

Sumario / Contents / Sumário

EDITORIAL

1 La V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y La Carta de Quito

The V Summit of Family Medicine and the Letter of Quito

A V Cúpula Iberoamericana de Medicina de Família e a Carta de Quito

María Inez Padula Anderson, Edgar León

ENSAYOS

4 Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar

Universal Health Coverage, Primary Care and Family Medicine

Cobertura Universal em Saúde e Atenção Primária e Medicina da Família

María Inez Padula Anderson, María de Lourdes Rojas Armadillo, Niurka Taureaux Díaz, María Sofía Cuba Fuentes

31 Participación y Comunicación Social en Medicina Familiar y Comunitaria y Atención Primaria en Salud

Participation and Social Communication in Family and Community Medicine and Primary Health Care

Participação e Comunicação Social em Medicina de Família e Comunidade e Atenção Primária à Saúde

Coordinadores: Marina Almenas, Noris Serrudo

Autores: Marina Almenas, Noris Serrudo, Carmen Cabezas, Alejandra Paulo, Gustavo Montiel, Lidia G. Caballero, Lilia Gonzalez Cárdenas, Andreali Morón, Evelyn Roa

Colaboradores: Rolando Herrera, Alexis Correa, Veronica Redin, Nulvio Lermen Junior, Arturo Quizphe, Sara Huertas, Eva Tudela

47 Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica

Training programs in Family Medicine in Latin America

Programas de formação em Medicina da Família na América Latina

Gabriela Armijos Ruilova, Luisa Vaca Caspi, Luis Aguilera García, Verónica Casado Vicente, Galo Sánchez del Hierro, Susana Alvear Durán

- 61 Análisis comparativo de la certificación, recertificación y acreditación en Latinoamérica para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria**
Comparative analysis of certification, certification and accreditation in Latin America for the specialty of Family and Community Medicine
Análise comparada dos processos de certificação, recertificação e acreditação em Medicina de Família e Comunidade na América Latina
Patricia Vargas, Haydeé Cabrera Reyes, Johanna Montalvo Vázquez, Nancy del R. López Vásquez, Emilio Rosseti Pacheco, Diana Yuruhán Mohrbach, Víctor Ángel Rojas Ardila, Fátima Aguayo Arteaga
- 71 Producción y difusión del conocimiento en Medicina Familiar en Iberoamérica**
Production and dissemination of knowledge in Family Medicine in Latin America
Produção e disseminação de conhecimento em medicina de família na América Latina
Miguel Ángel Fernández Ortega, Giovanni Rojas Velazco, Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria, Jacqueline Beatriz Roo Prato

CARTA DE QUITO

88 CARTA DE QUITO

Quito - Ecuador 11 y 12 de abril de 2014

“COBERTURA UNIVERSAL, MEDICINA FAMILIAR Y PARTICIPACIÓN SOCIAL”

La V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y La Carta de Quito

The V Summit of Family Medicine and the Letter of Quito

A V Cúpula Iberoamericana de Medicina de Família e a Carta de Quito

Edgar León. Universidad Católica de Ecuador. Quito, Ecuador. evls135@hotmail.com (*Autor para correspondencia*)

Maria Inez Padula Anderson. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br (*Autora para correspondencia*)

La Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), en el transcurso de más de tres décadas, desde su constitución, ha trabajado por el desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y de la Atención Primaria a la Salud (APS) en conjunto con los médicos y medicas familiares, las personas y organizaciones de la comunidad, las Universidades, los Gobiernos, la Organización Panamericana de Salud (OPS), las instituciones y las organizaciones sociales interesadas en salud de Latinoamérica, España y Portugal.

Como parte de su estrategia para alcanzar sus objetivos, organiza, desde 2002, las Cumbres Iberoamericanas de Medicina Familiar en conjunto con la OPS y el Gobierno del país donde se celebra el evento. Las Cumbres son eventos de carácter científico y técnico-político. En ellas se busca, a través del intercambio de experiencias y actividades participativas con Médicos y Médicas Familiares, representantes de los Ministerios de Salud, y otros estratégicos del campo de la salud, educación e investigación, reflexionar acerca de los sistemas de salud de Iberoamérica, con vistas a proponer soluciones para aspectos aún no completamente resueltos en lo que se refiere a la organización, asistencia, formación e investigación en el campo de la Atención Primaria a la Salud y de la Medicina Familiar.

En los días 11 y 12 de abril de 2014, celebramos en la ciudad de Quito, Ecuador, la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, evento que ha contado con el apoyo y la participación de la propia Ministra de Salud, Dra. Carina Vance y de otros representantes del Ministerio de Salud de Ecuador, asimismo de representantes locales e internacionales de la Organización Panamericana de Salud, además del alcaide del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito y de todos los miembros de la Junta Directiva de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar.

Como citar: Anderson MIP, León E. V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y La Carta de Quito. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 1):1-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1314](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1314)

Financiación:
ninguna declarada.

Aprobación ética:
no aplicable.

Conflicto de intereses:
ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:
revisado por pares.

Recibido el: 19/02/2016.

Aceptado el: 19/03/2016.

Durante los últimos 10 años en Iberoamérica se ha presenciado una serie de profundos cambios políticos y sociales, los cuales como es lógico han tenido directa influencia en los sistemas de Salud de nuestra región. Estos cambios crean un nuevo escenario tanto en la visión de los sistemas y sus ejecutores como en el paciente, la familia y su comunidad.

En esta Cumbre, CIMF y la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar se plantearon el análisis de esos cambios y su impacto en los escenarios propios de esta estrategia llamada “Atención Primaria de Salud”. El reto asumido significaba definir los lineamientos que desafiaban la Medicina Familiar, y al mismo tiempo trazar los caminos a seguir en estos desafíos en todas sus competencias: Aseguramiento Universal de Salud, Calidad de atención, Calidad y Metodologías de formación, Investigación, integración e integralidad de la atención.

El tema central de la V Cumbre fue Cobertura Universal, Medicina Familiar y Participación Social. Asuntos que aún permanecen en la agenda de los sistemas de salud, pero en aquel momento eran tema central de la 67ª Asamblea Mundial de la OMS que se celebraría en mayo de 2014, un mes después del evento. Además de este tema central, fueron desarrollados cinco Grupos de Trabajo que han trabajado antes, durante y después de la Cumbre, a saber: (1) Cobertura Universal y Medicina Familiar; (2) Comunicación y Participación Social; (3) Estado actual de los programas formativos en América Latina; (4) Certificación y acreditación en Medicina Familiar y (5) Producción y Difusión de conocimientos en Medicina Familiar y Comunitaria y APS.

Consideramos que la V Cumbre fue exitosa y evaluamos que sería una importante iniciativa registrar y permitir hacer llegar a todos sus resultados, a través de esta Revista. En sus páginas son presentados cinco artículos cubriendo los resultados de los trabajos de los cinco grupos. Este trabajo colectivo y los lineamientos vistos desde varios escenarios, desde varias realidades y desde varios actores se plasmaron en un documento denominado “La Carta de Quito”, que también sigue publicada en esta Revista.

La Carta de Quito, este logro de la Medicina Familiar Iberoamericana y socializada a todo el mundo a través de WONCA Iberoamericana-CIMF, pretende ser un fundamento de actuación en la actualidad, y constituirse en la piedra angular para demostrar que no es tarde para pensar en la salud de los pueblos desde la integración, desde la integralidad y desde los ciclos de vida de los individuos, las familias y sus comunidades. Presenta un conjunto de directrices, aprobadas por todos los participantes de la Cumbre, que deben servir para orientar las acciones de CIMF, y dar soporte a las de OPS y de los Gobiernos, en los próximos años, para hacer frente al desafío tornar los sistemas de salud más adecuados y ecuanimes en conformidad con los problemas de salud y la situación de morbi-mortalidad de la gente de nuestros países.

En este momento cabe agradecer a todos los colegas, médicos y médicas familiares, los colegas de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, a los residentes de MFyC, a la Junta Directiva de CIMF, al Ministerio de Salud de Ecuador asimismo a la OPS de Ecuador y las representaciones internacionales - que han hecho tornar la Cumbre posible.

Por último, pero no menos importante, nos gustaría agradecer a la Dra. Omaira Flores Martínez, coordinadora del Comité Editorial de la Revista Médico de Familia de la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar y al Dr. Arnulfo Irigoyen Coria Editor de la Revista Atención Familiar de la Universidad Autónoma del México y miembro de la Academia Mexicana de Medicina Familiar, sin su trabajo de revisión esta publicación no sería posible. Y, también agradecer al colega Luis Aguilera, de la Sociedad Española de

Medicina Familiar y Comunitaria y CEO de CIMF, que ha apoyado el proceso de organización de las últimas revisiones.

Para concluir nos gustaría dejar como mensaje de esperanza y fuerza, las palabras de la Dra. Margareth Chan, Directora de OPS en el Congreso Mundial de WONCA, celebrado en Praga, en el año de 2013:

“Los médicos de familia siempre fueron la espina dorsal de los cuidados de salud. ... han sido siempre el cimiento del cuidado integral, compasivo y centrado en las personas.

Hoy, vosotros sois estrellas en ascenso y nuestra mejor esperanza para hacer frente a una serie de tendencias complejas y amenazantes. Sus habilidades y talentos son necesarios y requeridos, ahora más que nunca.”

Maria Inez Padula Anderson

**Presidenta de la Confederación Iberoamericana de
Medicina Familiar
Wonca-Iberoamericana CIMF**

Edgar León

**Presidente de la V Cumbre Iberoamericana
de Medicina Familiar
Wonca-Iberoamericana CIMF**

Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar

Universal Health Coverage, Primary Care and Family Medicine

Cobertura Universal em Saúde e Atenção Primária e Medicina da Família

Maria Inez Padula Anderson. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitaria. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br (*Autora para correspondencia*)

Maria de Lourdes Rojas Armadillo. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ciudad de México, DF, México. educacion.rubi@gmail.com

Niurka Taureaux Díaz. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (UCMH), Sociedad Cubana de Medicina Familiar. Cuba. niurka.toro@infomed.sld.cu

Maria Sofía Cuba Fuentes. Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria. Lima - Perú. maria.cuba@upch.pe

Grupo de trabajo

Daniel Márquez (Uruguay); Edgar León Segovia (Ecuador); Fernando Copolillo (Argentina); Javier Dávila Torres (México); Juan José Mazón Ramírez (México); Julio Ojeda (Ecuador); Sergio Minué Lorenzo España; Manuel Cervantes Ocampo (México); Maria Augusta Molina (Ecuador); Maria de Lourdes Rojas Armadillo (México); Maria Inez Padula Anderson (Brasil); Mario Cruz (OPS); Miguel Angel Suárez (Bolivia); Nilson Massakazu Ando (Brasil); Niurka Taureaux Díaz (Cuba); Osman Barboza (Venezuela); Raúl Castellanos (Puerto Rico); Renato Tasca (OPS); Ricardo Donato (Brasil); Rodolfo Deusdará (Brasil); Sofía Cuba Fuentes (Perú); Verónica Espinosa (Ecuador); Wesley Eugene Schmidt (Paraguay).

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo presentar un análisis de la situación de la Cobertura Universal de Salud Iberoamérica en relación a la oferta de servicios de Atención Primaria (AP), considerando la participación de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Además, propone indicadores relacionados relativos a la AP y a la MFyC, de manera que la Cobertura Universal de Salud pueda ser evaluada a partir de una perspectiva longitudinal que permitirá acompañar su evolución y los resultados alcanzados. Para tal fin, se realizó un estudio de caso con informaciones obtenidas a partir de los presidentes de las Asociaciones de Medicina Familiar integrantes de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). Los indicadores propuestos en este estudio pueden representar una contribución efectiva para el alcance de una Cobertura Universal de calidad, basada en criterios de proceso y más amplios que los de programas verticales basados en el abordaje de condiciones o enfermedades específicas, de carácter más puntual y coyuntural, que usualmente ocupan las agendas de la gestión en salud. Aunque estos programas verticales tengan alguna validez, ellos dejan en segundo plano aspectos estructurales y estratégicos que permitirían un alcance más amplio y duradero de las acciones de salud a lo largo del tiempo.

Abstract

This paper aims to present an analysis of the situation of Latin America Universal Health Coverage in relation to the supply of Primary Care (PC), considering the participation of Family and Community Medicine (FCM). It also proposes indicators to measure Universal Health Coverage relating to the PC and the FCM in a longitudinal perspective watching their progress and results achieved. To this end, a case study was conducted with information obtained from the Presidents of the Associations of Family Medicine members of the Latin American Confederation of Family Medicine - Wonca Iberoamericana CIMF. The indicators proposed in this study may represent an effective contribution to the achievement of universal coverage quality, based on criteria of process and broader than vertical programs, based on specific conditions or diseases, more timely and temporary nature that usually occupy the agendas of health management. Although these vertical programs approach have some validity, they leave in the background structural and strategic aspects that would allow a broader and lasting health actions over time to reach.

Cómo citar: Anderson MIP, Rojas ML, Taureaux N, Cuba MS. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 1):4-30. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1276](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1276)

Palabras clave:

Cobertura Universal
Atención Primaria de Salud
Medicina Familiar y Comunitaria
Indicadores en Salud

Keywords:

Universal Health Coverage
Primary Care
Family Medicine
Health Indicators

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:

no aplicable.

Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 19/02/2016.

Aceptado el: 19/03/2016.

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma análise da situação da Cobertura Universal em Saúde na Iberoamérica em relação à oferta de serviços de Atenção Primária (AP), considerando a participação da Medicina de Família e Comunidade (MFC). Também, propõe indicadores relacionados à AP e à MFC para que a Cobertura Universal em Saúde possa ser mensurada e avaliada numa perspectiva longitudinal, permitindo acompanhar seu progresso e os resultados alcançados. Com esta finalidade, foi realizado um estudo de caso utilizando informações obtidas dos presidentes das Associações de Medicina de Família da Confederação Iberoamericana de Medicina de Família (WONCA Iberoamericana-CIMF). Os indicadores propostos neste estudo podem representar uma contribuição efetiva para o alcance de uma Cobertura Universal de qualidade, com base em critérios de processo, mais abrangentes que os dos programas verticais baseados na abordagem de condições ou doenças específicas que, habitualmente, ocupam as agendas de gestão de saúde. Embora estes programas verticais tenham alguma validade, eles deixam em segundo plano aspectos estruturais e estratégicos dos sistemas de saúde que permitiriam obter resultados mais abrangentes e duradouros das ações de saúde ao longo do tempo.

Palavras-chave:

Cobertura Universal em Saúde
Atenção Primária à Saúde
Medicina de Família
e Comunidade
Indicadores em Saúde

Introducción

“La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud [...] ... los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación”.¹

En 2013, se ha cumplido 35 años de la celebración de la histórica Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Atención Primaria de Salud (APS) celebrada en Alma-Ata, cuyo objetivo fue establecer estrategias para alcanzar la meta “Salud Para Todos en el Año 2000”.²

A pesar de los esfuerzos desarrollados, el mundo aún está lejos de alcanzar la meta establecida. Luego de tantos años, “... es lamentable la situación de salud de gran parte de la humanidad, pues ella aún no goza de una atención a la salud integral, equitativa o ni siquiera básica”.³

La meta “Salud para Todos” aún es, de hecho, un gran desafío. Tras tres décadas de Alma Ata, el acceso a los bienes y servicios de salud aún no es para todos. Son muchos los millones de excluidos en todo el mundo. Sobre todo los más pobres.

La total falta de acceso a la red de servicios de salud no es, todavía, un problema aislado. Afecta a un considerable contingente de la población mundial que vive en condiciones sub-humanas. Particularmente las personas que viven en comunidades geográficamente aisladas, con dificultad en el acces. Pero, también, es un problema en las comunidades instaladas precariamente en las periferias de los grandes centros urbanos, tantas veces desasistidas y rehenes de organizaciones criminales.

La OMS ha reiterado la necesidad cada vez más urgente de revertir esta intolerable situación de exclusión, que torna al campo de la salud como cómplice de un proyecto de sociedad centrado en criterios dictados por el mercado, donde los intereses particulares y el consumo se sobrepone a la cooperación, a la fraternidad y a el interés colectivo.

No obstante, esta cuestión abarca aún otros aspectos. Involucra barreras que dificultan el acceso de millones de personas a los bienes y servicios de salud que de hecho necesitan. La sencilla extensión, selectiva y restringida, de bienes y servicios no resuelve el problema de las necesidades reales de salud de la población, ni tampoco de universalización de la cobertura; tampoco una generosa cartera de servicios, si los cuidados necesarios llegan tarde por demás.

En los últimos años, la gravedad de la situación sanitaria consecuente a la ineficacia de las políticas de salud, sumadas a la insatisfacción de las personas con los sistemas, los problemas de financiamiento y a los costos elevados, ha impulsado a muchas organizaciones de salud con liderazgo como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a asumir un posicionamiento más activo y a implementar gestiones, realizando eventos, así como publicando documentos sobre la necesidad de renovar los compromisos asumidos en Alma Ata, a través de una Atención Primaria Renovada.

El documento de la OMS, publicado en 2008,¹ titulado: “*La Atención Primaria de Salud: Más Necesaria que Nunca*” y, uno anterior, elaborado y publicado por la OPS: “*Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud*”² pueden ser considerados marcos contemporáneos para que los países, finalmente, constituyan sistemas sanitarios con base en una Atención Primaria de Salud (APS) fuerte y cualificada.

Tal vez por primera vez, y de una manera más clara, los documentos reconocen que, hasta aquí, la APS se interpretó erróneamente como la prestación de una mala (y pobre) atención a los pobres, aunque algunos la calificaron de utópica y otros pensaron que era una amenaza para el cuerpo médico. En estos documentos, se habló también de la necesidad de la APS en los sistemas de salud y reconocieron la importancia de la especialidad de Medicina Familiar en los equipos de salud para constituir la base para la Cobertura Universal.

Cobertura Universal en Salud con base en una APS cualificada significa acceso oportuno de las personas, familias y comunidades, sin distinción, a los bienes y servicios que sus condiciones de salud requieren. En otras palabras, significa acceso de todas las personas a cuidados integrales y coordinados de promoción, protección, asistencia y recuperación de la salud, en conformidad con las necesidades que presentan en el curso de sus vidas. Al final, esta es la propia razón de ser de un servicio y de un sistema de salud.

Cobertura Universal

Garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones para todos es una meta hacia la que toda sociedad quiere avanzar, más aún en una región tan desigual como América Latina y el Caribe. La cobertura universal es un objetivo importante para la mayoría de los países; sin embargo, el contexto para lograr una cobertura universal es difícil: cada día aumenta la presión sobre el gasto en salud. El rápido desarrollo de la tecnología médica, los cambios epidemiológicos y el envejecimiento de la población son algunos de los factores que llevan a los países a incrementar su gasto en salud.

Además, como resultado de mejores condiciones de vida y más acceso a información médica, la población tiene expectativas cada vez mayores de lo que debiera ofrecerle el sistema de salud. Al mismo tiempo, los recursos para la salud no han crecido a la par de la demanda, lo que ha generado una brecha creciente.

El camino hacia la cobertura universal ha sido llamado “*La tercera transición sanitaria mundial*”, tras las transiciones demográfica y epidemiológica. La cobertura universal es ya una ambición de todas las naciones de la Tierra, cualquiera que sea la etapa de desarrollo en que se encuentren. El calendario y las prioridades de acción difieren sensiblemente de un país a otro, pero la elevada meta de garantizar

que todas las personas puedan recurrir a los servicios de salud que necesiten sin riesgo de quebranto económico, es la misma en todas partes.

El objetivo de la cobertura universal es garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de la ruina económica o el empobrecimiento. Heredero del movimiento “Salud para Todos” el concepto de cobertura sanitaria universal se funda en una visión amplia de los servicios necesarios para gozar de unas buenas condiciones de salud y bienestar.

Reflexiones acerca de Demandas, Ofertas y Necesidades en Salud en la Actualidad: Desafíos para la Cobertura Universal

Como resultado de mejores condiciones de vida y mejor acceso a información médica, la población tiene expectativas cada vez mayores de lo que debiera ofrecerle el sistema de salud. Y, en gran parte de las ocasiones, lo que las personas imaginan debiera ser el mejor servicio de salud, no lo es, en realidad. El imaginario popular está relacionado con aquellas instituciones/unidades de salud donde se encuentran especialistas focales (cardiólogos, endocrinólogos, etc.); es posible acceder y hacer exámenes complementarios cada vez más sofisticados (muchas veces innecesarios e inapropiados). Donde, de alguna manera, se alimenta la idea de que para tener salud, lo más importante es realizarse chequeos y tomar medicamentos para prevenir o curar las enfermedades. Así, como si fuera una visión sesgada de la práctica y de las acciones en salud. Esta manera de entender los servicios sanitarios, por otro lado, interesa y es alimentada por el mercado de la salud, especialmente por las industrias de equipamientos y la farmacéutica y, porque no decir, muchas veces, por intereses corporativos de la clase médica y de otros profesionales de la salud, contruidos con base en la super especialización.

Sirviendo de sustento a eso, está la concepción de base cartesiana, el paradigma anatomoclínico, constituido a finales del siglo XVIII, aún hegemónico, que ha forjado la medicina como ciencia y validado, así, el ejercicio de la propia práctica médica. A través de este paradigma se fortaleció la idea de que para tratar la enfermedad necesitamos saber más y más acerca de la parte del cuerpo afectada por ella. Así, progresivamente, la cultura social empezó a valorar al profesional de salud y sus prácticas en conformidad con sus habilidades instrumentales: cuanto más focales y puntuales, supuestamente, serán mejores para tratar a la gente. Esta comprensión puede, en parte, servir de explicación para una eventual baja valoración, carencia de incentivos y políticas específicas para el pleno desarrollo de la APS y de la Medicina Familiar, una vez que estas actúan con base en el paradigma biopsicosocial, centradas en la persona y no en la enfermedad, integrando acciones de promoción y asistencia de salud de nivel individual, familiar y comunitario.⁵ La enfermedad se puede manifestar en el cuerpo, pero, sobretudo, es la persona quien se enferma.

Los problemas relacionados con la emergencia del paradigma cartesiano, no parecían ser tan graves en el inicio del siglo XIX, toda vez que las personas se enfermaban mayoritariamente, por causas infecciosas, o sea, por una “causa” externa que una vez tratada, se curaba. Además, se morían más temprano, es decir, el tiempo de vida era mucho más corto, así como el tiempo conviviendo con enfermedades crónicas.

Pero, ahora, los problemas derivados de esta concepción cartesiana de pensar y practicar la medicina son mucho más serios⁶ pues, el perfil de morbilidad/mortalidad de las poblaciones, y la expectativa de vida de las personas, constituyen una realidad muy distinta de aquella configurada en ocasión del establecimiento de la medicina anatomo-clínica. Hoy, las personas viven el doble del tiempo y el perfil nosológico está

conformado por enfermedades crónicas degenerativas, influidas por los hábitos y estilos de vida. Son enfermedades 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. O sea, se ampliaron los factores y las situaciones de riesgo a la salud y, por otro lado, se evidenció y amplió la comprensión de que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno complejo, en el cual actúan e interactúan variables de distintas dimensiones: biológica, psicológica, cultural, social y económica.^{5,7}

La hegemonía del paradigma anatomoclínico -que en la actualidad podría ser mejor denominado como biotecnológico- está relacionado, a su vez, con la organización de los sistemas sanitarios de muchos países que privilegian la atención a las demandas puntuales de salud, que en la actualidad, no son solamente los cuadros infecciosos. Para hacer frente a estas demandas, muchos países, de una manera equivocada, han expandido los niveles de atención secundario y terciario en detrimento de la APS.

La Cobertura Universal en Salud, por lo tanto, representa un gran desafío, en un mundo donde muchas personas son pobres, viven en condiciones insalubres y donde el concepto de salud está cultural, intrínseca y equivocadamente involucrado con el consumo de bienes y servicios, que en general, al contrario, causan más daños y enfermedades que beneficios y salud. Así, la Cobertura Universal en Salud representa un desafío aún más grande si la estrategia central para alcanzarla está basada en acciones y programas enfocados en la enfermedad, y no en las personas, lo que contribuye al aumento progresivo de los costos, la ineficacia y la iatrogenia, además de retroalimentar el consumo innecesario.

En el marco de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, un mes antes de la celebración de la 66ª Asamblea de la Organización Mundial de Salud, autoridades sanitarias de países de Iberoamérica estuvieron reunidas para reflexionar acerca del tema Cobertura Universal y Medicina Familiar, justificándose este estudio como forma de apoyar el debate acerca de este tema además de contribuir para la efectividad de las acciones de gestión y formación de recursos humanos.

Objetivos

General

Contribuir para que la Cobertura Universal en Salud en los países de Iberoamérica sea hecha con base a las necesidades de salud de las personas a lo largo de sus vidas, a través de acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en salud, y no basada en medidas o acciones programáticas, aisladas y focalizadas en las enfermedades.

Específicos

- a. Describir la situación de los países de la región iberoamericana en relación a la cobertura universal de la salud de sus pueblos, fortalezas y debilidades.
- b. Proponer directrices que orienten a los países en la búsqueda del objetivo de cobertura universal de calidad en el corto, mediano y largo plazo.
- c. Proponer indicadores para evaluar la Cobertura Universal, la calidad de la cobertura, y su relación costo-efectividad en los países de la región.

Material y métodos

Se realizó un estudio exploratorio, de carácter transversal, basado en datos secundarios acerca de los indicadores de salud y económicos de la región y en las informaciones recabadas de representantes de las asociaciones de medicina familiar de los 20 países asociados a Wonca Iberoamericana-CIMF.

Tales representantes fueron considerados como informantes-claves, es decir, capaces de representar la visión de otros médicos familiares con respecto a la realidad de sus países en términos de organización de sus sistemas y servicios de salud, especialmente, en el área de la APS y la Medicina Familiar (MF).

En la primera etapa de la investigación se realizó una búsqueda temática con relación a conceptos e informaciones acerca de la cobertura universal. En un segundo momento, por consenso de los especialistas que formaron parte del grupo de trabajo y luego de varias rondas por correo electrónico, se conformó un cuestionario semi-estructurado que fue enviado y contestado en línea, abarcando 34 preguntas distribuidas en tres grandes dimensiones:

- a. Características de los países, perfil socio-demográfico, inversión en salud, tipos de sistemas de salud.
- b. Características de los sistemas de salud acerca de evaluación de la calidad; de la conformación de los equipos de salud y de los atributos de APS.
- c. Entendimiento, valoración y presencia de la MF en la comunidad académica y en la población; indicadores adecuados para medir la Cobertura Universal de calidad.

Situación actual Resultados

Quince de los 20 países (75%) contestaron el cuestionario: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador; España, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Los datos fueron procesados y se obtuvieron resultados que se reflejaron en tablas, en números y porcentajes.

Los resultados serán presentados en conformidad con las tres dimensiones, arriba descritas, a saber:

Dimensión 1 - Características de los países, perfil socio-demográfico, inversión en salud, tipos de sistemas de salud.

Dimensión 2 - Características de los sistemas de salud acerca de evaluación de la calidad; de la conformación de los equipos de salud y de los atributos de APS.

Dimensión 3 - Entendimiento, valoración y presencia de la MF en la comunidad académica y en la población; indicadores adecuados para medir la Cobertura Universal de calidad.

