas regulatorias que reserven al menos el 40-50% de las plazas de formación para MFyC, y con una regulación y coordinación interinstitucional que asegure un claro liderazgo y enfoque hacia la cobertura universal en APS.
5. Establecer políticas que garanticen una distribución equitativa de médicas y médicos de familia mediante acciones de redistribución territorial, incentivos específicos, como salarios diferenciados, bonificaciones, subsidios formativos y la creación de plazas públicas, con especial atención a zonas rurales o desatendidas, y favoreciendo el uso de tecnologías que fortalezcan la asistencia continua y remota.
6. Fortalecer el proceso de la certificación como mecanismo de validación que avala la actualización continua de competencias, y garantice la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la confianza de la ciudadanía.
7. Reforzar las condiciones laborales en Medicina Familiar y Comunitaria mediante la adecuación de la carga laboral, la inversión en infraestructuras y en los medios necesarios para el enfoque diagnóstico y terapéutico, y garantizando un entorno saludable y sostenible para el desempeño profesional.
8. Fomentar la implementación de experiencias regionales exitosas en el aumento del número de especialistas en MFC de forma sostenible y contextualizada, y con elementos comunes como

formación descentralizada, incentivos sólidos, estabilidad laboral, alianzas interinstitucionales y financiación pública comprometida con la equidad en salud.

Referencias

1. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investig Educ Med*. 2012;1(2):90-95. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-descripcion-usos-del-metodo-delphi-X2007505712427047>
2. Gascón TG, Ceitlin J, Anderson MIP, Ortiz JM. Atención Primaria y Medicina de Familia en el mundo. En: Zurro AM, Pérez C, Badia G, editores. *Atención Primaria: principios, organización y métodos en Medicina de Familia*. 8.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2019.
3. Silberman P, Silberman M. ¿Cómo evolucionó la distribución de médicas y médicos especialistas en Argentina? Un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. *Arch Med Fam Gen*. 2022;19(3). Disponible en: <https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/221/208>
4. Ministerio de Sanidad (España). Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado 2026 ene 18]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionessanitarias/profesionessanitarias/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf
5. González Calbano A, Padula Anderson MI, Tamez Rodríguez AR, Godoy AC, Barreto Quintana HM, Martins I, et al. Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e149. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.149>.
6. Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, et al. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General y Familiar como especialidad médica. *Rev Argent Salud Publica*. 2014;5(21):30-37. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/249>
7. Valderrama-Martínez JA. Factores de satisfacción laboral en médicos familiares del IMSS. *Rev Invest Clin*. 2009;61(2):119-126. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4383063>
8. Pereira Iglesias A, Cruz Piqueras M, Minué Alonso S. Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. *Rev Esp Salud Publica*. 2024;98. Disponible en: <https://revista.isciii.es>
9. WONCA Ibero-Americana-CIMF. Carta de Fortaleza. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6:25-28. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/432>
10. Pedrera Carbonell V, Bonet Plá A, Schwarz Chávarri G, Soler Torró JM, Ortuño López JL, Prieto Erades I, et al. Lo que no hay que hacer para desburocratizar la atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40(6):273-274. <https://doi.org/10.1157/13123674>.
11. Martín Álvarez R, Aldecoa Gandesa S, Galindo Ortego G. La transformación de la Atención Primaria pasa por un nuevo modelo organizativo y de gestión. *Aten Primaria*. 2023;55(4):102609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102609>
12. Nordi ABA, Kishi RGB, Carvalho BB, Evangelista DN, Gaion JPB, Saggin J, et al. World experiences in preceptorship in medical undergraduate education: an integrative review. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(1):e013. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210228>
13. Vance C, Barrera A, Kidd M, Pena M, Anderson MIP, León E. Carta de Quito: Cobertura Universal, Medicina de Familia e Comunidade e participação social. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(31):183-185. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/928>
14. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saude Publica*. 2021;37(7):e00310520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>
15. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):379-385. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070607>
16. Argentina. Ministerio de Salud. La gestión de recursos humanos en salud en Argentina: una estrategia de consensos 2007-2015 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2015. [citado 2025 feb 19]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.pdf
17. Mexico. Instituto de Salud para el Bienestar. Guía de estudio: introducción a la Atención Primaria de Salud (APS) [Internet]. Ciudad de México: INSABI; 2023 [citado 2025 feb 19]. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828977/Gu_a_de_Estudio_APS.pdf

18. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Resolución N° 568/2022: regulación y planificación de la formación de especialistas médicos en Uruguay [Internet]. Montevideo: MSP; 2022 [citado 2025 ene 29]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-08/Res%20568%202022_removed%20%281%29.pdf
19. . Informe especialidades AQ y EM: análisis de oferta y demanda de especialistas [Internet]. Montevideo: MSP; 2021 [citado 2025 ene 29]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20Especialidades%20AQ%20y%20EM_%20Setiembre%202021.pdf
20. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la Acción de Toronto [Internet]. Ontario: OPS; 2015 p. 1-13. [citado 2025 nov 1]. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/politicas/Llamado_Accion_Toronto.pdf
21. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. 2.ª ed. La Habana: Biblioteca Virtual en Salud Cuba; 2023 [citado 2025 nov 1]. Disponible en: <https://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>
22. España. Ministerio de Sanidad. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 2025 nov 1]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
23. España. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019 [citado 2025 nov 1]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/estrategias.htm>
24. Martín Álvarez R, Aldecoa Gandesa S, Galindo Ortego G. Necesidades prioritarias para la medicina de familia y la atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2023;55(9):102738. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102738>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes para a organização da Atenção Básica no Programa Saúde da Família (PSF) e no Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2025 nov 1]. Disponível em: Portal da Legislação em Saúde – Portaria nº 648/2006
26. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(6):1903-1914. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
27. Fagan EB, Gibbons C, Finnegan SC, Petterson S, Peterson LE, Phillips RL Jr, et al. Family medicine graduate proximity to their site of training: policy options for improving the distribution of primary care access. *Fam Med*. 2015;47(2):124-130. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25646984/>
28. Villaseca S. Colaboración interinstitucional para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud: la experiencia del Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar. *Bol Acad Chil Med*. 2024;60:252-269. Disponible en: <https://doi.org/10.69700/yxgj8h8>
29. Rojas Torres IL, Gil Herrera RDJ. Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos. *Arch Venez Farmacol Ter*. 2021;40(7):711-9. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5752275>
30. Hernández-Rincón EH, Muñoz-Abril YC, Avella-Pérez LP. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2019;35(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000300013
31. Costa Rica. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud 2023-2033. Plan de acción 2024-2028: reforzando la atención primaria. San José: Ministerio de Salud Pública; 2023. [citado 2025 nov 1]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/politica-nacional-de-salud-2023-2033>
32. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. La política SAFCI, su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables [Internet]. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; [s.f.]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/dgps/pds/p028_po_dgps_uan_la_politica_safci_su_estrategia_de_promocion_de_la_salud_y_nutricion.pdf
33. Hernández-Martínez MP. La certificación y recertificación de especialistas en medicina familiar en Iberoamérica: diagnóstico situacional. *Arch Med Fam*. 2025;27(1):27-36. <https://doi.org/10.62514/amf.v27i1.117>
34. Castro JAF, Da Silva LC, Dalla MB, Dantas A. Reflections about medical specialties [poster]. En: 21st WONCA World Conference of Family Doctors; 2016 Nov 2-6; Rio de Janeiro, Brazil. Bangkok: WONCA; 2016. Disponible en: WONCA World Conference 2016
35. Anderson MIP, Armadillo MLR, Díaz NT, Cuba Fuentes S. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Supl 1):4-30. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1276>

-
36. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2025 feb 19]. Disponible en: <http://maismedicos.gov.br/>
 37. Berger CB, Dallegrave D, Castro Filho ED, Pekelman R. A formação na modalidade residência médica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-10. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1399>
 38. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade [Internet]. Rio de Janeiro: UERJ; 2025. [citado 2025 nov 1]. Disponível em: <https://www.uerj.br>
 39. Organización Panamericana de la Salud. Planificación y gestión de recursos humanos en salud en los países andinos. Lima: OPS; 2015. [citado 2025 feb 19]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org>
 40. Organización Panamericana de la Salud. La política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud [Internet]. Lima: OPS; 2010 [citado 2025 feb 19]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33810>
 41. Bonal Ruiz R. Modelos sobre promoción de salud en medicina familiar internacional e implicaciones en medicina general integral. *EDUMECENTRO*. 2019;11(2):175-191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000200175
 42. Lavergne MR. Financial incentives for physicians to improve health care. *CMAJ*. 2017;189(49):E1505-E1506. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171126>
 43. Espinosa V, de la Torre D, Acuña C, Cadena C. Los recursos humanos en salud según el nuevo modelo de atención en Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e52. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.52>
 44. Godoy AC, Didoni MS, Lopez LI, Perez AS, Bertotto A, Astegiano C, Metrebian S. Experiencia docente en un programa de formación de Medicina Familiar y General a distancia. *Arch Med Fam Gen*. 2024;21(1). Disponible en: <https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/issue/view/32>
 45. Fernández Ortega MA, Arias Castillo L, Brandt Toro C, Irigoyen Coria AE, Roo Prato JB. Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. *Arch Med Fam*. 2012;14(4):93-112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730965003>
 46. España. Ministerio de Sanidad. Formación sanitaria especializada: sistema de residencia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad [citado 2025 nov 1]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion.htm>
 47. Filippi MK, Waxmonsky JA, Williams MD, Robertson E, Doubeni CA, Hester CM, et al. Integrated behavioral health implementation and training in primary care: a practice-based research network study. *J Am Board Fam Med*. 2023;36(6):1008-1019. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2023.230067R2>
 48. Organización Panamericana de la Salud. Acreditación de programas de formación en medicina y orientación hacia la atención primaria de salud. Serie 3. Washington (DC): OPS; 2010. [citado 2025 nov 1] Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/49254>
 49. Pasarín M, Montaner I, De Peray JL, Gofin J, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de Atención Primaria y de Salud Pública. *Gac Sanit*. 2010;24(1):23-27. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.06.007>
 50. Castro Filho ED, Oliveira FA, Dalla MDB, Dantas AM, Faria R, Maeyama MA, et al. A especialização em Medicina de Família e Comunidade e o desafio da qualificação médica para a Estratégia Saúde da Família: proposta de especialização em larga escala via educação à distância. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007;3(11):199-204. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/338>
 51. Ponzo J, Cavalleri F, Niz C, González Martínez F. Titulación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria: trayectorias curriculares y egresos registrados al año 2022. Trabajo presentado en: 11.º Congreso de la SUMEFAC; 2023 set; San José, Uruguay. Disponible en: <https://sumefac.uy/xi-congreso-uruguayo-de-medicina-familiar-y-comunitaria/>
 52. Saura Llamas J. Competencias prioritarias del Médico de Familia para la práctica clínica: primera parte. *Arch Med Fam*. 2024;26(1). <https://doi.org/10.62514/amf.v26i1.16>
 53. Jaramillo GLE. Propuesta para la recertificación de las especialidades médicas en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2012;41(Supl 1):163-169 [citado 2025 nov 1]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014602555>
 54. Cabrera HR, Yuruhán DM, Vargas P, López NV, Montalvo JV. Certificación, recertificación y acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Supl 2):55-63. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1386](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1386)
 55. Vargas P, Cabrera H, Montalvo J, López NR, Pacheco ER, Yuruhán D, et al. Análisis comparativo de la certificación, recertificación y acreditación en Latinoamérica para Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Supl 1):61-70. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1275](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1275)