Resultados - Dimensión 1

En los países de Iberoamérica persisten las dificultades para alcanzar el acceso universal, sobre todo afectando a las personas más vulnerables, particularmente indígenas, pobres e pobladores rurales. En cuanto a la ruta de acceso a la cobertura universal, se identifica la continúa dependencia de los pagos directos, incluídas las cuotas de usuario, como el mayor obstáculo para el progreso.

Como se observa en la Tabla 1, solamente en la mitad de los países hay acceso universal a los sistemas de salud, aunque, en la mayor parte (93,5%) hay grupos poblacionales sin cobertura.

Tabla 1. Acceso y Cobertura de grupos poblaciones según países. CIMF, 2014.

País	Acceso Universal		Grupo Poblacionales Sin Cobertura	
	Sí	No	Si	No
Argentina	X		X	
Brasil	X		X	
Chile	X		X	
Cuba	X			X
El Salvador	X		X	
Panamá	X		X	
Uruguay	X		X	
Venezuela	X		X	
Bolivia		X	X	
Colombia		X	X	
Ecuador		X	X	
España		X	X	
México		X	X	
Paraguay		X	X	
Perú		X	X	
Total	8 53,3 %	7 46,7%	14 93,5%	1 6,5%

Fuente: Encuesta CIMF, 2014.

La resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 asegura que todos tenemos derecho a acceder a los servicios sanitarios y que nadie debe sufrir dificultades financieras por hacerlo. En Iberoamérica, todavía, estamos muy lejos de la cobertura universal en ambos aspectos.

Mientras el mundo lucha contra la desaceleración económica, la globalización de las enfermedades y de las economías, y la creciente demanda de atención a los enfermos crónicos relacionada en parte con el envejecimiento de las poblaciones, la necesidad de una cobertura sanitaria universal y de una estrategia para financiarla nunca ha sido mayor (Figuras 1 y 2).

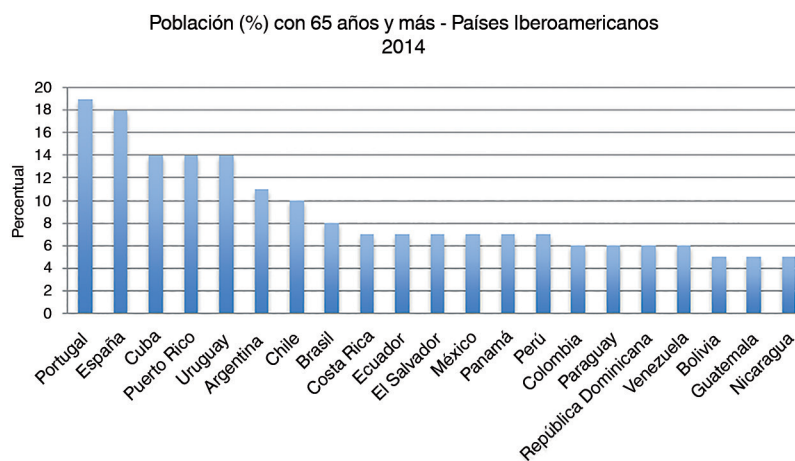


Figura 1. Población (%) con 65 años y más según países, 2014.

Fuente: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

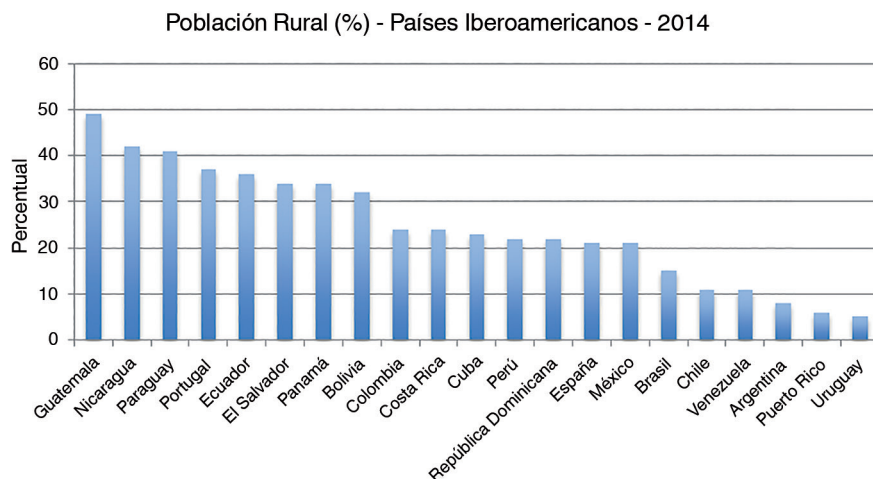


Figura 2. Población (%) en área rural según países, 2014. Fuente: Banco Mundial - <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UPTO.ZS>

Inversión en Salud

En su camino hacia la cobertura universal, los países se encuentran con tres problemas fundamentales, relacionados entre sí. El primero es la disponibilidad de recursos: ningún país, con independencia de su riqueza, ha sido capaz de garantizar a todas las personas el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida. En el otro extremo de la escala, en los países más pobres, hay pocos servicios disponibles para todos.

La otra barrera para la cobertura universal es la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento en que la gente necesita asistencia. Esto incluye los pagos de medicamentos sin recetas y las cuotas de las consultas y los procedimientos. Aún disponiendo de algún tipo de seguro médico, puede ser obligatorio contribuir en forma de copagos, coseguros o deducibles. La obligación de pagar directamente por los servicios en el momento de necesitarlos, ya sea que el pago se realice de manera formal o de manera informal impide que millones de personas reciban asistencia médica cuando la necesitan. Para aquellos que realmente buscan tratamiento, esto puede dar lugar a una situación económica grave, llegando incluso a empobrecerse.

El tercer obstáculo para avanzar más rápido hacia la cobertura universal es el uso ineficiente y no equitativo de los recursos. Se malgasta el 20-40% de los recursos destinados a la salud, siendo ésta una estimación conservadora. Reducir este despilfarro mejoraría en gran medida la capacidad de los sistemas sanitarios para prestar servicios de calidad y mejorar la salud (Tabla 2).

De acuerdo con los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las cifras de pobreza y de pobreza extrema se encuentran en los niveles más bajos que ha presentado la Región, pero continúan siendo un problema que tiene que ser encarado a nivel regional y nacional como un determinante crítico de la salud. En el 2012, la CEPAL calculó que el número de latinoamericanos en condiciones de pobreza ascendía a 167 millones. De este total, 66 millones viven en condiciones de pobreza extrema con ingresos insuficientes para acceder a una alimentación adecuada.

Tabla 2. Nivel de ingreso, PIB y esperanza de vida al nacer según países.

País	Nivel de Ingresos	PIB (Mil millones dólares)	Población total (Millones)	Esperanza vida al nacer
Argentina	Ingreso Mediano Alto	475.5	41,09	76 años
Bolivia	Ingreso Mediano Bajo	27,04	25,04	67 años
Paraguay	Ingreso Mediano Bajo	25,50	6,687	72 años
Brasil	Ingreso Mediano Alto	2,253 billones	198.7	73 años
Colombia	Ingreso Mediano Alto	369.6	47,70	74 años
Perú	Ingreso Mediano alto	203,8	29,99	74 años
Venezuela	Ingreso mediano alto	381,3	29,95	74 años
Ecuador	Ingreso Mediano Alto	84,04	15,49	76 años
México	Ingreso mediano Alto	1,178 billones	120,8	77 años
Panamá	Ingreso mediano Alto	36,25	3,802	77 años
Uruguay	Ingreso alto	49,92	3,395	77 años
Chile	Ingreso Alto Miembro OCDE	269,9	17,46	79 años
Cuba	Ingreso Mediano	113 millones	11,163	79 años
España	Ingreso Alto OCDE	1,323 billones	46,22	82 años

Fuente: Banco Mundial, 2014.

Todos los países tienen la posibilidad de recaudar más dinero para la salud a nivel nacional, siempre que los gobiernos y las personas se comprometan a hacerlo. Existen tres formas generales de conseguirlo, más una cuarta opción para aumentar la ayuda al desarrollo y hacer que funcione mejor en el caso de la salud:

Aumentar la eficiencia en la recaudación de ingresos. Incluso en los países de ingresos altos, la evasión y la recaudación ineficiente de impuestos y primas de seguros pueden suponer un grave problema. Las dificultades reales de la recaudación de impuestos y las aportaciones al seguro médico, especialmente en los países con un gran sector informal, están bien documentadas. Mejorar la eficiencia de la recaudación de ingresos aumentará los fondos que se puedan utilizar para prestar servicios o comprarlos en nombre de la población. Por ejemplo, Indonesia ha cambiado por completo su sistema fiscal, obteniendo así beneficios sustanciales en el gasto público general y, en concreto, en el gasto sanitario.

Restablecer las prioridades de los presupuestos del estado. Algunas veces, los gobiernos dan una importancia relativamente baja a la salud cuando asignan sus presupuestos. Como los recursos no alcanzan para ofrecer todos los servicios médicos a todos quienes los necesitan, la provisión necesariamente se restringe; es decir que explícita o implícitamente se termina decidiendo quiénes reciben qué servicios y con qué recursos. Muchos países, dentro y fuera de la región, siguen valiéndose de mecanismos implícitos: listas de espera, "dilución" de la calidad de las prestaciones, negación de los servicios en el punto de atención o pagos de bolsillo elevados. Estos no siempre privilegian a los grupos más vulnerables, o a los temas de salud más apremiantes. Por ello, algunos países consideran al racionamiento implícito poco equitativo y eficiente, y han adoptado planes de beneficios de salud que definen explícitamente los servicios que serán cubiertos con recursos públicos.

El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa. Un índice de Gini de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 100 representa una inequidad máxima.

En la tabla 3 se resumen los Gastos Sanitarios per Cápita en Salud (US\$), los Gastos Públicos (%) en Salud y Índice de Gini. Los países que muestran más inequidad, según resultados del índice de Gini, son: Colombia, Guatemala, Brasil, Paraguay, Chile, Nicaragua, Puerto Rico y Panamá, todos por encima de 50, los que muestran valores más bajos y por ende más equidad son Portugal, España y Cuba.

Solo 7/15 (35%) de los países invierten más de US\$1,000 per capita en salud y para la mitad de los países el porcentaje de gastos públicos está por debajo del 55%; en 3 países es menor del 40%. De una manera general, los países que tienen los mejores índices de Gini son aquellos que tienen la mayor proporción de gastos públicos o invierten más en salud (Cuba, Uruguay, España, Argentina, Portugal, Costa Rica) (Tabla 3).

Tabla 3. Gasto Sanitario per Cápita en Salud (US\$), Gasto Público (%) en Salud y Índice de Gini*, según países. CIMF, 2014.

	Gasto per capita en Salud (2013)	% Gasto Público/Gasto total en Salud (2013)	Índice de GINI (2012)
España (2010)	2,581	70.4	35,8
Portugal*	2,037	64.7	34,2
Uruguay	1,431	70.2	41.3
Chile	1,204	47.4	50,8
Brasil	1,085	48.2	52.7
Argentina (2011)	1,074	67.7	43,6
Costa Rica	1,005	75.0	48.6
Panamá	796	68.4	51.9
México	664	51.7	48.1
Cuba** (2002)	603	93.0	37.7
Colombia	533	76.0	53.5
Venezuela, (2012)	520	27.1	39
Ecuador	431	52.3	46.6
Paraguay	395	38.5	48.0
Perú	354	58.7	45.3
República Dominicana	315	52.2	45.7
El Salvador	266	66.7	41.8
Guatemala (2011)	222	37.8	52,4
Bolivia	174	78.4	46.6
Nicaragua****	155	53.7	53,5
Puerto Rico***** (2010)			53,7

* Índice de GINI*: Índice Cero: Máxima Equidad; Índice 100: Máxima Inequidad. Fuente: Indicadores del desarrollo mundial - Banco Mundial - <http://datos.bancomundial.org/>; ** Portugal: <http://observatorio-das-desigualdades.com/2015/03/06/coeficiente-de-gini-portugal-entre-os-paises-da-ue-mais-desiguais-na-distribuciao-do-rendimento-2/>; *** Cuba: https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Pa%C3%ADses_por_igualdad_de_ingreso; **** Nicaragua: <http://www.upv.es/contenidos/ORL/info/U0652114.pdf>; ***** Puerto Rico: <http://www.census.gov/prod/2011pubs/acsbr10-02.pdf>

Gastos en Salud

Según la Organización Mundial de la Salud, *“El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios”*.

La evidencia muestra que el principal determinante del crecimiento del gasto per cápita en salud de las últimas décadas ha sido la difusión y uso de nuevas tecnologías médicas. Estas tecnologías sanitarias extremadamente costosas tendrán un impacto cada vez más importante sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

La región de América Latina y el Caribe no ha sido ajena a este problema. Una resolución reciente de la Organización Panamericana para la Salud en 2012 indica que las tecnologías sanitarias *“son decisivas para la calidad de la atención y, por otro lado, representan un impacto presupuestario cada vez mayor que puede amenazar la sostenibilidad de los sistemas de salud”*.⁸

En general, la innovación tecnológica ha implicado mayores presiones sobre el gasto de la salud y en una buena parte de las veces no hacen diferencia en el curso de la enfermedad, al contrario, muchas veces son dañinas.

En este contexto, la iatrogenia creciente de las prácticas sanitarias se vuelve, progresivamente, uno de los problemas más graves de salud en la actualidad. Un grupo cada vez más grande de personas ha empezado a sufrir las consecuencias dañinas del uso indiscriminado de tecnologías y medicamentos para “prevenir” o tratar las enfermedades. Pero, en realidad, muchas veces, este uso causa más daño, como por ejemplo el uso de Calcio y Vitamina para “prevenir” la osteoporosis y también, la rutina de solicitar el antígeno prostático específico (PSA) y el tacto rectal para identificar más precozmente el cáncer de próstata a todos los hombres con más de 40 años, independientemente de la historia clínica.

Pero, la iatrogenia se hace más grave aún para los más frágiles: los ancianos y los niños. En los adultos mayores la polifarmacia evidencia en muchos casos el uso abusivo de medicamentos que no traerán beneficios adicionales a la salud o a la calidad de vida, al contrario, serán perjudiciales, pudiendo, inclusive, causar más daño y graves enfermedades o incluso la propia muerte. En los niños, la medicalización casi rutinaria de los más “rebeldes” o “agitados”, con la explosión del diagnóstico de “déficit de aprendizaje” o “trastorno de déficit de atención”, muchas veces denuncia situaciones de negligencia o falta de atención por parte de los padres que delegan en la escuela y los profesores la tarea de educar y hacer compañía a sus hijos.

Además de los conceptos ampliamente reconocidos de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, es necesario aludir al concepto de Prevención Cuaternaria (P4), elaborado hace algunos años por Marc Jamouille, un médico familiar belga. P4 puede ser comprendida como las acciones o medidas adoptadas para identificar a un paciente en riesgo de medicalización excesiva, para protegerlo de nuevas intervenciones invasivas médicas, y sugerir intervenciones éticamente aceptables.⁹

Así, no es sorpresa constatar que del 20% al 40% del gasto sanitario total se pierde por la ineficiencia del Sistema de Salud. Por lo que se hace necesario asumir políticas y prácticas más adecuadas que podrían aumentar el impacto de los gastos, a veces de manera espectacular. Solamente, la inversión de estos recursos de forma más apropiada podría hacer que los países se acercasen mucho más a la cobertura universal, sin aumentar sus gastos.

En el contexto de la situación recién descrita, la pregunta ya no es solamente si los gobiernos deben o no tomar decisiones acerca de qué financiar, sino de cómo hacerlo. *¿Cómo orientar los limitados recursos públicos hacia los servicios de salud que más benefician a la población en un mundo en donde la tecnología sanitaria evoluciona a gran velocidad pero tienen limitaciones importantes en términos de*

beneficios, considerando la mayoría de la población, aunque las posibilidades y necesidades médicas parezcan infinitas?, ¿Qué servicios de salud deberían cubrirse, prestados por cual tipo de profesionales, bajo qué circunstancias y para quiénes, con los recursos que se tiene a disposición? (Cuadro 1).

Cuadro 1. Clasificación de los Sistemas de Salud según segmentación pública o privada.

		Integración sistemas	
		Integrado	Segmentado
Participación del sector privado en prestación (p) o aseguramiento (a)	Sí	Brasil (p), Uruguay (p, a; SNIS)	Chile (a, p), Colombia (a, p), Perú (a), Argentina (a), Nicaragua (a, p), República Dominicana (a, p), Paraguay (a, p)
	No	Antigua y Barbuda, Barbados, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kits y Nevis, Saint Vincent y Grenadines, Trinidad y Tobago	México, Ecuador, Bahamas, Belice, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Saint Lúcia, Surinam, Venezuela.

Fuente: Encuesta CIMF, 2014.

A nivel mundial, según datos reportados en 2015 por el observatorio de la salud de la OMS, los recursos públicos asignados a salud son en promedio ocho veces mayores en los países de ingresos altos.¹⁰

Lo anterior implica que los gobiernos de la región no pueden financiar la misma cobertura de servicios médicos que los países de alto ingreso, aún más considerando que la región todavía enfrenta problemas de equidad, con buena parte de la población sin acceso ni siquiera a los servicios de salud básicos.

Nadie que necesite asistencia sanitaria, ya sea terapéutica o preventiva, debe arriesgarse a la ruina financiera por ello. Tal como muestran los datos, los países necesitan fondos estables y suficientes para la sanidad, pero la riqueza nacional no es un requisito previo para avanzar hacia la cobertura universal. Países con niveles similares de gasto sanitario alcanzan unos resultados de salud sorprendentemente dispares en comparación con sus inversiones, y la inversión en una Atención Primaria cualificada pesa en este sentido.

Cuando las necesidades son mayores que los recursos disponibles, existe inevitablemente algún tipo de racionamiento. Muchos países dentro y fuera de la región siguen operando solo con mecanismos de racionamiento implícito (listas de espera, trámites de autorización engorrosos, negación de los servicios en el punto de atención, etc.). Sin embargo, un número cada vez mayor ha adoptado herramientas de priorización explícita. Esos países toman decisiones explícitas acerca de cuáles tecnologías sanitarias se deben financiar o no con recursos públicos.

Existen dos tipos de mecanismos para hacerlo, que en muchos países se aplican de manera complementaria: la institucionalización de los procesos para la priorización explícita, por ejemplo con la ayuda de instituciones dedicadas a la evaluación de los beneficios y costos de nuevas tecnologías médicas, y/o la adopción de un Plan de Beneficios de Salud (PBS) que define explícitamente qué servicios se van a financiar con recursos públicos.

La adopción de PBS es una tendencia en muchos países, tanto de ingresos bajos o medios como de ingresos altos. Además, la mayoría de los países definen explícitamente los beneficios farmacéuticos que se cubren en sus sistemas de salud, independientemente del sistema de salud que tenga, incluso en algunos sistemas que se financian con impuestos generales, actualmente se está discutiendo la conveniencia de adoptar planes más explícitos de beneficios.

En América Latina y el Caribe un número creciente de países han adoptado esquemas explícitos de beneficios para cubrir a toda la población o a grupos prioritarios con planes de alcance integral o limitado. Además, varios países destinan una parte significativa de sus recursos públicos para salud a financiar un plan explícito de beneficios. En Colombia se canaliza ya más del 70% hacia la financiación del Plan Obligatorio de Salud (POS), mientras que en Uruguay se destinan dos terceras partes (2008), en Chile el 37% (2010) y en México el 23% (2010). Es así como los planes de beneficios determinan cada vez más la asignación de recursos públicos y se están convirtiendo en factores importantes de la eficiencia y equidad en el gasto de salud.

Más recientemente, y bajo el concepto de cobertura universal promovido por la OMS, los planes o paquetes explícitos de beneficios han recibido un renovado interés. Según el “cubo” de la cobertura universal, ésta se define en tres ejes o dimensiones: las personas cubiertas por la seguridad social, el porcentaje del costo de las intervenciones que se cubre, y los servicios cubiertos.

Un PBS es una manera de definir qué servicios están cubiertos. Una serie de estudios recientes del Banco Mundial que analiza 22 países que han avanzado hacia la cobertura universal encontró que el 80% de ellos tiene un plan explícito de beneficios (Banco Mundial, 2013).¹¹

Determinantes Sociales y Cobertura en Salud

Las circunstancias en las que las personas crecen, trabajan y envejecen influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad. No obstante, el acceso oportuno a los servicios sanitarios también es crítico: una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto no se puede conseguir, excepto para una pequeña minoría de la población, sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente, además de existir un sistema de salud que priorice el acceso a una buena Atención Primaria: que pueda hacer la coordinación del cuidado en salud, de una manera longitudinal e integral, que sea centrado en la persona, desde una mirada familiar y comunitaria, y no en un paquete de servicios. Esos dos temas son los que determinan si a las personas se les puede permitir el uso de los servicios sanitarios cuando los necesitan. Son, además, los que determinan la existencia de los propios servicios.

La Declaración de Alma Ata marcó un hito en la salud pública mundial y fue la conclusión de una de las conferencias internacionales más importantes sobre el rol de los sistemas de salud y de la atención primaria. Pero en Alma Ata, se reconoció que había algo más en la mejora de salud de la población que la atención primaria de salud. En la Declaración se pedían recursos que se dedicaran a fines pacíficos y en particular, a la aceleración del desarrollo social y económico de la atención primaria de la salud como un elemento esencial de dicho asignando una proporción adecuada. Sin embargo, la parte de Alma Ata sobre los determinantes sociales de la desaceleración económica y desarrollo social fue en gran parte olvidado y dejado fuera de la agenda internacional. Mejorar el acceso a la atención primaria es un objetivo valioso y necesario, pero, por sí, sino se impacta en las determinantes sociales no se logrará reducir las grandes desigualdades en salud. Existe el peligro de ir nuevamente por el mismo camino con la Cobertura Universal en Salud, de ahí la importancia del énfasis en los factores sociales.

Una forma de garantizar que los determinantes sociales de la salud continúen siendo centrales en las inquietudes sobre la cobertura universal de salud es incluir determinantes sociales dentro de un marco de seguimiento, lo cual sería fácil de implementar a través de dos componentes. En primer lugar, el seguimiento de todas las medidas de salud y de la atención sanitaria. En segundo lugar, la posición socioeconómica, el sexo, la distribución geográfica, y otros considerados marcadores pertinentes de la equidad en la salud, como la educación. Si la salud y la atención sanitaria han de ser los derechos humanos universales, entonces tenemos que entender lo injusto de la distribución tanto del estado de salud como de los servicios de salud.

Para finalizar la Agenda para el desarrollo después del 2015 en el tema de salud, la OPS, en concordancia con lo planteado por la OMS, ha llevado a cabo consultas regionales con los responsables de los sistemas y servicios de salud y con actores clave que no siempre tienen participación en las decisiones, como son alcaldes, líderes indígenas, afrodescendientes y organizaciones de la sociedad civil. Todos han coincidido en la necesidad de priorizar el acceso universal a la salud, entendida como la garantía del derecho a la salud, respondiendo no sólo a la cobertura de los servicios de salud sino a las intervenciones en los determinantes sociales de la salud, como el objetivo prioritario a ser presentado dentro de la Agenda para el desarrollo después del 2015: continuar avanzando en los ODM directamente relacionados con la salud; maximizar una vida saludable durante todas las etapas de la vida, como el objetivo general; tener en cuenta el incremento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) e impulsar la cobertura universal que debe incluir el acceso a todas las intervenciones claves, y fortalecer los sistemas de salud, como metas. Será necesario asegurar que estos resultados sean analizados por todos los países y se logre el compromiso para avanzar en el acceso a la salud para todos los habitantes de las Américas.

Resultados - Dimensión 2

Variables relacionadas a las características de los sistemas de salud acerca de evaluación de la calidad; de la conformación de los equipos de salud y de los atributos de APS.

El 65% de los países de la región cuenta con un sistema para medir la efectividad de sistema público y con un sistema para medir la atención primaria. El 35% solo tiene estadísticas como forma de medición de su sistema sanitario. La región Sur (Chile, Uruguay, Paraguay, Brasil y Argentina), presenta este sistema de evaluación en casi todos sus países, sin embargo los países que cuentan con éste, lo califican como insuficiente y poco eficaz.

En la mayor parte de los países de la región, los médicos del equipo básico tienen formación heterogénea: generalistas, médicos de familia, pediatras, clínicos y obstetras. Con una minoría de médicos de familia, los únicos países de la región donde los médicos de los equipos son especialistas en medicina familiar con posgrado, y se exige la especialidad para trabajar en la APS, son España, Cuba y Portugal.

El porcentaje de Equipos de Atención Primaria (EAP) que tiene médicos de familia es variable. Todos los países de la región andina tienen un porcentaje menor al 1%. Los Equipos de Atención Primaria de en la región, están mayoritariamente conformados por el médico y otros profesionales como odontólogos, enfermeros, agentes de salud y técnicos de enfermería. En un menor porcentaje estos equipos cuentan además con trabajadores sociales, psicólogos, obstetras/matronas y técnicos de odontología.

En los últimos 10 años, la situación percibida por los informantes-claves acerca de la Atención Primaria y la Medicina Familiar en sus países ha mejorado, con excepción de cinco, cuyos representantes observan que no hubo un crecimiento o bien, hubo un empeoramiento.

Los representantes de los países que refirieron percibir una mejora, identifican como razones:

- Aumento del número de especialistas y crecimiento de la medicina familiar como especialidad.
- Inclusión en la legislación local.
- Inclusión de la Atención Primaria en el discurso de los actores políticos.
- Fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria.
- Inserción tanto en el pregrado como en el posgrado de contenidos de la Medicina Familiar.

Las razones por las cuales algunos países consideran que existe una situación peor son:

- La financiación disminuye cada año, no existen departamentos universitarios de Medicina de Familia y la Atención primaria no es una prioridad para ningún gobierno.
- Se ha formado un personal con capacidad resolutive deficitaria.
- El gobierno privilegia la formación de médicos integrales comunitarios u otras formaciones paralelas.
- Insuficiente número de especialistas en medicina familiar y comunitaria por habitante.
- Orientación en el discurso hacia la medicina familiar, sin una política para la formación de especialistas suficientes.
- Falta de incentivos para la formación.
- La orientación de la formación de especialistas sigue siendo hospitalocéntrica.

A los informantes de los países fue solicitado que, según sus evaluaciones, comprobasen con un valor máximo de 8 y mínimo de 0, los atributos esenciales de la APS en sus países: Acceso/Primer contacto; Integralidad; Coordinación del Cuidado; Longitudinalidad. Y, también los derivados: Orientación Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural.

Acceso e Integralidad

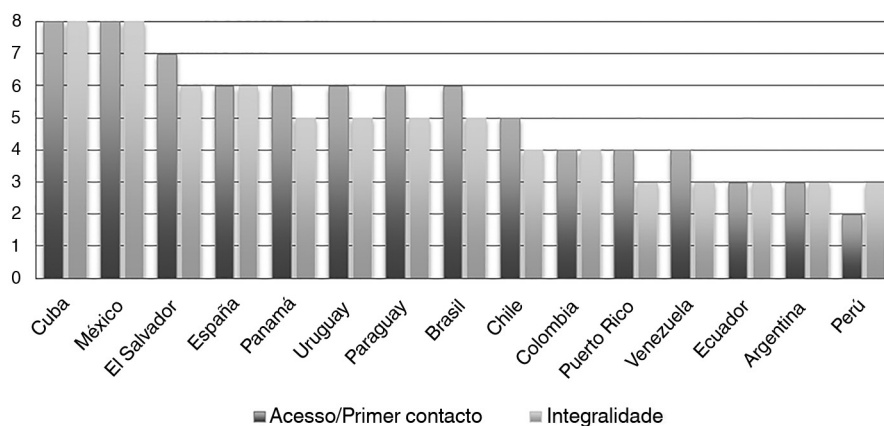


Figura 3. Acceso/Primer contacto e integralidad*.

Fuente: Encuesta, CIMF, 2014. * Notas dadas a los atributos Acceso/Primer contacto e integralidad por los informantes de cada uno de los países - considerando 8 la mejor y mayor nota y 0 (cero) la peor y menor.

Coordinación del Cuidado y Longitudinalidad

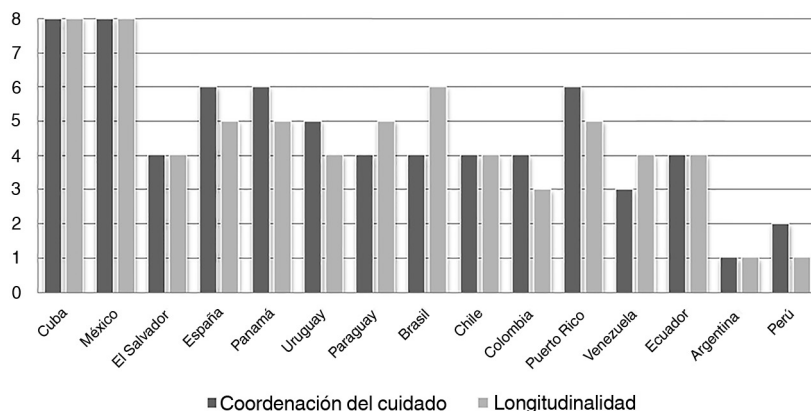


Figura 4. Coordinación del Cuidado y Longitudinalidad*.

* Notas dadas a los atributos Coordinación del cuidado y Longitudinalidad por los informantes de cada uno de los países - considerando 8 la mayor nota y 0 (cero) la menor.

Orientación Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural

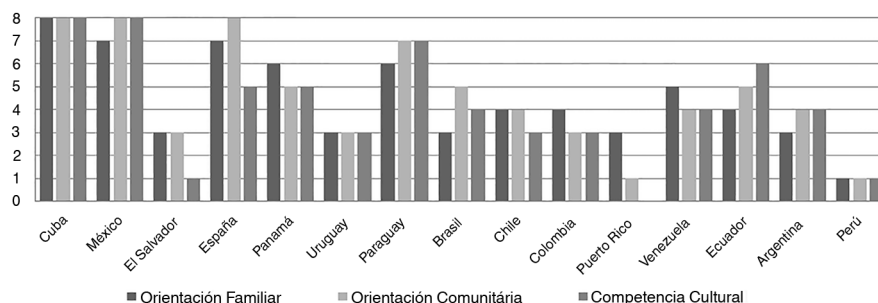


Figura 5. Orientación Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural*.

* Puntuación dada a los atributos derivados Orientación Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural por los informantes de cada uno de los países - considerando 8 la mayor nota y 0 la menor.

En la figura 6 se presenta la media de las notas dadas por cada uno de los países, considerando todos los atributos en su conjunto.

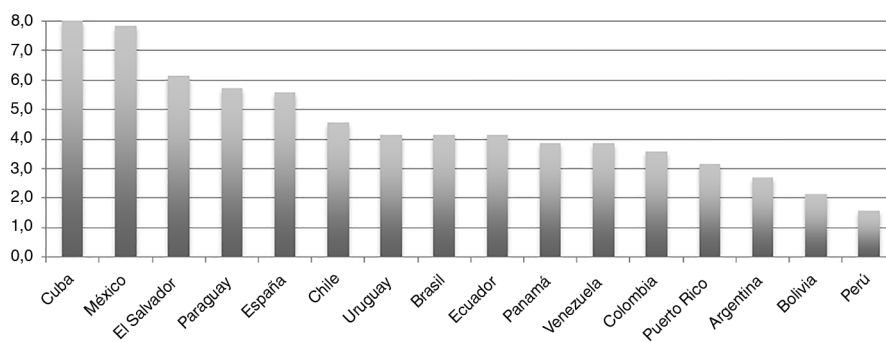


Figura 6. Atributos esenciales: Acceso/Primer contacto; Integralidad; Coordinación del cuidado; Longitudinalidad. Atributos derivados: Orientación Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural*.

* Media de las notas dadas por los informantes de cada uno de los países acerca de los atributos esenciales y derivados de la APS - considerando 8 la mayor nota y 0 (cero) la menor.

Resultados - Dimensión 3

VARIABLES relacionadas a: Entendimiento, valoración y presencia de la MF en la comunidad académica y en la población; Indicadores adecuados para medir la Cobertura Universal de calidad.

Para la gran mayoría (87,5%) de los países (14/16), la formación en MF no es requisito para trabajar en el primer nivel de atención, en la Atención Primaria (Figura 7).

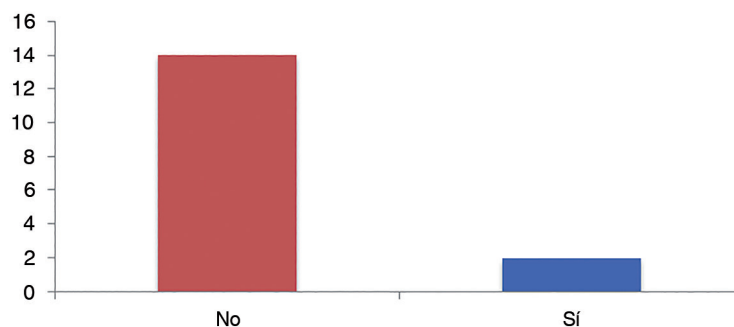


Figura 7. ¿Para trabajar en la Atención Primaria, se exige la formación en Medicina Familiar?

Fuente: Encuesta Informantes-clave - Países CIMF, 2014.

Mientras tanto, para ocho de los 15 países respondientes (53%), el gobierno de su país reconoce la necesidad de tener el MF en sus sistemas de salud. Los informantes de siete países (Bolivia, Brasil, Chile, El Salvador, Panamá, Perú y Venezuela) dijeron que su país no exige la formación en MF y además, el Gobierno no reconoce la MF como necesaria.

Los que evalúan que los gobiernos de sus países no reconocen la necesidad de la MF, justificaron sus respuestas, diciendo que: (a) falta una política de valorización de la MF; (b) no son conocidas las competencias de la MF, confunden la MF con “médicos generales”; (c) se cree que la MF “invade” los campos de acción de otras especialidades. En otros países, se dice que hay un discurso, pero no una práctica o que hay una nueva política, pero es reciente y no aplicada o que aún la MF no logró ser la efectora de la APS. En otro país, se dice que tienen otro tipo de especialista (SAFC).

Para los replicadores que dijeron que los gobiernos de sus países reconocen la importancia de la MF, los motivos presentados son porque sus gobiernos saben que es importante para el éxito de la APS y porque la MF es una de las mejores opciones para la cobertura universal.

En relación a la Academia, 13 de los 15 países (87%) informan que la academia ya reconoce o empieza progresivamente a reconocer la MF. Justifican, informando que hay un crecimiento de los espacios docentes, sea en el pregrado, y también de plazas de residencia, por lo que hay un reconocimiento de la importancia de la especialidad, por decisión política, por cambios culturales. Los dos países que han contestado NO, uno ha dicho que la academia aún no reconoce la MF y el otro que las competencias del MF son establecidas por otros especialistas.

En relación a la población, la gran mayoría de los respondientes (8/15 para un 87%) consideran que la MF no es reconocida como importante por las personas de sus países. Esta apreciación la justifican diciendo, que ellas no la conocen o tienen poco acceso a la MF; que no hay difusión; que sobrevaloran a los otros especialistas. Los siete países que han respondido SI, dijeron que actualmente la población

está conociendo mejor el rol del MF, que sienten más seguridad por la atención diferenciada y por la alta resolutivez.

En relación a si hay alguna política específica para la inserción de la MF en el sistema de Salud, 40% (6/15) de los respondientes dijeron que no hay ninguna política. Los restantes informaron que sí, diciendo que existen o empiezan a implementarse políticas de APS.

En relación a si hay una política específica para la inserción de la MF en la Academia, 60% (9/15) dijeron que sí y lo ejemplifican con medidas concretas como reconocimiento de la especialidad por otras sociedades científicas, políticas del comité de residencia médica, fomentó para la apertura de departamentos de MF, entre otros. Tres de los 15 países (20%) dijeron que no, uno ha dicho que no lo sabe y otro, que no tiene academia en su país.

En relación a cuáles son los principales obstáculos técnicos y/o políticos para que los países tengan una cobertura universal de salud, podríamos dividir las respuestas en seis grandes grupos:

- La mayoría de las respuestas trae el tema de la “fuerza” cultural del paradigma vigente que afecta directamente los modelos de atención a la salud: hospitalocentrismo, superespecialización.
- Muchos hablan de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud y relacionan eso al ítem anterior.
- Aún, muchos hablan de la gran fortaleza del sistema privado y/o de grupos corporativos - cajas manejadas por subsectores; poderes sectoriales - gremios que manejan agentes de seguridad social.
- Temas económicos: falta de financiamiento, inversión insuficiente en el primer nivel de atención. Decisión del gobierno de excluir la parte de la población que previamente estaba cubierta.
- Temas políticos: No hay voluntad política de mejorar el Sistema de salud; desconocimiento de la estrategia de APS; Políticas insuficientes para el cambio de los modelos de atención. Centralismo excesivo, dificultades en la regularización del trabajo en salud.
- Falta/Déficit de recursos humanos en MF y otras áreas específicas.

Indicadores para Mensurar y evaluar la Cobertura Universal de Calidad

A los representantes de los 15 países les fue solicitado que apuntásen indicadores que podrían servir de parámetros para evaluar sí los sistemas de salud tienen una cobertura universal de calidad.

La gran mayoría de los indicadores apuntados como estratégicos son intrínsecamente relacionados a la APS y a la MF, esto es: si los gobiernos, al contrario de invertir en acciones focales y líneas programáticas, basadas en enfermedades, que cambian o pueden cambiar a lo largo del tiempo, invirtiesen en estructurar la APS y a insertar la MF en los equipos de salud, podrían lograr alcanzar la cobertura universal con calidad, de una manera segura y sustentable y a una buena relación costo-beneficio.

Para efectos de la sistematización de los resultados de esta dimensión, estos indicadores fueran subdivididos en cinco grupos de indicadores, relacionados a: (1) la organización de los sistemas de salud y al perfil profesional; (2) a los indicadores de salud propiamente dichos; (3) a la inversión en salud; (4) a la calidad de la atención prestada; (5) a aspectos geográficos y socioeconómicos.

Los indicadores sugeridos para analizar y evaluar los avances de la Cobertura Universal en Salud son presentados a continuación:

1. Indicadores Relacionados con la Organización de los Sistemas de Salud y el Perfil Profesional
 - Médicos de familia/total de población. - porcentaje de médicos de familia para otorgar una cobertura universal./Índice de cobertura de AP que poseen los equipos con Médicos de Familia.
 - Número e grupos familiares nominalizados/equipos de salud familiar.
 - Visitas domiciliarias.
 - Participación comunitaria en el primer nivel.
 - Acceso universal/accesibilidad.
 - Longitudinalidad, Integralidad, Coordinación.
 - Intervenciones preventivas.
 - Porcentaje (%) de población cubierta.
 - Equipos interdisciplinarios/población.
 - Gratuidad.
 - Departamentos de Medicina Familiar.
 - Sistema de Referencia y Contrarreferencia adecuado - Referencia a segundo nivel eficaz y efectivo/Atención en 2do y 3er nivel efectivo con retorno apropiado al 1er nivel.
 - Tasa de utilización de servicios complementarios en la consulta de primer nivel.
 - Existencia de una cartera de servicios establecida con criterios de coste efectividad.
 - Cobertura 24 Horas.
 - Ingreso de Profesionales.
2. Indicadores Relacionados a la Salud propiamente dicha
 - Salud Materno-Infantil: Atención prenatal, atención parto, control prenatal completo; disminución de las tasas de mortalidad materna/mortalidad infantil, mortalidad perinatal; cobertura vacunal en niños.
 - Inmunizaciones en todos los grupos de edad.
 - Incidencia de enfermedades agudas prevenibles.
 - Incidencia y prevalencia de uso de drogas en adolescentes y niños.
 - Control de enfermedades prevenibles, mejora en estado nutricional.
 - Disminución de hospitalizaciones prevenibles (índice de ingresos por causas evitables), pacientes con control óptimo de enfermedades crónicas, Índice de complicaciones de enfermedades crónicas.
 - Tasa de utilización de servicios complementarios en la consulta de primer nivel.
3. Indicadores Relacionados la Inversión en Salud
 - Porcentaje (%) de PIB para APS.
 - Porcentaje (%) de presupuesto destinado a la APS.
 - Sistema público para el primer nivel de atención.
4. Indicadores Relacionados a la Calidad de la Atención Prestada
 - MF en primer nivel - alta resolutivez.
 - Las consejerías y educación en salud.

- Calidez en la atención en todos los niveles.
 - El tiempo dado para la atención.
 - Índice de referencia en la Atención Primaria.
 - Índice de satisfacción de parte de los usuarios.
 - Capacidad resolutoria/la evaluación en base a resultados (impacto).
 - Índice de contrarreferencia.
 - Existencia de sistemas de responsabilidad.
 - Sistemas de Información integral que incluya a los principales indicadores en todo el territorio.
5. Indicadores Relacionados a Aspectos Geográficos y Socioeconómicos
- Cobertura por localidad.
 - Intervención sobre los determinantes sociales y actuación contra las desigualdades de salud.
 - Porcentaje de personas con cobertura en la seguridad social y sistema público.
 - Accesibilidad financiera. % población que tiene asegurado el acceso gratuito a asistencia sanitaria.
 - Accesibilidad geográfica.
 - Cobertura por nivel de ingreso.
 - Cobertura por condición laboral.
 - Porcentaje (%) de copago en las prestaciones.
 - Porcentaje (%) gasto de bolsillo.
 - Porcentaje (%) RRHH/población.
 - Nivel de corrupción del país.

Justificaciones para incluir la Medicina Familiar como una Estrategia para Alcanzar la Cobertura Universal De Calidad

A los representantes de los 15 países les fue solicitado que apuntasen hasta diez justificaciones para incluir la MF como una estrategia para alcanzar la Cobertura Universal la Salud con Calidad.

Las respuestas incluyeron:

- Los principios y las estrategias de la atención primaria de salud ofrecen el mayor potencial para mejorar los resultados y reducir las inequidades en materia de salud.
- Garantizan de manera efectiva el acceso universal, equitativo a los servicios y cuidados de salud a todos los ciudadanos.
- Garantiza el fortalecimiento de los sistemas de salud y por esfuerzos intersectoriales.
- Sistemas que son solidarios y participativos.
- Aseguran eficiencia, eficacia y calidad.
- Promueven la prestación de la atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y pone énfasis en la prevención y la promoción.
- Garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.

- Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud.
- Se promueven acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.
- Existen Investigaciones que muestran los beneficios de la APS y que los sistemas de salud basados en la APS tienden a ser más equitativos y a tener mejores resultados en cuanto a la salud a nivel poblacional. Los elementos dirigidos a mejorar el acceso y a lograr la atención en el primer contacto pueden mejorar esos resultados y al mismo tiempo beneficiar a los otros niveles del sistema de salud, con lo que aumenta la eficacia y la eficiencia general de todo el sistema.
- Una APS desarrollada y consolidada contribuye a mejorar la satisfacción del paciente y su adhesión a los tratamientos y puede reducir el número de hospitalizaciones evitables y la utilización innecesaria de las salas de urgencias.

Entre los factores percibidos como barreras para la puesta en práctica de la APS se encuentran la segmentación de los sistemas de salud, la falta de compromiso político, la poca coordinación entre la comunidad y los organismos competentes, el uso inadecuado de la información, la insuficiente colaboración intersectorial y la insuficiente inversión en recursos humanos.²¹⁻²⁵

Desafíos actuales para la gestión de recursos humanos en la Región ante la transición a un sistema de salud basado en la atención primaria de salud y sus posibles consecuencias.

- Los profesionales de salud de atención primaria en general tienen menor motivación y remuneración que otros profesionales.
- El número de trabajadores de la salud con la adecuada calificación son insuficientes para proveer cobertura universal.
- El trabajo en equipo no tiene el desarrollo ni el estímulo suficientes.
- Los profesionales calificados prefieren trabajar en hospitales y en grandes urbes.
- No hay un adecuado sistema de apoyo y supervisión.
- La formación de pregrado y postgrado del personal de salud no responde a los requerimientos de la práctica de la APS.
- La migración de los trabajadores de la salud más capacitados hacia países de mayor desarrollo (fuga de cerebros) obstaculiza la aplicación de estas reformas en muchos países de la Región.

Consecuencias:

- La cobertura universal requerirá un gran número de profesionales capacitados en atención primaria.
- Los recursos humanos deben programarse de acuerdo con las necesidades de la población.
- La capacitación de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud y ser sostenible.
- Deben adoptarse políticas que conduzcan a elevar la calidad del desempeño del personal de salud.
- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) y se debe ajustar el perfil de cada trabajador a una labor específica.

- Se requieren mecanismos de evaluación continua que permitan ajustar los perfiles a los puestos de trabajo y faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población.
- Las políticas deben apoyar el abordaje multidisciplinar de la atención integral.
- La definición de trabajador de salud debe abarcar, además de los médicos, los estomatólogos y enfermeros, a quienes trabajan en los sistemas de información, gestión y administración de los servicios de salud.²⁴⁻²⁷

Fortalezas ya Existentes para la Cobertura Universal de Calidad en Iberoamérica

- Perfil epidemiológico influenciado por la demografía: incremento de la esperanza de vida.
- Disminución de la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas.
- Mayor cobertura de programas preventivos: vacunación, tamizaje ampliado, planificación familiar, de detección oportuna de cáncer cervicouterino, cáncer de mama, etc.
- Presencia de Programas Innovadores de Atención Primaria (Brasil, por ejemplo).
- Evolución de la tecnología médica e informática.
- Tendencias socio-políticas que buscan equidad y demandan calidad y oportunidad.
- La comunicación y la información han aumentado la conciencia social y por lo tanto las exigencias de los pacientes.
- En más de la mitad de los países, el gobierno reconoce la necesidad de tener el MF en sus sistemas de salud.
- La población ya está conociendo mejor el rol del MF, sienten más seguridad por la atención diferenciada y por la alta resolutivez.
- Existen o empiezan a implementarse políticas amplias de inserción o calificación de la APS.
- Ya existen políticas específicas para la inserción de la MF en la Academia.
- La especialidad MF está progresivamente siendo reconocida por la sociedad científica.

Principales Desafíos para la Cobertura Universal de Calidad en Iberoamérica

A partir de las referências bibliográficas y la encuesta hecha por CIMF, los principales desafíos que enfrentan los países de Iberoamérica para alcanzar la Universalidad en los Servicios de Salud son:

1. Cambios en la transición epidemiológica y demográfica.
 - Cambios importantes en el perfil de las necesidades de salud.
 - Reducción de la mortalidad de la población adulta lo que implican costos mayores de atención por incremento de enfermedades crónicas.
2. Peso de la enfermedad: Los Principales problemas de salud se concentran en enfermedades asociadas a la discapacidad y con mayor prevalencia en población adulta.
3. Provisión de servicios/Formación profesional.
 - Para la mayoría de los países la formación en MF no es necesaria para trabajar en APS.
 - Falta/Déficit de recursos humanos en MF y otras áreas específicas.

- Deficiencia tanto en capacidad instalada como de profesionales de la salud en APS y otras áreas específicas.
 - Desigualdad en la distribución de los servicios.
 - Formación de profesionales de la salud enfocados a riesgo no al daño, tendencia a la formación de especialidades verticales.
4. Organización del sistema.
- Falta de conocimiento y/o voluntad política de mejorar el Sistema de salud.
 - Desconocimiento por parte de los gestores acerca de qué es y cómo hacer la APS de calidad.
 - Desconocimiento y preconceptos en relación a la MF.
 - Políticas insuficientes para el cambio de los modelos de atención.
 - Centralismo excesivo, dificultades en la regularización del trabajo en salud.
 - Cultura del paradigma cartesiano que afecta directamente los modelos de atención a la salud: hospitalocentrismo, superespecialización.
 - Modelo de atención: Fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, sin APS de calidad.
 - Sistema privado y/o grupos corporativos - cajas manejadas por subsectores; poderes sectoriales - gremios que manejan agentes de seguridad social.
 - Heterogeneidad de los sistemas sanitarios de la región.
 - Pasar del discurso político a la acción en la consecución de sistemas basados en atención primaria con cobertura universal y administración pública.
 - Falta de planeamiento.
5. Retos financieros.
- Temas económicos: falta de financiamiento, inversión insuficiente en el primer nivel de atención.
 - Financiamiento del sistema de salud; fuentes, fondos, administración, compra de servicios.
 - Desarrollo económico no avanza como lo requieren los cambios en las necesidades de salud.
 - Escaso gasto en salud.
 - El porcentaje de gasto en bolsillo, en relación al gasto total en salud, siendo alto.
 - Incremento del costo de servicios: insumos, medicamentos, equipamiento, etc.
6. Retos legales.
- Estructuras normativas rígidas.
 - Intereses de grupos de poder (Instituciones, sindicatos, partidos políticos, etc.).

Conclusiones

Atención Primaria, Medicina Familiar y Cobertura Universal

Apoyar el objetivo de la cobertura sanitaria universal significa también preocuparse por la equidad y por el derecho de cada uno a la salud. Se trata aquí de elecciones personales y morales concernientes al tipo de sociedad en que se desea vivir, en las que la cobertura universal trasciende los aspectos técnicos de la financiación sanitaria, la salud pública y la atención clínica.

La Atención Primaria a la Salud es un elemento esencial para lograr alcanzar la Cobertura Universal con calidad. Aunque no sea el único, es seguro que sin una APS cualificada no es posible hacerlo. Sea en el ámbito de los servicios o en el medio académico está demostrado que, para constituir un sistema de salud equitativo, eficiente y efectivo, es necesario una APS fuerte.

Pero, las necesidades de cuidados primarios en salud que las personas necesitan a lo largo de sus vidas exigen más que el empleo de procedimientos focales, transitorios o puntuales. Por lo tanto, es necesario que los profesionales de Atención Primaria desarrollen competencias específicas que hagan justicia a la complejidad del proceso salud-enfermedad, o sea, competencias centradas en el paradigma biopsicosocial. Por tanto, los equipos de salud de APS deben ser conformados con profesionales adecuadamente formados para este nivel de atención, con la necesaria inclusión de especialistas en Medicina Familiar, en número y calidad suficiente para establecer y coordinar el cuidado longitudinal en salud.^{4,5}

Los médicos de familia son médicos especialistas en la prestación de cuidados de salud personalizados y continuados, centrados en la persona, independientemente de la edad, sexo o afección, integrando los factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y existenciales involucrados en el proceso salud-enfermedad. Prestan cuidados a los individuos según el contexto familiar, comunitario, cultural de los mismos, tienen una responsabilidad profesional por su comunidad. Desempeñan su papel promoviendo la salud, previniendo la enfermedad y prestando cuidados asistenciales, de acompañamiento clínico, cuidados paliativos, lo hacen de acuerdo las necesidades de salud, los recursos disponibles en la comunidad. Deben aún responsabilizarse por el desarrollo y mantenimiento de sus aptitudes, valores y equilibrio personales, como base para la prestación de cuidados efectivos y seguros. La APS es el terreno de actuación fundamental del Médico de Familia, mientras que la Medicina Familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS.^{6,7}

Por todo lo expuesto, es muy preocupante que los sistemas de salud no inviertan con más determinación en la APS y en la MF incluso en Latino América una vez que son políticas estratégicas para identificar precozmente cómo y por qué las personas quedan enfermas y también para establecer acciones y terapéuticas que integran abordajes en el nivel individual, familiar y comunitario, optimizando la recuperación en el camino de la salud.

En este contexto, es importante destacar el rol de la Dra. Barbara Starfield que ha traído elementos de sustentación científica,^{4,5,16,17,19} para que los gestores y profesionales de salud puedan revisar sus posiciones y asumir nuevas y promisoras reformas en los sistemas de salud con basado en la MF y la APS.

Afortunadamente ya se puede considerar un avance el constatar que la inteligencia sanitaria, especialmente los gestores de salud y educación de los países con los mejores indicadores de salud, han evidenciado que la Atención Primaria de Salud, la Salud Familiar y la Medicina Familiar constituyen una clave maestra para que la Cobertura Universal (la “Salud para Todos”) pueda transformarse en realidad.^{4,5}

Los excelentes resultados alcanzados por algunos países de América Latina, que implementaron políticas fuertes y modelos innovadores de Atención Primaria están sirviendo de ejemplo e impulso para otros países independientemente del nivel de crecimiento económico, corroborando la idea que la APS es buena y hace bien, independiente de las condiciones socio-culturales de las poblaciones.

Cuba, por ejemplo, anteriormente a muchos países, fue el primero de América Latina (y aún, es uno de los únicos) en alcanzar indicadores de salud iguales o mejores que muchos países más ricos

económicamente. En Cuba, el gobierno invirtió fuertemente en la formación y cualificación de la Medicina Familiar, a la cual atribuyen la mayor parte de los resultados exitosos de la APS y del propio sistema de salud. El logro alcanzado en la reducción de la mortalidad infantil es un ejemplo para la Región, a pesar de ser un país pobre y de escasos recursos se ha situado como la nación de las Américas con más baja mortalidad infantil, indicador que mide la seriedad, la calidad con que una sociedad atiende, protege a las gestantes, a las puérperas y a los niños. Esos son resultados de los esfuerzos del país y del sistema de salud a favor de la salud y el bienestar de la madre y el niño, sistema de salud basado en la cobertura universal y atención primaria, que dispone de políticas, estrategias y sistemas de monitoreo e información específicamente orientado a la disminución de la mortalidad materna e infantil, sustentado en una amplia red de centros asistenciales e instituciones de atención primaria, junto a sistemáticas campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La Estrategia Salud de la Familia, modelo brasileño exitoso de APS, que en 18 años pasó a asistir más de la mitad de la población brasileña (cerca de cien millones de personas) a través equipos de salud formados por un médico generalista (la meta es alcanzar todos los equipos con médicos de familia), un enfermero, un dentista, además de técnicos de enfermería, de odontología y agentes comunitarios de salud, ha recibido elogios a nivel internacional y tiene inspirado la reforma de sistemas de salud de otras naciones.

Proposiciones

No podemos olvidar la gran deuda que los sistemas de salud de gran parte de los países del mundo tienen para con sus poblaciones en el sentido de garantizar el derecho a una asistencia sanitaria de calidad, así como garantizar el derecho a salud como un deber del estado y la cobertura universal.

Eso, nos obliga a todos - profesionales y gestores, CIMF y OPS, WONCA y OMS - a involucrarse con acciones efectivas para modificar esta situación en especial en el área de la Atención Primaria a la Salud y de la Medicina de Familia.

Para enfrentar estos retos, se hacen necesarias políticas consistentes de inducción para que la APS y la MF sean, de hecho, incluidas y consideradas estratégicas en los sistemas de salud.^{17,20}

En la región de Iberoamérica, entre los principales desafíos se encuentran conformar y organizar sistemas nacionales de salud más justos y ecuanímenes, que tengan por base la APS y la actuación de Médicos de Familia. Aún más, deben estimular políticas de salud que garanticen mínimamente el acceso de toda la población a la Medicina Familiar y a la Atención Primaria a la Salud, como derecho de todos los ciudadanos y deber del Estado.