56. Portillo-García Z, Palacios-Hernández A, Tecuanhuey-Tlahuel H, Hernández-Torres I, Chávez-Cruz E, et al. ¿Por qué es importante la certificación vigente? El caso de Medicina Familiar. *Rev Mex Med Fam*. 2022;9(2):59-62. Disponible en: <https://www.revmedicinafamiliar.org>
57. sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade [Internet]. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015 [citado 2025 nov 1]. Disponible en: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-divulga-curriculo-baseado-em-competencia>
58. Calvete J. Certificación-recertificación profesional médica. *Rev Med Urug*. 2014;30(1):5-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902014000100001&script=sci_arttext
59. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Remuneraciones en el sector salud [Internet]. Montevideo: MSP; 2019 [citado 2025 ene 29]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica>
60. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011;20(4):867-874. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
61. Anderson MIP, León E. V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y la Carta de Quito. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Supl 1):1-3. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1314](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1314)
62. Anderson MIP, Rojas ML, Taureau N, Cuba MS. Cobertura universal, APS y Medicina Familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Supl 1):4-30. Disponible en: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1276](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1276)
63. UNESCO. Convenio Regional para el Reconocimiento de Estudios, Títulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe [Internet]. París: UNESCO; 2019 [citado 2025 nov 1]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000385069_spa
64. Hernández Martínez MP, Zavala Cruz GG, Irigoyen Coria AE. Los especialistas en Medicina Familiar en México. *Arch Med Fam*. 2023;25(2):59-64. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf232b.pdf>
65. Schulz CA, Levick L. Regional patterns of multilateral treaty cooperation: is there a Latin American commitment gap? *Int Polit Sci Rev*. 2023;44(4):502-520. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/01925121211036417>
66. Vitarelli Batista M. Higher education regionalization in South America. *High Educ Policy*. 2020;33(4):671-689. Disponible en: <https://doi.org/10.1057/s41307-019-00145-1>
67. Starfield B. Atención primaria de salud: la clave para una mejor salud. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012;32(6):367-372 [citado 2025 nov 1]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2012.v32n6/367-372/>
68. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura universal de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 2025 nov 1]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_12-sp.pdf

Figura 1. Preguntas de la primera ronda Delphi.

PREGUNTA 1. ¿Qué políticas de incentivos podrían implementarse para motivar a los médicos a elegir la especialidad de Medicina familiar y permanecer en el ejercicio de la misma, una vez formados?
PREGUNTA 2. ¿Cómo pueden los sistemas de salud integrar políticas que favorezcan la formación y distribución adecuadas de especialistas en Medicina Familiar?
PREGUNTA 3. ¿Qué modelos nacionales o internacionales podrían adaptarse para aumentar el número de especialistas en la región?
PREGUNTA 4. ¿Cuál es el rol de la especialización y de la certificación en Medicina Familiar y Comunitaria para alcanzar el número necesario de especialistas en MFC?
PREGUNTA 5. ¿De qué manera los acuerdos regionales pueden facilitar la certificación de especialistas en Iberoamérica?