Referencias

1. OMS: Organización Mundial de Salud. Washington, D.C: OMS; 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/>
2. OMS: Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria 1978 disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
3. OPS: Organización Panamericana de Salud. Buenos Aires: 2007. (citado 17 ago 2007). De Alma-Ata a la Declaración del Milenio (aprox 4 pantallas) Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Declaracion_Buenos_Aires-2007.pdf

4. OPS/OMS: Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud. Washington, D.C.: 2007. (citado julio 2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (aproximadamente 48 páginas) Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
5. Rodrigues RD, Anderson MIP. Integralidade e complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: aspectos teóricos in Tratado De Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática, Gusso G.e Lopes JMc (Org), RS: Artmed, 2012, Vol. 1 - pp 845, pp 60-71
6. Starfield B. Gervas J. Family Medicine Should Encourage Its Clinicians To Subspecialize: Negative Position In: Ideological Debates in Family Medicine, Nova Science Publishers, Inc, Editors: S.A. Buetow and T.W. Kenealy, Nova Science Publishers, 2007
7. Starfield B. Family Medicine Should Shape Reform, Not Vice Versa, Fam Pract Manag. 2009 Jul-Aug; 16(4):6-7.
8. Organización Panamericana de la Salud, 2012, Informe Final 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022%3A2012-28th-pan-american-sanitary-conference-17-21-september-2012&catid=4548%3A28th-pan-american-sanitary-conference&Itemid=39541&lang=es
9. SUAREZ CUBA, Miguel Ángel. PREVENCIÓN CUATERNARIA EN MEDICINA FAMILIAR/GENERAL. Rev. Méd. La Paz [online]. 2013, vol. 19, n.2 [citado 2016-03-06], pp. 67-72. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-8958).
10. OMS: World Health statistics 2015. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015_Part2.pdf
11. Banco Mundial, Grupo de investigaciones sobre el desarrollo. PovcalNet (<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm>).
12. Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://apps.who.int/nha/database> para ver actualizaciones
13. Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. Enero de 2014. Disponible en: <http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2014/14355es.pdf>
14. Cobertura Universal en Salud. Lecciones Internacionales aprendidas para su consolidación en México. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2013
15. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y ministros de Salud en Quique Chile 2007
16. 3rd Global Fórum on Human Resources for Health. The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage.
17. Starfield B. Family Medicine Should Shape Reform, Not Vice Versa, Fam Pract Manag. 2009 Jul-Aug; 16(4):6-7.
18. Starfield, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (Supl.1):20-6 - vol.26 núm Supl.1
19. Rawaf S, Maeseneer JD, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. The Lancet, published online October 14, 2008. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61524-X
20. Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial para la Salud. CD52/INF/4 (Esp.) 18 de julio del 2013
21. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Organización Mundial de la Salud 2013.
22. Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. Enero de 2014
23. Cobertura Universal en Salud. Lecciones Internacionales aprendidas para su consolidación en México. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2013

24. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y ministros de Salud en Quique Chile 2007
25. 3rd Global Fórum on Human Resources for Health. The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage
26. Universal health coverage and social determinants of health. Michael Marmota
27. World Development Indicators: Health systems. <http://wdi.worldbank.org/table/2.15> f
28. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
29. Starfield B. General Practice as an Integral Part of the Health System. 16th Nordic Conference on General Practice. Copenhagen, Denmark; May 13-16, 2009 disponible en http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbara_Starfield
30. WONCA EUROPA, A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar, disponible en <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>
31. Lopes JMC, Princípios da Medicina de Família e Comunidade in Tratado De Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática, Gusso G.e Lopes JMc (Org), RS: Artmed, 2012, Vol. 1, pp 1-12
32. Estatutos WONCA-Iberoamericana-CIMF, disponible en www.cimfweb.org.
33. Declaración de Sevilla, Anais de la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, 2002, disponible en www.cimfweb.org
34. Anais de la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, Santiago de Chile, 2005, disponible en www.cimfweb.org Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Washington, D.C: OPS, 2007.
35. III Cumbre Ibero-Americana de Medicina Familiar, Suplemento 1, RBMFC, v. 6, 2011
36. Carta de Asunción, IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, noviembre de 2011, disponible en www.cimfweb.org
37. Rodrigues RD, Anderson MIP Integralidade e complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: aspectos teóricos in Tratado De Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática, Gusso G.e Lopes JMc (Org), RS: Artmed, 2012, Vol. 1 - pp 845, pp 60 - 71
38. Starfield B. Gervas J. Family Medicine Should Encourage Its Clinicians To Subspecialize: Negative Position In: Ideological Debates in Family Medicine, Nova Science Publishers, Inc, Editors: S.A. Buetow and T.W. Kenealy, Nova Science Publishers, 2007.

Participación y Comunicación Social en Medicina Familiar y Comunitaria y Atención Primaria en Salud

Participation and Social Communication in Family and Community Medicine and Primary Health Care

Participação e Comunicação Social em Medicina de Família e Comunidade e Atenção Primária à Saúde

Coordinadores:

Dra. Marina Almenas
Dra. Noris Serrudo

Autores:

Dra. Marina Almenas, Tesorera de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). Pasada Presidenta de Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico. Delegada de Puerto Rico de American Academy of Family Physician. Delegates Puerto Rico. Congress of Delegates "Reference Committee Public Health & Science".

Dra. Noris Serrudo, Vicepresidente de la Subregión Países Andinos de Wonca Iberoamericana-CIMF. Coordinadora Regional del Programa de Medicina Familiar de la Secretaría de Salud de Gobernación de Estado Zulia, Venezuela. Secretaria de Finanzas de Capitulo Zulia de Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA). Ex presidenta de SOVEMEFA (periodo 2006-2012).

Dra. Carmen Cabezas, Ex presidenta de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF). Profesora de pregrado y postgrado de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador.

Dra. Alejandra Paulo, Medico Familiar y Comunitario en Policlínica Balneario Buenos Aires, Maldonado. UDA Rural. Uruguay.

Dr. Gustavo Montiel, Medico Familiar. Coordinador Técnico de Relaciones Públicas y Difusión del Colegio Mexicano, MF. Catedrático en la Universidad Autónoma de Coahuila. México.

Dra. Lidia G. Caballero. Médica General/Familiar. Actual Secretaria de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) y Presidente de la Asociación Misionera de Medicina General/Familiar y del Equipo de Salud (AMMeGeFES).

Dra. Lilia Gonzalez Cárdenas: Especialista de primer y segundo grado en Medicina Familiar, Master en Educación Médica, Categoría Docente auxiliar, Categoría de Investigador agregada. Tesorera de la Junta de Gobierno Nacional de la Sociedad de Medicina Familiar en Cuba.

Dr. Andreali Morón, Especialista en Medicina Familiar, Profesora de Universidad del Zulia, LUZ, Venezuela.

Dra. Evelyn Roa, Medico Familiar. Secretaria de Publicaciones Científicas de Sovemefa. Docente Medicina Familiar, Universidad Rómulo Gallegos, Estado Guárico, Venezuela.

Colaboradores:

Dr. Rolando Herrera. Medico Familiar Policlínico Villa Galindo. Caja Nacional de Salud. Cochabamba. Presidente de la Sociedad Boliviana de Medicina Familiar (SOBOMEFA).

Dr. Alexis Correa. Medico Familiar, Miembro de junta directiva Asociación Nicaragüense de Medicina Familiar. ANIMEF. Comité de Certificación y recertificación en M.F.

Dra. Veronica Redin. Tesorera de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF).

Dr. Nulvio Lermen Junior. Presidente de la Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Dr. Arturo Quizphe, Profesor de la Universidad de Cuenca, Ecuador. Miembro del Consejo Asesor Internacional del Movimiento por la Salud de los Pueblos.

Dra. Sara Huertas, Catedrática Departamento de Psiquiatría Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Representante de Alianza por la Salud de los Pueblos.

Sra. Eva Tudela. Directora de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Periodista. España.

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:

no aplicable.

Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 19/02/2016.

Aceptado el: 19/03/2016.

Cómo citar: Almenas M, Serrudo N, Cabezas C, Paulo A, Montiel G, Caballero LG et al. Participación y Comunicación Social en Medicina Familiar y Comunitaria y Atención Primaria en Salud. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 1):31-46. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1279](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1279)

Resumen

Se conformó el Grupo de trabajo # 2, de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, Quito, Ecuador 2014. Se realizaron encuestas, entrevistas, y reuniones vía skype, internet y correo electrónico; los resultados de esta investigación fueron analizados y se presentaron en el marco de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Se recopilaron todas las actividades de participación social realizadas en los países Iberoamericanos. Se pretenden establecer proyectos que fomenten alianzas y permanezcan trabajando después de la Cumbre en el tema de "Participación y Comunicación Social en MF y APS" junto a instituciones que tienen este asunto como su misión.

Palabras clave:

Participación
Inclusión
Comunicación
Promoción social
Medicina Familiar y Comunitaria
Atención Primaria de Salud
Competencias
Equipos interdisciplinarios
Atención integral continua

Abstract

Group # 2 from the V Iberoamerican Summit of Family Medicine, Quito, Ecuador 2014 was formed. There were surveys, interviews, and reunions via Skype, internet, and e-mails and the results from this investigation were presented and analyzed in the V Iberoamerican Summit of Family Medicine, which was focused in: "Participation and Social Communication in Family Medicine and Primary Health Care".

Keywords:

Participation
Inclusion
Communication
Social Promotion
Primary Health Care
Family Medicine
Competitions
Family Physicians
Interdisciplinary Team
Continued Integral Attention

Resumo

Inicialmente, foi conformado o Grupo de trabalho #2 da V Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família, Quito, Equador, 2014. Foram realizados inquérito, entrevistas e reuniões via Skype, internet e correio eletrônico; os resultados desta pesquisa foram analisados e se apresentaram no marco da V Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família. Foram recompiladas todas as atividades de participação social realizadas nos países Ibero- Americanos. Se pretende estabelecer projetos que fomentem alianças e parcerias e que permaneçam trabalhando após a Cúpula acerca do Tema "Participação e Comunicação Social em Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde" junto a instituições que tenham este assunto como missão.

Palavras-chave:

Participação Social
Inclusão
Comunicação
Promoção Social
Medicina de Família
e Comunidade
Atenção Primária à Saúde
Equipes Interdisciplinares
Atenção integral e contínua

Introducción

En el contexto Internacional, donde los gobiernos de los países realizan transformaciones sociales, políticas y económicas, una de las mayores que buscan es en los Sistemas de Salud, de forma tal que puedan responder a las necesidades de la población. Usualmente las decisiones en los Servicios de Salud se toman desde la perspectiva de los gobernantes, sus asesores y los prestadores de servicios.

Hoy día, el termino Democracia Participativa da un giro a la forma en que se deben tomar estas decisiones en cuanto a los servicios a ofrecer; para esto debemos tener presente la Participación Social, donde se toma en cuenta la visión de los usuarios en el diseño, operación y control de Programas de Salud. La prestación de Servicios basados en las necesidades de las personas, donde el usuario también debe asumir un rol en el contexto de auto y mutuo cuidado en la salud.¹

Existen una serie de principios básicos en los cuales las organizaciones relacionadas a la calidad llevan sus esfuerzos. Como una de las bases para lograr estas metas está el desarrollar y fortalecer los Sistemas de Salud basados en Esquemas en Medicina de Familia y Atención Primaria. Es por esto que en esta V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar queremos desarrollar la cooperación Internacional

mediante el intercambio de experiencias, la movilización de apoyos, la promoción de proyectos y la formación de alianzas para conseguir los objetivos propuestos.²

En las Cumbres anteriores, con el valioso aporte de una gran diversidad de profesionales de la medicina familiar y de la atención primaria de Iberoamérica, se han desarrollado argumentos, propuestas y recomendaciones que de alguna forma inician el tema que este Grupo 2 aborda en este evento, tal es: “La participación y Comunicación Social en la Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud”. En los siguientes párrafos, haremos referencia a las Cartas de Sevilla (España), Santiago de Chile, Fortaleza (Brasil) y Asunción (Paraguay), destacando las ideas que consideramos de mayor relevancia para nuestro trabajo.

*I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, Declaración de Sevilla, Mayo de 2002, bajo el tema: “Comprometidos con la Salud de la Población”.*³

Durante los últimos años se han ido imponiendo como un sentimiento unánime la necesidad de centrar la organización en el ciudadano/a; es decir, identificar la manera en que los sistemas de salud de los países pueden responder mejor a las necesidades y demandas de los individuos, sus familias y las comunidades.

Los actuales sistemas de salud precisan reformas centradas en la salud de las personas encaminadas a mejorar la accesibilidad, la cobertura, el nivel de calidad de la atención y la satisfacción de los ciudadanos/as. En esta estrategia es esencial el papel del Médico de Familia.

Al reflexionar sobre las aportaciones de la Medicina Familiar a la mejora de la calidad de los servicios de salud, los participantes en la Cumbre de Sevilla, plantearon algunas recomendaciones que se citan en los siguientes párrafos.

Los escenarios que viven los sistemas de salud de la mayor parte de los países iberoamericanos obligan a la búsqueda de mejores instrumentos para mejorar la gestión, alinear la asignación de recursos con los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud aplicando los incentivos apropiados. Esta debe ser una tarea prioritaria de los gobiernos y organizaciones de la salud de los países de la región a la que el CIMF-WONCA y la OPS-OMS pueden aportar su capacidad técnica y abogacía institucional.²

Es necesario trabajar en modelos que se orienten a las particularidades de la atención primaria en donde el Médico de Familia, junto a los demás miembros del Equipo de Atención Primaria, es la puerta de entrada al sistema. Por ello se propone trabajar en una iniciativa regional para el fomento y desarrollo de unos modelos innovadores de Atención Primaria con base poblacional claramente definida.

Los médicos de familia son profesionales clínicos y de salud pública que trabajan en el ámbito de la atención primaria. Como tales forman parte de un equipo de profesionales de la salud, cada uno con competencia e incumbencias específicas. El trabajo interdisciplinario coordinado es una de las mayores fortalezas de los equipos de salud familiar. Cualquier iniciativa de mejoramiento de la Calidad desde la perspectiva de la Medicina Familiar debe considerar la participación activa de todos los profesionales del equipo de Salud Familiar.⁴

*II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, en Santiago de Chile, Octubre 2005. Tema: “El Médico de Familia garantía de calidad y equidad en los Sistemas de Salud de Iberoamérica”.*⁵

La Medicina Familiar, como especialidad orientada hacia la atención integral y continua, la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios en el primer nivel de atención, es el actor más apropiado para realizar las intervenciones médicas necesarias en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

Deben desarrollarse métodos y medidas uniformes para evaluar el desempeño de los sistemas de atención primaria. Estas medidas deberían incluir costo, calidad, acceso y satisfacción tanto del paciente como del médico y el equipo de salud. Los resultados debieran también estar disponibles para los financiadores, los prestadores y el público en general.

Se deben estimular las sinergias entre el sector público, la seguridad social y el sector privado para aumentar críticamente la proporción y el número de médicos de familia en relación al número total de médicos.⁶

III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Fortaleza, Brasil, Abril 2008. "Misión y Desafíos para la Medicina Familiar y la Atención Primaria en el siglo XXI: "Equidad, Integralidad y Calidad para nuestros sistemas de Salud".⁷

Este evento, tuvo como objetivo contribuir al fortalecimiento de las políticas de salud en el campo de la Atención Primaria y la Medicina Familiar en Iberoamérica.

Para la inserción y valorización de la medicina Familiar en las políticas de salud es necesario: Compilar las evidencias existentes y generar nuevas evidencias sobre las ventajas de la especialidad. Para eso, es fundamental el papel de las sociedades científicas, universidades y otras organizaciones relacionadas en reconocer la importancia y la influencia de la Medicina Familiar en las políticas de salud orientadas a la Atención primaria en salud, APS.⁸

IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Asunción, Paraguay, Noviembre 2011. "Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud Renovada: Pensamiento y Acción en beneficio de la Salud Familiar".⁹

Reafirmar la salud como un derecho, reconocer la complementariedad de la Medicina Familiar y la APS como estrategias para el desarrollo de los sistemas de salud, en el marco de un modelo de desarrollo que busca el bienestar de las poblaciones y maximiza el potencial de las personas, se recomienda la puesta en práctica de una herramienta que mida de manera objetiva y permita realizar comparaciones entre los diferentes países de la región, tendientes a proponer estrategias y acciones, con el fin de mejorar la calidad de atención en medicina familiar.¹⁰

Se propone que esta herramienta enfocada a evaluar la actividad del médico familiar, en los principales problemas de salud y de demanda en medicina familiar, contemple indicadores en los siguientes dominios: Capacitación científico - técnica, efectividad de las acciones realizadas en promoción y prevención de la salud, orientadas al individuo, familia y comunidad, atención integral, longitudinal y continua, cumplimiento de los derechos de los pacientes y satisfacción.¹¹

Objetivos

1. Identificar y establecer proyectos colaborativos con instituciones públicas y privadas que tengan como una de sus misiones la inclusión y participación social.
2. Apoyar la participación de las Sociedades de MF con otras Asociaciones Comunitarias.
3. Establecer actividades exitosas, pre-establecidas en algunos países que podrían ser implementadas en otros países de la región.
4. Impulsar la creación de medios escritos, radiales, televisivos, folletos, videos u otros para la difusión de la MF.

5. Establecer la participación de la MF en las Actividades Comunitarias en todas las Regiones de Iberoamérica.
6. Llevar el mensaje de que es la Especialidad de Médicos de Familia a todas las comunidades y todos los niveles sociales y políticos.
7. Promover la creación de clínicas de Educación y Prevención con el apoyo de Educadores en Salud y Líderes Comunitarios.

Metodología

Se conformó el Grupo de trabajo # 2, de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Se recopilaron todas las actividades de participación social, realizadas en los países que componen la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, mediante encuestas, entrevistas personales, por vía skype y por correos electrónicos, a todas las Asociaciones de Medicina Familiar de los diferentes países de Iberoamérica. Se analizaron los resultados de esta investigación, en reuniones virtuales y personales en la precumbre y durante la V Cumbre y se presentaron en un taller en el marco de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, Quito, Ecuador 2014, enfocándose en: “La Participación y Comunicación Social en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud”.

Descripción de la Situación Actual

Argentina

El área de Docencia de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) tiene a su cargo el desarrollo de cursos y programas que brinden a los trabajadores de la APS herramientas e instancias de formación, capacitación y actualización en contenidos relacionados con sus núcleos de competencia.

Está integrado por un cuerpo docente de destacados profesionales en cada área temática, que tienen como norte el promover una práctica de calidad, basada en la equidad. El área de Docencia organiza programas tanto presenciales como a distancia, para lo cual cuenta con un Aula Virtual y toda la tecnología actual en educación y capacitación en salud.

El actual proceso de certificación fue diseñado teniendo en cuenta estas realidades. Se trata de convocar a todos los profesionales que acreditando ciertas experiencias curriculares (créditos) y que tengan una práctica afín a la Medicina Familiar y General puedan acceder al examen de certificación. La convicción de esta Federación reevaluar continuamente el proceso de certificación para alcanzar los estándares superiores que se esperan de un Médico General y de Familia.

Archivos de Medicina Familiar y General es una publicación dirigida a los equipos de salud, profesionales en general y estudiantes, que propone la reflexión sobre la práctica, informa sobre nuevos conocimientos y nuevas estrategias para el trabajo del equipo, muestra producciones locales, regionales e internacionales, actualizaciones clínicas, recupera experiencias en terreno, analiza teorías vigentes. Todas estas áreas se centran sobre los tres ejes que propone la línea editorial: la educación, la micro política de trabajo y la clínica ampliada.

Países	Situación Actual en su país a base de la "Participación y Comunicación social para la Medicina Familiar y Comunitaria y la Atención Primaria en Salud"
Argentina	Se llevan a cabo encuentros comunitarios con la participación del Equipo de Salud y la Comunidad. Estas actividades son realizadas por las distintas asociaciones locales. También se utilizan los medios de comunicación digital: www.famfyg.org Facebook: FAMFYG, escrita: Revista Archivos de Medicina Familiar y General, televisiva y radial. Congreso Nacional de la especialidad anual dirigido a Médicos de Familia/Generales y al Equipo de Salud, rotando en las diferentes provincias y regiones del país.
Bolivia	Se realizan actividades educativas mediante charlas en salas de espera, reuniones de clubes y organizaciones territoriales de base de clubes en las policlínicas de la seguridad social respecto a la mejora del estilo de vida, prevención de enfermedades prevalentes con participación activa del equipo de salud familiar. Se realizan visitas domiciliarias lideradas por médicos familiares, se llevan a cabo Ferias de Salud en parques, y plazas. Otro emprendimiento interesante es la vigencia del Programa de Radio, Revista Impresa y Televisión denominado; "Enfoque a la Salud" realizado por Médicos Familiares; programa exitoso que acaba de cumplir 25 años de vigencia. (Ver en blog de Facebook Enfoque a la Salud Bolivia)
Brasil	Utilizan la radio, prensa escrita, tv. e internet para la difusión y educación de la MF. Como actividades comunitarias algunas asociaciones estatales vinculadas a la Asociación Nacional (SBMFC) tienen actividades, pero no podemos decir que hay algo organizado para todo el país.
Cuba	El Estado desarrolla un proceso de fortalecimiento, para acercar cada vez más a la población, a la solución de los problemas de salud, mediante la concertación, negociación y participación social y comunitaria. Se realizan charlas como tipo de actividades comunitarias y se utilizan los medios tecnológicos para difusión.
Ecuador	Como estrategias de comunicación existen folletos para el embarazo, nutrición; además contamos con radio web "Radio Play Internacional", Web: www.semfc.ec y Facebook y twitter donde promocionamos actividades educativas.
España	Como tipo de actividades sociales y comunitarias se realizan certámenes. Para la difusión de la especialidad se hacen actividades comunitarias, además se utiliza la prensa escrita; Revista Comunidad, Revista AMF, Revista de Atención Primaria. La Obra editorial de SemFYC. http://www.semfc.es/es/publicaciones/ultimas/ . http://www.semfc.es/es/biblioteca/virtual/ .
México	Se realizan charlas, certámenes y actividad comunitaria. En México afortunadamente la certificación de la especialidad es ya obligatoria cada 5 años, actualmente las buenas relaciones entre el Consejo y el Colegio Mexicano de Medicina Familiar, nos permiten unificar fortalezas para influir en los Médicos Familiares durante su capacitación para la certificación y en las reuniones de Congresos.
Nicaragua	Desde 2007 ha sido poca la participación de los Médicos Integrales o Familiares, gobierna el desinterés y en muchas ocasiones la falta de tiempo... antes eran reuniones llamadas encuentros bi-anales con la finalidad de presentar temas de interés médico. Pienso en futuro crear un grupo que evitando los peros de ni poder reunirnos al promover utilizar la tecnología moderna para a través de internet hacer un grupo de trabajo aún en proceso de confirmar el número y quienes protagonizarán.
Puerto Rico	Realizan actividades sociales y comunitarias tales como: charlas, clínicas y certámenes. Para la difusión de la especialidad MF se utiliza la radio, prensa escrita, tv., internet www.amfpr.org , cine, redes sociales twitter, Facebook, Revista AMFPR y actividades comunitarias. Contamos con Video de MF de 30 segundos y video para actividades de 4 minutos.
Uruguay	Actividades intersectoriales: fundamentalmente con el sector educación. Cursos de agentes comunitarios de salud (ACS) en varios puntos del país, organizados y coordinados por los propios MFYC. Campañas a nivel nacional sobre diferentes temas a saber: salud cardiovascular, salud de la mujer, violencia doméstica, hipertensión arterial, SIDA, lactancia materna, salud ocular, salud mental, salud renal, bucal, etc. Conformación de Unidades Docentes Asistenciales de MFC en la capital del país y varios departamentos del interior incluyendo el área rural de MFYC. Participación en mesas intersectoriales zonales Participación en programas de radio sobre salud y video conferencias. Programas televisivos donde exponemos sobre actividades de promoción o prevención y sobre nuestro perfil.
Venezuela	Se llevan a cabo charlas, sesiones educativas tipo talleres y actividades extramurales: Operativos médicos o clínicas. Como medios de comunicación se utiliza la prensa escrita, radio, internet, videos, redes sociales, fotografías, carteleras, folletos, afiches.

Archivos de Medicina Familiar y General integra el Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas, dependiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y ha sido indizada en su catálogo (LATINDEX) con resultado NIVEL 1 (nivel superior de excelencia).

Biblioteca de la Federación: Los diferentes recursos que la FAMFYG pone a disposición, algunos de producción propia, otros seleccionados de otros sitios y organizaciones que se relacionan con la Atención Primaria de la Salud.

Entre otros, se dispone de:

- Documentos de posición de la FAMFyG y otros documentos de interés en APS
- Fotos de eventos de la FAMFyG y relacionados.
- Videos institucionales, didácticos y de utilidad para el Equipo de Salud
- Recursos multimedia
- Presentaciones de clases y conferencias en PPT y PDF de libre acceso.
- Enlaces de utilidad, páginas de interés, bases de datos, etc.

Bolivia

En Bolivia la Comunicación Social es una necesidad imperiosa pero los esfuerzos de los médicos familiares que trabajan en comunicación interpersonal y a diario no tienen el apoyo gubernamental.

El gobierno actual que en teoría es un gobierno de transformación social, política y de universalización y accesibilidad a la salud se encuentra absolutamente divorciado del ente colegiado, el Colegio Médico de Bolivia y por ende de las células de esta organización, una de las más importante es la Sociedad Boliviana de Medicina Familiar.

Actualmente el gobierno solamente apoya acciones del modelo denominado Salud familiar Comunitaria e Intercultural con un evidente tinte ideológico político y la presencia de médicos cubanos o médicos bolivianos formados en Cuba, que no gozan de la confianza de la población y las comunidades, ahondando cada vez más la brecha ente los médicos familiares y los denominados médicos SAFCI, que prácticamente han rechazado los esfuerzos de acercamiento establecidos por la Sociedad Boliviana de Medicina Familiar.

Otra de las transformaciones importantes es la visita a Empresas donde se informa, educa y se realiza revisiones médicas tipo screening o chequeos médicos programados, inmunizaciones y detección de factores de riesgo a obreros y empleados que trabajan en empresas situadas en zonas de adscripción de los médicos de familia.

No obstante, los médicos familiares realizan actividades continuas y programadas mediante charlas en salas de espera, visitas a domicilios e instituciones y en los últimos cinco años las exitosas Ferias de Salud en plazas, parques o centros educativos.

Cuba

El surgimiento de la Participación Comunitaria como categoría social es muy antigua, tanto como los primeros grupos sociales, pero desde la perspectiva del desarrollo comunitario es mucho más reciente. Nosotros tenemos un modelo de atención con un Programa del médico y enfermera de la familia que en Cuba tiene 30 años de creado desde 1984. Este modelo se caracteriza en su concepción por una voluntad política basada en el trabajo en equipo de un médico y una enfermera, que brindarían atención médica integral, dispensarizada y proactiva a un sector de la población, y que consideraban a la familia como la unidad principal de atención, aunque también realizaron acciones sobre el individuo y la comunidad donde radica, para el trabajo de este Médico y Enfermera de Familia es necesaria la participación activa de la comunidad y la intersectorialidad en la gestión de salud, con el propósito de promover la salud a través de cambios positivos en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higiénico-sanitarias de la población,

prevenir la aparición de enfermedades y daños en la salud de la población, garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral, desarrollar la rehabilitación con base comunitaria dirigida a la población discapacitada física o psíquicamente, alcanzar cambios positivos en el saneamiento ambiental de su radio de acción, así como de las condiciones higiénicas en que viven las familias bajo su control, y desarrollar investigaciones que respondan a las necesidades de salud de la comunidad.

La comunidad cubana tiene un peso importante como escenario de la participación popular, participación entendida en su sentido más integral: la intervención activa en todo el proceso social, desde la identificación de problemas, necesidades, definir formular políticas, ejecutarlas y controlar el desarrollo de la actividad en torno a dichas políticas.

Ecuador

En Ecuador la existencia de la Medicina Familiar se inició hace aproximadamente 25 años con pocos especialistas que hicieron sus estudios en México y Estados Unidos. Es hace tres años que el Ministerio de Salud Pública reconoce como especialidad a la Medicina Familiar y crearon las plazas para especialistas y los médicos familiares que trabajaban como Médicos Generales fueron reconocidos en toda su implicación (remuneración, responsabilidad y trabajo).

La participación comunitaria de la Medicina Familiar en el país fue un asunto aislado, individual y por la iniciativa única de unos pocos que querían hacer algo en su espacio. Desde los espacios docentes de formación, que desde hace 15 años han existido, había alguna participación y comunicación social en espacios cerrados privados y particulares a través de vínculos débiles como comunidades religiosas y en espacios públicos, como subcentros de salud de primer nivel. En estos pequeños espacios se realizaba educación a la comunidad contribuyendo a solventar las necesidades puntuales de cada una sobre todo en actividades de prevención y promoción como charlas.

Debemos dejar en claro, que si ha habido participación y comunicación social y Atención primaria en salud desde el estado ecuatoriano con diferentes programas implantados desde el ministerio de Salud Pública que dependiendo de la tendencia del gobierno han ido cambiando sin llegar a ser políticas de estado. Es hace siete años de (lo que se le llama el cuarto poder: la ciudadanía) y donde además ha habido un proceso de reconocimiento a la especialidad como instrumento clave en la APS.

Como estrategias de comunicación desde la SEMF, tenemos el Proyecto "Salud de Altura" que es una propiedad intelectual de la SEMF desde hace 6 años, a través de los cuales pudimos publicar y difundir principalmente tres productos (libros): Relación Médico Paciente, Toma de decisiones Clínicas, Vademecum actualizado hasta el 2011 y además Folletos preparatorios para el embarazo, Folletos para acompañar en la nutrición que son ofrecidos en la SEMF a los postgradistas y la comunidad.

Tenemos oficialmente hace tres meses un programa de radio en *Radio Play Internacional*, la cual es la primera radio Web ecuatoriana y está a disposición internacionalmente para todos ustedes. Se debe recalcar que el programa está dirigido y producido por médicos de familia de la SEMF y se debate sobre temas absolutamente de nuestra especialidad todos los martes.

Además disponemos de lugar Web, Facebook y twitter donde constantemente promocionamos actividades educativas, políticas y sociales, vinculadas con actividades donde participen los médicos de familia en el país.

El espacio Web: www.semf.ec tiene aula virtual con educación en línea, espacios de discusión académica, links de interés y sobre todo la oferta docente desde la SEMF al público en general de curso puntuales como: Gestión de Salud, Medicina Basada en Evidencia, Toma de decisiones Clínicas e Instrumentos en la APS.

México

En México, la Medicina Familiar tiene presencia en las principales instituciones de salud pública, sin embargo la difusión sobre las bondades de la especialidad no son del todo óptimas, ya que la especialidad fue creada para dar respuesta a las crecientes necesidades de una mejor y sistematizada atención para la población asegurada como beneficio de la seguridad social, creada para los trabajadores y sus familiares. El enfoque generalista que se ha dado en el primer nivel de atención no les permite a los pacientes distinguir la realidad de la especialidad.

Es común que algún paciente le pregunte al médico de familia ¿Cuál es la diferencia del médico familiar y el médico general?, ya que de manera indistinta le atiende uno u otro en el primer nivel de atención médica; de hecho el motivo de la pregunta es porque la percepción de atención es diferente en la gran mayoría de los casos, sin embargo, se desenvuelven en la misma unidad de atención médica que llaman Unidad de Medicina Familiar. Al no existir un número suficiente de médicos especialistas en Medicina Familiar para dar respuesta a las necesidades de atención a la población, algunos consultorios de las unidades de primer nivel son ocupados por médicos generales.

Las instituciones cumplen con la atención médica, pero no se preocupan por difundir que sus médicos son especialistas en Medicina Familiar, de tal forma que los pacientes en su mayoría no saben distinguir las características propias del Médico Familiar, y la mayoría piensa que solo en los hospitales se encuentran los especialistas, pues es a donde se les envía para ser intervenidos quirúrgicamente o a ser hospitalizados para resolver su problema de salud, y que es donde se encuentran la mayoría de los recursos tecnológicos con los que se llega a la mayor precisión diagnóstica.

El desconocimiento de las características y experticias de los Médicos de Familia especialistas se extiende entre otros médicos especialistas, olvidan que el Médico Familiar, como primer contacto, no solo promueve acciones de educación para la salud, protección específica, detección oportuna de enfermedades, tratamiento inicial con la intención de limitar el daño. Además, dichas acciones serán útiles en la posterior valoración que ellos realicen para evitar posibles complicaciones, usando recursos técnicos con los que el primer nivel de atención no cuenta.

También el Médico Familiar desempeña un papel importante en la rehabilitación del paciente, pues después de ser atendido a nivel hospitalario el paciente regresa al consultorio de Medicina Familiar para continuar su tratamiento. Esto pone de manifiesto que el Médico Familiar tiene un enfoque holístico de la atención de la salud, pues interviene en todos los niveles de prevención de la historia natural de la enfermedad.

Otro punto que requiere fortalecimiento, dada la poca información sobre la Medicina Familiar está en las escuelas y facultades de Medicina, ya que la mayoría de los jóvenes médicos optan por otras especialidades. Esto es debido a que sus profesores los deslumbran con la relatoría de casos de pacientes hospitalizados, pero que en el contexto de la atención a las demandas del servicio médico representan del

12 al 15% y de esos casos el 3% será enviado a un tercer nivel de atención, donde los subespecialistas tienen aún más y mejores recursos técnicos con los cuales deberán resolver la problemática del paciente.

Este año gracias al entusiasmo y participación activa del Presidente del CMMF, Dr. Homero De los Santos Reséndiz, se reactiva un importantísimo órgano de difusión del Colegio Mexicano de Medicina Familiar como es la Revista del propio Colegio. La cual, permitirá mantener informados a los Médicos Familiares sobre acciones de orden internacional que deberán acrecentar el orgullo de pertenencia al Colegio, al CIMF y a WONCA.

Puerto Rico

En Puerto Rico desde que comenzó la formación en el Programa de Residencia para obtener la Especialidad Médica, se tiene como parte de su currículo la Medicina comunitaria. Esta área se lleva a cabo a veces en conjunto con la Academia de Médicos de Familia de PR. donde se organizan actividades o talleres en las comunidades de acuerdo a las necesidades de esta. Algunas de las actividades se realizan en conjunto a otras Asociaciones o Entidades que tienen dentro de sus objetivos la Participación y Comunicación social. Se utilizan diferentes técnicas; ya sean clínicas, talleres de educación según necesidades que las comunidades han expresado.

También a través de Certámenes escolares donde se desarrolla un Tema de Salud como la obesidad, el tabaquismo u otros, dando la oportunidad a las comunidades escolares desarrollar el tema en forma artística. Hace varios años en PR., existe una entidad llamada; Agenda Ciudadana la cual tiene una Integración Multisectorial, ellos han desarrollado el Concepto de Participación y Comunicación Social a través de toda la Isla; creando estrategias propuestas por la misma comunidad y sus líderes comunitarios en básicamente todos los sectores, incluyendo la Salud de forma tal que es la misma comunidad quien informa sus necesidades reales.

La AMFPR continua promocionando la Especialidad de Medicina de Familia, como el Médico que une todas las especialidades y lo más importante, es el Aspecto Bio-sicosocial, concepto con el cual se logra una verdadera educación y prevención a la población y sus comunidades. El Departamento de Salud también realiza numerosas actividades de educación a las comunidades.

La Alianza de Salud para el Pueblo (Alianza) se constituyó en 2011 mediante un acuerdo de colaboración entre 4 organizaciones:

Entre los principios de nuestra organización, más relevantes de la medicina de familia y comunitaria están los siguientes:

1. Promover un sistema que integra los servicios con un sistema de cuidado primario fortalecido.
2. La atención directa de los individuos y la atención a las condiciones sociales que determinan la salud y las intervenciones que promueven la salud y previenen la enfermedad.
3. Un sistema que eduque y promueva que los participantes del sistema y la ciudadanía en general asuma responsabilidad social y participe en todos los niveles del sistema, desde el cuidado de la salud propia y el ambiente hasta la gobernanza del sistema.

Estos principios y propuestas han sido divulgados a través de los medios de comunicación tales como programas radiales, televisión y prensa escrita. Además se han presentado en discusiones

directas con diversos sectores comunitarios, incluyendo profesionales de la salud, sindicatos, líderes comunitarios y religiosos, universidades y en actividades de la Fundación Agenda Ciudadana. Dicha fundación promueve la participación ciudadana a través de foros comunitarios de diversos temas en todo el país. Por muchos años y de diversas maneras dicha organización ha promovido la discusión y formulación de recomendaciones ciudadanas a diversos problemas en diferentes áreas, incluyendo salud, educación y economía, entre otras.

Uruguay

La difusión de la especialidad la hacemos a través de actividades intersectoriales: fundamentalmente con el sector educación: se realizan talleres en Escuelas, Liceos, Centro de Atención Inicial a la Familia (CAIF) centros de Apoyo Escolar y liceal. En ese sentido aprovechamos instancias para difundir aspectos que hacen a nuestro rol como MFYC.

Se realizan cursos de agentes comunitarios de salud (ACS) en varios puntos del país, organizados y coordinados por los propios MFYC orientados a la democratización del conocimiento sobre derechos ciudadanos, participación comunitaria, estilos de vida saludables, comunicación, planificación local participativa, entre otros temas también nos permite trabajar en base a una modalidad que muestra cual es nuestra propuesta pero también nos permite incorporar a los agente comunitario en salud, ACS en los equipos de trabajo y mediante ellos difundir nuestro rol. El rol del agente comunitario en salud ha tomado fuerza en nuestro país y es importante trabajar con ellos en la difusión de nuestro rol, ellos conocen la realidad de su propia comunidad y lógicas de comunicación que manejan sin duda mejor que nosotros.

Durante el año se realizan a nivel nacional campañas sobre diferentes temas a saber: salud cardiovascular, salud de la mujer, violencia doméstica, hipertensión arterial, SIDA, lactancia materna, salud ocular, salud mental, salud renal, bucal, etc. Generalmente los días específicos que conmemoran aspectos de la salud se realizan jornadas en varios puntos del país en simultáneo instancias que sirven y son utilizadas para colectivizar aspectos de nuestra especialidad.

Conformación de Unidades Docentes Asistenciales de MFC en la capital del país y varios departamentos del interior incluyendo el área rural (convenio Facultad de Medicina ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) de MFYC, además de otros profesionales, esto permite el trabajo interdisciplinario y el intercambio permanente de otros técnicos que van conociendo nuestra especialidad, pero también permite aterrizar proyectos que tiene que ver con las estrategias y aptitudes del MFYC.

Estas UDAS se conformaron entre otros motivos, para ser el pilar de la formación de los estudiantes de medicina de pregrado, ya que el Nuevo Plan de Estudios de la Facultad de Medicina de la Udelar basa su formación en los primeros años en el espacio comunitario y del primer nivel de atención. Capacitación de las UDAS en la aplicación de herramienta PCAT para evaluar atributos de la APS en sus propios servicios integrados por MFYC.

Además de Montevideo los posgrados, los residentes de MFC, también realizan su formación en el interior del país, incluso en áreas rurales, esto aporta a la diversidad en su formación, pero también da la oportunidad de conocer aspectos comunitarios específicos de su lugar de trabajo y también esto permite ir creando espacios de trabajo desde la especialidad y fortalece equipos con esta mirada.

Venezuela

Realizamos sesiones educativas tipo charlas y talleres sobre las patologías relevantes a nivel nacional, tales como diabetes, hipertensión, obesidad, y sobre problemas psicosociales como embarazo a temprana edad, sexualidad responsable y otras. También se practican talleres a nivel de las escuelas y liceos sobre temas como alimentación saludable, promoción de hábitos saludables, entre otros.

En cuanto clínicas aquí se llaman Operativos médicos, se trata de actividades extramurales, coordinadas para incrementar los beneficiarios de procedimientos como citologías, vacunación, higiene dental, aplicación de anticonceptivos, entre otros. Por lo regular estos operativos son menos frecuentes (uno o dos por año) lo más frecuente son las sesiones educativas y las visitas a centros educativos.

En Venezuela se encuentran entidades públicas como el ministerio de salud, el seguro social, estatal PDVSA, (Petróleos de Venezuela), que realizan acciones locales con los recursos humanos formados en medicina familiar que dan servicios médicos. También apoyan en estas funciones las universidades, que son sede de los postgrados de medicina familiar, en particular la Universidad del Zulia, la Universidad de los Andes en el estado Mérida, la Universidad Francisco de Miranda en el estado Falcón, y la Universidad Lisandro Alvarado en el estado Lara. Gracias a los médicos residentes de postgrado se desarrollan gran parte de las acciones educativas y algunas inclusive se evalúan en sus resultados o impacto.

En cuanto a las de carácter privado contamos con la FUNDACIÓN VENEZOLANA PARA LA MEDICINA FAMILIAR, que tiene entre sus objetivos promocionar la especialidad a nivel comunitario. Una reciente incorporación de apoyo a la medicina familiar es la empresa privada prestadora de servicios de salud llamada: RESCARVEN. Finalmente hay una asociación civil comunitaria que inclusive publica en varios diarios de circulación nacional que siempre han apoyado a la Medicina Familiar, interactuando con FUNVEMEFA.

Las actividades se fundamentan en acciones preventivas, charlas grupales a pacientes en sala de espera con temas de interés relacionados con la enfermedad, entrega de trípticos educativos y charlas individualizadas a cada paciente en su consulta. Las actividades de la consulta no solo están confinadas a nuestra área dentro del ambulatorio, las acciones preventivas también salen a la comunidad, principalmente en alianza estratégica con las escuelas del área de influencia.

Existen los Club de Diabetes que se reúnen una vez al mes y está conformado por personal médico, de enfermería, de nutrición y de trabajo social, con pacientes diabéticos y sus familiares, así como con personas sanas con riesgo de tenerla, con la finalidad de ofrecer educación permanente, oportuna y de calidad, para motivar y sensibilizar sobre los hábitos de Vida Saludables como herramientas de prevención, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.

El equipo de salud liderizado por el médico de familia se reúne previamente para la planificación, selección de los temas a tratar y las estrategias a utilizar. La promoción de las actividades tiene el apoyo del servicio de trabajo social y se utilizan los contactos telefónicos y mensajes de texto como recordatorios de las actividades.

Conclusiones

A continuación se presentan las diferentes actividades y/o proyectos de Participación Social para Medicina Familiar y Comunitaria y Atención Primaria en Salud; que se lograron identificar y fueron suministradas por los representantes de cada país que participaron durante la cumbre.

1. Reuniones con las comunidades para conocer sus necesidades y prioridades en salud y formulación de planes.
2. Acompañamiento a grupos de agentes comunitarios en articulaciones intersectoriales.
3. Proyectos Comunitarios - Certámenes, Clínicas de Salud o Día Familiar.
4. Educación a través de radio, televisión, periódicos, página web.
5. Encuentro a Nivel Nacional de Agentes Comunitarios eso tal vez permitiría generar un espacio donde podemos también difundir nuestro rol como Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
6. Actividades:
 - Hacer por lo menos 1 vez al año una jornada de sensibilización de nuestros propios equipos de trabajo para que conozcan el rol del Médico de Familia y la Participación Comunitaria y Social.
 - Realizar jornadas en la comunidad simultáneamente con varios países, donde se difunda claramente nuestro rol, en afiches, panfletos, boca a boca. Establecer o seleccionar el día de los Médicos de Familia y Comunidad; podría ser también en alguna jornada temática en relación a un tema de salud, incluso ese mismo día traer medios de comunicación a cada comunidad, para difundir nuestro rol específico y continuar conociendo las necesidades de la comunidad.
7. Vídeo: Para difundir el Rol del Médico de Familia en la Atención Primaria. Disponible en: <http://youtu.be/7BRezc0CNwI>
8. Intercambio de Experiencias Nacionales e Internacionales.
9. Participación en Actividades Internacionales, en los Congresos Locales, Regionales o Nacionales de Médicos Especialistas en Medicina de Familia, solicitar que cada uno de los presentes en reuniones Internacionales, inviten por lo menos a uno más a participar activamente para que se incremente la participación y de esta forma se fortalezca la Medicina Familiar. A mayor cantidad de médicos reunidos mayor fuerza y proyección de la Medicina Familiar.
10. Redes Sociales tales como: Facebook, Twitter, como *Medio de Difusión y Campaña de Educación y Prevención* de forma tal que se mantengan *canales de comunicación*.
11. Crear Grupos que evalúen y diseñen acciones dirigidas a las áreas de comunicación que mencionamos en las Estrategias, tales como: Comunicación Institucional, Relaciones Políticas, Personas Claves en Redes Sociales, Grupo de Portavoces, Estudios, Encuestas.
12. Integrar la participación y comunicación social al sector académico desde el pregrado al postgrado.
13. Poder de decisión en los Sistemas de Salud - Crear legislación.
14. Fomentar el Empoderamiento de las Personas y Comunidades.
15. Desarrollar el intercambio de ideas y proyectos con entidades y fundaciones; entre las cuales ya se encuentran: Organización Rescarven, Caracas, Venezuela. Agenda Ciudadana, Puerto Rico, Alianza por la Salud del Pueblo, PR. y el Movimiento por la Salud de los Pueblos.
16. Folleto - Educativo sobre: La Participación Social y el Médico de Familia.

V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar Implementando una verdadera Alianza Internacional Permanente de Participación y Comunicación Social

Democracia Participativa

Comunícate a tu médico Familiar las necesidades de tu comunidad

Tus ideas son importantes para nosotros.

<http://www.cimfweb.org/>

Elaborado por los integrantes de la mesa de Trabajo Sobre la Participación y Comunicación Social para la Medicina Familiar y comunitaria y la Atención Primaria en Salud. Grupo N°2
 Coordinadoras: Dra. Marina Almenas Tesorera CIMF y Dra. Noris Serrudo Vicepresidente Subregión Andina CIMF.

Participación y Comunicación Social en Medicina Familiar

El médico familiar se especializa en ti y en tu familia.

Los especialistas en medicina familiar integran los conocimientos de varias especialidades médicas y ofrecen servicios de salud integral, continua a pacientes de todas las edades, sexo y condición, cuidando de la salud del paciente durante el transcurso de nuestras vidas.

El médico familiar luego de cursar estudios de medicina, realiza el postgrado de la especialidad en medicina familiar, con una duración promedio de tres años, adquiere conocimientos de otras especialidades tales como pediatría, ginecología, cirugía, psiquiatría y ramas de la medicina interna, tales como cardiología, endocrinología y dermatología entre otros abarcando todos los aspectos de la salud y el comportamiento humano.

Al integrar todas estas especialidades médicas, al igual que otras disciplinas aliadas a la salud como nutrición, educación en salud y trabajo social entre otras, los especialistas en medicina de familia están entrenados para brindar servicios de salud y el cuidado médico a toda la familia, independientemente del sexo, edad o condición médica; ofreciendo a sus pacientes un cuidado integral y continuo de excelencia, a la par con los avances tecnológicos y manteniendo el aspecto humanístico de la medicina.

El médico familiar es el especialista que asume la responsabilidad del cuidado integral del paciente y su familia, cubre el desarrollo de todas las etapas del ciclo de vida, nacimiento, crecimiento y desarrollo de la niñez, adolescencia, matrimonio, planificación familiar, control de embarazo, adultez y vejez, a su vez educa al paciente a mantenerse saludable impartiendo educación para la salud.

17. Crear una Alianza Internacional permanente de Participación y Comunicación Social con la Medicina Familiar.

Alianza Internacional de Medicina Familiar para la Participación y Comunicación Social de Médicos de familia. CIMF-WONCA.¹²



Entidades que deben ser parte de esta ALIANZA:

Sociedades y Asociaciones de Medicina Familiar de Iberoamerica
Fundación Venezolana de Medicina Familiar, FUNVEMEFA
Unidad de Cuidados Primarios, UCP. Venezuela
Centro Integral de la Familia, CIF. Venezuela
Fundación Agenda Ciudadana, Puerto Rico
Organizaciones no Gubernamentales
Movimiento de Salud de los Pueblos
Academia Nacional de la Medicina
Organizaciones de Salud Publica
Alianza para la Salud del Pueblo
Asociaciones Cientificas
Rescarven. Venezuela.
Iniciativa Privada
Universidades

Referencias

1. Declaración de Alma ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
2. Arias Liliana, Brandt Cesar, Freifer Sandra, Fernandez Miguel Angel. Perfil del Médico de Familia, Santiago de Cali, Colombia, mayo de 2010.
3. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). Declaración de Sevilla (España), 2002. Disponible en: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/organizacion/CIMFdeclaracionSevilla.pdf
4. CISAS - Centro de Información y Servicios de Asesor en Salud (Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud). Disponible en: <http://www.cisa.org.ni/>
5. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). Compromiso de Santiago de Chile. II Cumbre de Medicina Familiar, 2005. Médico de Familia, 2005;13(2):11-12.
6. Alianza de Salud para el Pueblo, Declaración de principios y propuestas, 8 de septiembre, 2012.
7. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). Carta de Fortaleza (Brasil), 2008. Rev bras med fam comunidade, 2011;6(supl 1):49-51.
8. Lucha de los pueblos por su salud y liberación en América Latina: Una perspectiva histórica. David Werner, Cuenca-Ecuador, Octubre 2013.
9. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). Carta de la Asunción (Paraguay), 2011. Disponible en: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/organizacion/CIMFcartaAsuncion.pdf
10. Declaración del Movimiento de Salud de los Pueblos de América Latina y el Caribe; <http://www.phmovement.org/es/node/8199>.
11. Patient Centered Medical Home; <http://pcmh.ahrq.gov/>
12. Werner, David B. and Bill Bower, Aprendiendo a Promover la Salud, Centro de Estudios Educativos, A.C. México. 1984, http://www.redmujeres.org/biblioteca%20diginal/promocion_salud.pdf

Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica

Training programs in Family Medicine in Latin America

Programas de formação em Medicina da Família na América Latina

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

Resumen

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

Palabras clave:

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

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

Financiación:
ninguna declarada.
Aprobación ética:
no aplicable.
Conflicto de intereses:
ninguna declarada.
Procedencia y revisión por pares:
revisado por pares.
Recibido el: 19/02/2016.
Aceptado el: 19/03/2016.

Abstract

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

Keywords:

Family Practice
Training Programs
Competency-Based Education
Residency, Medical

Resumo

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

Palavras-chave:

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

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

Introducción

La atención primaria, más necesaria que nunca

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

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

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

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

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

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

Recursos humanos en atención primaria - médico familiar

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

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

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

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

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

Programas de formación en la especialidad de medicina familiar

El sistema de formación especializada, a través de la residencia, contribuye a elevar de forma homogénea la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, mejorando la calidad de atención.^{19,24,25}

Europa

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

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

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

Fuente:²⁶⁻²⁸ Elaboración: autores.

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

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

América Latina

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

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

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

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

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

Metodos

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

Resultados

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

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

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

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

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

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

Tiempo asignado de formación en rotaciones ambulatoria/Hospitalaria:

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

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

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

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

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

Discusión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

Recomendaciones

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

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

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

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

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

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

Agradecimientos

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

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

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

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

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

Referencias

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

4. Nervi LL. Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud [Internet]. 2008. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://myslide.es/documents/alma-ata-y-aps.html>
5. Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca- Informe sobre la salud en el mundo 2008 [Internet]. 2008. [Acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08/_report_es.pdf
6. Villarreal Amaris GE. Atención primaria marco regulador de los sistemas de salud. REVISALUD Unisucre [Internet]. 2013;1(1):63-6.
7. PROFAM. Introducción a la práctica de la Medicina Familiar [Internet]. 2000. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/introduccion-a-la-mf-foroaps.pdf>
8. Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colect. 2009;5:27-47.
9. Zurro AM, Solà GJ. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria [Internet]. En: Zurro AM, Solà GJ. Atención familiar y salud comunitaria. Madrid: Elsevier España; 2011. p.3-16. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
10. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc). 1996;106(3):97-102.
11. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
12. Pantoja C T. ¿Por qué un Departamento Académico de Medicina Familiar? Rev Méd Chile. 2003;131(3):338-42.
13. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(2):176-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000800011>
14. González-Blasco P, Ramírez-Villaseñor I, Bustos-Saldaña R, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático. Archiv Med Fam. 2005;7(1):1-3.
15. WONCA Europe. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia. 2005;1-15. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Wonca%20definicion%20spanish%20version.pdf>
16. CFPC Working Group on Curriculum Review. CanMEDS-Family Medicine. A New Competency Framework for Family Medicine Education and Practice in Canada. 2009;1-20. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.congress-info.ch/wonca2009/pages/handouts/pdf/WS-006.pdf>
17. Tannenbau D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et al. CanMEDS- Family Medicine-Working Group on Curriculum Review. 2009. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMedsFMEng.pdf>
18. Rey-Gamero AC, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev Gerenc Políticas Salud. 2013;12(25):28-39.
19. Casado V, Luzón L. Razones, retos y aportaciones del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España. [Internet]. [acceso 24 Mar 2016]. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):195-205. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)876](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)876)
20. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf> y <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>
21. Argentina. Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud. Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas Especialidad Medicina General y/o Familiar. 2010;1-31. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina general y familiar ok.pdf>
22. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, et al. Family practice development around the world. Fam Pract. 1996;13(4):351-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/13.4.351>
23. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. J Am Board Fam Pract. 2001;14(1):54-63.

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

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

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

Analisis comparativo de la certificación, recertificación y acreditación en Latinoamérica para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Comparative analysis of certification, certification and accreditation in Latin America for the specialty of Family and Community Medicine

Análise comparada dos processos de certificação, recertificação e acreditação em Medicina de Família e Comunidade na América Latina

Patricia Vargas. Facultad de Medicina, Universidad de Chile (UCh); Sociedad Científica de Medicina Familiar. Santiago, Chile. elizavargas@u.uchile.cl (*Autora para correspondencia*)

Haydeé Cabrera Reyes. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. México. cabrehay@hotmail.com (*Autora para correspondencia*)

Johanna Montalvo Vázquez. Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL); Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF). Loja, Ecuador. johanna.montalvo@hotmail.com

Nancy del R. López Vásquez. Universidad de Chile (UCh); Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile. Santiago, Chile. nancylopez@med.uchile.cl

Emilio Rosseti Pacheco. Comisión de titulación de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. emiliorossetti@hotmail.com

Diana Yuruhán Mohrbach. Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Asunción, Paraguay. dyuruhan@hotmail.es

Víctor Ángel Rojas Ardila. Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA). Venezuela. docermf2010@gmail.com

Fátima Aguayo Arteaga. Sociedad Boliviana de Medicina Familiar (Filial La Paz). Bolivia. atimarteaga@hotmail.com

Resumen

La certificación y acreditación de competencias profesionales son actividades de cualquier área de formación profesional que existen en el mundo, y la profesión médica no ha estado ajena a ellas. Este estudio inicia en la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en Quito, Ecuador; en la cual se planifica una investigación de tipo descriptivo basada en la aplicación del método comparado denominado análisis entre países o *cross-national*, que analiza información comparativa de 8 países de Latinoamérica (México, Ecuador, Brasil, Bolivia, Argentina, Paraguay, Venezuela y Chile). El análisis documental muestra que hay diferencias importantes entre países; desde Ecuador, que no tiene implementado ningún proceso de certificación, recertificación y acreditación; Argentina, que tiene proceso de certificación, y en marcha los procesos de recertificación y acreditación; Brasil, Chile y Venezuela, que tienen sólo los procesos de certificación y acreditación; Venezuela no tiene implementado el proceso de recertificación; México, Paraguay y Bolivia que tienen los tres procesos implementados. El estudio demuestra cómo los países del concierto latinoamericano han avanzado a ritmos distintos en sus procesos de certificación, recertificación y acreditación, y tienen estructuras de organización diferentes para los mismos fines.

Cómo citar: Vargas P, Cabrera H, Montalvo J, López NR, Pacheco ER, Yuruhán D et al. Analisis comparativo de la certificación, recertificación y acreditación en Latinoamérica para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 1):61-70. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1275](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1275)

Palabras clave:

Certificación
Acreditación
Medicina Familiar y Comunitaria
Atención Primaria de Salud
América Latina

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:

no aplicable.

Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 19/02/2016.

Aceptado el: 19/03/2016.

Abstract

The certification and accreditation of professional competences are activities that any area of vocational training in the world puts it, and the medical Profession has not been alien to her. This study began in the V Ibero-American summit of Family Medicine in Quito Ecuador, in which a descriptive research based on the planned application of the method called analysis compared between countries or cross-national, comparative information analyzing 8 countries Latin America (Mexico, Ecuador, Brazil, Bolivia, Argentina, Paraguay, Venezuela and Chile). The documentary analysis in each country shows that there are significant differences between countries, from Ecuador has not implemented any certification process, recertification and accreditation; Argentina has certification process; up processes certification and accreditation, Brazil, Chile and Venezuela, which have only the processes of certification and accreditation; Venezuela has not implemented the process of recertification. Mexico, Paraguay and Bolivia that have implemented the three processes. The study demonstrates how the Latin American countries have advanced concert at different rates in their certification processes, recertification and accreditation, which have different organizational structures for the same purposes.

Keywords:

Certification
Accreditation
Family Practice
Primary Health Care
Latin America

Resumo

Certificação e acreditação de competências são atividades de qualquer área de formação profissional no mundo, e a profissão médica não tem sido alheia a elas. Este estudo teve início na V Cumbre Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade em Quito, Equador, com uma pesquisa descritiva baseada no método de análise comparada entre países, ou método *cross-national*, que analisa os processos de certificação, recertificação e acreditação em 8 países da América Latina (México, Equador, Brasil, Bolívia, Argentina, Paraguai, Venezuela e Chile). A análise dos resultados mostra que existem diferenças importantes entre os países, desde o Equador, que não implementou qualquer processo de certificação, recertificação ou acreditação; a Argentina tem processo de certificação e processos de recertificação e acreditação em andamento; Brasil, Chile e Venezuela têm apenas os processos de certificação e acreditação; chegando ao México, Paraguai e Bolívia, que contam com os três processos implementados. O estudo demonstra como os países da América Latina têm avançado em ritmos diferentes em seus processos de certificação, recertificação e acreditação e têm diferentes estruturas organizacionais para os mesmos fins.

Palavras-chave:

Certificação
Acreditação
Medicina de Família e Comunidade
Atenção Primária à Saúde
América Latina

Introducción

No cabe duda que la medicina que tenemos hoy es producto de las intensas transformaciones sociales que han venido afectando la forma de aprender, entregar y practicar la medicina,^{1,2} lo cual ha trascendido más allá del ámbito sanitario,^{3,4} lo que ha obligado a tener instancias de planificación y control respecto de las pertinencias y eficacia de las acciones innovadas en los procesos de certificación y acreditación, que salvaguarden la generación de productos educativos idóneos y de calidad.^{3,5,6} Según la Real Academia de la Lengua Española certificar es asegurar, afirmar y dar por cierto algo, en este caso la calidad de especialista. También significa constar por escrito una realidad de hecho por quien tenga fe pública o atribución para ello.⁷

La Organización Mundial de la Salud no ha estado ajena a los procesos formativos de médicos a nivel mundial, sugiriendo recomendaciones para la mejor formación y práctica médica, que está relacionado también con procesos de certificación y acreditación de competencias necesarias para ello,^{5,6} a lo que se suman las recomendaciones de otras organizaciones internacionales,^{8,9} lo que ha sido muy útil tanto para los procesos de pregrado como posgrado. Lo anterior explica por qué Estados Unidos de Norteamérica lleva casi un siglo trabajando en sistemas de acreditación institucional, orientados al cumplimiento de estándares y criterios consensuados para determinar los mínimos exigibles a todas las instituciones y programas, en orden a desarrollar planes de estudio eficaces para la formación de los profesionales.^{6,10}

La Medicina Familiar es una especialidad que se caracteriza por el enfoque integral en la atención de los problemas de salud, que entiende cómo la enfermedad es socialmente construida en la vida de los pacientes y sus familias, fundida con la cultura y la ciencia, siendo una especialidad médica que centra su

atención en la relación médico-paciente sin distinción de edad, sexo o condición, idealmente durante todo el ciclo vital de una familia y sus integrantes, independientemente de las afecciones que presenten;¹¹ y que, tal como ha ocurrido con la formación y práctica médica en general, no ha estado exenta de los procesos de certificación y acreditación como especialidad médica.

Al contrario de lo que se observa en algunas series televisivas sobre medicina (como *Dr. House* y semejantes), la gran mayoría de las enfermedades que afectan a la población no son raras ni graves, sino todo lo contrario, las que se resuelven en su gran mayoría en la Atención Primaria en Salud, motivo por el cual los programas innovados de la formación médica están promovidos y orientados a su práctica en este primer nivel de atención.¹² Lo anterior es muy importante, ya que constituye el espacio donde convive el Médico de Familia (MF). El periodo de formación especializada del médico de familia, de acuerdo a los diferentes programas internacionales, va desde los 2 años de Brasil hasta los 6 años en Finlandia, con 3 años en Canadá, Chile o Inglaterra, y 4 en España o Portugal; y proporciona a este profesional de la salud capacitación en acciones preventivas, recuperativas, promocionales, educativas y de participación comunitaria. Durante el período de residencia, este médico construye su nueva experticia y aprende a lidiar con los problemas clínicos comunes de esta práctica clínica centrado en la Atención Primaria en Salud (APS) y el nivel secundario, con el propósito de mejorar sus habilidades clínicas. Sin embargo, el período de aprendizaje del MF no termina aquí, pues debe participar de procesos de certificación y recertificación que evalúen y avalen su capacidad para mantener la práctica clínica cualificada.

En países en los que la Medicina Familiar goza de mayor estatus dentro del sistema sanitario, como Inglaterra por ejemplo, se llevan a cabo procesos de recertificación cada 5 años. En Sudamérica, países como México, Paraguay y Argentina ya realizan la recertificación de los MF. Sin embargo, la mayoría de ellos, como Brasil, Chile, Ecuador y Venezuela, no disponen de estos procesos, lo que supone un obstáculo para el mantenimiento de una práctica clínica de excelencia.

El presente trabajo tiene por objetivos: 1) Establecer la línea base de los programas de certificación y acreditación de las Sociedades de Medicina Familiar en Iberoamérica, 2) Identificar las fortalezas y debilidades de los programas de certificación y acreditación activos en los diferentes países para las Sociedades de Medicina Familiar en Iberoamérica, 3) Establecer recomendaciones generales que faciliten la implementación de este proceso en cada uno de los países de la región. El propósito es impulsar el fortalecimiento de la Medicina Familiar en Latinoamérica a través de la implementación de procesos de certificación, recertificación de los MF en todos los países de esta región, de manera que brinden una atención de mayor calidad de acuerdo con los estándares fijados para el ejercicio de su profesión así como mantenerse en esa circunstancia a lo largo de su vida médica. Este proceso se complementa con la acreditación de los programas de formación para MF, en el marco de una política de salud que garantice la formación de profesionales con las competencias necesarias según la realidad sociopolítica de cada país.

Referentes

Desde la declaración de Ontario en 1994 y a partir de la “mini cumbre” realizada en Isla Margarita, Venezuela, el año 2003, se han elaborado 10 recomendaciones que mencionaremos en este documento, como apoyo a los planteamientos de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, que tiene

como meta apoyar la formación y crecimiento de la Medicina Familiar como especialidad médica central para el primer nivel de atención y la APS.

En este contexto, la declaración de Ontario del año 1994 recomendó establecer colegios o academias de MF en todos los países, para afianzar de forma continua sus competencias a través de métodos válidos y confiables, además que todos los países provean la formación de MF. Con la declaración de Buenos Aires del año 1996, se recomendó mantener estándares de calidad necesarios para el correcto funcionamiento de los MF en el sistema, que los centros formadores y los sistemas de salud se involucren en la formación de MF bajo el contexto de la reforma de los sistemas de salud. En la Primera Cumbre de Medicina Familiar, realizada en Sevilla el año 2002, se concluye que la certificación es un proceso voluntario cuyo objetivo es garantizar, a través del cumplimiento de estándares mínimos cognitivos y actitudinales, la calidad de los cuidados médicos para mejorar la salud de los ciudadanos, siendo relevante facilitar la implantación de procesos de certificación de MF alentando la creación de Consejos de Certificación Profesional. Una segunda recomendación de esta Cumbre fue establecer requisitos mínimos comunes para todos los programas de residencia en Medicina Familiar de Iberoamérica, que garanticen la calidad y puedan servir tanto para una futura acreditación internacional como para la certificación y recertificación de los MF. Por otro lado, se recomienda fomentar el intercambio entre los países sobre la formación en Medicina Familiar, difundiendo las experiencias y prácticas existentes.

Tanto en la Primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en Sevilla el año 2002,¹³ como en la primera reunión de expertos en certificación profesional y acreditación de programas de Medicina Familiar, realizado en Isla Margarita el año 2003,¹⁴ se generan lineamientos para que los países definan los requisitos mínimos de acreditación de Residencias de Medicina Familiar, se creen las Comisiones Nacionales Interinstitucionales de Residencias Médicas con carácter normativo tanto para la especialidad de Medicina Familiar como para las otras especialidades médicas, certificación periódica garante de estándares técnicos de calidad para los usuarios de los servicios de salud, y donde participen Sociedades Científicas, Universidades, Servicios de Salud, entre otros, realizando convenios de colaboración que garanticen procesos objetivos, pertinentes, idóneos y de calidad científico técnica.

En la II Cumbre de Medicina Familiar, realizada en Santiago Chile el año 2005,¹⁵ los Gobiernos junto a las Sociedades Científicas, Colegios Profesionales y Universidades se comprometieron a facilitar la implementación de procesos de Certificación de MF en todos los países de la Región. Más adelante, en la III Cumbre de Medicina Familiar realizada en Fortaleza, Brasil el año 2008,¹⁶ se promueven incentivos para el mejor desempeño, desarrollo profesional permanente, certificación profesional y recertificación periódica de los MF, garantizando el financiamiento a través de políticas de estado que aseguren la sustentabilidad a lo largo del tiempo.

Material y Metodo

El presente es un trabajo descriptivo que utiliza el método comparativo denominado *cross-national* o análisis entre países,¹⁷ que incluye las variables de análisis: procesos de certificación, recertificación y acreditación de los MF de cada país, comparando las características propias del marco conceptual determinado, a fin de diferenciar las unidades de análisis definidas.

El trabajo se inicia con la conformación de un grupo Iberoamericano de trabajo compuesto por 8 países, que construye y recoge información a partir de una encuesta por este comité de expertos. Con la información obtenida se realiza un análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) y se comparan los niveles de avance de los procesos de certificación, recertificación y acreditación de la especialidad de Medicina Familiar de los países de Ecuador, Venezuela, Bolivia, México, Argentina, Paraguay, Brasil y Chile. Los resultados fueron presentados en la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, realizada en Quito, Ecuador en abril de 2014, y se explicitan en el siguiente apartado del escrito.

Resultados

En el Cuadro 1 se presentan los resultados por países colocados en las filas, y tres columnas con las dimensiones de Certificación, Recertificación y Acreditación.

Cuadro 1. Resultados por países en las dimensiones de Certificación, Recertificación y Acreditación.

V CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR, 11 Y 12 DE ABRIL DE 2014 QUITO, ECUADOR			
DOCUMENTO DE TRABAJO			
CERTIFICACIÓN, RECERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR			
País	Certificación	Recertificación	Acreditación
ARGENTINA	- Se implementa el año 2010, proceso voluntario. - Convocado y Garantizado por certificación de la Federación Argentina de Medicina General y Familiar.	Es voluntario y lo realiza la Federación Argentina de Medicina Familiar y General para el Ministerio de Salud de la Nación	- Lo realiza la Federación Argentina de Medicina Familiar y General para el Ministerio de Salud de la Nación
BOLIVIA	- La certificación es voluntaria y la entregada una vez terminada la Residencia Médica de tres años, el Colegio Médico de Bolivia, previa verificación y aprobación de los requisitos por la Sociedad de Medicina Familiar.	- Es voluntario y se realizó en el año 2005 por única ocasión. - La Sociedad Boliviana y la Sociedad Paceaña de Medicina Familiar pretenden retomar el proceso de Recertificación en la gestión 2014-2015.	- Existe y es realizada por comité conformado por Universidad, Sociedad Científica de Medicina Familiar y Colegio Médico. El responsable de la acreditación de los Programas de Residencia es la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM), órgano que pertenece al Ministerio de Educación (MEC). Universidades y Escuelas de Salud (Estadales y Municipales) pueden inscribir a Programas de Residencia Médica. La CNRM cuenta con un grupo de especialistas en Medicina Familiar que realiza visitas de inspección a los servicios que pretenden ofrecer nuevos Programas de Residencia. La SBMFC ha estado indicando al MEC los especialistas para la realización de las inspecciones. Cada Programa de Residencia tiene un coordinador, vinculado a una Comisión de Residencia Médica (COREME), a nivel local. Las COREMEs de cada Estado están vinculadas a una Comisión Estadual de Residencia Médica (CEREM) que, a su vez, tiene representatividad junto a la CNRM, a nivel nacional.
BRASIL	- Se implementa en el año 2003 por la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad (SBMFC) - Han sido realizados 19 exámenes de título entre 2003 y 2015.	- En 2005, el Consejo Federal de Medicina (CFM) creó, conjuntamente con la Asociación Médica Brasileña (AMB), la Comisión Nacional de Acreditación (CNA), que determinaba que aquellos que tenían el título de especialista expedido a partir del 2006 deberían reconocerlo otra vez cada 5 años. Sin embargo, esta decisión fue revocada por parte del CFM en 2012, y la recertificación ya no existe actualmente.	

Continuación Cuadro 1.

CHILE	<ul style="list-style-type: none"> - Certificación por dos vías: La formación universitaria nacional o extranjera hasta 1985 y adiestramiento en práctica certificado por Servicios de Salud hasta diciembre de 2012. - Actualmente la certificación se realiza por dos vías: 1) Vía adiestramiento en práctica, 2) Comité CONACEM. 	- No existe.	<ul style="list-style-type: none"> - Es normativo exigido por la Superintendencia del Ministerio de Educación (Ley 20.129). - Pasó de ser voluntario año 2007 a obligatorio desde 2015, a través de entidades acreditadoras.
ECUADOR	- No existe proceso de certificación.	- No existe proceso de recertificación.	<ul style="list-style-type: none"> - No existe proceso de acreditación. - Existe. - Hay tres modelos de evaluación y/o acreditación institucional: El modelo ANUIES de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, el modelo FIMPES de la Federación de Instituciones Mexicanas Particulares de Educación Superior, y el programa PIFI orientado a la evaluación integral de Fortalecimiento Institucional. - El Diploma de Especialista en Medicina Familiar lo expide la Institución de Educación Superior que da el aval a la residencia médica de medicina familiar. - La Cédula Profesional la expide la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.
MÉXICO	<ul style="list-style-type: none"> - Implementado desde 1988 como proceso voluntario y cambia a obligatorio el año 2011 por Ley General de Salud. - A cargo de El Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar y el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM). - La transparencia del proceso es institución externa, Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, ajena a la medicina familiar. 	- Existe desde el año 1995, proceso voluntario que cambia a obligatorio el año 2011 por Ley General de Salud.	
PARAGUAY	<ul style="list-style-type: none"> - El proceso de certificación inició en el año 2000, a través del ordenamiento de las Sociedades científicas con la coordinación del Círculo Paraguayo de Médicos. - Existe un reglamento. - La certificación es automática en los residentes egresados de las residencias acreditadas por la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar. - Médicos con título de especialista del extranjero deben presentar documentos probatorios y presentar el examen de certificación. - Proceso voluntario, que de no hacerse, no figurará en el registro de la especialidad expedido por el Ministerio de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - La recertificación se lleva a cabo cada cinco años, y pueden reunirse los puntos para recertificar y en caso de no alcanzar el puntaje, se presentará un examen. - Hay reglamento de recertificación en uso. - Hay Comité de recertificación independiente. 	La acreditación de las Unidades Formadoras de especialistas la realiza la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, los médicos formados en las mismas son automáticamente certificados.
URUGUAY	- Existe proceso de certificación el año 2001, es voluntario y necesario para adquisición del título.	- No existe proceso de recertificación.	- Existe por la Escuela de Graduados de la Universidad de la República.
VENEZUELA	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene sus inicios el año 2004, a solicitud de Fundación Venezolana para la Medicina Familiar y con la ayuda de El Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. - Actualmente la Certificación la realiza la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar. - No es obligatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe, es voluntario y es efectuado por la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar. Aun no se ha iniciado su implementación. - Es común para todos los médicos de familia en ejercicio público o privado. 	- Existe, es voluntario, acredita para 3 a 5 años y lo realiza el Consejo Consultivo Nacional de Posgrado, órgano adscrito al Ministerio de Educación Universitaria.

Conclusiones

Existen desarrollos disímiles de la especialidad de Medicina Familiar en el concierto Iberoamericano, lo que explica las diferencias observadas también en el desarrollo de la certificación, recertificación y acreditación de la especialidad.^{13-16,18-21}

Estos procesos son indispensables para garantizar el reconocimiento y calidad de los Médicos Familiares y por lo tanto elevar el nivel de salud de la población.

La certificación debe ser concordante con el perfil y los principios disciplinarios de la especialidad (WONCA).

En el caso de la acreditación resulta trascendental que se la realice al programa académico cumpliendo con los estándares propuestos en el perfil del MF.

El proceso de Recertificación en la mayoría de los países no existe, lo que debe ser considerado el aspecto más débil, y sobre el cual se debe trabajar más en todos los países a efectos de su consolidación.

Es necesario que las Sociedades Científicas locales sean actores y proveedores en los procesos de certificación, acreditación y recertificación.

La certificación, acreditación y recertificación no deben ser consideradas como procesos punitivos sino como la oportunidad de asegurar una atención de calidad debiendo garantizarse el proceso de formación continua con igualdad de oportunidades para acceder a ella.

Recomendaciones

- Conformar un observatorio que monitoree los avances de estos procesos en los países de la región hasta la próxima Cumbre 2016, donde Wonca Iberoamericana- CIMF es un actor clave en el proceso.
- Constituir en cada país Comités de Acreditación y Certificación de la especialidad por Sociedades Científicas, Universidades y otros actores, según cada país.
- Instaurar la recertificación de manera gradual acorde a los contextos de desarrollo de la especialidad en los diferentes países, respetando sus necesidades y sus realidades diversas. Para ello se debe utilizar un sistema de puntuación adecuado y flexible acorde con cada realidad laboral local.
- Cada país deberá definir el sistema de certificación más conveniente a su realidad, proceso que deberá incorporar una evaluación formal a través de la cual se midan las competencias esperadas tanto en los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el buen desempeño profesional.
- Contar con programas de formación de la especialidad acreditados conforme a un consenso en aspectos disciplinarios de la Medicina Familiar, tanto en lo preventivo-promocional, clínico, administrativo, comunitario e intersectorial.
- Evaluar el impacto de metas a nivel Iberoamericano de los procesos de certificación, recertificación y acreditación de manera sistemática y programada, considerando por ejemplo:
 - a) N° países región de la Wonca Iberoamericana-CIMF que tienen en marcha el proceso certificación/N° países de la región Wonca Iberoamericana-CIMF.
 - b) N° países de la región Wonca Iberoamericana-CIMF con injerencia directa o indirecta de las Asociaciones Nacionales de Medicina Familiar/N° países de la región Wonca Iberoamericana-CIMF.

- c) Al menos 60% países de la región tengan en marcha un proceso de certificación en la próxima Cumbre Wonca Iberoamericana-CIMF.
- d) Al menos 75% de los países que tienen en marcha un proceso de certificación tengan funcionando la recertificación en la próxima Cumbre Wonca Iberoamericana-CIMF.
- e) Que el 90% países de la región donde hay procesos de certificación y recertificación exista participación directa o indirecta de las Asociaciones Nacionales de Medicina Familiar.

Agradecimientos

Integrantes del Grupo de Trabajo:

Johanna Montalvo Vázquez. Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF), Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador. Coordinadora del Grupo Iberoamericano de Certificación, Recertificación y Acreditación.

Patricia Vargas. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sociedad Científica de Medicina Familiar. Chile.

Haydeé Cabrera Reyes. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. México.

Nancy del R. López Vásquez. Universidad de Chile, Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile. Chile.

Diana Yuruhán Mohrbach. Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Paraguay.

Fátima Aguayo Arteaga. Sociedad Boliviana de Medicina Familiar (Filial La Paz). Bolivia.

Emilio Rosseti Pacheco. Comisión de titulación de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC). Brasil.

Víctor Ángel Rojas Ardila. Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA), Venezuela.

Raúl O. Urquiza. Consejo de Certificación de Federación Argentina de Medicina Familiar (AMFYG). Argentina.

Integrantes de la Mesa:

Johanna Montalvo Vázquez. Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF), Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador. Coordinadora del Grupo Iberoamericano de Certificación, Recertificación y Acreditación.

Raúl O. Urquiza. Consejo de Certificación de Federación Argentina de Medicina Familiar (AMFYG). Argentina.

Patricia Vargas. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sociedad Científica de Medicina Familiar. Chile.

Haydeé Cabrera Reyes. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. México.

Nancy del R. López Vásquez. Universidad de Chile, Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile. Chile.

Diana Yuruhán Mohrbach. Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Paraguay.

Fátima Aguayo Arteaga. Sociedad Boliviana de Medicina Familiar (Filial La Paz). Bolivia.

Emilio Rosseti Pacheco. Comisión de titulación de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC). Brasil.

Rodrigo Xavier Astudillo Romero Universidad Técnica Particular de Loja, Titulación de Medicina. Miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar.

Miriam Alexandra Mora Verdugo. Miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar.

Fausto Gady Torres Toala. Miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar.

Reinaldo Muñoz Sepúlveda. Universidad de Chile, Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile. Chile.

Carla Argudo Haro. Universidad de Chile, Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile. Chile.

Teófilo Garza Elizondo. Sociedad Neolonesa de Residentes y Especialistas en Medicina Familiar, A. C.

Colaborador en la corrección y edición del artículo:

Jhonny Acevedo. Matrón, Académico Universidad de Chile.

Referencias

1. Tosteson DC, Adelstein SJ, Carver ST. *New Pathways to Medical Education: Learning to Learn at Harvard Medical School*. 2nd ed. Cambridge: Harvard University Press; 1994.
2. General Medical Council. *Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education*. London: General Medical Council; 1993.
3. Lemaitre MJ, Maturana M, Zenteno E, Alvarado A. Cambios en la gestión institucional en Universidades, a partir de la implementación del sistema nacional de aseguramiento de la calidad: La experiencia chilena. *Calid Educ*. 2012;36:21-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-45652012000100001>
4. Hopenhayn M. Desafíos formativos de la globalización cultural. En: *El Impacto de la Globalización en la Educación Superior Chilena*. Santiago: Mineduc Chile; 1998. p.25-9.
5. Boelen C, Heck JE. *Definiendo y midiendo la capacidad de las facultades de medicina de rendir cuentas ante la sociedad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1997.
6. Kassebaum DG, Cutler ER, Eaglen RH. On the importance and validity of medical accreditation standards. *Acad Med*. 1998;73(5):550-64. PMID: 9609872 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199805000-00027>
7. *Diccionario de la lengua española*, 22ª Ed. Madrid: Real Academia Española; 2012.
8. Organización Mundial de la Salud. *Médicos para la Salud. Estrategia mundial de la OMS para reformar la enseñanza de la medicina y la práctica médica en pro de la salud para todos*. Ginebra; 1996.
9. WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education. Report of the Working Party, Copenhagen, 14-16 October 1999. *Med Educ*. 2000;34(8):665-75. PMID: 10964216
10. Kassebaum DG, Eaglen RH, Cutler ER. The meaning and application of medical accreditation standards. *Acad Med*. 1997;72(9): 808-18. PMID: 9311326 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199709000-00019>
11. McWhinney IR. *Medicina de Familia*. 2ª ed. Barcelona: Editorial Doyma Libros; 1994.
12. Borrell RM, Godue C, García Dieguez M. *La formación de medicina orientada hacia la Atención primaria de Salud. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas #2*. Washington: OPS/OMS; 2008.

13. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar/OPS/OMS. I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Declaración de Sevilla. Mayo 2002 "Comprometidos con la Salud de la Población" [acceso 12 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/organizacion/CIMFdeclaracionSevilla.pdf
14. Wonca Iberoamericana-CIMF - OPS/OMS. Declaración de Margarita, Venezuela. Primera Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas de Medicina Familiar [acceso 12 Abr 2015]. Disponible en: http://www.sovemefa.com/declaraciones/Dec_Margarita.pdf
15. Wonca Iberoamericana-CIMF. II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Compromiso de Santiago de Chile. Octubre 2005. El Médico de Familia, Garantía de Calidad y Equidad en los Sistemas de Salud [acceso 10 Jun 2015]. Disponible en: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/organizacion/CIMFcartaSantiago.pdf
16. Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar. Carta de Fortaleza. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011;6(supl 1):25-8.
17. Cañis J. Metodología del análisis comparativo. Cuadernos Metodológicos Nº 21. Madrid: CIS; 1997.
18. Wonca Iberoamericana-CIMF. Carta de Asunción. SBMFC. IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. 15 y 16 de noviembre de 2011, Asunción, Paraguay. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud Renovada: Pensamiento y Acción en beneficio de la Salud Familiar [acceso 4 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/Carta%20de%20Asuncion.pdf>
19. Munive Villanueva MA. La Acreditación: ¿Mejora de la Educación Superior o atractivo artilugio estético? Ensen Investig Psicol. 2007;12(2):397-408.
20. Buendía Espinoza A. Genealogía de la evaluación y acreditación de instituciones en México. Perfiles Educativos. 2013;35(n extra 1):17-32.
21. Rubio Oca J. La evaluación y acreditación de la educación superior en México: Un largo camino aún por recorrer. Reencuentro. 2007;50:35-44.

Producción y difusión del conocimiento en Medicina Familiar en Iberoamérica

Production and dissemination of knowledge in Family Medicine in Latin America

Produção e disseminação de conhecimento em medicina de família na América Latina

Miguel Ángel Fernández Ortega. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Subregión Mesoamérica de Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). Ciudad de México, México. E-mail: miguelaf03@live.com (*Autor para correspondencia*)

Giovanni Rojas Velazco. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador (UCE); Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. Ecuador. E-mail: drgiovannirojas@hotmail.com

Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Academia Nacional de Medicina de México. Ciudad de México, México. E-mail: coriaa@unam.mx

Jacqueline Beatriz Roo Prato. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ciudad de México, México. E-mail: jroop3@gmail.com

Grupo de Trabajo

Dr. Agustín González (Argentina), Editor asociado de la revista Archivos de Medicina Familiar y General y docente de grado y posgrado. Dra. María de Lourdes Arratia (Bolivia), ex vicepresidenta de la subregión andina CIMF/WONCA. Dr. Armando Henrique Norman (Brasil), editor de la Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade. Dr. Thiago Gomes da Trindade (Brasil), profesor de medicina de familia de la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Presidente de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar e Comunitaria (SBMFC). Dra. Liliana Arias Castillo (Colombia), médica familiar-sexóloga clínica-humanista, presidenta de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar SOCMEF, directora Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva UV-OMS, ex presidenta de CIMF/WONCA, profesora titular TC y jefa del Departamento de Medicina Familiar, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Dra. Georgia Díaz-Perera Fernández (Cuba), especialista de primer y segundo grado en medicina general integral; dra. en Ciencias de la Salud y profesora titular de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Dra. Claribel Presno Labrador (Cuba), directora de la Revista Cubana de Medicina General Integral y profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Dr. Fernando Castellanos (Ecuador), secretario de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF). Dr. Samuel Henriquez (El Salvador), jefe de enseñanza del Programa de Medicina Familiar del Hospital Amatepec, Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Dr. Albert Planes (España), director de la revista Actualización en Medicina Familiar de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC). Dr. Domingo Orozco (España), vicepresidente de la SemFYC. Dr. José Manuel Ramírez Aranda (México), profesor Titular "A" de la Residencia de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de Nuevo León y Coordinador de investigación Operativa de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León, México. Coordinador técnico de investigación del Colegio Mexicano de Medicina Familiar A.C. Dr. Alexis Correa Taja (Nicaragua), ex presidente de la Sociedad Nicaragüense de Medicina Familiar y ex profesor universitario. Dra. Cecilia Llorach (Panamá), médica familiar y tutora del programa de residencia de medicina familiar de la Caja del Seguro Social. Dra. Miriam Riveros (Paraguay), miembro del servicio de medicina familiar del Hospital de Clínicas. Dr. Víctor Manchego Enriquez (Perú) médico familiar y comunitario, especialista en terapias alternativas y complementarias. Dr. Luiz Miguel Santiago (Portugal), especialista en medicina general y familiar y profesor asociado de la Universidad de Beira Interior. Dra. Ana Lucía Meyer Lorenzo (República Dominicana), médico familiar, editora de la revista El médico familiar (1997-2000). maestría en Gerencia Moderna de la Salud. Sexóloga; ex presidenta de la Sociedad Dominicana de Medicina Familiar (SODOMEFA). Dra. Lucina Llauguel (República Dominicana), médico familiar, ex presidenta de la SODOMEFA. Dra. Jacqueline Ponzo (Uruguay), docente universitaria; coordinadora de posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad de la República (UDELAR); responsable de la UDA Canelones al Este y presidenta de la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria. Dra. Omaira Flores (Venezuela), editora de Médico de Familia, Sociedad Venezolana de Medicina Familiar. Dra. Flor María Ledesma (Venezuela), especialista en medicina familiar, doctora en Ciencias médicas y profesora titular de la Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:

no aplicable.

Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 19/02/2016.

Acceptado el: 19/03/2016.

Como citar: Fernández MA, Rojas G, Irigoyen A, Roo JB. Producción y difusión del conocimiento en Medicina Familiar en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 1):71-87. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1280](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1280)

Resumen

Se presentan los resultados del diagnóstico situacional en 17 países de Iberoamérica, en materia de investigación y publicaciones especializadas en Medicina Familiar, así como también de aspectos relacionados con la educación médica continua. Los resultados de esta investigación fueron analizados en el marco de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, Quito, Ecuador 2014.

Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria
Investigación Médica
Publicaciones
Educación Médica
Educación Continua

Abstract

Situational assessment results are presented in 17 countries in Latin America, in research and publications specializing in Family Medicine, and as well as aspects related to continuing medical education. The results of this research were analyzed in the framework of the V Summit Iberoamericana of Family Medicine, Quito, Ecuador 2014.

Keywords:

Family Practice
Medical Research
Publications
Education, Medical
Education, Continuing

Resumo

São apresentados os resultados da análise situacional em 17 países da América Latina, em pesquisa e publicações especializadas em Medicina de Família, bem como aspectos relacionados com a educação médica continuada. Os resultados desta pesquisa foram analisados no âmbito da V Cimeira Iberoamericana da Medicina de Família, Quito, Equador 2014.

Palavras-chave:

Medicina de Família
e Comunidade
Pesquisa Médica
Publicações
Educação Médica
Educação Continuada

Introducción

La declaración de Alma Ata (1978), y posteriormente la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), pretendieron dar a la Atención Primaria un papel preponderante en las políticas de salud de países desarrollados y en vías de desarrollo; lo cual se reflejó años más tarde a través de la disminución en la mortalidad infantil y materna, incremento en la esperanza de vida, disminución de la morbimortalidad por enfermedades infectocontagiosas, entre otros.^{1,2}

En 2003 se presentaron dos hechos relevantes; el primero ocurrió en marzo, convocado por la *World Organization of Family Doctors (WONCA)*, en Kingston, Canadá, con la participación de expertos en investigación de 34 países miembros, con el objetivo de analizar la situación de la investigación en Medicina Familiar que se tenía en ese momento, y de ese modo determinar las líneas de acción que se debían introducir para fomentar la investigación en esta disciplina a nivel mundial.³ El segundo evento importante fue la Asamblea Mundial de la OMS, donde, entre otras resoluciones, se conminó a los gobiernos a “Apoyar las investigaciones encaminadas a hallar métodos eficaces para el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y vincularla con la mejoría global de los sistemas de salud”.^{4,5}

En febrero de 2008, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF), en Cali, Colombia, llevó a cabo su primera reunión encaminada a fortalecer la investigación en Iberoamérica (IBA) con representantes de 18 países de la Región. Como resultado de dicha actividad surge la Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar (RED IBIMEFA), cuyo propósito fue impulsar la investigación en Medicina Familiar en los países miembros.⁶ En ese mismo año, la III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Fortaleza Brasil, retoma el tema del fortalecimiento de la investigación en IBA, proponiendo algunas estrategias.⁷

El esfuerzo más reciente realizado por Wonca Iberoamericana-CIMF, se llevó a cabo en la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, celebrada en Asunción, Paraguay en noviembre de 2011. En ésta, uno de los cinco grupos de trabajo fue dedicado a analizar y proponer estrategias para fortalecer la investigación en la Región.

En este documento se presentan los resultados del grupo de trabajo "Producción y difusión de conocimientos en Medicina Familiar", conformado por 17 países de IBA, en ocasión de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar celebrada en Quito, Ecuador el 11 y 12 de abril de 2014.

Antecedentes

No obstante que han transcurrido algunas décadas desde que iniciara la Medicina Familiar en IBA,⁸ los resultados al respecto de los niveles de producción científica siguen siendo muy bajos. Las causas que se aducen generalmente corresponden al bajo nivel de financiamiento por parte de las instancias públicas o al mínimo interés por parte de la iniciativa privada; a la falta de infraestructura tecnológica o comunicacional, y que decir de la ausencia de una política pro ciencia; incluso, hay quien menciona la falta de formación y cultura enfocada a la investigación, según proponen algunos autores en referencia a las encuestas nacionales como las llevadas a cabo en Argentina, Brasil y México.⁸⁻¹²

En 2008 el mundo vivió una de las peores crisis económicas modernas, sin embargo, las economías de los países de América Latina (AL) no presentaron situaciones tan graves como las que hubo en Europa y Estados Unidos. El crecimiento económico observado en AL entre 2010 y 2011, fue uno de los más acelerados del mundo, sólo superado por los países asiáticos; situación que permitió mantener de forma más o menos estable la inversión en investigación. De esta manera países como Brasil que a principios de este siglo mostraba una inversión en investigación de 1.05% del PIB, se incrementó para 2011 a 1,21%, mismo ejemplo para China, que subió de 1,4% a 1,84% en el mismo periodo. El caso de Argentina también resulta ilustrativo, ya que es el segundo país con mayor inversión en AL, pasando de 0.3% en 2003 a 0.65% en 2011. En contraste, México disminuyó su inversión en investigación al pasar de 0.49% en 2007 a 0.46% en 2011.^{10,11} Mención aparte merece Venezuela, ya que debido a los cambios políticos que ha venido presentando, la industria editorial ha sufrido grandes estragos, llegando incluso a cancelarse algunas revistas científicas.¹³⁻¹⁶

Resulta importante resaltar que en la mayor parte de los países de AL se cuenta con diversos mecanismos de gobernanza en materia de investigación, tal como se pudo evidenciar en 2008, en la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud, celebrada en Río de Janeiro con la participación de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, lo cual facilita el financiamiento a proyectos de investigación (Tabla 1).¹⁴

Según datos de la Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología Iberoamericana e Interamericana (RICYT), surgida en Argentina en 1994, y en la cual participan todos los países de IBA, la inversión en jornadas completas dedicadas a la investigación (I+D) para AL en 2011 alcanzó casi los 44 mil millones de dólares, lo cual implicó duplicar los valores con los que inició en 2002. El impacto de la crisis sólo se observó en una leve desaceleración en 2009, explicada principalmente por Brasil y México. Para 2011 Brasil, México, y Argentina representaron el 92% de la inversión total de AL. El panorama en IBA es algo

Tabla 1. La inversión en investigación en relación al PIB por regiones y países 2011*

PAÍSES	INVERSIÓN I+D/PIB
ISRAEL	4.38
COREA	4.03
FINLANDIA	3.78
JAPON	3.39
ALEMANIA	2.88
EUA	2.84
FRANCIA	2.24
UNIÓN EUROPEA	1.95
CHINA	1.84
REINO UNIDO	1.77
CANADÁ	1.74
PORTUGAL	1.49
ESPAÑA	1.33
BRASIL	1.21
IBEROAMÉRICA	0.93
ALC	0.78
ARGENTINA	0.65
COSTA RICA	0.48
MÉXICO	0.46
CHILE	0.45
URUGUAY	0.43
PANAMÁ	0.19
PARAGUAY	0.06

* Fuente: Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT). El Estado de la Ciencia 2013.

diferente, dado que la crisis impactó de forma mucho más cruda en España y Portugal. Ambos países representan 35% de la inversión con 1.33% y 1.49% del PIB respectivamente; las dos naciones presentaron un descenso cercano a 5%.¹⁰

Según la RICYT 2013, la evolución del número de investigadores, tanto de IBA como de AL, ha seguido una evolución semejante a la de la inversión en I+D en el transcurso del decenio. Así la cantidad de investigadores y tecnólogos de IBA aumentó 73% habiendo superado el total de 450.000 personas en Equivalencia a Jornada Completa (EJC), en 2011. En el mismo año creció en AL 71%, habiendo registrado más de 271.000 investigadores y tecnólogos.¹⁵

La proporción de investigadores de tiempo completo en AL, alcanzó en 2011 un 3,8% del total mundial y estaban contenidos principalmente en cinco países, Brasil, Cuba, México, Argentina y Colombia (más del 93%). En este reporte (RICYT 2013), no se incluye a Cuba, sin embargo, ese país es responsable de gran parte de la investigación en AL.¹⁵

Investigación en Medicina Familiar

A pesar de la información con la que se cuenta - al respecto de la investigación generada en las diferentes áreas de conocimiento - no disponemos de datos precisos del área de la salud; y menos aún,

de la generada a partir de la práctica de la medicina familiar. Lo que si tenemos a partir de la opinión de diversos autores, son las posibles causas que limitan su desarrollo a partir de esta disciplina. Se ha mencionado la dificultad para disponer de financiamientos de la iniciativa privada y pública, incluso, en AL se desarrollan con mayor frecuencia colaboraciones de muy bajo impacto y con poco dinero, donde al final del proyecto, ni siquiera es tomada en cuenta la participación de especialistas en medicina familiar y/o en atención primaria. La etiqueta de investigación relevante es colocada de acuerdo a las expectativas de los países desarrollados, y con frecuencia, sus necesidades y prioridades no son las mismas que las de la Región. En la mayoría de las universidades e instituciones de salud no se fomenta la cultura en investigación, ni siquiera entre los propios académicos; además de los presupuestos recortados con los que suelen operar en diversas instituciones educativas. Por otra parte, también se reportan deficiencias en la formación profesional en el ámbito de la investigación que dificultan los aspectos metodológicos y de análisis estadístico. El multiempleo y el exceso de trabajo asistencial, limitan a muchos de los médicos familiares para realizar investigación, sobre todo, cuando hay tanta carencia de incentivos a nivel institucional.^{5,9,17,18}

Publicaciones

Entre 2002 y 2011 se duplicó la cantidad de artículos publicados en revistas científicas registradas en el *Science Citation Index* (SCI) por autores de AL. El número de autores latinoamericanos se incrementó 109%, y se explica, en parte, por el aumento de la presencia de revistas regionales. En promedio, en todas estas bases se observó un crecimiento de 1,8% en la década analizada, aunque en SCI, PASCAL y MEDLINE superó 2,2%.¹⁰

España produjo 2,4% en 2009 y 3,0% en 2010 de todos los artículos científicos mundiales en biociencias: y 9,9% de la producción científica europea en 2010, situándose en 4º lugar del listado de países de la Unión Europea (Genoma España, 2011). No obstante que la mayor producción científica en estos dos países es en biotecnología (no contamos con información precisa del porcentaje que corresponde a investigación en salud), resulta notable que los proyectos se desarrollan entre distintas entidades, marcando una menor concentración institucional, probablemente, exista mayor competitividad entre los diversos grupos y la posibilidad de establecer redes de investigadores que les permita no tener que concentrar toda su producción en pocas entidades.¹²

El crecimiento en el número de publicaciones en AL acompaña de forma paralela la inversión y formación de recursos humanos que se ha hecho en esta década. Tanto para el caso de AL como para IBA, la relación entre las publicaciones y el número de investigadores se ha mantenido relativamente constante. A partir de 2005, la producción científica por cada 100 investigadores de tiempo completo ha oscilado entre 20 y 29 publicaciones.⁷ En 2011, Jahangir de Estados Unidos, publicó los resultados del análisis que hizo junto con sus colaboradores acerca de las publicaciones hechas respecto de la enfermedad cardiovascular y los resultados fueron que en AL se publicaron 4% del total, Estados Unidos y Canadá 26% y 42% de Europa. En enfermedad vascular cerebral, AL 4%, Estados Unidos y Canadá 23% y 40% de Europa. El número de publicaciones en la Región acerca de enfermedades cardiovasculares se incrementó de 41 en 2001 a 726 en 2010.¹⁹

En 2005, Harzheim et al., investigaron la situación de las publicaciones de APS para el periodo 1990 a 2003, en tres de los principales índices (MEDLINE, LILACS y Sociological Abstract). Se indagó sobre el índice de publicaciones/millón de habitantes, encontrando: 51,3 para el Reino Unido, el 30,8 por los Estados Unidos, 28,0 para España; 24,4 para Canadá, 3,9 para Cuba y 1,7 para Brasil. Además observó que la mayor parte de los trabajos eran descriptivos. Resulta importante resaltar el repunte en el número de publicaciones a partir de la implantación del Programa de Salud Familiar en este último país.¹¹ Otro estudio interesante es el realizado por Post et al., en profesores de medicina familiar de los Estados Unidos, encontrando que al igual que en Brasil las publicaciones se han incrementado en los últimos años. El estudio reporta que en la década de los noventa el 8,5% de los académicos habían publicado al menos un artículo, y de 2000 al 2009, se incrementó este indicador al 20,9%. En los mismos periodos, el promedio de publicaciones por profesor se incrementó de 1,73 a 2,85. El estudio también reporta que en los noventa se publicaba en 75 diferentes revistas, mientras que para 2009, se alcanzó la cifra de 202 de ellas.²⁰

Objetivos

Objetivo General

Determinar la situación actual en producción y difusión de conocimientos en medicina familiar en Iberoamérica, con el propósito de establecer estrategias que permitan impulsar esta actividad en la región, durante los siguientes tres años.

Objetivos específicos

- Establecer la línea base de la producción científica en la región.
- Identificar las barreras y facilitadores para la producción científica de la especialidad en Medicina Familiar en Iberoamérica.
- Realizar recomendaciones para mantener y mejorar la producción científica de la especialidad en la Región de Iberoamérica.
- Reconocer las áreas de oportunidad en el contexto internacional para fortalecer el desarrollo de la investigación en medicina familiar y la atención primaria de salud en los países que conforman la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF).

Metodología

Estudio exploratorio, transversal, con fines de diagnóstico situacional. El estudio se realizó entre los meses de octubre de 2013 a marzo de 2014, para lo cual se convocó a los presidentes de los 20 países miembros de Wonca Iberoamericana-CIMF a participar, a través de uno o dos representantes expertos en esta área. Se obtuvo respuesta de 17 de ellos: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Dentro de sus participantes, se encontraron a editores de siete revistas especializadas en medicina familiar, académicos, investigadores y miembros de las juntas directivas de las sociedades

científicas, los cuales se dieron a la tarea de responder un cuestionario con 45 preguntas relacionadas con la investigación, publicaciones en revistas y libros, y actividades de educación continua, presenciales y a distancia. Dicho cuestionario fue previamente revisado y validado en su contenido por profesores de diferentes instituciones educativas de México y Ecuador y en un segundo momento por el grupo de participantes en el estudio. El cuestionario fue enviado vía correo electrónico a cada uno de los participantes e integradas las respuestas por país, teniendo en cada caso un promedio de 6 semanas para responder. Al finalizar la integración del informe final fue enviado a todos los integrantes del grupo para su revisión y aprobación de la información, la cual fue presentada en las mesas de trabajo durante la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Quito, Ecuador en el mes de abril de ese mismo año para su análisis y discusión con representantes de los 20 países que conforman Wonca Iberoamericana-CIMF, tanto los que participaron en la elaboración del documento, como otros que no lo hicieron. A continuación se presentan los resultados más relevantes del estudio.

Situación Actual

En Investigación

¿En su país existen maestrías y doctorados en medicina familiar y/o APS?

De los 17 países, siete reportaron contar con algún tipo de maestría en esta área. Cuba, El Salvador y Perú reconocen la maestría en Salud Familiar y Cuba, además, en APS. Paraguay, Portugal y República Dominicana apuntan maestrías en Medicina Familiar y finalmente, España, cuenta con la maestría en Investigación para APS; el resto de los países no las mencionan. En Colombia el Ministerio de Educación Nacional, homologó y aprobó las especialidades clínicas de tres o más años de duración, como maestrías. En consecuencia, medicina familiar es considerada como maestría, para cuya formación existen actualmente siete programas en el país. En el caso de los doctorados, sólo España y Portugal respondieron positivamente a la pregunta.

¿Existe un sistema nacional o institucional de investigadores en su país, que incluya a los médicos familiares?

Nueve países afirmaron contar con un sistema nacional de investigadores, pero en ningún caso son sistemas creados exclusivamente para especialistas en medicina familiar, situación que fomenta la competitividad y la calidad de aquellos médicos familiares que logran incorporarse y obtener financiamientos de esos fondos centralizados. Por otra parte, en Uruguay, Panamá, Venezuela y Nicaragua, también existen este tipo de organizaciones, no obstante, en ellas no ha sido posible la incorporación de médicos de familia. En los casos de España y Portugal no existe un sistema nacional de investigadores, sin embargo, esta necesidad se resuelve a través de redes de especialistas en APS y medicina de familia dedicados a la investigación, que facilitan el acceso a fuentes de financiamiento. Por último, en cuatro países de la región: Bolivia, Paraguay, Perú y República Dominicana, no fue posible identificar este tipo de instituciones financiadoras.

¿Qué tipos de estímulos existen para hacer investigación en medicina familiar?

En 10 países (Cuba, Brasil, Colombia, España, Ecuador, México, Paraguay, Portugal, Venezuela y Uruguay) los incentivos se determinan en razón de apoyo económico, de estatus, promoción de ascenso o contratación. Contrario a lo que ocurre en Argentina, Bolivia, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Perú y República Dominicana, donde no refieren ningún estímulo motivacional.

¿Qué tipo de apoyos ofrecen las sociedades en medicina familiar para incentivar la investigación?

Sólo once sociedades científicas ofrecen algún tipo de apoyo a la investigación. Argentina ofrece publicar en su revista Archivos de Medicina Familiar y General, de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General. Brasil otorga el estímulo de premios a las mejores investigaciones presentadas en los congresos nacionales, además de la posibilidad de publicación en su revista de medicina familiar. En Colombia, la Sociedad ha promovido la capacitación en investigación, tanto en los congresos, como en jornadas específicas de investigación fijas e itinerantes. Se ha fomentado en las universidades los semilleros de investigación, se otorgan distinciones a los mejores trabajos de investigación. En España, existen ayudas para la realización de tesis doctorales (Becas Isabel Fernández), financiamiento para la revista Atención Primaria que es el órgano de expresión de la Sociedad Española de Medicina Familiar; y también ofrece cursos de investigación para facilitar su formación. México, a través del Colegio Mexicano de Medicina Familiar ofrece apoyo limitado: pago del envío de encuestas relacionadas con investigaciones y exención de pago de inscripción a los congresos nacionales, regionales y estatales a los primeros autores de las investigaciones que se presentan de forma oral o en cartel; actualmente, también está financiando su propia revista científica, la cual está por lanzar su primer número. Perú premia con un estímulo económico en su congreso nacional al mejor trabajo de investigación. Panamá por medio de la Asociación Panameña de Medicina Familiar otorga de uno a tres estímulos económicos. Paraguay premia según las categorías de presentación de investigaciones económicamente y otorga distinción honorífica a los mejores trabajos. Venezuela, a través de la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar, ofrece espacios para la capacitación en investigación, en eventos nacionales, regionales y locales. También creó el premio “Estímulo a la investigación Dr. Pedro Iturbe”, destinado a reconocer el mejor trabajo de investigación presentado en el congreso nacional anual. El Capítulo Caracas de SOVEMEFA, para estimular la investigación en el campo psicosocial, creó el premio “Dra. Carmen Cedraro de Carpio” que se entrega al mejor trabajo científico presentado en su congreso anual. Recientemente está en discusión la propuesta de creación de un premio para investigadores noveles (estudiantes de pregrado), que presenten trabajos orientados en APS. Portugal cuenta con un fondo económico para apoyo a la investigación. Brasil premia los mejores trabajos en los congresos. Publica las mejores investigaciones en ediciones especiales de su revista, e incluso otorga becas para maestrías como en el caso de la universidad de Boloña. Finalmente, Uruguay, ofrece respaldo institucional para la promoción y ascenso escalafonario como docente.

¿Las instituciones de salud o educativas estimulan la investigación en los países de la región?

En este sentido, 12 países realizan algún tipo de política financiera o de escalafón para que los médicos investiguen. Las acciones van, desde el financiamiento de proyectos de investigación, total o

parcial, hasta el pago de boletos de avión y estadía para presentación de trabajos, disposición de tiempo para realizar las investigaciones, mejoras en el ingreso salarial o de escalafón, entre otras actividades. En Bolivia, El Salvador, Nicaragua, Panamá y Perú no se reportan apoyos a este respecto.

¿Existen grupos de investigación en medicina familiar y/o APS que destaquen en su país (incluyendo la institución de procedencia del investigador(es))?

Catorce países reportaron grupos de investigación referentes, en diversas áreas de estudio, salvo, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

¿Cuáles son las líneas de investigación más frecuentes en los grupos de investigadores?

A continuación se presentan las ocho líneas reportadas con mayor frecuencia por los representantes de 13 de los países encuestados, se omitieron las que reportaron una vez (Tabla 2):

Tabla 2. Líneas de investigación más frecuentes en IBA

Áreas	Grupos de Investigación
Enfermedades crónico degenerativas (DM, HTA, IRC).	Ocho
Organización de servicios de salud.	Seis
Evaluación de servicios de salud	Cinco
Salud familiar	Cinco
Salud comunitaria	Cuatro
Determinantes sociales	Dos
Educación	Dos
Adulto mayor	Uno
Salud Sexual y Reproductiva a través del Ciclo Vital	Uno

Publicación de revistas y libros

¿Existe alguna revista indexada en su país?

En 16 países de la región podemos encontrar más de una revista médica indizada, excepto en Nicaragua.

¿Cuáles son las principales revistas indexadas y especializadas en medicina familiar?

Se pudieron encontrar un total de nueve revistas indexadas y especializadas en medicina familiar, correspondientes a cinco países (una de Argentina, dos de Brasil, una de Cuba, dos de España, dos de México y una de Venezuela). Y dos más igualmente indexadas, con secciones especializadas en medicina familiar (una de Brasil y otra de México). Finalmente, se encontraron cuatro más no indexadas y especializadas en el área en cuestión en Argentina, España, México y Portugal). No fueron consideradas las revistas de Salud Pública ni las de otras especialidades que aceptan trabajos afines. En total, hacemos el recuento de 15 revistas (Tabla 3):

Tabla 3. Publicaciones en Revistas Científicas

Revistas especializadas en medicina familiar indexadas				
País	Revista	Índices	Periodicidad	Productor
Argentina	Archivos de Medicina Familiar y General	LATINDEX	Semestral	Federación Argentina de Medicina Familiar y General y Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur
Brasil	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	RBMFCDOAJ, BICT, LATINDEX, PKP, Sumários, y Portal Periodicos CAPES	Trimestral	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)
	Revista de APS	LILACS, LATINDEX, EBSCO, RAEM, BVS-MS	Trimestral	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde - NATES, Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF em parceria com a SBMFC e Rede de Educação Popular e Saúde - REDEPOP.
Cuba	Revista cubana de medicina general integral	LILACS, SCOPUS, SciELO y LATINDEX	Trimestral	Sociedad Cubana de Medicina Familiar
España	Atención primaria	Index Medicus/Medline, ExcerptaMédica, EMBASEIBECs, IME, SCOPUS, MEDES, Science citation, Index Expanded	Mensual	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
	Revista clínica de medicina de familia	IME, IBECs, SciELO	Cuatrimestral	Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria
México	Archivos en medicina familiar	ARTEMISA, LATINDEX, PERIODICA, IRESIDE LILACS, BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE SAO PABLO, BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, BIBLIOTECA DEL INSTITUTO DE BIOTECNOLOGÍA Y MEDIGRAPHIC	Trimestral	Editorial Medicina Familiar Mexicana
	Atención familiar	LATINDEX, PERIODICA, IRESIE	Trimestral	Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Venezuela	Médico de familia	LIVECS, LILACS, LATINDEX, ASEREME	Semestral	Sociedad Venezolana de Medicina Familiar
Revistas indexadas no especializadas en Medicina Familiar				
Brasil	Interface Comunicação e Saúde educacao (Sección de MF)	LILACS, LATINDEX, SciELO, SCOPUS	Trimestral	Facultad de Medicina, Botucatu, Brasil
México	Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (Sección MF)	MEDLINE, ARTEMISA, BIOSIS, LILACS, IMBIOMED Y PERIODICA	Bimestral	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
Revistas Especializadas en medicina familiar no indexadas				
Argentina	Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria	No indexada	Cuatrimestral	Fundación de Medicina Familiar de Argentina
España	Médico de familia	No indexada	4 a 5 veces al año	Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria
México	Revista Mexicana de Medicina Familiar	No indexada	Cuatrimestral	Colegio Mexicano de Medicina Familiar
Portugal	Revista portuguesa de medicina general e familiar	No indexada	Bimestral	Asociación Portuguesa de Medicina General y Familiar

¿Cuáles son los cinco principales problemas por los que los médicos familiares no publican?

1. Falta de formación en metodología de investigación y en redacción científica (16 de 17 países, 94,11%)
2. Falta de tiempo para realizar investigación, el trabajo asistencial es muy demandante (11 de 17 países, 64,70%)
3. Falta de incentivos (8 de 17 países, 47,05%)
4. Falta de financiamiento a la investigación (8 de 17 países, 47,05%)
5. Falta de apoyo institucional (6 de 17 países, 35,29%)

Otras causas fueron: desinterés, número reducido de revistas indexadas, falta de estímulos docentes para investigar en las universidades, entre otras.

¿Cuáles son los cuatro principales problemas que tienen las revistas en el proceso de publicación?

Los editores de las revistas publicadas en seis países Argentina, Brasil, Cuba, España, México y Venezuela, señalaron los siguientes cuatro problemas principales:

1. Factor económico. Altos costos en la edición e impresión de cada número, sumado a muy limitadas fuentes de financiamiento públicas o privadas. Esto provoca que el financiamiento recaiga total o parcialmente en la institución editora o patrocinadora de la revista, ya sean las sociedades científicas de medicina familiar o instituciones educativas y de salud. A este factor se agregan la falta de publicidad por parte de empresas patrocinadoras y la disminución en el número de suscriptores (seis de seis revistas, 100%).
2. Disminución en la recepción de trabajos de buena calidad. Disminución en el número de manuscritos de excelente calidad. Principales problemas: Deficiencias en metodología y redacción; incluso, porque no siguen los estándares marcados por la revista. A esto se suma la “fuga de investigaciones” de alta calidad, propiciada por la búsqueda del factor de impacto que piden muchas de las instituciones públicas y privadas, y que lleva a los autores a publicar en revistas anglosajonas (cinco de seis revistas, 83,33%).
3. Falta de recursos humanos. Disminución del número de investigadores y expertos disponibles para el proceso de arbitraje y edición de las revistas, con el consiguiente aumento del tiempo en el proceso arbitraje-edición-publicación (cuatro de seis revistas, 66,66%).
4. Dificultad para conseguir la indexación y factor de impacto. Con el correspondiente posicionamiento de marca y visibilidad internacional (tres de seis revistas, 50%).

¿Cuáles son los cinco problemas por los que las revistas rechazan los trabajos enviados para publicar?

En esta pregunta se consideraron a todos los participantes, ya que independientemente de su categoría como autor o editor de revista, la problemática de rechazo de los trabajos es indistinta y se hacen saber al interesado las razones de forma directa y por escrito. Respondieron esta pregunta 15 de 17 países.

1. Trabajos de mala calidad, en la mayor parte de los casos por deficiencias metodológicas o estadísticas, seguidas de errores en la bibliografía o el mal estado del arte del tema a tratar (15 de 15 países, 100%)
2. Las investigaciones no corresponden a la línea de publicación de la revista o el tema resulta de poco interés (10 de 15, 66,6%)
3. Deficiencias en el ajuste a las normas de la revista e instrucciones para los autores (nueve de 15 países, 60%)
4. Deficiencias en la redacción científica del artículo. Fallas significativas en la gramática y ortografía del manuscrito (español e inglés), uso inadecuado del vocabulario técnico (cuatro de 15 países, 26,66%)
5. Publicación duplicada, plagio, quebrantamiento de las normas éticas o legales (cuatro de 15 países, 26,66%)

¿Se publicaron libros especializados en medicina familiar y/o APS, en los últimos cinco años?

Se solicitó a los 17 países participantes proporcionar cinco títulos de libros publicados - relacionados con la medicina familiar- en los últimos cinco años. A continuación se presentan los resultados generales de la consulta un total de 40 libros producidos en diez países, mientras que los otros siete países no publicaron. Se presentan los resultados en orden de producción editorial (Tabla 4).

Tabla 4. Libros publicados en IBA, últimos 5 años a 2014.

País	Número de libros publicados (últimos cinco años)	%
Brasil	9	22,5
México	6	15,0
España	5	12,5
Portugal	5	12,5
Colombia	5	12,5
Cuba	3	7,5
Paraguay	2	5,0
Venezuela	2	5,0
Argentina	1	2,5
República Dominicana	1	2,5
Uruguay	1	2,5
Bolivia	0	0
Ecuador	0	0
El Salvador	0	0
Nicaragua	0	0
Panamá	0	0
Perú	0	0
TOTAL	40	100

¿Cuáles son los cinco principales problemas por los que los médicos familiares no escriben libros?

Los problemas reportados con mayor frecuencia por 16 de los 17 países fueron:

1. Falta de tiempo para escribir, en muchos países la demanda asistencial ocupa la mayor parte del día y limita la posibilidad (12 de 16 países, 75%)
2. Falta de incentivos y reconocimiento que hagan atractiva la posibilidad de publicar (12 de 16 países, 75%)
3. Falta de fuentes de financiamiento y apoyo institucional (8 de 16 países, 50%).
4. Deficiencias en los conocimientos adquiridos y en la capacidad para comunicarlos a otras personas a través de los manuscritos (7 de 16 países, 43,75%).
5. Falta de interés (7 de 16 países, 43,75%)
6. Otros problemas reportados fueron las deficiencias para redactar manuscritos, falta de interés por parte de las editoriales y el reducido mercado meta.

¿Además de los libros y revistas, que otros medios son de uso común en la difusión de la medicina familiar?

Todos los países respondieron e indicaron que los principales mecanismos de difusión están en función de los congresos nacionales, regionales o estatales (departamentales o de provincias), actividades de educación continua como conferencias, reuniones, seminarios, etc., tanto presenciales, como virtuales. Llama la atención que 11 de los 17 países reportaron el uso de tecnologías de la información y redes sociales para esta tarea, ya sea a través de páginas web, blogs, foros de discusión o incluso, redes sociales como *twitter* y *facebook*. En el caso de Ecuador, además, cuentan con un programa de radio que dirige la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. En Colombia también hay aporte frecuente de los médicos familiares a los medios radiales, escritos y televisivos. Por su parte, Perú, no reportó algún tipo de actividad.

¿Existen en su país revistas, libros u otros medios electrónicos especializados en medicina familiar y/o APS?

Once de los encuestados señalaron que existen diversos medios electrónicos de apoyo docente para la enseñanza y actualización de la medicina familiar y APS; en general, los podemos describir a través de las revistas digitales, blogs, bibliotecas virtuales y boletines. Seis países no reportaron ningún tipo de apoyos digitales (Bolivia, El Salvador, República Dominicana, Paraguay, Panamá y Ecuador).

¿Qué instituciones respaldan principalmente estas publicaciones (universidades, instituciones de salud, asociaciones, iniciativa privada)?

Se encontró que cinco países no reportaron ningún tipo de apoyo para llevar a cabo las publicaciones en referencia (Bolivia, El Salvador, Panamá, Perú y Nicaragua). De los 12 países restantes, nueve reportaron apoyo directo de las universidades (Argentina, Brasil, Cuba, Colombia, México, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Ecuador); en tanto que España, Venezuela y Portugal, reportaron que su financiamiento proviene de las sociedades científicas de medicina familiar. Por otra parte, Argentina, Brasil, Cuba, Colombia, México, República Dominicana y Ecuador, también cuentan con algún tipo de apoyo por parte de diversas instituciones de salud. Finalmente, Argentina cuenta con apoyo financiero y de asesoría de una fundación en ese país.

¿En su país, existe algún estímulo económico, curricular, motivacional, etc., para publicar?

Dos países (Argentina y Uruguay) reportaron que no hay ningún estímulo, salvo la satisfacción personal. Cuba, Colombia, España, México, Paraguay, Portugal y Venezuela, refirieron que sí existe un incentivo económico y/o curricular que los motiva a publicar, principalmente en el ámbito académico, aunque como en el caso de Brasil, España, Cuba, Colombia y México, también se valora por las instituciones de salud, al favorecer el desarrollo profesional. En el caso de Ecuador y República Dominicana el principal incentivo es para contratación, concurso de plazas de residencia y ascenso a puestos de trabajo. Para los países que cuentan con programas de certificación y recertificación, también suele ser de utilidad. Por último, se hace referencia a Bolivia, El Salvador, Panamá, Perú y Nicaragua, en donde no se encontró ningún tipo de incentivo, lo que explica de algún modo, su ausencia de publicaciones.

Educación Médica Continua

¿Qué tipos de actividades realizan las sociedades de medicina familiar en Iberoamérica (cursos, congresos, diplomados, etc.)?

Dieciséis países tienen actividades regulares de educación continua, caracterizadas por cursos, jornadas, simposios, cursos en línea, congresos nacionales anuales o, como en El Salvador y República Dominicana, bianuales. En el caso de Nicaragua, su último congreso nacional fue en 2006. También se observó en las respuestas que en diez de ellos (Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Colombia, España, México, República Dominicana, Portugal y Venezuela), se llevan a cabo actividades a nivel regional, departamental o estatal, lo que habla de la penetración que ha tenido la especialidad en los últimos años.

¿Cuál es la participación de las instituciones de salud y educación en la realización de foros académicos de educación continua (cursos, congresos, diplomados, etc.)?

En los países encontramos respaldo de las instituciones de salud y educativas en torno a las diversas actividades de educación continua. No obstante, pareciera más deficiente en algunos de ellos, como en Nicaragua, El Salvador, Bolivia y República Dominicana, en los que, aunque se han realizado algunas actividades, éstas han sido de forma esporádica y no como una estrategia permanente de fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y educativos.

¿Cómo operan los comités académicos que validan las actividades de educación continua?

Respecto de los comités académicos encargados de evaluar y validar las actividades de educación continua en los países encuestados, encontramos cuatro variantes principales; la primera corresponde a aquellos que obtienen el reconocimiento por parte de las universidades y las sociedades científicas, tales son los casos de Argentina, Colombia, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela y Ecuador. El segundo grupo corresponde a aquellas en que el reconocimiento también puede ser otorgado por instituciones de salud, como en Bolivia, Brasil y España. En el tercer grupo se encuentran los países en que el aval académico está centralizado en la universidad, tal y como ocurre en Cuba y El Salvador. Finalmente, el cuarto grupo no tiene algún control para otorgar el aval académico de las actividades de educación continua, tal es el caso de Nicaragua, Paraguay y Portugal.

¿Cómo logran sus instancias acreditadoras la equivalencia en horas presenciales con las actividades en línea?

En ningún país fue posible identificar algún mecanismo, que permita definir la forma de medir las equivalencias de horas presenciales con las de educación en línea, al parecer cada institución le asigna a criterio propio y de forma subjetiva el valor que considera pertinente.

¿Existe algún sistema estandarizado de acreditación de educación continua en el ámbito nacional o interinstitucional en los países de Iberoamérica?

En 16 países no fue posible identificar un sistema homologado de acreditación nacional, en que independientemente de la instancia evaluadora (universidad, institución de salud, sociedad médica, etc.), se pueda tener un mismo estándar. Quizá el único caso sea el de Cuba, en que los criterios de acreditación son los mismos, independientemente de la instancia que evalúe o la región del país donde se realice. La constante es que cada organismo maneja sus propios estándares de medición.

¿Existe alguna legislación en torno a la regulación de las actividades de educación continua en los países participantes?

En 12 países se cuenta con algún tipo de legislación referente a la regulación de actividades de educación continua; sin embargo, en los otros cinco (Argentina, Brasil, Ecuador, Paraguay y Portugal), no existe.

¿Existen dentro del catálogo de actividades de educación continua en su país, las teleconferencias o videoconferencias (educación en línea)?

Nueve países (52,94%) reportaron desarrollo cotidiano de algún tipo de actividad en línea, ya sea a través de teleconferencias, videoconferencias o programas virtuales de actualización médica (Brasil, Cuba, Colombia, España, México, Paraguay, República Dominicana, Ecuador y Uruguay). Por otra parte, Argentina, Bolivia, Panamá, Perú, El Salvador, Nicaragua, Portugal y Venezuela reportaron no tener este tipo de actividades.

¿Cómo son financiadas estas actividades?

Se encuentran tres fuentes básicas de financiamiento para las actividades de educación continua: 1. Personal o gasto de bolsillo. 2. Institucional, que representa el financiamiento por parte del Estado a través de sus dependencias asistenciales o educativas. 3. Privado (laboratorios u organismos no gubernamentales) con presupuesto propio.

En general, podemos decir que en todos los países existe una mezcla del financiamiento en la gama de posibilidades referidas.

Conclusiones

No obstante que los países Iberoamericanos - que integran Wonca Iberoamericana-CIMF - han mantenido una baja inversión en investigación en los últimos años por parte de sus gobiernos (la mayor parte de América Latina mantiene una inversión inferior al 1% del PIB), resulta evidente el incremento en el número de los investigadores y publicaciones (libros y revistas), en MF y APS en los últimos 10 años.

Es determinante la falta de incentivos en la mayor parte de los países de IBA para desarrollar investigación de alto impacto, por lo que resulta fundamental establecer las líneas estratégicas necesarias para generar instancias financiadoras en el ámbito nacional e internacional por parte de Wonca Iberoamericana-CIMF.

Es necesario fortalecer las redes de investigadores, profesores, instituciones y órganos de difusión, encargados de la generación y divulgación de los conocimientos de medicina familiar en la región.

Existen 15 revistas especializadas en Medicina Familiar en Iberoamérica, de ellas sólo una tiene factor de impacto (Atención Primaria), y son dos las que tienen el mayor diferimiento para publicar, Atención Primaria de España y La Revista Cubana de MGI, no obstante, existen otras 7 revistas indizadas en las que también se puede publicar con mayor celeridad. Es importante recordar que no podremos jamás prestigiar una revista en idioma español, si no se publican en ella trabajos de calidad.

El acervo de libros especializados en medicina familiar en los últimos cinco años es muy importante (40 libros), sin embargo, es necesario incrementar los mecanismos de difusión, ya que existe un gran desconocimiento por parte de los países miembros de la riqueza que posee la región.

Resulta indispensable fortalecer las competencias en investigación y redacción de escritos médicos de los médicos familiares, tanto a nivel de los programas de formación de las instituciones educativas y de salud, así como de las propias organizaciones de médicos de familia.

Referencias

1. OMS. Declaración de Alma Ata. Ginebra, 1978. Revisado el 20 de marzo de 2014 [acceso 20 Mar 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
2. Política de Salud para todos para el siglo XXI, 51 Asamblea Mundial de la OMS, documento 51.5. Ginebra: OMS; 1998.
3. Reid T. Strengthening research through WONCA. Filling a tall order. *Can Fam Physician*. 2003;49:1257-9, 1264-7.
4. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata: 25º aniversario. Documento WHA56.27, 56 Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2003.
5. Pedraza Avilés AG, Velasco Jimenez MT. La importancia de la investigación en el primer nivel de atención a la salud. *Rev Espec Med Quir*. 2008;13(4):149-52.
6. Herrera JA. La investigación en medicina de familia en el siglo XXI. *Aten Prim*. 2008;40(9):435-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13126415>
7. III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Resultados de los Grupos de Trabajo-Trazando las estrategias para implementar y calificar la APS y la MF. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6(Supl 1):43-8.
8. Fernández Ortega MA, Arias Castillo L, Brandt Toro C, Irigoyen Coria A, 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.
9. Ledesma F. Análisis Situacional de las residencias de postgrados de Medicina Familiar en Venezuela. [Trabajo de ascenso docente] Inédito. La Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela; 2009.
10. El estado de la ciencia en imágenes 2013, Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología. [acceso 20 Mar 2014]. Disponible en: http://www.ricyt.org/files/Estado%20de%20la%20Ciencia%202013/1_1Estado_en_imagenes.pdf
11. Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Rev AMRIGS*. 2005;49(4):248-52.
12. Quintanilla-Montoya AL. La producción de conocimiento en América Latina. *Salud Colect*. 2008;4(3):253-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2008.344>

13. Aldana M. ¿Qué le falta a la ciencia en México? *Rev Temas*. 2012;69:26-30.
14. Alger J, Becerra-Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo L; Grupo Colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana de Investigación e Innovación para la Salud. Sistemas Nacionales de Investigación para la Salud en América Latina: una revisión de 14 países. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26(5):447-57.
15. Anlló G, Fuchs M. Bioeconomía y los desafíos futuros. La biotecnología como ventana de oportunidad para Iberoamérica. [Acceso 20 Mar 2014]. Disponible en: [http://www.ricyt.org/files/Estado%20de%20la%20Ciencia%202013/2_1_Bioeconomia_y_desafios_futuros\(1\).pdf](http://www.ricyt.org/files/Estado%20de%20la%20Ciencia%202013/2_1_Bioeconomia_y_desafios_futuros(1).pdf)
16. Blanco CE. Comunicación científica en Latinoamérica: Desaparición temporal de una revista especializada universitaria venezolana. *Punto Cero*. 2013;18(26):19-32.
17. Briñez Zambrano WJ. Investigación en tiempos de crisis. *Rev Cient (Maracaibo)*. 2009;19(3):223-4.
18. Rubinstein A. Investigación en la práctica de la medicina familiar: ¿una causa perdida o un desafío pendiente? *Colomb Med*. 2012;43(1):103-7.
19. Jahangir E, Comandé D, Rubinstein A. Cardiovascular disease research in Latin America: a comparative bibliometric analysis. *World J Cardiol*. 2011;3(12):383-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.4330/wjc.v3.i12.383>
20. Post RE, Weese TJ, Manious AG 3rd, Weiss BD. Publication productivity by family medicine faculty: 1999 to 2009. *Fam Med*. 2012;44(5):312-7.

CARTA DE QUITO

Quito - Ecuador 11 y 12 de abril de 2014

“COBERTURA UNIVERSAL, MEDICINA FAMILIAR Y PARTICIPACIÓN SOCIAL”

Durante los días 11 y 12 de abril de 2014 en Quito, Ecuador, se realizó la **V CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR** con el lema:

“Cobertura Universal, Medicina Familiar y Participación Social”.

Este evento, organizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF), el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) tuvo como objetivo contribuir al fortalecimiento de las políticas de salud en el campo de la Atención Primaria y la Medicina Familiar en Iberoamérica.

Representantes de los Ministerios de Salud de Iberoamérica, representantes de WONCA, representantes de WONCA Iberoamericana-CIMF, representantes de la SEMF, representantes de salud de gobiernos municipales del Ecuador y de otros países Iberoamericanos, coordinadores/as de programas docentes de Medicina Familiar, delegados/as de la sociedad civil y representantes de la OPS/OMS, analizaron los temas detallados a continuación:

1. La cobertura universal y la medicina familiar
2. La participación y comunicación social para la medicina familiar y comunitaria y la Atención Primaria de Salud
3. La formación de médicos y médicas de familia en Iberoamérica
4. La certificación y acreditación profesional
5. La producción y difusión de conocimientos en medicina familiar y comunitaria en Iberoamérica

Producto de este análisis de los grupos de trabajo conformados por especialistas en las áreas mencionadas de las organizaciones convocantes y las instituciones que avalan esta Cumbre, se generaron las siguientes definiciones y recomendaciones:

DEFINICIONES

COBERTURA UNIVERSAL

Es la garantía del ejercicio del derecho a la salud para todos y todas, brindada por un sistema integral e integrado de base estatal con financiamiento público, que posibilita el acceso a los servicios, de manera

equitativa, igualitaria, oportuna, integral y de calidad, basado en los principios de solidaridad y participación social, teniendo el Primer Nivel de Atención como eje del cuidado, con Médicos y Médicas de Familia y Comunidad en los equipos de salud, asegurando el primer contacto y el seguimiento continuo, centrado en la persona en su contexto familiar y comunitario, de conformidad con las necesidades de salud que presentan en el curso de sus vidas.

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad esencial para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud. Brinda cuidados centrados en la persona en su contexto familiar y comunitario de forma continua, independientemente de su edad, sexo, condición socioeconómica o de salud, integrando en el proceso de atención los factores físicos, psicológicos, sociales culturales y existenciales que contribuyen al proceso salud-enfermedad.

El Médico o Médica de Familia tiene una responsabilidad profesional y social con su comunidad. Desempeña su papel, a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de cuidados clínicos asistenciales, de rehabilitación y paliativos; lo hacen de acuerdo con las necesidades de salud, respetando la diversidad cultural y optimizando los recursos disponibles en la comunidad. Deben responsabilizarse por el desarrollo y mantenimiento de sus competencias, valores y equilibrio personal, como base para la prestación de cuidados efectivos y seguros. La Medicina Familiar y Comunitaria es una herramienta clave para el desarrollo y la mantención de la salud de los pueblos.

RECOMENDACIONES


1. Reconocer el concepto de la cobertura universal para que trascienda los aspectos técnicos del financiamiento sanitario e incorpore los principios de equidad, igualdad y solidaridad, en el derecho a la salud y en la responsabilidad de los gobiernos para establecerla.
2. Generar políticas y promover los cambios necesarios para que los sistemas de salud de Iberoamérica alcancen la Cobertura Universal.
3. Reconocer la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como parte del Equipo de Atención del Primer Nivel para lograr la cobertura universal y el acceso efectivo de la población a los servicios de salud desde una mirada integral e integradora de la atención.
4. Posicionar la especialidad de Medicina Familiar como integrante fundamental de los sistemas de salud que permitirá implementar la Atención Primaria en los países de Iberoamérica.
5. Reconocer que los indicadores para medir el avance hacia la Cobertura Universal deben incluir aquellos relacionados con el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, incorporando la inversión pública, el acceso a los servicios, la calidad de los mismos, el número de equipos de salud y el número de especialistas en Medicina de Familiar y Comunitaria, con formación y capacitación calificadas, involucrados en estos equipos.
6. Incluir en los indicadores parámetros de calidad en relación a la estructura físico-funcional de las unidades de salud del Primer Nivel, a fin de propiciar que los Médicos y Médicas Familiares y Comunitarios puedan alcanzar la excelencia clínica en su capacidad resolutive.

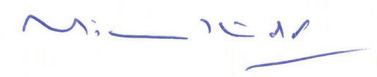
-
7. Promover que en los sistemas de salud de Iberoamérica la proporción de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en relación al total de especialistas alcance el 50% y que este valor sea un indicador para el alcance de la Cobertura Universal.
 8. Consolidar la participación ciudadana en salud como un derecho que promueve la acción de los actores sociales en la toma de decisiones y gestión pública de la salud para incidir en los determinantes sociales de la salud con igualdad y equidad.
 9. Facilitar la articulación intersectorial de los grupos de Agentes Comunitarios.
 10. Promover la educación en salud y el intercambio de experiencias nacionales e internacionales, a través de medios masivos, tales como radio, televisión, periódicos, página web, Facebook, Twitter y otros.
 11. Integrar la participación y comunicación social al sector académico desde el pregrado al postgrado.
 12. Abogar por la creación de una Alianza Internacional permanente de participación y comunicación Social para la Medicina Familiar.
 13. Promover que los gobiernos, los gestores de salud y de educación tomen decisiones y desarrollen políticas que permitan el fortalecimiento de un Primer Nivel de Atención calificado, de manera de contrarrestar los intereses antagónicos que en los últimos 100 años han privilegiado la constitución de sistemas de salud centrados en la atención hospitalaria y en la medicina superespecializada.
 14. Apoyar la formación del talento humano en medicina familiar y comunitaria, su capacitación continua y de calidad y su justa remuneración.
 15. Reconocer que la Certificación y Acreditación profesional en Medicina Familiar y Comunitaria permite el fortalecimiento de la calidad de atención en el tiempo y estimula la actualización del profesional.
 16. Promover la investigación y la formación continua como elementos fundamentales para mantener el nivel profesional de los médicos familiares.
 17. Fortalecer la Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar (IBIMEFA) para fomentar la investigación, la formación de investigadores en Medicina Familiar y la divulgación de nuevos conocimientos en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud, en interacción con otras redes de investigación en Iberoamérica y el mundo, promoviendo el tema ante los organismos internacionales, organismos gubernamentales de salud y de educación de los países de la región.
 18. Potenciar el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación en los procesos de investigación y difusión en medicina familiar en la región; a través de la creación de bases de datos de información de investigaciones, publicaciones, consultores, revisores e investigadores en Medicina Familiar.
 19. Incentivar el compromiso de todos los actores involucrados en la coparticipación del financiamiento para la generación y difusión del conocimiento, a través de la investigación especializada en Medicina Familiar; la misma que conlleva una responsabilidad de las organizaciones iberoamericanas de Medicina Familiar para evitar que dichas investigaciones sean influenciadas por intereses comerciales.


20. Instar a las universidades y entes formadores de profesionales en salud para que fortalezcan la enseñanza e investigación en atención primaria y en Medicina Familiar, tanto en pregrado como en postgrado.
21. Promover que las Sociedades de Medicina Familiar de la región tengan un mayor involucramiento en los procesos técnico-políticos de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y de la Medicina Familiar y Comunitaria en sus países, así como en los procesos de calificación y desarrollo profesional continuo, con certificación y recertificación de sus miembros.
22. Recomendar a los médicos familiares que junto con los demás integrantes de los equipos de atención primaria en salud en los países de la región, visibilicen y evidencien la trascendencia de la especialidad de Medicina Familiar como primer contacto y seguimiento continuo en los sistemas de salud, ante los miembros de la sociedad civil.
23. Promover la creación del Observatorio de Medicina Familiar en la región con la participación de Wonca y Wonca Iberoamericana-CIMF, para fortalecer la identidad y la especialidad y que se constituya en una herramienta relevante para la toma de decisiones de los gobiernos, los organismos internacionales, la academia y la comunidad.


Suscriben el presente documento, con fecha 12 de abril de 2014 en la ciudad de Quito, Ecuador:

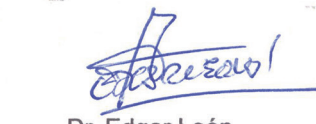

Mgs. Carina Varce
MINISTRA DE SALUD
PÚBLICA DEL ECUADOR


Dr. Augusto Barrera
ALCALDE DEL DISTRITO
METROPOLITANO DE QUITO


Dr. Michael Kidd
PRESIDENTE WONCA


Dr. Manuel Peña
REPRESENTANTE
OPS/OMS ECUADOR


Dra. Inez Padua
PRESIDENTA
WONCA IBEROAMERICANA-CIMF


Dr. Edgar León
PRESIDENTE V CUMBRE
IBEROAMERICANA MF

ORGANIZAN:



APOYAN:



