

# Sumario / Contents / Sumário

## EDITORIAL

### **1 VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria**

VI Summit on Family and Community Medicine

*VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade*

Thomas Meoño Martín, Maria Inez Padula Anderson, Miguel Ángel Fernández

## ENSAYOS

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

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

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

Thomas Meoño Martín, Maria Inez Padula Anderson, Marcela Cuadrado Segura, Pablo Araya Via

### **17 La Medicina Familiar y Comunitaria como eje central de la Equidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región**

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

*A Medicina de Família e Comunidade como eixo central da Equidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região*

Marcela Cuadrado Segura, Maria Inez Padula Anderson, Thomas Meoño Martín

### **26 Evaluación de la Calidad en Salud en la Medicina Familiar y en la Atención Primaria en Iberoamérica**

Health Quality Assessment in Family Medicine and Primary Care in Ibero America

*Avaliação da Qualidade em Saúde na Medicina de Família e na Atenção Primária na Ibero-América*

Maria Inez Padula Anderson, Macarena Moral, Marcela Cuadrado Segura, Thomas Meoño Martín, Sergio Minué, Ricardo Donato, Lilia González

### **37 Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria**

Referral and Counter-Referral Patient Management Systems in Latin America: Care Coordination Mechanisms and the role of Family and Community Medicine

*Os Sistemas de Referencia e Contra-Referência de pacientes na América Latina:  
Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e  
Comunidade*

Miguel Ángel Fernández Ortega, Jacqueline Beatriz Roo Prato, Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria, Sofía Blanco Lara, Alan Edward Barrell, Víctor Manuel Juárez Téllez

**46 Fortalecimiento del proceso de enseñanza aprendizaje de la Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica**

Strengthening the teaching-learning process of Family and Community Medicine in Iberoamerica

*Fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem da Medicina de Família e Comunitária em Ibero-américa*

Fernando Coppolillo, Humberto Jure, Maria Beatriz Ciuffolini, Diana Yuruhán

**55 Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica**

Certification, Recertification and Accreditation in Family and Community Medicine in Iberoamerica

*Certificação, Recertificação e Acreditação em Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América*

Haydee Cabrera Reyes, Diana Yuruhán Mohrbach, Patricia Vargas, Nancy del R. López Vásquez, Johanna Montalvo Vásquez

**64 Investigación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica**

Research in Family and Community Medicine in Ibero-America

*Pesquisa em Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América*

Noris Margarita Serrudo de Domínguez, Jacqueline Ponzo, José Manuel Ramírez Aranda, Carla Alexandra Argudo Haro, Miriam Elisa Riveros Ríos, Pablo Vargas Villarreal, Juan Víctor Ariel Franco, Sergio Adrián Terrasa, Juan Carlos Perozo García, María Cristina da Costa Días, Fausto Gady Torres Toala, Roberto Flete González

**75 Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud**

Quaternary Prevention: Medical Ethics, Evaluation and Efficiency in the Health Systems

*Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde*

Miguel Pizzanelli, Marina Almenas, Robert Quirós, Carlos Pineda, Esteban Cordero, Niurka Taureaux, María de Lourdes Rojas, Karin Kopitowski, Ricardo La Valle, Mónica Niveló, Verónica Menares, Agustina Piñero, Sonia Ortiz, Rolando Herrera, Alexis Correa Taja

**CARTA DE SAN JOSÉ**

**86 CARTA DE SAN JOSÉ**

**VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria**

**San José, Costa Rica**

**12 y 13 de Abril del 2016**

## VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria

*VI Summit on Family and Community Medicine*

*VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade*

En los últimos años, ante el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, las desigualdades de género, las inequidades sociales y en salud, la violencia, los cambios climáticos, los estilos de vida de la sociedad humana y la reiteración de la salud como un derecho humano fundamental, los sistemas de salud han sido llevados a valorar y fortalecer el primer nivel de atención.

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en el mundo ha sido pilar de una Atención Primaria (AP) de calidad, por desarrollar una atención integral a las personas, ofreciendo mejores servicios de salud a todas las poblaciones y en todos los escenarios sociales. Es una especialidad médica y una disciplina académica que estudia el proceso salud-enfermedad de la persona, su familia y comunidad, desde una perspectiva sistémica y un abordaje biopsicosociocultural. Su práctica es caracterizada por conocimientos, habilidades y actitudes que la diferencian de las demás. Pero es una especialidad que necesita mayor apoyo político y financiero en el ámbito latinoamericano.

El discurso político y las recomendaciones a nivel internacional hablan de la importancia de la AP y de la MFC en el otorgamiento de los servicios asistenciales, basados en las premisas de mejor utilización de recursos, equidad y justicia social. No obstante, los diferentes grados de compromiso y esfuerzos encaminados a fortalecer los sistemas sanitarios, educacionales y formativos desde la AP y la MFC en América Latina han sido insuficientes. Podría decirse que en muchos casos son muy lentos o casi nulos, cuando no contradictorios, incluso, inversos a los compromisos firmados.

Como forma de reflexionar, debatir y apoyar el desarrollo de políticas adecuadas para los sistemas de salud hacia una AP calificada, con médicos familiares y comunitarios, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria (WONCA Iberoamericana CIMF), promueve la realización de Cumbres Iberoamericanas de Medicina Familiar. Las Cumbres, además de un evento político, son también un evento técnico y académico. A través del intercambio de experiencias y actividades participativas, con representantes estratégicos de las áreas de salud, educación e investigación se buscan soluciones para los problemas de organización, asistencia, formación e investigación en los sistemas de salud de Iberoamérica, en especial los relacionados con la Atención Primaria y Medicina Familiar.

**Financiación:**  
ninguna declarada.

**Aprobación ética:**  
no aplicable.

**Conflicto de intereses:**  
ninguna declarada.

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

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

**Cómo citar:** Meoño TM, Anderson MIP, Ángel MF. VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):1-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1397](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1397)

Ministros de Salud de la Región Iberoamericana, representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la OPS/OMS, representantes de CIMF y de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), así como Gestores de Salud y Educación, representantes de las Sociedades Académicas interesadas en Medicina de Familia y Atención Primaria de la Salud, y representantes de la sociedad organizada, son invitados a asistir a estos eventos.

Desde 2002, se han realizado 6 Cumbres: en 2002, Sevilla, España; 2005, Santiago, Chile; 2008, Fortaleza, Brasil; 2011, Asunción, Paraguay; 2014, Quito, Ecuador y, la última en 2016, San José, Costa Rica, objeto de este número suplementario de la RBMFC.

La VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria fue celebrada durante los días 12 y 13 de abril de 2016, en la ciudad de San José, Costa Rica, y se llevó a cabo bajo el tema: **“Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud: La Medicina Familiar y Comunitaria como eje”**.

Este gran evento fue organizado por el Ministerio de Salud de Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), la Asociación de Medicina Familiar y Comunitaria de la Costa Rica (MEDFAMCOM), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), con la colaboración de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

Tuvimos la honrosa participación del Dr. Fernando Llorca Castro, Ministro de Salud de Costa Rica; la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social; la Dra. Lilia Reneau-Vernon, OPS de Costa Rica; de las autoridades del Comité Ejecutivo WONCA: Presidente Prof. Michel Kidd, Secretario Ejecutivo Dr. Garth Manning y de la Presidenta Electa Prof. Amanda Howe, así como del Comité Ejecutivo y de la Junta Directiva de CIMF y representantes de los Ministerios de Salud de Brasil, Colombia, Honduras, México, Panamá y Puerto Rico; además de gerentes de salud, profesores, residentes y estudiantes. Al todo, 170 personas de 24 países estuvieron reunidas reflexionando y debatiendo sobre la MFC.

En las actividades técnico-académicas-investigación de esta Cumbre, participaron representantes de los 20 países que conforman la VI Región WONCA Iberoamérica CIMF, con el objetivo de revisar los conceptos de Universalidad, Calidad y Equidad en los sistemas de salud y del rol que ejerce la Medicina Familiar y Comunitaria en cada uno de ellos. Por este motivo, se conformaron 5 grupos de trabajo en los siguientes ejes temáticos:

- Eje 1: Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud: La Medicina Familiar y Comunitaria como eje
- Eje 2: Formación, Certificación y Recertificación en Medicina Familiar y Comunitaria
- Eje 3: Sistema de Referencia y Contra-Referencia: mecanismos de coordinación de la atención y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria en la estructura de la Red de Servicios de Salud
- Eje 4: Investigación en Medicina Familiar y Comunitaria
- Eje 5: Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud

Durante la VI Cumbre se presentó el diagnóstico situacional que guardan los países de la Región al respecto de los ejes temáticos referidos. Se conformaron cinco mesas de análisis integradas con expertos y representantes de los diferentes países e instituciones de educación, salud y sociedades médicas civiles, obteniendo como productos siete definiciones centrales y 22 recomendaciones que constituyen la **“Carta de San José”**, además de los diagnósticos situacionales de 20 países que constituyen WONCA Iberoamérica CIMF, y que se publican en este número suplementario de la Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC).

En esta Cumbre, a diferencia de la anterior en que hicimos la publicación solamente en español, decidimos hacerlo, ahora, en 3 idiomas: español, portugués e inglés, con lo que pretendemos proporcionar información relevante a la comunidad médica y a los tomadores de decisiones, acerca de las fortalezas y oportunidades que presentan los países de Iberoamérica sobre temas centrales para el desarrollo de Sistemas de Salud más justos y eficientes, con base en la MFC y APS.

Sabemos que tenemos un camino en el sentido de perfeccionar los procesos de producción científica, como asociaciones científicas que somos. Consideramos que los artículos que integran este número de la RBMFC hacen

parte de la construcción de esta historia. Una historia que ha sido desarrollada con base en la cooperación y espíritu colaborativo entre médicas y médicos familiares y comunitarios comprometidos con la MFC y provenientes de todos los países que conforman nuestra Confederación. Además, los artículos son importantes porque ofrecen información relevante y novedosa.

Para finalizar, agradecemos a todas y todos los involucrados en la publicación de este trabajo desde la parte científica, hasta a los que contribuyeron en la producción editorial, como es el caso de Marli Machado de la RBMFC; a nuestros revisores externos, Profesor Arnulfo E. Irigoyen-Coria, Editor de la Revista Atención Familiar de México, y Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); al Maestro José Enrique Alfonso Manzanet, Jefe del Departamento de Revistas Médicas, Editorial Ciencias Médicas, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas de Cuba y a la Licenciada Dánae Ricardo Aldana, Redactora Editora de la misma institución.

*La publicación de documentos de postura y las conclusiones de las Cumbres de CIMF, representan un claro esfuerzo tanto editorial como científico por consolidar a la Medicina Familiar -nuestra especialidad- en el ámbito Latinoamericano.*

*Debemos estar convencidos de que sin la ejecución ardua y compleja de estas tareas -la Medicina Familiar en Iberoamérica- no podrá consolidarse. Ya han transcurrido más de cuarenta años desde que en México se inició la formación académica de especialistas en medicina familiar; y puede decirse, que sin estos esfuerzos científico-editoriales, la anhelada consolidación de la especialidad se verá cada día más lejana.*

*Arnulfo E. Irigoyen Coria*

Thomas Meoño Martin  
**Presidente**  
**VI Cumbre Iberoamericana de**  
**Medicina Familiar**  
**Presidente MEDFAMCOM**

Maria Inez Padula Anderson  
**Presidente**  
**Wonca Iberoamericana CIMF**  
**Editora Suplementario**  
**VI Cumbre - RBMFC**

Miguel Ángel Fernández  
**Vicepresidente Mesoamérica**  
**Wonca Iberoamericana CIMF**  
**Editor Suplementario**  
**VI Cumbre- RBMFC**

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

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

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

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

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

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

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

#### Grupo colaborador

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

## Resumen

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

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

#### Palabras clave:

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

**Financiación:**  
ninguna declarada.

**Aprobación ética:**  
no aplicable.

**Conflicto de intereses:**  
ninguna declarada.

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

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



## Abstract

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

### Keywords:

Universality  
 Universal Health Coverage  
 Primary Health Care  
 Health Determinants  
 Global Health

## Resumo

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

### Palavras-chave:

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

## Introducción

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

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

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

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

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

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

## Universalidad y Cobertura Universal en Salud

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

## Universalidad en Iberoamérica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Objetivo

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

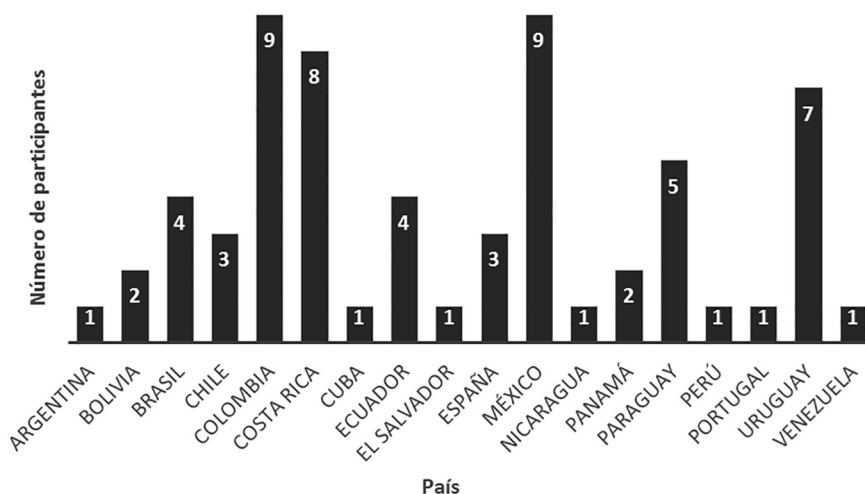
## Metodología

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

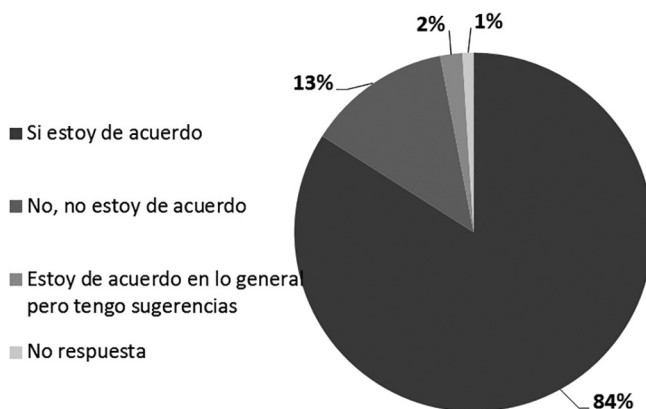
## Resultados

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

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

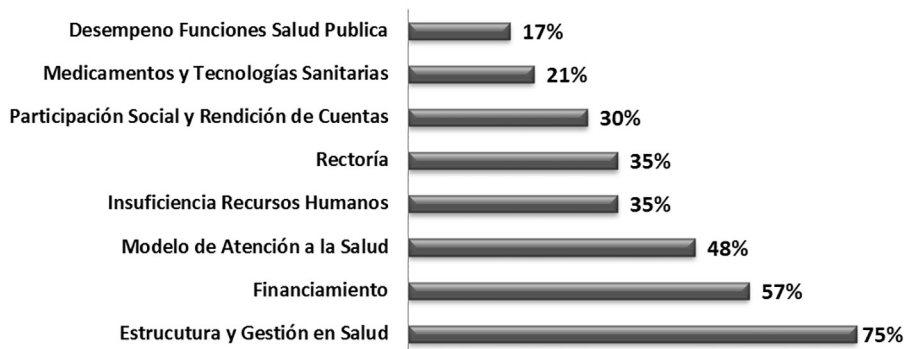


**Gráfico 1.** Distribución por países de los participantes en la encuesta electrónica sobre la evaluación de la Universalidad en Salud en los países pertenecientes a CIMF-WONCA. 2016  
 Fuente: Cuestionario electrónico autoadministrado. Sub Grupo 1 Eje Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas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



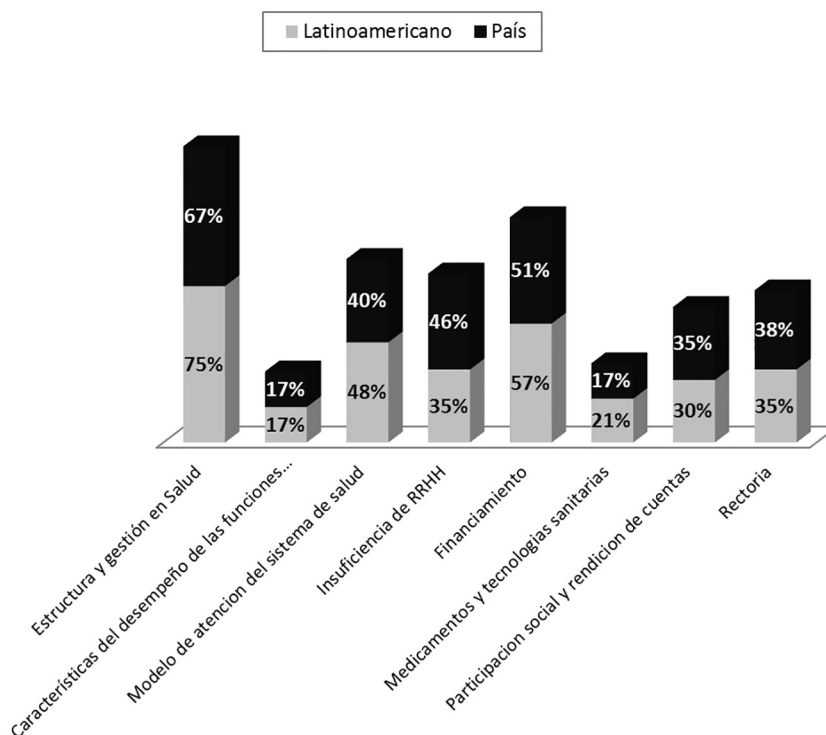
**Gráfico 2.** Concordancia con el concepto de Universalidad planteado en la encuesta electrónica sobre la evaluación de la Universalidad en Salud en los países pertenecientes a CIMF-WONCA. 2016  
 Fuente: Cuestionario electrónico autoadministrado. Sub Grupo 1 Eje Universalidad, Equidad y Calidad en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

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



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

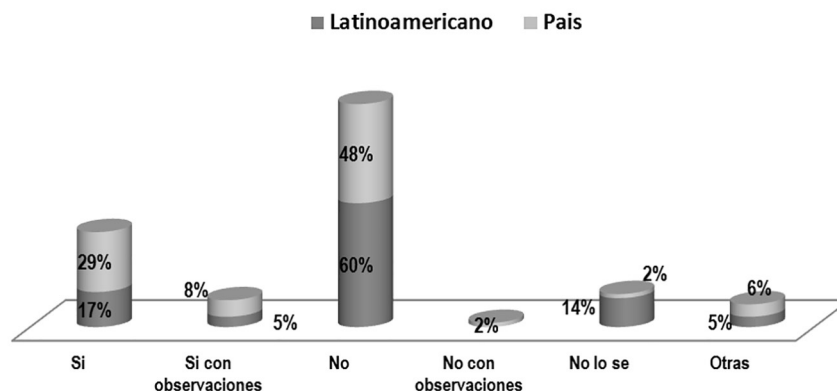
El análisis de las respuestas sobre los factores considerados limitantes por país para alcanzar la universalidad de la APS y la MFC mostró que un 67% de los encuestados concuerdan en que el principal determinante es la estructura y gestión en salud; seguido por el financiamiento (51%), la insuficiencia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



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



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



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

## Discusión

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

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

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

## Conclusiones

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

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

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

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

## Recomendaciones

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

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

## Referencias

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

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

## Anexos

Encuesta elaborada con los aportes del grupo colaborador:

Concepto Universalidad con enfoque en la APS y MFyC:

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

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

Justifique:

Otro:

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

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

Justifique:

Otro:

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

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

Justifique brevemente:

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

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

Justifique brevemente:

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

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

Justifique:

Otro:

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

# La Medicina Familiar y Comunitaria como eje central de la Equidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región

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

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

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

Maria Inez Padula Anderson. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitaria, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br

Thomas Meoño Martín. Escuela Medicina de la Universidad Autónoma de Centroamérica de Costa Rica; Asociación de Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica; Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. drmeono@gmail.com

#### Grupo de Trabajo

Andrea De Angulo (Colombia), Dayme Quintero (Panamá), Dora Patricia Bernal (Colombia), Francisco Ariza Montoya (Colombia), Jesús Reyes Carranza (Colombia), Jorge Brandao (Portugal), Lizette Pérez Pérez (Cuba), María Naxalia Zamora González (Nicaragua), Milagro Muñoz (Costa Rica)

## Resumen

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión del concepto de equidad en general y de equidad en salud en particular, con la visión de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad fundamental del primer nivel de atención. Surge como producto del intercambio del grupo de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. La metodología de trabajo fue por medio de una encuesta previa y discusión con datos durante la misma cumbre en San José de Costa Rica, en el mes de abril de 2016. En este artículo se presentan los resultados del trabajo grupal en todas sus etapas, que consisten en: nueva definición de equidad, análisis de la equidad en salud, factores que influyen en esta, equidad en la distribución y cantidad de Médicos de Familia y Comunidad en Iberoamérica, las estrategias de los Gobiernos para lograr la equidad en la atención a la salud de la población y la aceptación o no de los Médicos de Familia y Comunidad con las mismas. Surgen de las encuestas la falta de equidad en los servicios de salud donde se encuentran insertos los Médicos de Familia y Comunidad, sea por inadecuada distribución y cantidad de recursos humanos calificados destinados al primer nivel y la falta de legislación y compromiso de gobiernos. Se plantea la necesidad de trabajar desde el concepto de equidad involucrando a diferentes actores para generar un cambio a favor de mayor equidad para la salud, teniendo como recurso fundamental a la Medicina Familiar y Comunitaria para el logro de la misma.

#### Palabras clave:

Equidad en salud  
Equidad y medicina familiar y comunitaria  
Estrategias para lograr equidad

#### Financiación:

ninguna declarada.

#### Aprobación ética:

La investigación fue considerada una investigación sin riesgo. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se realizaron de acuerdo a las normas éticas de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

#### Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

#### Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 15/08/2016.

Aceptado el: 15/09/2016.

**Cómo citar:** Cuadrado MS, Anderson MIP, Meoño TM. La Medicina Familiar y Comunitaria como eje central de la Equidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):17-25. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1383](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1383)

## Abstract

The objective of this paper is to perform a review of equity concept in general and equity in health in particular from the perspective of considering Family and Community Medicine an essential specialty in primary care. This communication resulted from the exchange of the members of the ethics working group at the VI Ibero-American Summit of Family and Community Medicine in San Jose, Costa Rica on April 2016. The methodology consisted of a preliminary survey and the discussion during the summit about the obtained data. All the stages of the work of the working group are presented in this report: an equity new definition, analysis of the equity on health, influential factors, equity through distribution and number of Family and Community doctors in Latin America, governments' strategies oriented to achieve equity providing healthcare to the entire population, and the acceptance or not of this strategies by family and community doctors. The data obtained from the surveys showed a lack of equity in family and community healthcare facilities due to inadequate number and distribution of qualified human resources, lack of legislation and commitment from governments. It is proposed to work from the concept of equity involving different actors to generate changes oriented to enhance equity in healthcare with family and community medicine as an instrument.

## Keywords:

Health Equity  
Equity in health systems,  
family and community  
medicine as core  
Strategies for equity

## Resumo

O objetivo deste trabalho é revisar o conceito geral de equidade e de equidade em saúde, em particular, a partir da visão da Medicina de Família e Comunidade como especialidade fundamental do primeiro nível de atenção à saúde. Surge como produto do intercambio do grupo da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade. A metodologia de trabalho se deu através de uma enquete prévia e discussão dos dados durante a mesma cúpula em San Jose, Costa Rica, em abril de 2016. Neste artigo são apresentados os resultados do trabalho grupal em todas suas etapas que consistem em: nova definição de equidade; análise de equidade em saúde; fatores que influenciam a mesma; a equidade na distribuição e quantidade de Médicos de Família e Comunidade na Ibero-América; estratégias governamentais para alcançar a equidade na assistência à saúde da população e a concordância ou não dos Médicos de Família e Comunidade com as mesmas. Da enquete se obtém a informação de falta de equidade nos serviços de saúde onde se encontram inseridos os Médicos de Família e Comunidade, seja pela distribuição inadequada, seja pela quantidade de recursos humanos qualificados para o primeiro nível, pela falta de legislação e de compromisso dos governos. Para alcançar a equidade, surge a necessidade de trabalhar a partir desse conceito envolvendo diferentes atores para gerar uma mudança no sentido de uma maior equidade em saúde, tendo como um recurso fundamental a Medicina da Família e Comunidade para o alcance da mesma.

## Palavras-chave:

Equidade em saúde  
Equidade e Medicina de  
Família e Comunidade  
Estratégias para  
alcançar Equidade

## Introducción

Iberoamérica; conformada por: América del Sur incluyendo las Regiones Andina y Cono Sur, Mesoamérica y Península Ibérica, conforman una de las regiones del mundo con mayor inequidad social<sup>1</sup> y graves desigualdades en las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud, no obstante el desarrollo de programas que buscan precisamente el efecto contrario.<sup>2</sup> Esta problemática, expresada en términos simples como diferencias en el estado de salud entre individuos y grupos sociales entre países y dentro de ellos, es un tema importante para los sistemas de salud.

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) por su inserción característica en el primer nivel de atención, integrada en equipos multidisciplinarios cerca de donde la gente vive, trabaja y estudia, identifica la importancia de este tema.

La creciente disparidad de condiciones de vida y de salud entre los grupos sociales y las regiones geográficas del mundo, ha motivado preocupación de diferentes organizaciones sociales por las desigualdades en salud, considerándolas entre las emergencias que comprometen el futuro de la humanidad.<sup>3</sup>

El término equidad<sup>4</sup> procede del latín *aequitas*, que deriva de la palabra *aequus*, que significa "igual". Consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones.

Aristóteles dijo que "*la naturaleza misma de la equidad es la rectificación de la ley cuando se muestra insuficiente por su carácter universal*". Se sabe que la ley tiene necesariamente carácter general y, por tanto, muchas veces es imperfecta o de difícil aplicación en casos particulares. En estos casos la equidad interviene para juzgar, no a partir de la ley, sino a partir de la justicia que la misma ley está dirigida a realizar.



Por tanto, dice Aristóteles, la justicia y la equidad son la misma cosa: la equidad es superior, no a lo justo en sí, sino a lo justo formulado en una ley que por razón de su universalidad está sujeta a error. *“La equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de la justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una ‘legal injusticia’ si se admite la frase paradójica.”*<sup>5</sup>

Bárbara Starfield<sup>6</sup> define a la equidad como la ausencia de diferencias sistemáticas entre poblaciones. Argumenta que “La atención primaria en salud, permite una mayor accesibilidad y es mucho más flexible a las cambiantes necesidades de salud de la sociedad”. Se ha demostrado la mayor efectividad y eficiencia de una buena atención primaria comparada con la atención por especialidades, y más recientemente su importancia en el mejoramiento de la equidad en salud. Esto se logra porque se concentra en las personas y en la comunidad, satisface las necesidades comunes de la población, e integra la atención médica con otros niveles de servicios.

Al observar a la equidad respecto a los servicios de salud y los procesos de atención médica, diversos autores identifican aspectos específicos relacionados con las varias formas de operacionalizar el concepto de equidad en salud. Whitehead<sup>7</sup> identifica cuatro tipos de equidad: a) igualdad en el acceso disponible para igual necesidad; b) igualdad de utilización para igual necesidad (referida a la adecuada distribución de los recursos de salud existentes entre los individuos que los necesitan); c) igualdad en la calidad de la atención; d) igualdad en el resultado.

Otros autores como Berman<sup>8</sup> y Daniels<sup>9</sup> señalan que los tres elementos claves para lograr la equidad en los sistemas de salud son: financiamientos progresivos/asignaciones equitativas de recursos dentro del sistema de salud; derechos universales/accesos universales y calidad de los servicios de salud.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>10</sup> se ha tratado de dar un sentido más operativo al término. La equidad en la atención a la salud se define como: a) la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud; b) la forma en que los servicios son recibidos por la población; y c) la forma en que los servicios de salud son pagados.

Desde otro aspecto, se ha escrito sobre el mejoramiento de la salud de los individuos y el alcance de la equidad en la salud de las poblaciones desde una perspectiva política.<sup>11</sup> Se ha concluido que se requiere de un enfoque multidisciplinario que aborde los factores socioeconómicos determinantes de la salud, las políticas sociales y económicas que afectan la distribución del ingreso; así como los aspectos de los servicios de salud que fortalecen la atención primaria en salud (APS).<sup>12</sup> Para esto se hace necesario el trabajo de los equipos de salud; y en ellos, el trabajo de los médicos de familia y comunidad (MFC),<sup>13</sup> para disminuir las desigualdades en salud y lograr la equidad para los seres humanos en el proceso salud enfermedad.

## Método

Se realizó una revisión conceptual del tema, a partir de lo cual se debatió con participantes de diferentes asociaciones de medicina familiar.

El trabajo tuvo una fase no presencial, encuesta on line, realizada a residentes y posgrados de MFyC, a especialistas en MFyC y a gestores en salud. El proceso de creación de la encuesta fue previo a la VI Cumbre de MFyC para conocer sobre equidad en la práctica cotidiana.

Se envió las encuestas a todos los países de Iberoamérica a través de las asociaciones de MFyC. Fueron 6 preguntas, con opciones de respuestas cerradas, semicerradas y abiertas. Se investigó el concepto de equidad, la existencia de equidad en su práctica cotidiana, los factores que llevan a la inequidad, y las estrategias que se han desarrollado desde los gobiernos, para desarrollar la equidad. Además se indagó en la opinión de los entrevistados sobre estrategias.

Una fase presencial desarrollada durante la VI Cumbre de MFyC el 12 de abril de 2016 en San José de Costa Rica. En esta instancia presencial, participaron los integrantes del subgrupo de la Cumbre, el objetivo del trabajo fue desarrollar una definición de equidad acorde a la MFyC, adecuada a la región y formular recomendaciones a seguir con respecto al tema.

## Resultados

Por orden metodológico, se presenta la definición desarrollada durante la reunión de la Cumbre en Costa Rica.

**Definición:** El término equidad está estrechamente vinculado al derecho a la salud y a sus prácticas jurídicas; es la preferencia a dejarse guiar o a actuar por el sentimiento del deber o de la conciencia, más que por lo rigurosamente escrito en la ley o los mandatos de la justicia.

En relación con la justicia social, la equidad implica una distribución cuali-cuantitativa de los servicios integrales e integrados de salud a la medida de las necesidades, o en otras palabras, que cada persona, familia y comunidad reciba lo que necesita para recuperar y mantener su salud y bienestar, a partir de la gestión en el proceso social y la participación intersectorial.

Desde los principios de la MFyC, la equidad se practica en la atención centrada en las personas, la familia y la comunidad, respetando su entorno biopsicosocial, político cultural y la libre autodeterminación; a partir del desarrollo de las funciones asistenciales, gerenciales, docentes e investigativas para dar respuesta a las necesidades de salud.

### Resultados de la Encuesta

Del análisis de la encuesta se obtuvo.

Total de participantes 69, de los cuales 63 son MFC, 4 residentes y 2 gestores.

Los países representados fueron 18, de todas las regiones. De Cono Sur: Argentina, Uruguay, Chile, Brasil y Paraguay; de la Región Andina: Ecuador, Perú, Bolivia, Venezuela y Colombia; de Mesoamérica: (participaron) México, Costa Rica, Panamá, Nicaragua y Cuba; de Península Ibérica: España y Portugal. (Figura 1).

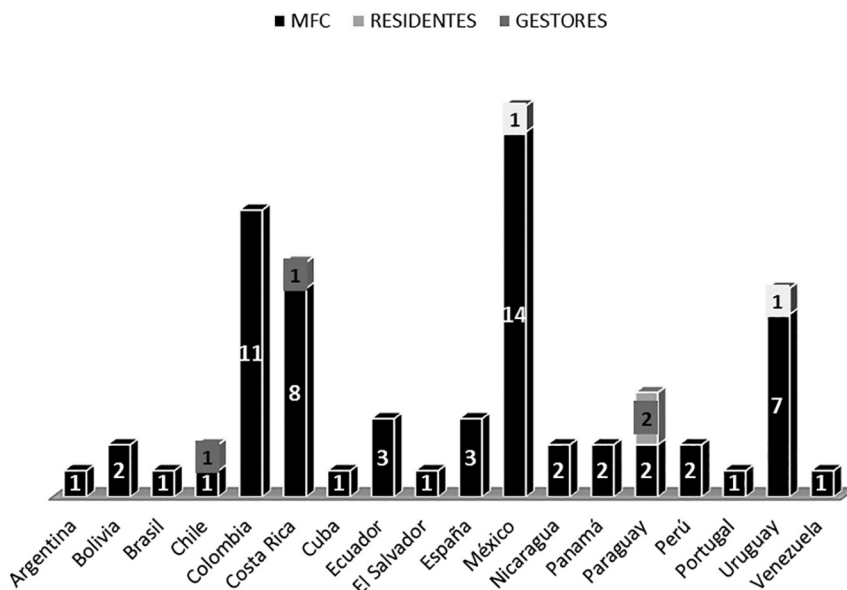


Figura 1. Países participantes de la encuesta.

Fuente: Encuesta Sub-Grupo Trabajo Equidad - VI Cumbre Iberoamericana - CIMF

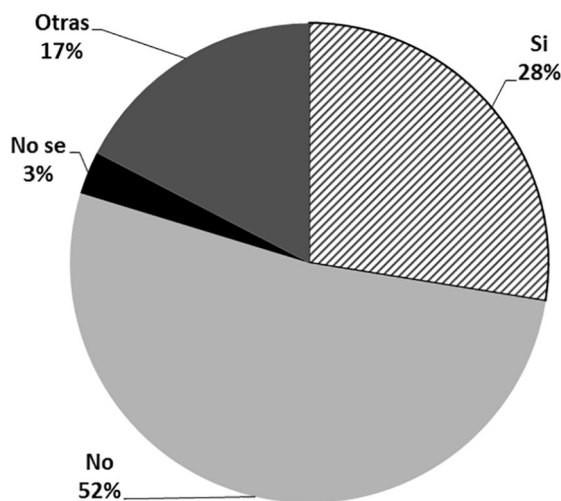
A partir de las respuestas a las preguntas formuladas se obtuvo lo siguiente:

En la pregunta ¿Considera que en su país existe la EQUIDAD en la prestación de servicios de Atención Primaria a la Salud?

Los participantes en un 52% consideraron que existe falta de equidad en la prestación de los servicios de salud. El 28% consideró que existía equidad.

En el análisis por país, se puede considerar que los países que responden que existe equidad son los que tienen un único sistema de salud. Por ej. Cuba.

El 17% de los participantes que responden otras opciones explican que en sus países se transita un camino orientado hacia la equidad, otros responden que existe “una equidad” en la prestación de los servicios de salud cuando el individuo vive en zonas urbanas. (Figura 2).



**Figura 2.** Existencia de Equidad en la prestación de servicios de Atención Primaria a la Salud.

Fuente: Encuesta Sub-Grupo Trabajo Equidad - VI Cumbre Iberoamericana - CIMF

En la pregunta ¿en su país, existe la EQUIDAD en la distribución y la cantidad de MFC?

Los participantes en un 75% respondieron que no existe la equidad en la distribución de MFC.

El 7% respondió que hay equidad en la distribución y cantidad de MFC en el país.

Los participantes que respondieron otros, que corresponde al 16%, explican que la distribución de MFC así como la cantidad, varían según la zona geográfica. Refieren que el número de especialistas en MFyC depende de salarios, posibilidad de ejercer la especialidad, plazas de formación, estatus.

Explican que el MFC se ha posicionado laboralmente en las áreas donde es acogido y no necesariamente donde más se le necesita o pueda aportar. De estos un 55% opinan que están concentrados en grandes ciudades. Figura 3.

En la pregunta ¿Cuál(es) es (son) el/los factor(es) que más contribuye (n) para la INEQUIDAD en términos de APS y MFyC de su país?

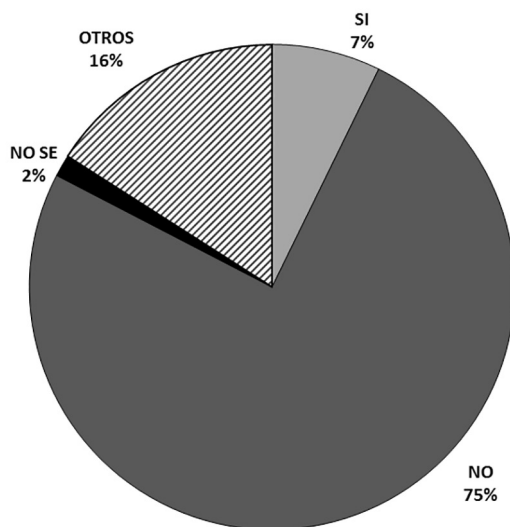
64 personas señalaron más de una opción, solo 4 personas respondieron una sola opción.

Con respecto al análisis el 44% de los participantes opinaron que la falta de recursos humanos calificados es la primera causa de inequidad.

El 33% opinó que la fragmentación de los servicios de salud y lo económico son factores fundamentales que contribuyen a la inequidad.

El 31% de los participantes señalaron otros factores importantes como las condiciones económicas y la falta de política por parte de los gobiernos para APS y MFyC, no encontrándose como problema en países que tienen sistema único de salud como Venezuela, Cuba y España.

El 27% consideró que la falta de acceso a tecnología y a medicamentos lleva a la inequidad en salud.



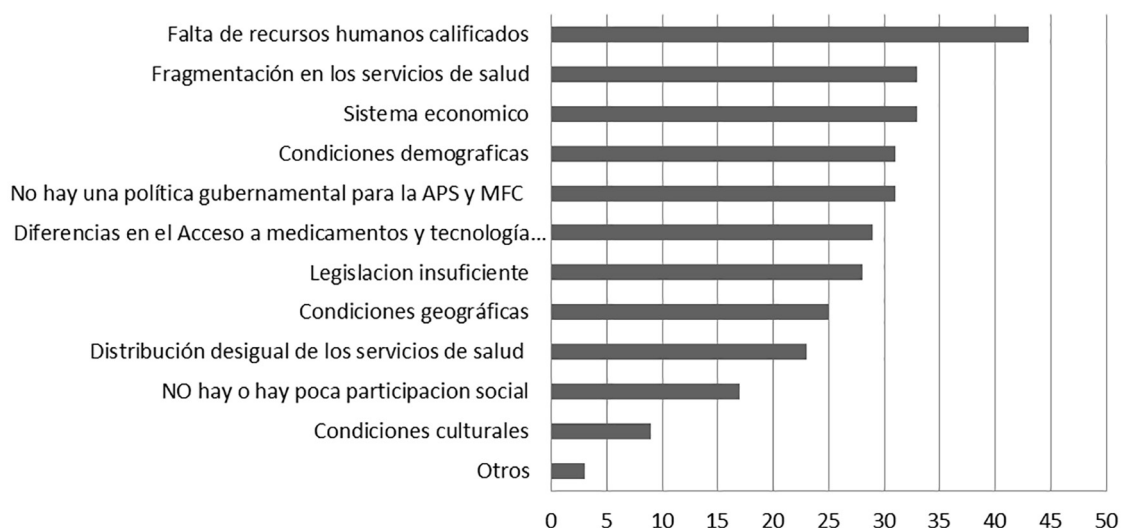
**Figura 3.** Existencia de equidad en la distribución y la cantidad de MFC por países.  
Fuente: Encuesta Sub-Grupo Trabajo Equidad - VI Cumbre Iberoamericana - CIMF

El 26% consideró que la falta de legislación es una limitante importante para el desarrollo de la mejora en la equidad.

El 25% opinó que las condiciones geográficas y la accesibilidad limitan la equidad. Hay regiones en Iberoamérica que ofrecen importantes dificultades de acceso al servicio de salud.

El 23% opinó que la distribución desigual de los servicios de salud es otro factor contribuyente.

El 17% y el 9% opinaron que la falta de participación social y lo cultural se valora como un factor a tener en cuenta. Estos dos factores referidos a la población, profesionales de la salud, instituciones de salud, gestores, políticos, organizaciones profesionales (Figura 4).



**Figura 4.** Factores que contribuyen para la inequidad en términos de APS y MFyC en el país.  
Fuente: Encuesta Sub-Grupo Trabajo Equidad - VI Cumbre Iberoamericana - CIMF

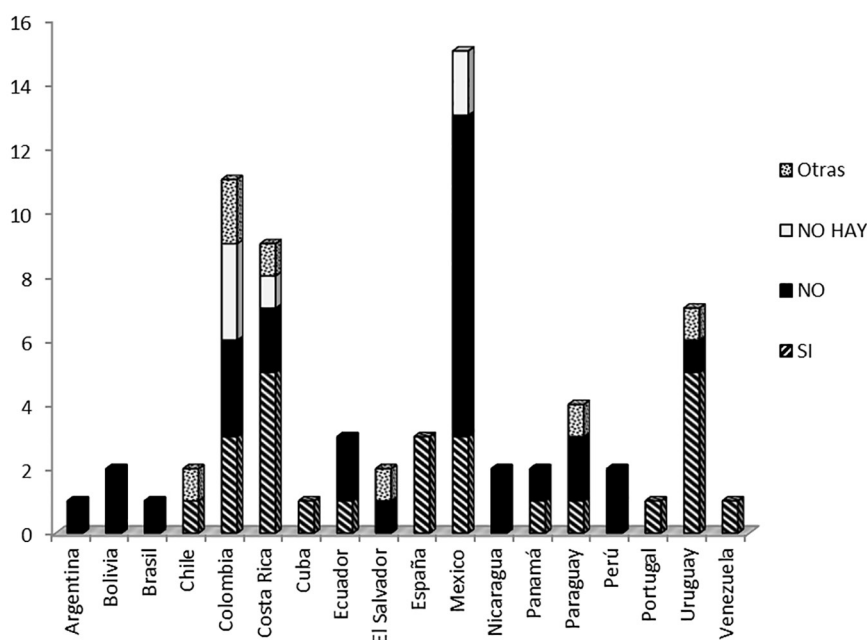
En la pregunta sobre las estrategias que tiene el sistema de salud del país para buscar la equidad en términos de APS y de MFyC. El 26% planteó que en la formación y la calidad de los recursos humanos están la mayoría de las estrategias para buscar la equidad, ampliando la plaza de residencias, para aumentar el número de especialistas y llamando a más concursos públicos como forma de lograr profesionales más calificados.

Un 20% de participantes consideró que exigir el título de MFyC para trabajar en el primer nivel es otra estrategia considerada de orden prioritario.

Otras estrategias planteadas fueron: política de priorización de APS y MFyC con distribución de recursos por todo el territorio y políticas de evaluación de calidad en todo el país.

Menor cantidad de participantes plantearon que la investigación, monitoreo y evaluación son estrategias fundamentales para la equidad.

La última pregunta estableció si están o no de acuerdo con las estrategias para llegar a la equidad empleadas por los gobiernos. El 42% de los participantes responde que no. El 41% respondió que sí. Un 13% contestó que no hay estrategias. (Figura 5).



**Figura 5.** Acuerdos con estrategias empleadas según países para el logro de equidad.  
Fuente: Encuesta Sub-Grupo Trabajo Equidad - VI Cumbre Iberoamericana - CIMF

## Discusión

Para alcanzar la equidad en salud se requiere un sistema de salud fundamentado en una sólida atención primaria, no solo depende de la atención médica o de los servicios en salud.

Los niveles del alcance de la equidad varían en los diferentes servicios de salud en un mismo país, si estos servicios son públicos o privados y también si las zonas son urbanas o rurales.

Los servicios públicos y privados dependiendo de los países no marcan diferencias significativas en equidad.

Categoricamente opinan que las zonas rurales son claramente más inequitativas que las urbanas.

La distribución de los MFyC es inequitativa, por variadas causas, la distribución de los servicios de salud como se dijo anteriormente, por existir ofertas laborales con más oportunidades en las ciudades y por falta de reconocimiento de la especialidad.

De los factores limitantes para la equidad, la falta de recursos humanos calificados es el más importante. Así como la ausencia de políticas gubernamentales, de legislación y de rectoría, con respecto al tema. La localización de los servicios de salud ofrece limitaciones, sobre todo cuando no existe accesibilidad geográfica.

De las estrategias que tienen los países para mejorar la equidad se plantea como fundamental: formar especialistas en MFyC, por medio de residencia y de llamados a concursos para así obtener recursos humanos calificados. Contar con una distribución adecuada, buena remuneración y un sistema de incentivos de los mismos.

Para esto es fundamental lograr contar con el apoyo de los gobiernos.

Se concluye que se debe apostar a la calidad para lograr disminuir las brechas de inequidad.

Sobre si existen estrategias para lograr la equidad, más de 40% considera que sí y el mismo número de participantes consideraron que no, algunos casos dentro de un mismo país. Esto lleva a la reflexión de que estas estrategias pueden depender de donde se apliquen, de la localización geográfica (urbana o rural) y de la formación de recursos en un mismo país, unas equitativas y otras muy inequitativas.

Con respecto al papel que juega la MFyC en la equidad, las opiniones se basaron en que la MFyC es la especialidad más equitativa. Esto se da, porque al trabajar en APS, insertos en comunidades donde la gente vive, trabaja, se enferma y también recupera su salud, se está más cerca y se conocen más las necesidades de la población con la que se trabaja, proporcionando a las personas lo que realmente necesitan en salud sin pasar por alto las necesidades de otros, generando de manera permanente estrategias para lograr la equidad. Es multidimensional la equidad, y como los MFyC trabajan desde esta visión del ser humano, son claves para el desarrollo de políticas que favorezcan la aplicación de los principios de la equidad, en una política pública sin fragmentación.

Para lograr esto se deben tomar decisiones a nivel político, participando en el diseño de políticas y normas de cada país. Todo esto será posible si el especialista en MFyC está correctamente formado, llevando adelante una buena práctica clínica, familiar y comunitaria, realizando una gestión correcta en su sitio de trabajo y con un salario digno, no diferente del de otras especialidades.

La muestra del estudio tiene las siguientes debilidades: 1) del punto de vista cualitativo no es representativa, es una muestra por conveniencia; 2) del punto de vista cuantitativo es suficiente, 69 participantes para un Universo de 20 países integrantes de la región, representados 18 países.

Como fortalezas permitió realizar comparación con la literatura existente, sin llegar a encontrar factores no establecidos. Se encontró un universo dividido en este tema, con gobiernos muy comprometidos en mejorar la equidad, países muy diversos en el tema y países lejos de lograr la equidad.

Es necesario reorientar los servicios de salud en un contexto de “salud pública y equidad” para concentrarse en lograr una mejor “salud de la población y una mejor distribución de la salud”, sustituir hacia un modelo de factores determinantes que considere la salud de la población y no solo la salud individual.

Ubicar a las personas en un papel más activo es un paso muy importante. Cuando se dice “dar más...” es como si hay un grupo que da y otro que recibe, y si bien algo de eso hay, se debe aspirar a colectivos autogestionados, participativos, donde “reciba más quién más necesite” pero sin que haya unos que dan y otros que reciben.

El papel del MFyC, puede ser más enfático y determinante en la equidad. Las posibilidades de incidencia de la MFyC en este tema son muy amplias, acorde a la amplitud del campo de acción profesional y a la naturaleza política del movimiento de la MFyC a nivel regional y mundial. Las posibilidades de promover la equidad están desde las acciones y posicionamiento a nivel clínico, como en la docencia o la investigación. Desde los temas que eligen para investigar o enseñar, a los lugares que se eligen para trabajar. Pero también están en el accionar del MFyC a nivel comunitario, en los territorios locales, promoviendo la cultura de derechos y el empoderamiento de la población, así como el diálogo de saberes que enriquezca a profesionales y ciudadanos en general.



## Recomendaciones

1. Tomar conciencia de lo lejos que se está de lograr la equidad y la cobertura asistencial si los gobiernos de los países de la región no toman medidas al respecto.
2. Establecer equipos multidisciplinarios calificados liderados por especialistas en MFyC que faciliten el acceso de los servicios de salud los individuos, familias y comunidades en el Primer Nivel de Atención.
3. Garantizar los recursos que permitan al equipo dar resolución a la mayoría de los problemas/necesidades del individuo la familia y la comunidad (mínimo 80%).

## Referencias

1. Alleyne GA. La equidad y la meta de salud para todos. Organización Panamericana de la Salud. A Quest for Equity/En busca de la equidad. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 2002.
2. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Vidaurre M, Mujica O, et al. Métodos de medición de las desigualdades. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 12(6):371-372. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002001200002&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002001200002>.
3. Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;12(6): 388-397. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a07v12n6.pdf>
4. Meter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad. Evans y colaboradores editores. Desafío a la falta de equidad en salud. Washington DC: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 27-36.
5. Ramírez A. Enfoques prevaecientes acerca del concepto de equidad y otros relacionados. Diseño de un Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud en Cuba. [Tesis Doctoral]. [La Habana]: Universidad Médica de La Habana. Escuela de Salud Pública; 2004 p. 4-24.
6. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. *Gerencia y Políticas de Salud*. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia noviembre, año/vol. 1, número 001 pp. 7-16 (2001).
7. Whitehead M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: World Health Organization, 1990.
8. Berman P. Health sector reform: Making health development sustainable. *Rev. Health Policy*. 1995. p13-28.
9. Daniels N, Bryant J, Castano R, Dantés O, Khan K, y Pannarunothai. Criterios para la equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de las políticas en países en desarrollo. *Bol. de la Organización Mundial de la Salud*. 2000.
10. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
11. World Health Organization. *Equity in Health Care* Geneva: WHO; 1996.
12. Starfield B. Improving equity in health: A research agenda. *International Journal Health Service*. 2001; 31: p 545-566.
13. Linares N, López-Arellano O. Reforma Sanitaria y Equidad en Salud: apuntes y reflexiones para el debate en América Latina. En: Universidad Autónoma Metropolitana. Jóvenes Investigadores Serie Salud Colectiva. Cuaderno No. 1. Programa de Doctorado en Ciencias de Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana. México DF, 2009.

## Evaluación de la Calidad en Salud en la Medicina Familiar y en la Atención Primaria en Iberoamérica

Health Quality Assessment in Family Medicine and Primary Care in Ibero America

*Avaliação da Qualidade em Saúde na Medicina de Família e na Atenção Primária na Ibero-América*

Maria Inez Padula Anderson. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitaria, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br (*Autora correspondiente*)

Macarena Moral. Universidad de Chile; Instituto de Administración de Salud, Chile. Chile. moralmacarena@hotmail.com

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

Thomas Meoño Martín. Escuela Medicina de la Universidad Autónoma de Centroamérica de Costa Rica; Asociación de Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica; Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. drmeono@gmail.com

Sergio Minué. Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada. España. sergiominue21@gmail.com

Ricardo Donato. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitaria, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Brasil.

ricardodonato2@yahoo.com.br

Lilia González. Escuela Nacional de Salud Publica. Cuba. lili@infomed.sld.cu

### Grupo de Trabajo

Catalina Coral (Colombia), Christine Leyns (Bolivia), Felipe Moreno-Piedrahita Hernández (Ecuador), Jenny Magne (Bolivia), José de Almeida Castro Junior (Brasil), José Obando Romero (Costa Rica), Lisdamys Morera Gonzales (Perú); Pablo Aravia (Chile), Ajayrakeshvarma Chennareddy (India), Alejandra Paulo (Uruguay), Alexis Correa Taja (Nicaragua), Allison Acevedo (Colombia), Anahi Barrios (Uruguay), Anderson Mondragon (Colombia), Andrea Gamarra (Paraguay), Beatriz Salgado (Chile), Betsy Ballesteros Barragán (Colombia), Carmen Elena Cabezas Ecuador; Cecilia Llorach (Panamá), Daniel Capelli (Uruguay), Débora Teixeira (Brasil), Diana Yuruhan (Paraguay), Dora Bernal (Colombia), Dulce rivera (México), Edgar Leon (Ecuador), Enrique Falceto de Barros (Brasil), Esteban Cordero (Costa Rica), Gabriela Di Croce Argentina Gady Torres Ecuador, Garcia Vergara Figueroa (Brasil), Henry Solis Bolivia, Isabel Cristina Puello (Colombia), Jesús Martínez Ángeles (México), Jorge Brandão (Portugal), Juliana da Rosa Wendt (Brasil), Julio Braidá (Uruguay), Karen Muñoz (Colombia), Maria Belen Giménez (Paraguay), Marina Almenas (Puerto Rico), Mauricio Alberto Rodríguez Escobar (Colombia), Mery Munive (Costa Rica), Noris Serrudo (Venezuela), Orlando Espinosa Bermúdez (Colombia), Oscar (México), Osvaldo García Torres (México), Patricia Taira Nakandoj (Brasil), Patricia Vargas (Chile), Philipp Oliveira (Brasil), Ricardo Anzures Carro (México), Ricardo Espitia (Colombia), Rodolfo Deusdará (Brasil), Verónica Casado (España), Victor Manuel Campos (El Salvador), Xenia Sancho (Costa Rica), Yolanda Flores (Ecuador)

### Financiación:

ninguna declarada.

### Aprobación ética:

La investigación fue considerada sin riesgo. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se realizaron de acuerdo a las normas éticas de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

### Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

### Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 15/08/2016.

Aceptado el: 15/09/2016.

**Cómo citar:** Anderson MIP, Moral M, Cuadrado MS, Meoño TM, Minué S, Donato R, et al. Evaluación de la Calidad en Salud en la Medicina Familiar y en la Atención Primaria en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):26-36. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1389](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1389)

## Resumen

El propósito de este estudio es contribuir al desarrollo del concepto y de los procesos relacionados a la evaluación de la Calidad en la Atención Primaria de Salud, bajo la perspectiva de Médicos de Familia y Comunidad (MFyC). Fue basado en la lectura de textos, discusión en grupo de trabajo y en una investigación con la aplicación de una encuesta semi estructurada a MFyC y otros profesionales provenientes de 19 países. Fueran obtenidas informaciones acerca de los servicios de AP y de las percepciones de sus procesos evaluativos, incluyendo los relacionados a la educación permanente, a la motivación y la sobrecarga de trabajo. Los resultados sugieren que evaluar de forma sistemática y adecuada la calidad de la AP en Iberoamérica aún es un proceso muy incipiente. Además, excepto por algunos pocos países, ni siquiera existe una APS universal con MFyCs en los equipos de salud. Por otro lado, si consideramos los principios y las practicas de la MFyC, parece haber una limitación de los instrumentos utilizados para evaluar la calidad en AP. Se concluye que para alcanzar una evaluación de calidad que pueda ser propulsora de una mejora continua de los servicios en la AP es necesario incluir indicadores relacionados a los conceptos y herramientas de la MFyC. Un concepto de Calidad en AP es propuesto y se indica las dimensiones a ser incluidas en los procesos evaluativos, considerando las competencias de la MFyC.

### Palabras clave:

Calidad en Salud  
Medicina Familiar  
y Comunitaria  
Atención Primaria

## Abstract

The purpose of this study is to contribute to the development of the concept and the assessment of Quality in Primary Care, under the perspective of Family and Community Medicine (FCM). The study was based on texts reading, discussion in a working-group, and a survey with the application of a semi-structured questionnaire to FCM and other professionals from 19 countries. Information about PC services, as well as the perception of its evaluation processes, including those related to permanent education, motivation and work overload was obtained. The results suggest that the quality assessment of PC in Iberoamerica is still a very incipient process. In addition, with the exception of a few countries, there is not even a universal PC with FCM in the health teams. Considering the principles and practices of the FCM, it seems that there is a limitation of the instruments commonly used to evaluate the quality in PC. It is concluded that to achieve a better quality assessment in order to conduct continuous improvements in the PC services, it is necessary to include indicators related to the concepts and tools of FCM. Considering the competences of the FCM, a quality concept in PC is proposed and dimensions to be included in the evaluation processes are indicated.

### Keywords:

Health quality  
Family and Community  
Medicine  
Primary Care

## Resumo

O objetivo deste estudo é contribuir para o aperfeiçoamento do conceito e dos processos relacionados à avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS), sob a perspectiva de Médicos de Família e Comunidade (FCM). O estudo foi realizado com base na leitura de textos, discussão em grupo de trabalho e uma pesquisa com a aplicação de um questionário semi-estruturado a MFC e outros profissionais provenientes de 19 países. Foram obtidas informações sobre os serviços de APS e das percepções sobre seus processos de avaliação, incluindo os relacionados à educação permanente, motivação e sobrecarga de trabalho. Os resultados sugerem que avaliar adequadamente e sistematicamente a qualidade da APS na Ibero-América ainda é processo muito incipiente. Além disso, com exceção de alguns países, não existe sequer uma APS universal com MFCs nas equipes de saúde. Por outro lado, se considerarmos os princípios e práticas de MFC parece ser uma limitação dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade em APS. Conclui-se que para alcançar uma avaliação de qualidade que possa ser condutora de uma melhoria contínua dos serviços de APS é necessário incluir indicadores relacionados aos conceitos e ferramentas da MFC. Um conceito de Qualidade na APS é proposto e são indicadas dimensões para ser incluídas nos processos de avaliação, considerando-se as competências da MFC.

### Palavras-chave:

Qualidade em Saúde  
Medicina de Família  
e Comunidade  
Atenção Primária

## Introducción

Desde Alma Ata - la Asamblea Mundial de Salud realizada en 1978 - se han experimentado avances importantes en la conformación e implementación de modelos de Atención Primaria de Salud (APS), especialmente en los países de economía más desarrollada, pero el mundo aún está lejos de alcanzar la meta establecida en aquella Conferencia.<sup>1</sup> En los países de economía frágil, la baja implementación de una APS calificada es un problema relevante debido a una serie de barreras de índole conceptual, política, financiera y profesional.<sup>2</sup> Ni siquiera existe una norma nacional e internacional en relación con los conceptos y la integralidad de las acciones que deben existir para una APS de calidad. Estos países conviven diferentes modelos de APS que, en gran parte de las veces, están dirigidos al control de enfermedades puntuales, y son implementados a través de programas y paquetes verticales.<sup>3</sup>

En América Latina, la Medicina Familiar (MF), la especialidad de excelencia para el desarrollo de una APS de calidad, presenta distintas etapas de desarrollo. Excepto Cuba y México, no es necesario tener la especialidad para trabajar en la APS, al contrario de lo que ocurre en los países de economía más desarrollada, como Inglaterra, Canadá, Portugal o España.<sup>3</sup> Pero, los tempos están cambiando una vez que están ocurriendo verdaderas reformas de los modelos de salud en algunos países de América Latina o, mismo en su interior, como es el caso de la ciudad Rio de Janeiro, en Brasil.<sup>4</sup>

En este contexto, y a medida que un modelo de salud basado en los principios de una Atención Primaria calificada sustituye un anterior, es necesario haber una reflexión por parte de los profesionales involucrados con su práctica, de manera que se revise sus objetivos. También, en este caso, los procesos evaluativos deben ser repensados para conseguir la excelencia en el ejercicio profesional y de la propia oferta de los nuevos servicios. Por lo tanto, se deben considerar de manera positivas las iniciativas de revisar los procesos evaluativos a nivel de la APS que sean planteadas de forma colaborativa por grupos de profesionales y sus asociaciones. La evaluación debe ser considerada, en este escenario, un instrumento clave para la mejora continua de la calidad de la Atención Primaria.<sup>5</sup>

Por otro lado, hay que evolucionar en el propio concepto de calidad en salud. Con el desarrollo de la humanidad, y con los avances en la biotecnología médica es necesario hacer un llamado para (re)humanizar la asistencia en salud y ofrecer servicios de mayor calidad, a partir de un enfoque holístico, incluyendo los recursos humanos, el compromiso, y la voluntad política que se necesitan para brindar una buena atención médica. Hay que pensar en el concepto de Calidad desde una perspectiva multidimensional,<sup>6</sup> con con profesionales adecuados y con servicios de salud accesibles y equitativos.<sup>7</sup> Además, incluir el concepto de Prevención Cuaternaria (evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica)<sup>8</sup> y también los pacientes, su satisfacción y expectativas con el servicio recibido como parte activa e importante dentro del proceso.

Es importante llamar la atención que la calidad posee una connotación histórico-cultural, es decir, es específica para una sociedad concreta. Son importantes los factores subjetivos o psicosociales de los individuos, los profesionales y la comunidad (creencias, valores, etc.).<sup>9</sup> O sea, la mejora de la calidad en AP debe constituir un objetivo permanente y debe adecuarse a los nuevos desafíos, tanto en función de la creciente complejidad de las necesidades de salud de la población, como por la transición epidemiológica y demográfica, y el actual contexto sociopolítico.<sup>10</sup>

Bárbara Starfield,<sup>11</sup> estudió muchos sistemas de salud (en especial a partir de la década de 90 del siglo XX), y evidenció que las principales características que definen una APS de calidad tienen que ver con 7 atributos. Cuatro Atributos Esenciales: (1) atención de primer contacto, (2) longitudinalidad, (3) integralidad y (4) coordinación, y tres 3 derivados: (1) orientación familiar; (2) orientación comunitaria y (3) competencia cultural.

Considerando la hipótesis de que los procesos de evaluación de la calidad en APS están poco desarrollados en América Latina y en Iberoamérica, este estudio tiene por objetivo contribuir al desarrollo del concepto y de las prácticas relacionadas con la Calidad en Salud a partir de la visión de la Medicina Familiar y Comunitaria.

## Metodología

Estudio de carácter exploratorio y abordaje cuali cuantitativa, desarrollado a partir de un Grupo de Trabajo, en el marco de las actividades pre, per y post la 6ª Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, que tuvo lugar en San José de Costa Rica, en abril de 2016. Como proceso de trabajo el primer paso fue constituir el grupo con representantes de las Asociaciones de MFyC de Iberoamérica, ya en octubre de 2015. A continuación, se hizo un levantamiento bibliográfico con enfoque en los procesos evaluativos de la APS, valorando los que eran aplicados a nivel de país o región. En enero y febrero de 2016, a través de la colaboración del Grupo de Trabajo, se elaboró y se aplicó una encuesta semi-estructurada, a MFyC y otros profesionales interesados, oriundos de 19 países y respondida vía un cuestionario *on line*. En esta encuesta se buscó informaciones acerca de las características de los servicios prestados en la AP de los países, asimismo de las percepciones acerca de sus procesos evaluativos. Las informaciones obtenidas abarcaron: profesión, especialidad, país, conocimiento sobre si se hace evaluación de calidad en sus países, y las características de la evaluación: participación de los profesionales, periodicidad, adopción nacional o no; indicadores

utilizados; planeamiento de las actividades en la unidad, tipos de servicios de salud prestados a la población, así como sobre la percepción de sobrecarga o de motivación para el trabajo. A continuación, el grupo se reunió para analizar y debatir los datos y, con bases en los resultados, hacer recomendaciones acerca del tema.

## Resultados

### Estudios en calidad en la APS

Fue hecha una pesquisa con las palabras de busca: calidad, atención primaria y medicina familiar, con el objetivo de encontrar algún estudio que evidenciase una perspectiva país o región, preferentemente en América Latina y/o Iberoamérica. Se encontró una revisión sistemática de la literatura, realizada en Brasil<sup>12</sup> con el objetivo de identificar instrumentos nacionales e internacionales para la evaluación de la APS en los servicios de salud. En este artículo fueron identificados 3048 estudios, publicados entre 1979 e 2013. Los instrumentos validados en portugués, español o inglés y destacados en este artículo fueron: (1) WHO *Primary Care Evaluation Tool* (PCET); (2) ADHD *Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP); (3) *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para la APS); y (4) PCA Tools (*Primary Care Assessment Tool*), (5) EUROPEP (*European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*) y (6) PMAQ (Programa Nacional para el Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria), utilizado en Brasil.

De entre estos, destacamos tres por presentar un carácter más amplio incluyendo, necesariamente, la organización y la práctica de la APS e involucrando los equipos de salud en el proceso evaluativo. También porque están siendo utilizados en una perspectiva internacional o regional o en países de América Latina como Brasil:

- a) PCA Tool basado en el modelo de evaluación de la calidad de los servicios de salud propuesto por Donabedian<sup>13</sup> - medición de estructura, proceso y resultados - y desarrollado por el equipo de Stafield en Johns Hopkins University Es constituido de 77 preguntas (ítems) en los siete atributos de la APS y permite, mediante respuestas de tipo Likert, obtener puntajes de 1-4 para cada atributo. Va dirigido a los profesionales de salud y la población atendida. No distingue si el profesional médico es Médico de Familia, o un médico generalista, o de cualquiera especialidad o si es un enfermero. También no abarca técnicas específicas de abordaje centrada en la persona, de abordaje familiar o comunitaria.
- b) PMAQ-AB (2011), utilizado en Brasil para evaluar y promocionar el perfeccionamiento de la estrategia de Salud Familiar/APS,<sup>12</sup> es un programa elaborado e implementado específicamente para el contexto de la APS. Abarca además, a los profesionales de salud que forman parte de los equipos, los usuarios y las diferentes instancias gestoras de todos los municipios. Fue creado por iniciativa gubernamental. Su principal objetivo es inducir la ampliación del acceso y la mejora de la calidad de la APS, garantizando un patrón comparable de calidad nacional, regional y local, para permitir mayor transparencia y efectividad de las acciones gubernamentales direccionadas a la APS. Se fundamenta, entre otros aspectos en los siguientes:
  - La autoevaluación del equipo de salud: basados en las respuestas de los propios evaluados, incluso de los usuarios: estimula al colectivo a revisar el proceso de trabajo y a pensar en modos de cambiarlo, para superar problemas y alcanzar objetivos pactados por ese mismo colectivo.
  - El monitoreo: registro de indicadores de atención y datos socio demográficos.
  - La Educación Permanente: impulsada por las necesidades locales del equipo/comunidad, exigiendo de sus actores (trabajadores, gestores y usuarios) mayor capacidad de análisis, intervención y autonomía para el establecimiento de prácticas transformadoras.
  - Además de la evaluación de los profesionales, es una Evaluación Externa, basada:
    - En un proceso incremental, continuo y progresivo de mejora de los patrones e indicadores de acceso y calidad abarcando: gestión, proceso de trabajo y resultados alcanzados;

- En la Transparencia en todas sus etapas, permitiendo el permanente seguimiento de sus acciones y resultados;
  - En la Participación Voluntaria, tanto de los equipos de APS como de los gestores municipales; su éxito depende de la motivación y la pro-actividad de los actores involucrados.
- c) EUROPEP - dedicado más específicamente a explorar la calidad en Atención Primaria desde la perspectiva del Usuario, - es un sistema de evaluación por los pacientes acerca de los servicios prestados por los médicos de familia. Fue desarrollado en los años noventa por EQUIP<sup>14</sup> a través de la colaboración de representantes de diferentes países de Europa. Sus objetivos son mejorar la práctica, el rendimiento y la organización de la asistencia de los médicos de familia en la APS. El EUROPEP consta de 3 partes:
1. Indicadores clave (relación y comunicación, cuidado de la salud, información y apoyo, continuidad y cooperación, y organización de los servicios).
  2. Áreas específicas de indicadores de satisfacción (consulta, agenda programada y accesibilidad, características del profesional, condiciones de los centros de salud y servicios prestados).
  3. información sobre los usuarios (datos socioeconómicos y de salud y actitudes después de la experiencia de atención).

Tampoco distingue la especialidad del médico.

## Resultados de la encuesta

Respondieron la encuesta: 81 profesionales oriundos de 19 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Puerto Rico, Uruguay, Venezuela; dos procedían de otras regiones: India, Estados Unidos de América. Los respondientes fueron considerados en este estudio como informantes clave, ya que son representantes de las asociaciones de Medicina Familiar de Iberoamérica y/o fueron contactados por ellas. La distribución, en conformidad con la actividad laboral, fue la siguiente: Médicos de Familia y Comunidad 87,7% (71 participantes); Residentes de MFyC: 9,9% (8); Gestor en Salud 2,5% (2).

En relación si se hacía evaluación sistemática, 41% respondió que no. En el caso de las respuestas de que sí se hace, hay críticas por la calidad del instrumento, en cuanto a que no reflejaría adecuadamente si se brinda o no una atención de calidad (Figura 1).



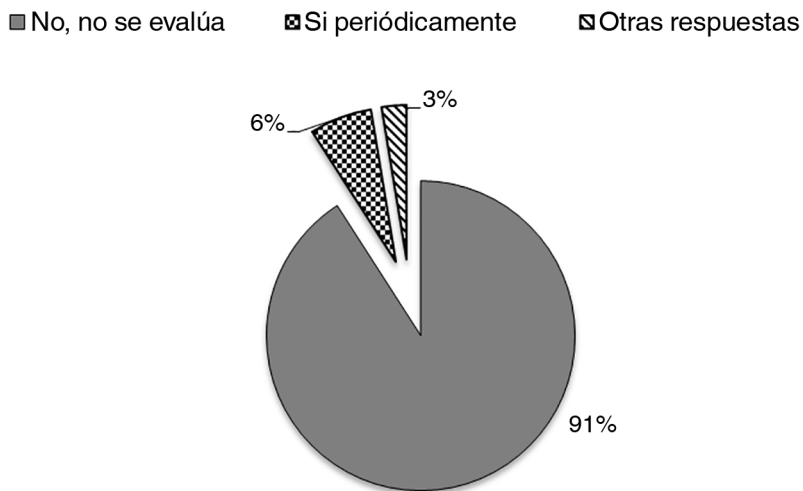
**Figura 1.** ¿En su país, se hace sistemáticamente la evaluación de la calidad de la Atención Primaria de Salud (APS)?

Fuente: Encuesta CIMF, febrero de 2016 - Calidad en los Sistemas de Salud de Iberoamérica.



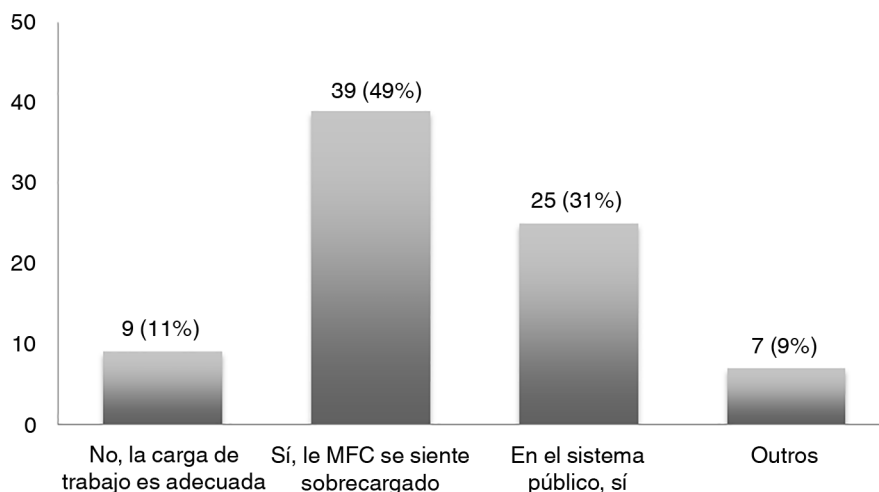
Respecto de la periodicidad 41% informaron que se realizaba una vez al año y 39%, semestral.

En cuanto a la percepción sobre la motivación y la carga de trabajo de los profesionales, el 91% responde que no se evalúa de manera sistemática si los MFyC están motivados (Figura 2) y que 80% piensa que los MFCs de su país se sienten abrumados con la carga de trabajo (Figura 3).



**Figura 2.** ¿En su país, se evalúa de manera sistemática si los MFyC están motivados para trabajar? (77 respuestas)

Fuente: Encuesta CIMF, febrero de 2016 - Calidad en los Sistemas de Salud de Iberoamerica.



**Figura 3.** ¿En su país, el MFC se siente abrumado con la carga de trabajo?

Fuente: Encuesta CIMF, febrero de 2016 - Calidad en los Sistemas de Salud de Iberoamerica.

### *Participación directa de los profesionales de salud en las unidades de APS en los procesos evaluativos de la calidad*

Cerca de 67% informa que no participa directamente y cerca del 29% informan que ellos mismos hacen la evaluación de los servicios.

## Planeamiento de las acciones de salud y/o organización de los procesos de trabajo

35% informa que no se realizan reuniones periódicas con esta finalidad. De los que sí las hacen, la periodicidad es mensual en el 43%, semanal en el 27% y semestral en el 22%.

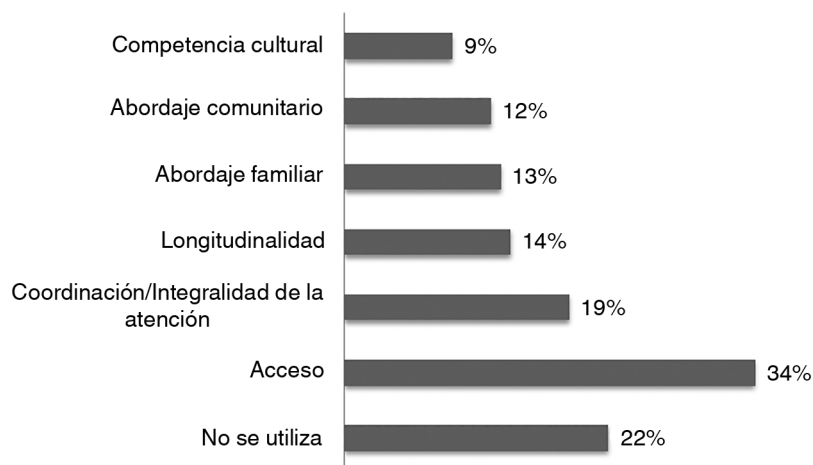
## El Desarrollo profesional continuo de los profesionales de salud se realiza de acuerdo con las necesidades de salud de la población local

Cerca del 70% respondieron que sí. En este tópico, algunos informaron que, muchas veces, los propios MFyCs no se interesan por las capacitaciones, y otros que los MFyC participan pero no el resto de los profesionales de la unidad.

## Indicadores de evaluación de la APS

En relación a los indicadores de evaluación de la calidad en la APS, de los más utilizados son los cuantitativos (50%); de prevalencia/incidencia de enfermedades (29%). Solamente el 23% declara que su país utiliza indicadores de proceso para evaluar la APS (por ejemplo: tasa de disminución de Índice de Masa Corporal (IMC) en obesos; tasa de interrupción de tabaquismo, entre otros).

De entre los atributos esenciales y derivados de la APS de acuerdo a Bárbara Starfield, los indicadores más utilizados en la evaluación de los participantes del estudio son los de acceso (34%) y coordinación del cuidado (19%). La competencia cultural, el abordaje comunitario, el abordaje familiar y la longitudinalidad alcanzan menos de 15%. (Figura 4).

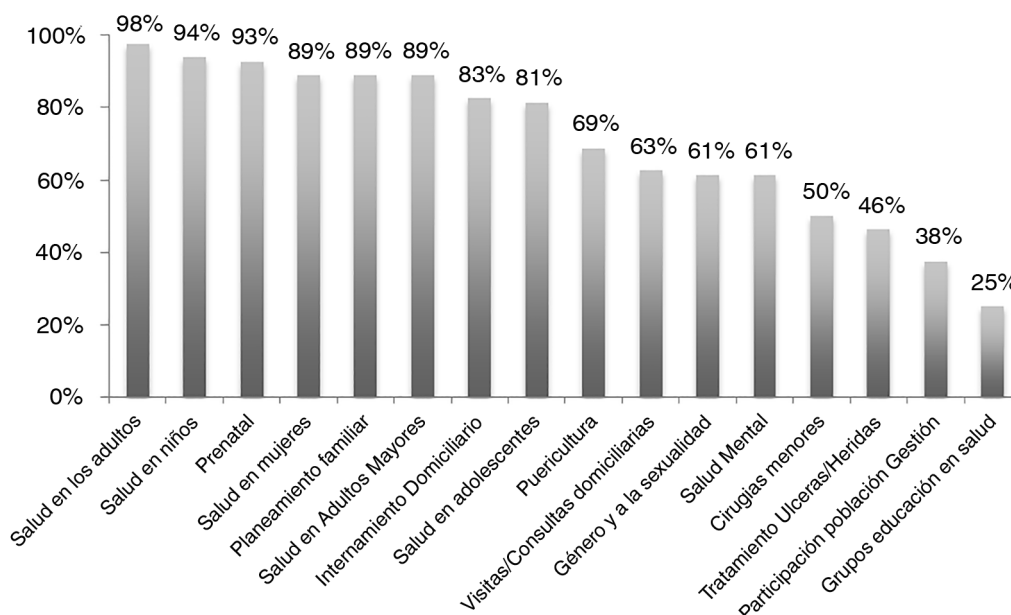


**Figura 4.** ¿Considerando los atributos esenciales y derivados de la APS (según Bárbara Starfield), indique los indicadores que se utilizan habitualmente en su país?

Fuente: Encuesta CIMF, febrero de 2016 - Calidad en los Sistemas de Salud de Iberoamérica.

## Servicios prestados en la APS

Para la mayoría de los participantes (78%), existe un paquete asistencial para la APS, pero para el 43% éste no es homogéneo para todo el país. Por otro lado, parece haber restricciones importantes para el acceso a exámenes y procedimientos desde las unidades de salud: el Electrocardiograma está disponible en el 48% de los casos, las pruebas de imagen mediante radiografía en el 38%, la Ecografía en el 4%, y otras Pruebas diagnósticas en el 46%. Al mismo tiempo hay barreras, para el acceso a la medición de TSH (hormona tiro-estimulante), Hemoglobina glicosilada, o cintigrafía miocárdica.



**Figura 5.** Servicios prestados en una unidad de Atención Primaria según los participantes.

Fuente: Encuesta CIMF, febrero de 2016 - Calidad en los Sistemas de Salud de Iberoamerica.

En relación a los tipos de servicios prestados en la APS, 69% informan que la puericultura no se realiza en los servicios de APS. Por otro lado, las Visitas Domiciliarias, el Abordaje de temas como género y sexualidad, y la atención a la Salud mental se realizan en cerca del 60% de los casos. La participación social, y las actividades de grupos de educación en salud, solamente en el 38 y 25%, respectivamente (Figura 5).

## Discusión

Este estudio sufre de las limitaciones de uno estudio de carácter exploratorio. Por lo tanto tiene una perspectiva problematizadora y permite iniciar una reflexión más profundizada acerca de la práctica asistencial y de los procesos de evaluación en la APS a partir de la óptica de MFyCs en distintos países de América Latina. Levanta problemas potencialmente importantes en este proceso, como las posibles limitaciones de los instrumentos de evaluación existentes y la propia inexistencia de procesos sistemáticos de evaluación de la calidad.

Con base en el artículo de revisión de evaluación de calidad de la APS mencionado anteriormente, se podría decir que no se hace consideración específica acerca de la existencia o la necesidad de haber Médicos Familiares en los equipos como uno de los parámetros de calidad. Quizás porque la mayoría de estos estudios surgen en países donde la MF es una especialidad obligatoria y necesaria para trabajar en APS, por lo que no sería necesario explicitarlo. Pero ahí tenemos un problema potencial: cuando estos estudios se realizan en países donde la especialidad no es obligatoria, puede producirse el error de atribuir a la APS *per se*, con y sin MF, los buenos o malos resultados. También vale destacar que los estudios, en general, no abarcan instrumentos específicos utilizados en la práctica clínica cotidiana acerca del abordaje centrada en la persona, del abordaje familiar o comunitario. Las cuestiones que surgen en relación a estas dimensiones son pautadas por la impresión general del usuario o del profesional de salud acerca de su utilización o no. Puede ser que aquí también haga una percepción limitada por concepciones locales o más puntuales de lo que es la MFyC, de tal manera que la utilización de instrumentos específicos de su práctica estén colocados de manera general o basados en el sentido común. Agravante es además el hecho de que hay poca investigación sistemática sobre la organización o el desempeño de la APS y que no hay una visión crítica de los mecanismos institucionales para su monitoreo y evaluación.

Relativo a los resultados de la encuesta, se destaca por ejemplo, el hecho de no haber investigación acerca de la motivación profesional o de la sobrecarga de trabajo de los MFyCs, ni tampoco acerca de la satisfacción de los usuarios.

Otro punto que merece destaque es que la mayoría informa que no hay participación directa de los profesionales de salud de las unidades de APS en los procesos evaluativos de la calidad, y que los indicadores de evaluación son, en su mayoría, cuantitativos, con una baja atención a los indicadores de proceso.

Llama la atención la limitación - o mismo inexistencia- de algunos servicios básicos en la APS, incluyendo la puericultura, las Visitas Domiciliarias, el abordaje en salud mental y de temas como género y sexualidad. La actividades de participación social y de grupos de educación en salud, tampoco, por lo visto, son hechos en la medida esperada o necesaria.

Asimismo, parece haber poco interés en evaluar los atributos esenciales o derivados de la APS, como la coordinación, la longitudinalidad, la competencia cultural, el abordaje familiar y comunitario. Aún existen barreras de acceso a exámenes y si bien existan paquetes asistenciales para la APS, estos son insuficientes o no son homogéneos, incluso dentro de los propios países.

Como resultados positivos, podemos citar la existencia de planeamiento de las acciones de salud y/o de la organización del proceso de trabajo en la APS, en la mayoría de las respuestas. También, la existencia de un proceso de desarrollo profesional continuo para los profesionales de salud.

## Conclusión

Implementar una APS universal en la América Latina con MFyCs en los equipos de salud aún es un reto. Evaluar la calidad de la APS en Iberoamérica es una tarea en desarrollo y falta mucho por hacer. Para que se logre hacer de una manera eficaz y atenta a los principios contemporáneos de calidad en salud y también de la propia MFyC, es fundamental involucrar a MFyCs en la elaboración, revisión, y propuestas de perfeccionamiento de los instrumentos existentes. Es necesario y estratégico incluir herramientas y aspectos específicos, no habitualmente abordados o incluidos de modo adecuado, cuando los parámetros de calidad son hechos solamente por otros profesionales o especialistas.

También es necesario involucrar a los MFyCs en las actividades prácticas relativas a los procesos evaluativos de la calidad de la APS, sea como evaluadores o como profesionales de salud en actuación. Es muy importante llamar la atención sobre la necesidad de explicitar la existencia, o no de MFyC en los equipos de salud, como uno de los factores esenciales para que una APS sea considerada de calidad.

Como contribución de este trabajo, a partir de las consideraciones y las propuestas contenidas en el, consideramos que:

- La CALIDAD de la Medicina Familiar y Comunitaria, como especialidad, y de la Atención Primaria como estrategia, deben evaluarse de manera interdependiente.
- Debe ser un proceso de mejora continua, basada en una evaluación cuali-cuantitativa, sistemática y dinámica.
- Debe servir para retroalimentar y perfeccionar las acciones de salud desarrolladas y dirigidas a la población asignada a una unidad de APS.
- Debe abarcar mecanismos auto-reguladores y de auto evaluación, involucrando a los profesionales de los equipos de salud, las personas, las familias y la comunidad asistida.
- Debe estar relacionada a un rol de principios y acciones a ser evaluadas de forma sistemática, permanente y dinámica, teniendo por objetivo el desarrollo y la mejoría continua de los Atributos Esenciales (Acceso/Puerta de Entrada; Coordinación del Cuidado, Integralidad, Longitudinalidad) y Derivados de la APS (Orientación Familiar; Orientación Comunitaria; Competencia Cultural), así como de la MFyC (Abordaje Biopsicosociocultural del proceso salud-enfermedad; Cuidado en Salud con enfoque en la persona, las familias y las comunidades, independiente del sexo, grupo de edad o estado de salud; Excelencia Clínica con elevada resolutivez para los problemas de salud más frecuentes presentados por una población adscrita).

Debe abarcar, necesariamente indicadores multi-dimensionales relacionados a 10 grupos de elementos esenciales:

1. Los Atributos esenciales y derivados de la Atención Primaria.
2. Herramientas de la MFyC, con base en el paradigma biopsicosocial en una perspectiva sistémica, incluyendo el Abordaje Centrada en la Persona, Familiar y Comunitario, como por ejemplo, el uso de familiograma, de instrumentos de diagnóstico comunitario, entre otros.
3. Cuidados en salud considerando los problemas y las necesidades de salud a lo largo de las vidas de las personas, familias y comunidad de una población asignada.
4. Equipo de salud mínimo para un determinado grupo poblacional/población asignada - necesariamente con médico de familia, enfermero y técnicos de salud.
5. Efectividad y equidad de los servicios de salud ofertados, considerando la ley de los cuidados inversos y la seguridad del paciente, y basado en los principios de la prevención cuaternaria.
6. La participación del equipo de salud y de la sociedad/comunidad organizada en los procesos diagnósticos de los problemas de salud y del planeamiento y gestión de de los servicios ofertados.
7. Desarrollo continuo de las competencias profesionales y personales de los miembros del equipo de salud, incluyendo su motivación y satisfacción para el trabajo.
8. Rol de la APS en el sistema de salud, considerando su integración, coordinación, y sistema de referencia y contra-referencia entre los diferentes niveles del sistema de salud, asimismo de otros actores inter-sectoriales.
9. Adecuación del proceso diagnóstico y terapéutico de acuerdo a las necesidades de salud, garantizando los recursos necesarios, incluidas las condiciones de estructura físico-funcional de las unidades de salud.
10. Experiencias positivas y de seguridad de las personas, familias y comunidades en relación al trato humano de los cuidados profesionales y de los servicios de salud realizados.

En base en lo que fue presentado y discutido en este grupo de trabajo, presentamos las siguientes directrices:

1. Proponer un modelo de evaluación de la calidad de la atención en APS y MFyC para Iberoamérica, a partir de los conceptos y características de calidad establecidos en este documento, considerando los instrumentos ya existentes y disponibles para uso, en especial, el PMAQ y el PCATOOLS, ambos ya traducidos para el español y portugués.
2. Organizar e implementar una investigación regional para que sea establecida una línea de base que permita evaluar los logros y acompañar la mejora continua de la calidad de la AP y de la MFyC en Iberoamérica.
3. Abogar por la implementación de un modelo de evaluación propio de la AP y de la MFyC en los sistemas de salud de Iberoamérica y, quizá, a nivel mundial.

## Referencias

1. Declaración de Alma Ata, disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
2. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D; Thompson, R; Rivo, M; Johnson, P. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo/Wherethereis no family doctor: thedevelopment of familypracticearoundtheworld. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);120(1):44-58, ene. 1996.. <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v120n1p44.pdf>
3. Anderson MIP. Rojas Armadillo ML. Taureaux Díaz N Cuba Fuentes MS. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar, Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2016 Ene-Mar; 12(Suppl 1):4-30 disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1276>
4. HOWE, Amanda; ANDERSON, Maria Inez Padula; RIBEIRO, José Mendes e PINTO, Luiz Felipe. 450th anniversary of the city of Rio de Janeiro: Primary Health Care Reform. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.5 [citado 2016-08-20], pp.1324-1326. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501324&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501324&script=sci_arttext&tlng=en)

5. J.R. Villalbí, M. Pasarín, I. Montaner, C. Cabezas, B. Starfield, et al. Evaluación de la atención primaria de salud, *Aten Primaria* 2003;31(6):382-5
6. García R.E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina, *Rev. Med. Chile* 2001; 129 (7).
7. Zurro AM; Gloria Jodar Solà GJ, Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria -, Elsevier, 2011 - <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
8. Gervas J, Gavilán E, Jimenez L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF* 2012;8(6):312-7 [http://amf-semfyc.com/web/downloader\\_articuloPDF.php?idart=994&id=No\\_todo\\_es\\_clinica\(14\).pdf](http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=994&id=No_todo_es_clinica(14).pdf)
9. Pérez CM, Ortiz-Reyes RM, Llantá-Abreu MC, Peña-Fortes M, Infante-Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008 dic;34(4):0-0. [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm)
10. Ministerio de Saúde de Brasil. Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Primaria. Salud más próxima de usted. Acceso y calidad programa nacional de mejora del acceso y la calidad de la atención primaria (PMAQ): manual instructivo, 2012 [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud\\_mas\\_proxima\\_usted\\_acesso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud_mas_proxima_usted_acesso.pdf)
11. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.
12. Fraccolli LAG; Pereira MF, Zequini NFR, Santos Mariana Souza; Kelly CV, ACC Almeida Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Dec [cited 2016 Apr 05]; 19(12): 4851-4860. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
13. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS, editores. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington D.C.:OPS/OMS;1992.p.382-404. (Publicación Científica; 534).
14. European Society for Quality and Safety in Family Practice (<http://equip.dudal.com/>)



## Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria

Referral and Counter-Referral Patient Management Systems in Latin America: Care Coordination Mechanisms and the role of Family and Community Medicine

*Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade*

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. miguelaf03@live.com  
(Autor correspondiente)

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

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

Sofía Blanco Lara. Asociación de Medicina Familiar de Costa Rica. Costa Rica. sifiablanco@yahoo.com

Alan Edward Barrell. Ex Asesor de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara. México. aebarrell@yahoo.com

Víctor Manuel Juárez Téllez. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Representante por Waynakay. México. victorjt82@gmail.com

### Grupo de Trabajo

Alexis Correa Taja (Nicaragua); Ana Margarita Muñiz Roque (Cuba); Ana Lucía Meyer (República Dominicana); Ariel Cruz Igartua (Puerto Rico); Cecilia Llorach (Panamá); Guillermo Franco Gil (México); Grace Bethel Aparicio (El Salvador); Mariela Rodríguez (Chile); Miguel Ángel Fernández Ortega (México); Sofía Blanco Lara (Costa Rica); María Alicia Macedo Cantero (Paraguay); Neimaru Abreu (Venezuela); Víctor Salvador Narcizo Zarate (Perú); Paulo Poli (Brasil); Miguel Ángel Suárez Cuba (Bolivia); María del Rosario Caballé (Argentina); Víctor Manuel Juárez Téllez (México); Jorge López Gálvez (Chile); Daniel Ulate Gómez (Costa Rica); Karla Patricia Jiménez Ríos (Costa Rica); Ma. Alicia Macedo (Paraguay); Pablo Armijos Peña (Ecuador); Ysabel María Díaz Brito (República Dominicana); Flavia Solórzano Morera (Costa Rica); Melba Váques Escalante (Costa Rica); Adriana Villafranca Brenes (Costa Rica); Willy Loria Quiros (Costa Rica); Roberto Cerda (República Dominicana); José Adalberto Mejía (Honduras); Ada Alicia López (Honduras); Aron Hernández Cervantes (Costa Rica); Joao Werner Falk (Brasil); Ricardo Fabrega (Chile)

### Financiación:

ninguna declarada.

### Aprobación ética:

La investigación fue considerada una investigación sin riesgo. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se realizaron de acuerdo a las normas éticas de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

### Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

### Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 15/08/2016.

Aceptado el: 15/09/2016.

**Cómo citar:** Fernández MA, Roo JP, Irigoyen AC, Blanco SL, Edward AB, Juárez VT. Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):37-45. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1384](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1384)

## Resumen

Se presentan los resultados del diagnóstico situacional de 16 países de América Latina, en cuanto a sus Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre los tres niveles de atención médica. Los resultados de la investigación fueron analizados por representantes de los países miembros de WONCA Iberoamérica CIMF, en el marco de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en San José de Costa Rica en abril de 2016.

### Palabras clave:

Integración  
Primaria/Secundaria  
Sistemas de Salud  
Atención Primaria de salud  
Medicina Familiar

## Abstract

The results of the Situational Analysis among their various levels of healthcare of 16 countries in Latin America related to their Referral and Counter-Referral Patient Management Systems are presented in this document. The research results were analyzed by WONCA Latin America country member representatives at the VI Ibero-American Family Medicine Summit in San Jose, Costa Rica in April 2016.

### Keywords:

Primary/Secondary Integration  
Health Systems  
Primary Healthcare  
Family Medicine

## Resumo

São apresentados os resultados do diagnóstico situacional de 16 países da América Latina em relação aos seus Sistemas de Referência e Contra-Referencia de pacientes entre os três níveis de atenção médica. Os resultados da pesquisa foram analisados por representantes dos países membros da WONCA Ibero-Americana CIMF no âmbito da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar em San Jose, Costa Rica em abril 2016.

### Palavras-chave:

Integração Primária/Secundária  
Sistemas de Saúde  
Atenção Primária de saúde  
Medicina de Família

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los gobiernos de todo el mundo tienen la responsabilidad de garantizar que sus sistemas de salud respondan a las necesidades de su población con eficacia y eficiencia, basando sus modelos de salud en la Atención Primaria (APS). En función de esta premisa, los Estados Miembros se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos, a este objetivo se le definió como "Cobertura Universal".<sup>1</sup>

Según Margaret Chan, directora de OMS, "entre el 20% y el 40% del gasto en salud se pierde por la ineficiencia en los sistemas de salud". La falta de planeación en la prestación de servicios, la duplicidad de recursos, el ineficiente sistema de registro e información, la falta de recursos humanos debidamente formados y capacitados llevan a la ineficacia de las redes de prestación de servicios, generando graves problemas de inequidad, acceso y cobertura que conducen a la muerte a muchas personas cada año.<sup>1</sup>

La OMS plantea que un sistema de salud "consiste en el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad es promover, restaurar o mantener la salud".<sup>2-4</sup>

En 2011, al respecto de la 64ª Asamblea Mundial de Salud de la OMS, en lo referente a los Modelos de prestación integrada de servicios, el acuerdo final fue redactado de la siguiente manera:

*"La organización de la atención sanitaria está adoptando la forma de "redes de prestación integrada de servicios". Adaptando la experiencia adquirida en el desarrollo de sistemas de salud de distrito a los sistemas de salud pluralistas, las redes de prestación integrada de servicios se organizan como redes de proveedores de atención primaria próximas al cliente - públicas, privadas o mixtas, respaldadas por hospitales y servicios especializados. Estas redes se responsabilizan de la salud de una población definida, ofreciendo servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de la morbilidad, rehabilitación y asistencia paliativa..."*<sup>1,5</sup>

En este sentido, la OMS, menciona en el documento "La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas", de 2007:

*“Los servicios de atención primaria deben ser apoyados y complementados por diferentes niveles de atención especializada, tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social. Por tal razón, los sistemas de atención de salud deben trabajar de forma integrada mediante el desarrollo de mecanismos de coordinación de la atención a lo largo de todo el espectro de servicios, incluyendo el desarrollo de redes y de sistemas de referencia y contrarreferencia...”*<sup>6</sup>

Los sistemas nacionales de salud en muchos de los países del mundo, se han organizado bajo la estrategia de niveles de atención médica o escalonamiento de los servicios dentro de los cuales encontramos las unidades operativas del primer nivel (clínicas, unidades de Medicina Familiar o Salud Familiar, centros de salud, etc.), que brindan atención específica y de carácter ambulatorio, resuelve del 80 a 85% de los problemas de salud más frecuentes, con tecnología de baja complejidad.<sup>7-16</sup>

Los hospitales generales, clínicas de especialidades o policlínicos que corresponden al segundo nivel, son responsables de resolver el 10-15% de los problemas de salud referidos por el primer nivel de atención o consultados espontáneamente a través de los servicios de Urgencias y requieren tecnología de mediana complejidad.<sup>14-16</sup>

El tercer nivel de atención lo conforman “Los Institutos Nacionales de Salud y Centros Médicos de Especialidades los cuales están diseñados para resolver el 5% de los problemas de salud que requieren tecnología de alta complejidad...”<sup>14-16</sup>

La integración entre niveles de atención, funcionando como red coordinada de servicios de salud, favorecen la continuidad e integralidad en la prestación de servicios, que en la mayor parte de los países se traducen en Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (SRCRP).<sup>17</sup>

Se define al SRCRP como el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, que va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido.<sup>7,8,11-14</sup>

El SRCRP está organizado de acuerdo a las necesidades de cada país en dos formas básicamente: geográfica o institucional, aunque puede haber una mezcla de ambas. Podría decirse que existen diferentes niveles de estructura organizacional, que van desde el nivel nacional o federal; estatal y local (municipal o de alcaldía), variando la eficacia y eficiencia del Sistema, principalmente en la ejecución de los procesos, principalmente de contrarreferencia.<sup>7,8,11,12,17-20</sup>

## Objetivo

Determinar la situación que guardan los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en los sistemas de salud de los países de Iberoamérica, con el propósito de identificar estrategias que permitan fortalecer la coordinación asistencial vinculada a la práctica de la Medicina Familiar en los países de la Región.

## Material y Métodos

Estudio exploratorio, transversal, con fines de diagnóstico situacional, se realizó entre los meses de octubre de 2015 a marzo de 2016. Se convocó a participar a los presidentes de las sociedades científicas de Medicina Familiar de los 20 países miembros de WONCA Iberoamericana-CIMF, a través de uno o dos representantes expertos en este tema. Dentro de sus participantes, se encontraron académicos, investigadores, clínicos y miembros de las juntas directivas de las sociedades científicas nacionales, los cuales se dieron a la tarea de responder un cuestionario con 33 preguntas relacionadas con el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en sus respectivos países. Dicho cuestionario fue previamente revisado y validado en su contenido por profesores de diferentes instituciones educativas de México y Costa Rica, 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. 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 se presentó en las mesas de trabajo durante la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en San José de Costa Rica en el mes de abril de 2016 para su análisis y discusión.

## Resultados

Se obtuvo respuesta de 16 de los 20 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela. No participaron: Ecuador, España, Portugal ni Uruguay.

A continuación se describen los resultados encontrados.

### Los modelos de salud que cuentan con especialistas en Medicina Familiar

Los 16 países encuestados respondieron que consideran al médico familiar en sus modelos de atención, en algunos con mayor grado de consolidación como es el caso de Cuba, Brasil y México. En otros como Panamá, Perú, Paraguay, Costa Rica, República Dominicana y Colombia, se observan avances considerables en función de las nuevas reformas a los sistemas de salud, que consideran al modelo de Medicina Familiar y Salud Familiar como piedra angular de sus Modelos de Salud.

### Los niveles de atención en los países de América Latina

De los 16 países encuestados, el cien por ciento reportó contar con tres niveles de atención clasificados de acuerdo al grado de complejidad, donde el primer nivel de atención corresponde a la actividad asistencial con menor infraestructura, de mayor cobertura y de tipo generalista. En el caso de Colombia el sistema de salud también describe tres niveles de atención, sin embargo, en el ambiente asistencial, se habla de “un cuarto nivel”, que en realidad corresponde al tercer nivel de atención.

### Función del Médico Familiar en los niveles de atención

Los especialistas en Medicina Familiar en los 16 países laboran principalmente en el nivel primario. Cuba, Brasil, Panamá y Venezuela reportan una participación clínica y administrativa casi exclusiva en el primer nivel de atención. Los otros 11 países como Argentina, Bolivia (Caja Nacional de Salud), Chile, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana, reportan un predominio de la asignación asistencial del médico familiar en el primer nivel de atención, no obstante, también se le puede ubicar en el segundo, dedicado a la atención de urgencias hospitalarias, atención de padecimientos crónico degenerativos, cuidados paliativos y funciones administrativas. Sólo en los casos de Costa Rica y Puerto Rico, se refirieron como principal ambiente laboral, las labores administrativas y de gestión médica (Tabla 1).

**Tabla 1.** Ubicación de los médicos familiares según sus funciones en los Niveles de Atención

1er nivel (clínica y de gestión)*	Cuba, Brasil, Panamá, Venezuela
1º y 2º nivel (clínica, gestión y guardias hospitalarias en salas de urgencias)*	Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana.
1º, 2º y 3er nivel (labores administrativas y de gestión medica)*	Costa Rica y Puerto Rico
Docencia	Todos (excepto Nicaragua)
Investigación*	Ninguno

\*como actividad prioritaria.

## Existencia de SRCRP

Los 16 países encuestados cuentan con SRCRP, de ellos, 13 lo tienen bien definido a nivel nacional, encontrando cuatro denominaciones como las más frecuentes: *Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes* (Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Cuba, El Salvador, México, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Venezuela) y en Panamá se le conoce como *Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia* (SURCO). Argentina, Colombia y Perú no cuentan con un sistema consolidado de carácter nacional, más bien funciona a nivel institucional. En el caso de Costa Rica, Argentina y El Salvador no cuentan con un marco jurídico preciso, sin embargo, los Ministerios de Salud trabajan en la conformación de redes integradas de servicios de salud que permitan de manera controlada el flujo de pacientes a través de los diferentes niveles de atención.

## El papel del Médico Familiar como “puerta de entrada” al Sistema de Salud de cada país

En el caso de los 16 países encuestados, sólo nueve refirieron que el paso obligado para el acceso a los médicos especialistas y demás servicios hospitalarios, es a través del Médico Familiar y/o General. En los casos de Argentina, Colombia, El Salvador, Nicaragua, Perú, Paraguay y Venezuela, se indica que los pacientes pueden acceder a los servicios médicos especializados sin que necesariamente participe el médico de familia o general (Tabla 2).

**Tabla 2.** El Médico Familiar como puerta de entrada al sistema de salud

Obligado el paso por el 1º Nivel de Atención	Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, Puerto Rico y República Dominicana
Pueden acceder directamente a especialidades	Argentina, Colombia, El Salvador, Nicaragua, Perú, Paraguay y Venezuela

## La regionalización y adscripción por consultorio de Medicina Familiar o General

Al respecto de la regionalización y adscripción de la población para cada médico familiar o general, encontramos que 11 de los 16 países encuestados (Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela), refirieron tener adscrita su población por consultorio, de acuerdo a una distribución geográfica, variando desde los 1500 pacientes en Cuba; 2500 en México y República Dominicana y en el caso de Bolivia es superior a los 10,000 en las diferentes instituciones de salud. En los casos de Argentina, Colombia, Nicaragua, Panamá y Perú, no ha sido posible llevar a cabo dicha regionalización, o se ha hecho de forma parcial.

## El SRCRP a nivel interinstitucional

En tres de los 16 países no se pueden llevar a cabo las referencias de pacientes interinstitucionales (Bolivia, El Salvador y República Dominicana). En los 13 países restantes, se puede realizar la referencia interinstitucional bajo diferentes mecanismos administrativos como convenios de cooperación o pagos subrogados por los servicios prestados (Tabla 3).

En 15 de los 16 países, excepto Colombia, los procesos son muy similares, y consisten en la necesidad enviar a un paciente del primer nivel de atención a un centro hospitalario, ya sea para atención médica o para la realización de estudios con equipo que no existe en ese nivel de atención. Excepto Venezuela y El Salvador, todos los países manifestaron la necesidad de llenar un formulario, impreso o electrónico expresando los datos del paciente, motivo de envío y especialidad de referencia. En el caso de Paraguay, se presenta el paciente vía telefónica por el médico solicitante al de referencia hospitalaria. En el caso de México, es indispensable que los pacientes sean enviados al especialista con estudios de laboratorio y gabinete que procedan de acuerdo a los protocolos diagnósticos de cada especialidad, y en todos los casos, las referencias deben ser autorizadas (justificadas) por el jefe de la consulta.

**Tabla 3.** Descripción general de los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina

País	Niveles de Atención en AL	Ubicación del MF en los Niveles de Atención	Docencia	SRCRP	Marco Jurídico	MF como Puerta de Entrada al SS	Población adscrita por consultorio	SRCR Interinstitucional	Expediente Clínico Electrónico
Argentina	3	1er y 2º	Si	No todo el país	No	No		SI	No
Bolivia	3	1er y 2º	Si	Si	Si	Si	5000	No	No
Brasil	3	1er	Si	Si	Si	Si		SI	Algunas zonas
Chile	3	1er y 2º	Si	Si	Si	Si		SI	Si
Colombia	3	1er y 2º	Si	Si	Si	No		SI	Algunas zonas
Costa Rica	3	1er, 2º y 3er	Si	Si	Si	Si		SI	Algunas zonas
Cuba	3	1er	Si	Si	Si	Si	1500	SI	No
El Salvador	3	1er y 2º	Si	Si	No	No		No	No
México	3	1er y 2º	Si	Si	Si	Si	2500	SI	Si
Nicaragua	3	1er y 2º	Si	Si	Si	No		SI	No
Panamá	3	1er	No	Si	Si	Si		SI	Si
Paraguay	3	1er y 2º	Si	Si	Si	No		SI	No
Perú	3	1er y 2º	Si	Si	Si	No		SI	No
Puerto Rico	3	1er, 2º y 3er	Si	Si	Si	Si		SI	Si
República Dominicana	3	1er y 2º	Si	Si	Si	Si	2500	No	Algunas zonas
Venezuela	3	1er	Si	Si	Si	No		SI	No

## Los profesionales responsables de la referencia médica

En los 16 países, el profesional responsable de la referencia es el médico generalista, sea general o especialista en familia. Resulta importante mencionar que en Bolivia, Chile, Cuba, México, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y en algunas regiones de Brasil, existen profesionales responsables de validar y autorizar la solicitud de la derivación del paciente a un segundo nivel de atención.

## Mecanismos de control del SRCRP en las unidades de atención médica

En sólo cuatro países de los 16 encuestados, se pudieron observar mecanismos bien definidos de control de las referencias recibidas en el hospital y de las contrarreferencias efectuadas a las unidades médicas de origen. Chile, Cuba, México y Panamá presentan mecanismos estructurados que de manera general se resumen a continuación:

**Chile:** toda referencia debe ser ingresada a la plataforma SIDRA lo que implica una transcripción de datos. Este sistema permite realizar una monitorización del proceso de referencia y contrarreferencia en cuanto a los tiempos de espera y asignación de horas de atención por parte del nivel 2º o 3º. Además, se realizan reuniones de integración donde participan directivos de la APS y de la atención secundaria, en ellas se analiza la calidad de la referencia y contrarreferencia.

**Cuba:** existen dos instancias, una es a través del Comité de evaluación de la Calidad en APS y Hospitales y la otra consiste en reuniones de integración en la cual participan directivos de la APS y de la atención secundaria, donde se analiza la calidad de la referencia y la contrarreferencia de los pacientes.

**México:** existen en las diferentes instituciones de salud, áreas de control del Sistema de Referencia y Contrarreferencia que monitorean el registro de los pacientes referidos a su llegada y también a la salida cuando son contrarreferidos a sus unidades de origen, al mismo tiempo que verifican el adecuado llenado de la hoja de contrarreferencia y del otorgamiento del manejo farmacológico hospitalario para los pacientes devueltos a las clínicas de Medicina Familiar.



Asimismo, se incluyen indicadores de calidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en las unidades de primero, segundo y tercer niveles de atención, indispensables para la certificación y recertificación de las unidades médicas.

Panamá: se confirma que la referencia realizada por medicina familiar o medicina interna, se haya recibido en el hospital a través del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas en Salud.

## El manejo del expediente clínico electrónico en las unidades de primer nivel

De los 16 países analizados, siete reportaron no contar con esa herramienta de trabajo para el primer nivel de atención (Argentina, Bolivia, Cuba, El Salvador, Nicaragua, Paraguay y Venezuela). Los otros nueve países reportaron tener diferente grado de avance en la utilización generalizada de dicho instrumento, los más consolidados parecen ser Chile, México, Panamá y Puerto Rico. Brasil lo incluye en algunas regiones del país, al igual que Perú, Colombia, República Dominicana y Costa Rica.

## Los sistemas electrónicos de gestión de referencia y contrarreferencia de pacientes

Los sistemas electrónicos de referencia y contrarreferencia de pacientes para la gestión y control de citas y posteriormente la contrarreferencia, son una herramienta de los servicios de salud que actualmente se desarrollan en varios países de la región. Hasta hoy, ningún país lo tiene generalizado, de los 16 países estudiados, sólo cinco refieren su utilización de manera parcial, Chile lo hace a través del Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA), Panamá a nivel de la Caja del Seguro Social (CSS) en todo el país y en el Ministerio de Salud sólo en algunos centros de salud de la capital del país. En México lo instrumenta actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Y en el caso de Perú, sólo el Seguro Social de Salud (EsSalud).

## Utilización de protocolos diagnósticos o guías de práctica clínica para la referencia de pacientes

De los 16 países, sólo 10 reportaron contar con protocolos diagnósticos o guías de práctica clínica Bolivia, Chile, Cuba, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

## Eficacia del SRCRP, entendida como porcentaje de pacientes contrarreferidos en relación al número de referidos

En general, la mayor parte de los países no tienen los datos precisos en cuanto al porcentaje de pacientes contrarreferidos, lo que sí se puede observar es que los países que tienen mecanismos de control de las referencias y contrarreferencias en las unidades médicas, son los que refieren los mayores porcentajes de retorno de pacientes a las unidades emisoras, tal es el caso de Chile, Cuba y México.

## Comités de Vigilancia del SRCRP en las unidades médicas

Encontramos que 10 de los países cuentan con Comités de Vigilancia del SRCRP, en diferentes instituciones de salud, en algunos países de manera generalizada como en el caso de Cuba, México, Puerto Rico y Perú (Seguro Social). Otros países como Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Panamá cuentan con ellos de forma irregular.

## Perfil de los médicos que comparten el primer nivel de atención en los países de la Región

En países como Cuba, Chile, México y Paraguay, la mayor parte de las unidades de primer nivel de atención son atendidas por médicos generalistas, ya sean Médicos Familiares o Generales. En países como Brasil y Perú, la conformación de los equipos depende de la región geográfica. En el resto de los países también podemos encontrar la presencia de pediatras, gineco-obstetras, internistas o incluso psiquiatras, oftalmólogos o dermatólogos, etc., como es el caso de Argentina, Bolivia, El Salvador, Costa Rica, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana y

Venezuela. En el caso de Colombia no se encuentran Médicos Familiares en el primer nivel de atención, se pueden ubicar a partir del segundo nivel colaborando igualmente con otros especialistas médicos.

## Los procesos de acreditación de la calidad de las unidades médicas y el SRCRP

En la presente investigación se pudo encontrar que sólo cinco de los 16 países encuestados incluyen la medición de indicadores de referencia y contrarreferencia en los procesos de acreditación de las unidades de salud (Chile, Colombia, Cuba, México y Perú).

## Los programas de atención domiciliaria por el Médico Familiar y/o el equipo de Salud Familiar

Resulta satisfactorio que no obstante las dificultades mencionadas, en 15 de los 16 países se desarrollan diferentes modalidades de atención domiciliaria, en la mayoría de los casos otorgada por el médico de familia o incluso por el médico general, y en otros por diferentes actores del equipo básico de salud familiar. En este sentido, el país que no reporta atención domiciliaria es Nicaragua.

## Discusión y Conclusiones

La presente investigación nos permitió confirmar que la figura del especialista en Medicina Familiar está presente en los 16 países investigados y en los tres niveles de atención, con diversidad de funciones, principalmente encaminadas a las áreas clínica y administrativa, con menor frecuencia en actividades docentes y de investigación.

Es importante destacar que los SRCRP funcionan en los 16 países, encontrando la mayor eficiencia en la referencia de pacientes del primero al segundo y del segundo al tercer nivel de atención. Sin embargo, las mayores dificultades se observan en la contrarreferencia, situación que limita la retroalimentación de los médicos de atención primaria, e incluso, a los del segundo nivel.

Resulta preocupante que algunos países cuentan con modelos de salud incongruentes, que no corresponden al discurso político y a las propias reformas que promueven a través de sus respectivos gobiernos, incluso, en el tipo y cantidad de profesionales de salud especializados en Medicina Familiar y Atención Primaria, tal como se recomienda por los organismos internacionales a nivel mundial.<sup>1,5,6</sup>

Como se mencionó al inicio, los procesos de evaluación de la calidad de las unidades de atención médica, incluyen dentro de sus indicadores los relacionados con la eficacia y eficiencia del SRCRP. No obstante, en los últimos años se ha impulsado desde los foros mundiales de salud la Certificación o Acreditación de la Calidad de los establecimientos de salud, que permitan mejorar la práctica médica.<sup>1,2</sup> Los países de América Latina han avanzado en su instrumentación paulatina, incorporando a sus sistemas de evaluación de la calidad de la práctica médica, la formación de Comités de vigilancia; la creación de protocolos de diagnóstico y tratamiento; reuniones de retroalimentación entre los diferentes niveles de atención, acerca del tipo y calidad de las referencias; etcétera. Los países que mejor eficacia y eficiencia en sus sistemas de referencia y contrarreferencia tienen, son los que han alcanzado mayor consolidación en sus procesos de acreditación de la calidad de sus servicios de salud, incorporando en él, indicadores del SRCRP.

Finalmente, el grupo de trabajo recomienda las siguientes estrategias de fortalecimiento para los SRCRP en la Región:

- Incrementar y mejorar la calidad de los programas de formación de especialistas en Medicina Familiar.
- Garantizar la presencia de especialistas en Medicina Familiar laborando en el primer nivel de atención, en el área clínica, de gestión, de docencia y de investigación, lo que permitirá incrementar la capacidad resolutoria de las unidades médicas.
- Establecer Sistemas de Certificación y Recertificación de la Calidad de unidades médicas en los tres niveles de atención, que incorporen indicadores de eficacia y eficiencia del SRCRP.
- Implantar sistemas de expediente electrónico único, que permita su portabilidad en las diferentes instituciones de salud y que esté vinculado al SRCRP en los tres niveles de atención.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo. La financiación de los Sistemas de Salud, El camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra. 2010. Consultado el 17-de marzo de 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)
2. World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to improve health Outcomes. WHO Framework for Action. Geneva, 2007
3. Frenk, J. Las dimensiones de la Reforma del Sistema de Salud. En Ruiz Durán, Clemente. Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI. México D.F. 1997
4. Gómez A, Pineda F. Sistemas de salud: Definiciones, componentes y evaluación. Monitor Estratégico, Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. No. 4 Jul-Dic. 2013. p 85-92
5. Fortalecimiento de los sistemas de salud, Tendencias actuales y retos, 64. A Asamblea Mundial de la Salud, OMS. Documento A64/13. Ginebra: OMS, 2011. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_13-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_13-sp.pdf)
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC, 2007.
7. Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia. Secretaría de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. Colombia, 2007. Consultado el Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27905>
8. Manual Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. Colombia, 2014. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: [file:///C:/Users/Miguel/Downloads/MANUAL\\_SIRC\\_2014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Miguel/Downloads/MANUAL_SIRC_2014%20(1).pdf)
9. Soberón G. La Reforma de Salud en México. Gac Méd Méx. Vol. 137 No. 5, 2001; 419-4
10. Stoner J, Freeman E, Gilbert Jr D. Administración. 6ª ed. Prentice Hall. 1996; 35-42.
11. Propuesta de Directiva de Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Atención Integral de la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias (PAL). Ministerio de Salud de Perú, 2012. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/fondomundial/ProductoMaterialIEC/PAL/Directiva%20Sistema%20de%20Referencia%20y%20Contrarreferencia%20version%20final%20validada.pdf>
12. Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México. Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2002. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>
13. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Ministerio de Salud de Perú. 2005. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115\\_NTREFYCON.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf)
14. Barquín M. Dirección de hospitales. 6ª ed. Interamericana Mc Graw Hill. 1992; 25-35.
15. Barquín M. Niveles de complejidad de la atención médica. En: Sociomedicina. 4ª ed. Méndez Editores. 1994; 615-628.
16. Caballero A, et al. Comunicación entre atención primaria y atención especializada: análisis de los contenidos de derivación y retorno de enfermos reumatológicos. Atención Primaria. Vol.12. Núm.5. 30 de septiembre de 1993; 30-35.
17. Silverman M. Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre los niveles de la atención. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico. Maestría en Salud Pública, orientación en Sistemas Municipales. Universidad Nacional de la Plata. Argentina. 2007. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>
18. Manual de Organización de las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención. ISSSTE. Octubre de 2000; 9-13.
19. Levy S. La modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gac Méd Méx. Vol. 137 No.5, 2001; 425-428.
20. Pablo M, Abreu M, Antonietti L, Guillén M, Said M, Montali C. Sistemas de referencia y contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. Arch Argent Pediatr 2013; 111 (5):405-411 Consultado 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>

## Fortalecimiento del proceso de enseñanza aprendizaje de la Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica

Strengthening the teaching-learning process of Family and Community Medicine in Iberoamerica

*Fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem da Medicina de Família e Comunitária em Ibero-américa*

Fernando Coppolillo. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. Argentina. fernando.coppolillo@gmail.com (*Autor correspondiente*)

Humberto Jure. Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste. Argentina. hjure2000@hotmail.com

Maria Beatriz Ciuffolini. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Cordoba. Argentina. mcifiuffolini@hotmail.com

Diana Yuruhán. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Paraguay. dyuruhan@hotmail.es

### Grupo de Trabajo

Aguilera Luis (España); Aleida Marlen (Honduras); Alvarez Sintes Roberto (Cuba); Araya Zamora Héctor (Costa Rica); Arias Castillo Liliana (Colombia); Astudillo Romero Xavier (Ecuador); Baza Ricardo (Costa Rica); Braida Julio (Uruguay); Buffa Gabriela (Argentina); Cabrera Haydee (México); Casado Vicente Verónica (España); Cascante Gómez Alejandra (Costa Rica); Fernández Larrauri Milagritos (Peru); Fernández Gutiérrez Herrera Raúl (México); Fernández Ortega Miguel Ángel (México); Galván Barrantes Alonso (Peru); González Panta-león Violeta (Republica Dominicana); González Reyes Carolina. (Chile); Hooch Jennifer (Estados Unidos); Icaza Carlos (Costa Rica); León Jose Luis (Costa Rica); López Nancy (Chile); Luna Tellez Yossadara (México); Mahecha Rivera Lina Maria (Colombia); Martínez Bianchi Viviana (Estados Unidos); Montalvo Johanna (Ecuador); Mussetti Gustavo. (Uruguay); Niz Clara. (Uruguay); Ramirez Gerardo (México); Rodarte Alina (México); Rojas Tenorio Nancy (Costa Rica); Rodríguez Sotomayor Jorge Jesús (Panamá); Roselli Karina (Uruguay); León Salas Jose Luis (Costa Rica); Sánchez Monge Aurora (Costa Rica); Sandoval Gladys (Paraguay); Silvera Cristina (Panamá); Suárez Sergio Ariel (Argentina); Upun Hi Teresa (Guatemala); Valle Jorge Alberto (Honduras); Valverde Juliana (Costa Rica); Vargas Mejía Carmen (Costa Rica); Vargas Patricia (Chile); Villaseca Silva Patricia (Chile); Ysmodes Yvonne (Perú)

### Resumen

El proceso de enseñanza aprendizaje en Medicina Familiar y Comunitaria es analizado desde la perspectiva de las etapas del ciclo profesional: la formación de grado universitario, la especialización en el posgrado y por ultimo la educación permanente en servicio. Para cada una de estas etapas se analizan las dimensiones de los contenidos y competencias clínicas que se deben desarrollar, los escenarios del proceso enseñanza aprendizaje y las competencias de los docentes para cada una de las mismas. Este análisis permite orientar al fortalecimiento global de los especialistas en medicina familiar y comunitaria con una practica clínica de alta calidad, centrada en la persona, orientada en la familia y basada en la comunidad.

### Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria  
Proceso Enseñanza Aprendizaje  
Docencia universitaria  
Especialización  
Educación Permanente  
en Servicio

### Financiación:

ninguna declarada.

### Aprobación ética:

La investigación fue considerada una investigación sin riesgo. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se realizaron de acuerdo a las normas éticas de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

### Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

### Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 15/08/2016.

Aceptado el: 15/09/2016.

**Cómo citar:** Coppolillo F, Jure H, Ciuffolini MB, Yuruhán D. Fortalecimiento del proceso de enseñanza aprendizaje de la Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunitade. 2016;11(Suppl 2):46-54. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1385](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1385)

## Abstract

The teaching-learning process in Family and Community Medicine is analyzed from the perspective of the professional cycle stages: the formation of university degree, specialization in graduate school and finally the permanent education service. For each of these stages the dimensions of the content and clinical abilities to be developed, the stage of the teaching-learning process and skills of teachers for each of them are analyzed. This analysis allows to guide the overall strengthening of specialists in family and community medicine with clinical practice of high quality, person-centered, family-oriented and community-based.

## Keywords:

Family and Community  
Medicine  
Teaching Learning Process  
University teaching  
Specialization  
Permanent Education Service

## Resumo

O processo de ensino-aprendizagem em Medicina de Família e Comunidade é analisado a partir da perspectiva das fases do ciclo profissional: a formação de graduação, especialização em pós-graduação e, finalmente, a educação permanente em serviço. Para cada uma destas etapas se analisam as dimensões do conteúdo e competências clínicas a serem desenvolvidas, os cenários do processo ensino-aprendizagem e as competências dos professores para cada um das mesmas. Esta análise permite orientar o fortalecimento global dos especialistas em medicina de família e comunidade com uma prática clínica de alta qualidade, centrada na pessoa, orientada na família e baseada na comunidade.

## Palavras-chave:

Medicina de Família  
e Comunidade  
Processo Ensino Aprendizagem  
Ensino Universitário  
Especialização  
Educação Permanente  
em Serviço

*“Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear los escenarios para su producción y construcción;  
quien enseña aprende al enseñar, quien aprende enseña al aprender”.*

*Paulo Freire*

## Introducción

El fortalecimiento del proceso enseñanza-aprendizaje (PEA) de los especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFC) en la Región constituye un objetivo central en los sistemas de salud para garantizar la accesibilidad a cuidados de calidad, centrados en las personas. El desarrollo de competencias clínicas de los médicos de familia debe ser un objetivo central en las políticas de recursos humanos.

Hemos decidido estructurar el documento siguiendo el proceso de formación de un médico de familia desde los estudios de medicina en la Universidad, la especialización y la educación permanente en servicio una vez que se encuentra en ejercicio profesional. Para darle un carácter sistémico, hemos incluido la formación de los docentes, para que puedan adecuarse a los contenidos y procesos que demandan los sistemas actualmente.

## Objetivos

El propósito de este trabajo es contribuir con el fortalecimiento del PEA de la MFC en la Región para garantizar las competencias clínicas y la calidad de la atención en las comunidades.

Los objetivos fueron:

- analizar los escenarios adecuados de formación, los contenidos curriculares en cada una de las etapas de formación y las características de formación de los docentes en MFC;
- evaluar el nivel de desarrollo MFC en la Universidad, la formación de los docentes y los procesos de certificación de la Especialidad en sus países.

## Métodos

Se desarrollaron dimensiones en cada una de las etapas del PEA en MFC a través de la consulta con expertos. Estas dimensiones fueron: 1. La contribución de la medicina familiar en la Universidad 2. Los contenidos para el proceso de enseñanza aprendizaje 3. Los escenarios adecuados para el proceso 4. La formación de los docentes en MFC. Se realizó un cuestionario semi estructurado que fue distribuido a las Sociedades Científicas de Wonca Iberoamericana CIMF. Un total de veinte profesores de MFC completaron el cuestionario, Tres revisores analizaron en

forma independiente del documento preliminar y tomaron los indicadores claves. En una segunda etapa se realizó un grupo de foco donde se analizó el trabajo previo y se establecieron los indicadores finales.

En una segunda parte del trabajo se solicitó a los docentes participantes de la etapa inicial que calificaran en una escala Lickert calificando del 1 al 10 (donde 1 es ningún desarrollo y 10 gran desarrollo. Las dimensiones estudiadas fueron el desarrollo de la medicina familiar en la Universidad de sus países, la formación de los docentes y los procesos de certificación de la Especialidad. Se calculó la media para cada una de estas dimensiones.

## Resultados

### La contribución de la MFC para el desarrollo de Competencias Clínicas en el Pregrado de las Facultades de Medicina

Desde hace unas décadas, los sistemas educativos del mundo promueven la innovación de los modelos educativos y curriculares y la incorporación de MFC en el pregrado. En este marco, el docente de MFC aparece como responsable de la incorporación efectiva y del eventual éxito de dichas innovaciones, propiciando el cambio en los distintos escenarios de enseñanza. Sin embargo, la incorporación de las propuestas educativas de MFC, requiere una reflexión profunda, que considere entre otros aspectos, las amenazas provenientes de las políticas educativas, el sistema económico, los movimientos sociales, los estilos de administración y las culturas organizacionales de nuestras Universidades sustentadas en su mayoría en el paradigma biomédico y centrada en la atención hospitalaria.

La incorporación de la MFC en el pregrado permite a los alumnos adquirir competencias al respecto de:

- Abordaje integral y continuo de los problemas de salud del paciente sano;
- aplicar el enfoque de riesgo en los padecimientos más frecuentes;
- aprender acerca del manejo de inmunizaciones y de vigilancia epidemiológica;
- educación para la salud;
- abordaje familiar;
- comunicación con el paciente y familia.

Permite a los estudiantes formarse en un aspecto más antropológico de la medicina, donde conoce y se interesa por los aspectos psicosociales del paciente y no solo por los biológicos.

En el pregrado dentro debe darse énfasis a la Atención Primaria de la Salud (APS), para que los egresados - independientemente de la especialidad elegida posteriormente - puedan comprender la lógica de un sistema de salud que no esté centrada en los Hospitales.

La MFC permite ampliar el marco de abordaje clínico; pasar del análisis de la enfermedad al abordaje de la persona como un todo, en el contexto de su familia (quienes compartirán el manejo de la salud de la persona) y de su comunidad (cuyos determinantes facilitaran o se interpondrán en el manejo de la salud de la persona). La Medicina Familiar cambia el punto de partida del análisis clínico considerando a la persona en su contexto.<sup>1</sup>

### Los contenidos de la Medicina Familiar en el Grado

La MFC debería dar contenidos referidos a la Historia del desarrollo de la especialidad, comprendiendo las necesidades y el contexto social en el que se desarrolla.

Es necesario que los contenidos se desarrollen a cargo de un grupo interdisciplinario, donde se debe desplegar un contenido teórico práctico:

- Inicialmente debe conocer el proceso sociológico y antropológico relevante a nivel mundial y a nivel nacional, para tener un enfoque biopsicosocial integral del ser humano.<sup>2</sup>



- conocerá también los enfoques para la determinación de social de la salud y de gestión social del riesgo.
- Profundización en salud ambiental para un enfoque ecológico.
- Conocimiento y profundización en el cuerpo de conocimiento propio de la MFC (problemas de salud más prevalentes y/o graves) que permite elevar la resolución del 90% de los problemas atendidos en APS.
- Desarrollo de la participación comunitaria en los cuidados de la salud, junto con herramientas que permitan un diagnóstico social.
- Fomentar el trabajo interdisciplinario con las otras áreas de la salud. Se pueden crear espacios de trabajo curricular en común para las carreras afines (enfermería, kinesiología, trabajo social, psicología, farmacéuticos, antropólogos, etc).
- Prevención cuaternaria.
- Toma de decisiones basada en evidencias.
- Abordaje integral de la salud de la persona, como actividad de salud eficaz y eficiente que permite abordar el complejo de la salud de la persona y como alternativa al abordaje fragmentado, descoordinado e ineficiente.
- Abordaje de la salud de la familia, conociendo el contexto en el que vive la persona (más que hacer una relación de los antecedentes); conocer los riesgos y problemas de salud que comparten; y proponer y concertar cuidados de salud para superarlos.

Los contenidos deberían revisarse y actualizarse según las necesidades que los sistemas de salud poseen en los diferentes países donde se tenga la posibilidad de un grado en medicina familiar. Los contenidos de la MFC tienen que ser dinámicos y adaptables a las necesidades de cada país.

## Escenarios y metodología para el desarrollo de esas competencias clínicas en el Pregrado

El escenario ideal son los Centros de Atención Primaria (CAPS), implementados o en convenios con las Universidades, con recursos compartidos para la atención de salud y la docencia. En cuanto a la metodología, al menos se debe usar tutoría clínica, aunque también se pueden usar clases expositivas, seminarios de grupos pequeños, aprendizaje basado en problemas, mapas conceptuales, observaciones, simulaciones clínicas. Basándonos en los contenidos de grado los sitios de práctica deben ir encaminados al desarrollo comunitario donde el estudiante podrá tener seguimiento de la comunidad durante su estudio. Realizará un acercamiento a la persona para conocer su historia de vida. Posteriormente, analizará su entorno con enfoque social, luego con las herramientas en medicina familiar. El estudiante será capaz de realizar un enfoque sistémico integral tanto individual, familiar como comunitario. Para que esto sea posible se necesita una fuerte interacción entre la Universidad y el Sector Sanitario.

En el aula se pueden empezar a abordar los conceptos básicos con una metodología educativa de tipo participativo. Esto fomentará la reflexión y el análisis de los alumnos, mediante la utilización de casos clínicos reales. Serían ideales escenarios reales de práctica interdisciplinaria. En este punto se puede considerar espacios curriculares integradores, comunes para varias carreras de las ciencias de la salud, mediante el método de enseñanza basado en problemas.

También se puede llevar a cabo en la consulta clínica con MFC donde tendrán contacto directo con los pacientes, sus principales problemas de salud y el enfoque centrado en la persona y orientado a la familia.

El desarrollo de tutorías presenciales y a distancia que tienen la finalidad de promover la reflexión crítica y el pensamiento complejo. La propuesta metodológica contempla la realización de actividades grupales e individuales de resolución de problemas. Esta metodología propone rescatar los conocimientos previos de los educandos, desde una perspectiva constructivista del proceso de enseñanza-aprendizaje.

## La formación de docentes de MFC

El docente de MFC debe estar formado en un enfoque por competencias que contribuya con la formación de educandos que desafíen problemas del contexto. La integración de saberes (cognitivos, procedimentales y actitudinales) les permitan identificarlos, argumentarlos y resolverlos. Se debiera lograr en los docentes de Medicina

Familiar, una elaboración conceptual y metodológica que posibilite la observación, análisis, comprensión y diseño de intervenciones significativas en la comunidad.

El grado y la posgrado deberán compartir recursos para tener unidad, congruencia y concordancia en la construcción del conocimiento; y para hacer sostenible la administración de los procesos de enseñanza y eficientes la gestión de la enseñanza. La formación del docente de Medicina Familiar debe ser lo suficientemente amplia como para desplegar habilidades en la enseñanza de diferentes marcos de conocimiento, uno más amplio (formación especializada) y otro más específico (grado), pero la formación es la misma.

La formación de los docentes debe ser continuada, recertificada y obligatoria. De esta manera, se debe presentar una posibilidad para que los profesores puedan optar por una actualización que garantice una educación de calidad. Es necesario que tengan una titulación universitaria en educación. Desde este punto de vista, las habilidades que un docente debe desarrollar son: el compromiso personal para estar actualizado y la capacidad de adaptación a diferentes ambientes y escenarios. Los docentes que trabajen en el área de pregrado deben realizar un trabajo en equipo con enfoque interdisciplinario donde puedan trabajar junto con enfermeras, antropólogos, médicos de salud pública, gestores de salud, entre otros. El docente debe conocer cómo realizar un tutorial clínico y cómo se debe realizar una devolución al alumno. También deberá entrenarse sobre pautas de observación/evaluación, métodos de evaluación, realización de preguntas escritas y coordinación curricular. Deben tener formación básica docente (aspectos didácticos y pedagógicos), habilidades en nuevas técnicas didácticas y actualización continua específica en temas de APS y MFC.

Al considerar que el público objetivo está en el pregrado, el docente debe estar preparado para utilizar técnicas de enseñanza para jóvenes o adultos, capaz de utilizar los medios tecnológicos y de información/comunicación que manejan estos grupos. Es importante el manejo de la metodología de problematización, de forma que el aprendizaje se genere en consideración del conocimiento previo del estudiante, con metodología de diálogo y construcción de conocimiento. Sería favorable que el docente comparta actividades clínicas en MFC.

Es muy importante que, sepa hacer análisis del tipo de estudiantes que tiene, cuáles son sus estilos de aprendizaje.

Los docentes de MFC requieren ser formados interdisciplinariamente en proyectos educativos que se desarrollen en determinado contexto de acción (Espacio Comunitario de Cuidado). En ellos se deben discutir, analizar y compartir las experiencias previas que permitan aprendizajes significativos, relevantes y con sentido desde una mirada integral. Debe promoverse la participación ciudadana activa como un derecho que permita incidir en el proceso de la determinación social de la salud.

## Los Contenidos de MFC en el Posgrado (Residencia o Especialización)

El contenido del Programa de formación de especialistas en MFC podría esquematizarse de la siguiente manera:

- a) Cuidado del paciente: el médico en proceso de especialización debe ser capaz de proveer atención al paciente en forma compasiva, apropiada y efectiva para la solución de sus problemas de salud y promoción de la misma. Proveerá los cuidados clínicos necesarios para los pacientes en el entorno ambulatorio y hospitalario en relación con los procedimientos técnicos exclusivos del médico de familia, de acuerdo a la necesidad de la comunidad en donde se desempeñe. Comprenderá la sistemática de atención del individuo sano. Priorizará la prevención en la atención. Ofrecerá continuidad de la atención individual: considerándola como una prioridad mediante la Historia Clínica Orientada al Problema, con información clara y precisa que permita lograr la continuidad de la responsabilidad. Incluirá en la atención pacientes que requieran la continuidad de cuidados en el hogar. Ofrecerá continuidad de los cuidados de los pacientes institucionalizados. Realizará visitas domiciliarias de pacientes adultos mayores, discapacitados, terminales y de riesgo social. Coordinará e integrará la atención de cada paciente, para mantener la continuidad de la responsabilidad de sus pacientes en todos los ámbitos de atención. Será competente en el cuidado de los pacientes de variados orígenes étnicos.<sup>3,4</sup>

- b) Conocimiento médico: Manifestará su conocimiento acerca de conceptos establecidos y en evolución de las ciencias biomédicas, clínica, epidemiológica, social y ciencias del comportamiento, aplicándolos a la atención del paciente, la familia y la comunidad. Aplicará un pensamiento analítico e inquisitivo en el abordaje de: grupos poblacionales la salud del niño y del adolescente, salud de la mujer, salud del adulto y adulto mayor, salud mental y ciencias del comportamiento humano, medicina comunitaria y gestión de los sistemas de salud. Conocerá y aplicará las ciencias básicas y de soporte relacionadas con la MFC y aplicará principios de metodología de investigación comunitaria, con los diagnósticos de situación, aplicando técnicas de intervención y participación.
- c) Aprendizaje basado en la práctica: demostrará la capacidad para investigar y evaluar la atención del paciente y su familia, profundizando y analizando la evidencia científica. Establecerá objetivos de aprendizaje y mejoría de su práctica. Analizará sistemáticamente la práctica utilizando métodos de mejora de calidad. Hallará, evaluará y asimilará evidencia de estudios científicos relacionados con los problemas de salud de los pacientes, la familia y la comunidad. Usará tecnología de la información y de esta forma, apoyará su propia educación. Participará en la educación de los pacientes, de la familia, de la comunidad, de médicos residentes, y miembros del equipo de atención primaria.<sup>5</sup>
- d) Habilidades de comunicación interpersonales: El médico residente deberá ser capaz de demostrar habilidades de comunicación interpersonales que resulten en el intercambio efectivo de información y en el establecimiento de una relación de equipo con los pacientes, la familia y profesionales de la salud. Internalizará la metodología comunicacional del lenguaje verbal y no verbal.<sup>6</sup>
- e) Profesionalismo: El médico residente debe demostrar su compromiso para llevar a cabo responsabilidades profesionales y cumplir principios éticos.: Demostrará compasión, humanismo, integridad y respeto por los demás. Dará respuesta a las necesidades del paciente, la familia y la comunidad superando el propio interés. Respetará la intimidad y la autonomía del paciente y su familia. Demostrará sensibilidad y capacidad de respuesta a poblaciones diversas sin condicionar la diversidad de género, edad, cultura, raza, religión, discapacidad y orientación sexual. Se iniciará en la Docencia Universitaria y volcará a estudiantes la experiencia adquirida.
- f) Gestión de servicios de salud: El médico residente deberá demostrar una toma de conciencia y capacidad de respuesta al contexto mayor del sistema de salud siendo capaz de reclamar en forma selectiva los recursos del sistema para proporcionar una óptima atención. Trabajará de manera eficaz en la atención de la salud en los distintos ámbitos de actuación (hospital, centro de salud, domicilio etc.). Coordinará la atención del paciente y su familia dentro del sistema. Practicará la atención médica teniendo en cuenta la relación de costo efectividad y la distribución de recurso de tal manera que no comprometa la calidad de la misma y la equidad. Sabrá como asociarse con los gerentes y proveedores de atención de salud para evaluar, coordinar y mejorar la atención conociendo como estas actividades pueden afectar el funcionamiento del sistema. Sabrá aplicar modelos prestacionales de APS. Incorporará el concepto de accesibilidad y disponibilidad.
- g) Enfoque familiar: El objeto de estudio debe ser la familia integrando una serie de habilidades propias del manejo con Familias. La familia como objeto de estudio del médico familiar de incluir la comprensión de la familia como institución social. Reconociendo tipologías familiares, el ciclo evolutivo Individual, de la pareja y familiar, la funcionalidad y disfuncionalidad familiar. Debe utilizar herramientas como el Genograma y enfoques conceptuales tales como la Teoría general de sistemas, Teoría general de la comunicación. Debe adquirir habilidades para la toma de decisiones ante eventos familiares críticos. Deberá entrenarse en intervención del los diversos niveles de prevención información, consejería, orientación y terapia familiar; Tener habilidades para intervenir con otras disciplinas frente a problemas de pareja, violencia intrafamiliar, adicciones, bajo rendimiento escolar, migración, o cualquier situación que altere el bienestar biopsicosocial del grupo.<sup>7</sup>

## Los escenarios y la metodología para el desarrollo de habilidades clínicas en MFC en el Posgrado (Residencia o Especialización)

Principalmente debe desarrollarse en los CAP, la comunidad, los hogares de los pacientes y en general, todos aquellos escenarios que les permitan estar en contacto directo con los pacientes y puedan evaluar su patología.

Se propone trabajar con metodologías que faciliten la significación y reorganización de conocimientos, valores, actitudes y destrezas que posibiliten el abordaje integral de los problemas de salud en el escenario de la propia comunidad. Se deberán priorizar metodologías innovadoras cuyo objetivo sea el de generar progresivamente competencias en las diferentes áreas contempladas en el programa, para lo cual se deberán realizar las actividades interdisciplinarias y acompañarlas de una autorreflexión que rescate los aspectos positivos y los aspectos a mejorar en cada situación problema.

Los MFC deben desenvolverse en diferentes escenarios desde hospitales, clínicas, servicios de emergencias, consultorios; pero además, desarrollar habilidades desde otras formas de asistencia médica como visita domiciliaria, hospitales de día, equipos de trabajo interdisciplinario para el abordaje de múltiples patologías.

## Los escenarios y la metodología para la educación permanente en servicio de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

La Educación Permanente en Salud (EPS) es una estrategia y metodología educativa, impulsada desde 1995 por la Organización Panamericana de la Salud, para el desarrollo del recurso humano y de las capacidades institucionales que permitan mejorar la calidad del cuidado de la salud. La Lic. María Cristina Davini la define como: "Una estrategia de intervención pedagógica-institucional que está orientada hacia el logro de la eficiencia y la eficacia en la prestación de servicios de salud (calidad de la atención y satisfacción de los usuarios), hacia la mejoría de los procesos de trabajo del equipo de salud, y hacia la promoción individual y colectiva de los trabajadores." De acuerdo a este modelo, los MFC refuerzan la integración de las prácticas interdisciplinarias.<sup>1,8</sup>

De este modo, la EPS propone insertar la educación del personal de salud al interior de los equipos de trabajo. Se reúnen para analizar y resolver los problemas del quehacer cotidiano con el objeto de mejorar actitudes, conocimientos y habilidades.<sup>9</sup>

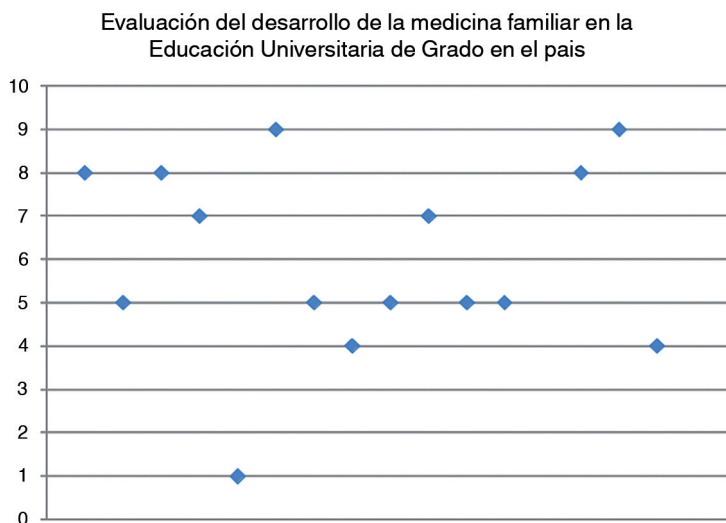
Esta metodología se desarrolla en el lugar de trabajo, analiza la misión institucional del equipo de trabajo y del proceso de trabajo, hace confluir los aspectos técnicos, los procesos humanos y relacionales, los procesos institucionales y el usuario. Está centrada fundamentalmente en la persona, tanto del funcionario como del usuario. Identifica y analiza, en el contexto pertinente, el concepto de Red Asistencial. Los escenarios deberían ser de cada área de salud y debería conducir a los procesos de certificación y recertificación de la competencia profesional.<sup>10</sup>

## Evaluaciones cualitativa de los expertos acerca del desarrollo de la Educación en MFC en la región

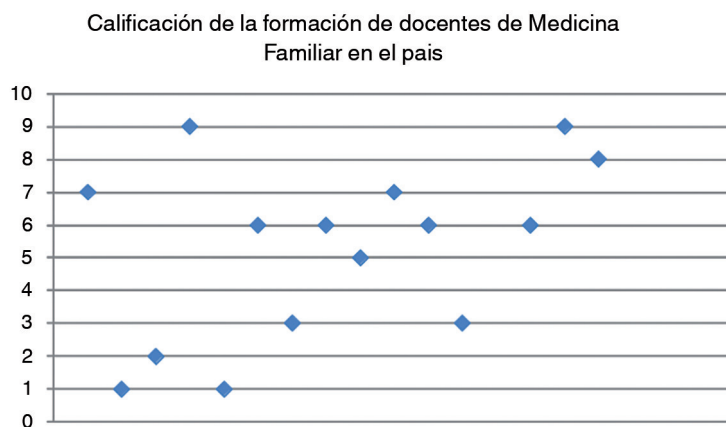
Se observó una amplia variabilidad en la percepción de desarrollo de las dimensiones estudiadas, y se observa el esfuerzo que se debe realizar en la Región para mejorar estos aspectos. (Cuadro 1) (Gráficos 1, 2 y 3)

**Cuadro 1.** Calificación media de dimensiones evaluadas.

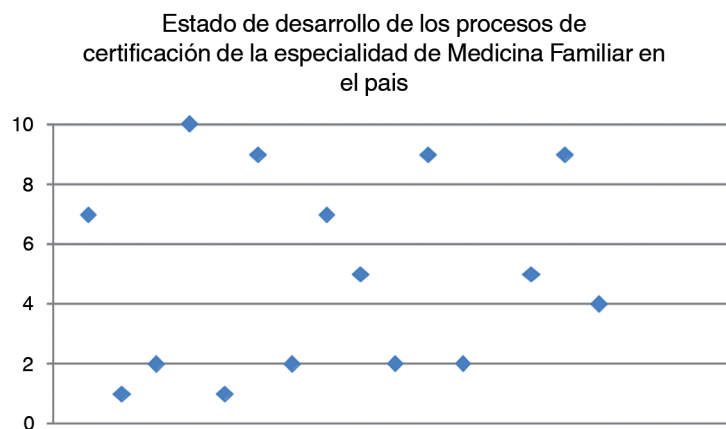
Dimensión	Media
Desarrollo de la Medicina Familiar en Universidad	5,6
Formación de los Docentes en Medicina Familiar	5
Desarrollo Certificación de la Especialidad	5,2



**Grafico 1.** Evaluación del desarrollo de la medicina familiar en el país.



**Grafico 2.** Calificación de la formación de docentes de Medicina Familiar en el país.



**Grafico 3.** Estado de desarrollo de los procesos de certificación de la especialidad de medicina familiar en el país.

## Discusión

Realizar un abordaje integral del Proceso Salud Enfermedad Atención requiere, en primer lugar, repensar nuestra propia práctica y comprender que este “modo de hacer” se sustenta en una determinada conceptualización de la salud y su cuidado, en cierta noción de la persona y su entorno familiar y comunitario y en determinada forma de construcción de los saberes y las prácticas de los equipos de salud.<sup>2,3</sup>

En un PEA, a fin de hacer entendible la complejidad del Proceso Salud Enfermedad - Atención, deben procurarse dispositivos de comprensión y abordaje que pongan en evidencia la relación entre los procesos generales de la sociedad, los diferentes modos de vida de los grupos y las particulares condiciones de los estilos de vida de las personas.<sup>4</sup>

Debemos partir, entonces, del concepto de enfermedad como un proceso que no resulta de la acción externa de un agente ambiental agresivo, ni de la reacción internalizada de un huésped susceptible, sino de un proceso totalizador de efectos patológicos, y comprender a la salud como un continuo en permanente tensión y conflicto en la búsqueda de una mejor calidad de vida. Este proceso está condicionado por las potencialidades, capacidades y limitaciones que las personas, las familias y las comunidades evidencian en el manejo de los recursos disponibles.<sup>8,9</sup>

## Conclusiones

1. Los contenidos para la formación están orientados a promover la adquisición de competencias profesionales que faciliten el desarrollo de un modelo integral y holístico de abordaje del proceso salud-enfermedad-atención sustentado en un enfoque de determinación social que propicie la resolución de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestras poblaciones, en todas las etapas del ciclo vital.
2. La incorporación de las propuestas educativas de Medicina Familiar y Comunitaria requiere una reflexión profunda, que considere entre otros aspectos, las amenazas provenientes de las políticas educativas, el sistema económico, los movimientos sociales, los estilos de administración y las culturas organizacionales que prevalecen en nuestras Universidades sustentadas en su mayoría en el paradigma biomédico.
3. El escenario ideal de formación es el de un Centro de Atención Primaria de la Salud. En cuanto a la metodología, se debería usar principalmente la tutoría, aunque también se pueden usar otras metodologías como: seguimiento en consultorio de MFC, talleres en el aula, juegos de rol y cámara de Gessell, Videograbaciones del alumno en la consulta médica, Aprendizaje Basado en Problemas y Método de Casos.

## Referencias

1. Jure H, Acuña M, Coppolillo F, Ciuffolini, Didoni M. Cuadernos de Salud Familiar y Comunitaria. Buenos Aires. 2011.
2. Almeida Filho N. La Ciencia Tímida, Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2000.
3. Breilh J. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2003.
4. Ciuffolini MB, Jure H. “Estrategias de comprensión integral del proceso salud- enfermedad: aportes desde la perspectiva de la vivienda saludable”. Astrolabio. Centro de Estudios Avanzados. UNC. Nº 3. Noviembre 2006.
5. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1998.
6. Mc Whinney Ian. Medicina de Familia. Madrid: Ed. Doyma; 1995.
7. Menéndez E. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. Salud Colectiva. Spinelli Hugo, Compilador. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2005:11-47.
8. Morin E. Introducción al pensamiento Complejo. Editorial Gedisa: Barcelona;2005.
9. Rojas MC, Ciuffolini MB, Meichtry N. “La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar” Archivos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2005;7(1):27-30.
10. Sousa Campos G. Gestión en Salud, en Defensa de la Vida. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2001.



## Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica

Certification, Recertification and Accreditation in Family and Community Medicine in Iberoamerica

*Certificação, Recertificação e Acreditação em Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América*

Haydee Cabrera Reyes. Grupo Iberoamericano de Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar; Sociedad Campechana de Especialistas en Medicina Familiar. A. C. México. cabrehay@hotmail.com (*Autora correspondiente*)

Diana Yuruhán Mohrbach. Grupo Iberoamericano de Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar; Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar; Universidad Católica de Nuestra Señora de la Asunción. Paraguay. dyuruhan@hotmail.es (*Autora correspondiente*)

Patricia Vargas. Grupo Iberoamericano de Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar Facultad de Medicina; Universidad de Chile (UCh); Sociedad Científica de Medicina Familiar. Santiago, Chile. elizavargas@u.uchile.cl

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

Johanna Montalvo Vázquez. Grupo Iberoamericano de Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar. Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar; Unidad de Medicina Familiar Hospital UTPL. Ecuador. johanna.montalvo@hotmail.com

### Grupo de Trabajo

Carlos Icaza. (Costa Rica), Diana Yuruhán Mohrbach. (Paraguay), Gerardo Ramírez Sandoval. (México), Gladys Sandoval. (Paraguay), Haydee Cabrera Reyes. (México), Johanna Montalvo Vázquez. Montalvo J. (Ecuador), José Luis León. (Costa Rica), Karina Roselli. (Uruguay), Nancy del R. López Vásquez. (Chile), Patricia Vargas. (Chile), Xavier Astudillo Romero. (Ecuador) y Yossadara Luna Téllez. (México)

### Resumen

**Objetivo:** Conocer el estado de la Certificación, Recertificación y Acreditación en los países de la región de Iberoamérica como seguimiento a la primera encuesta realizada en la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en 2014 en Quito, Ecuador. **Métodos:** Diseño transversal descriptivo. La población estuvo conformada por diez países: Ecuador, Perú, Chile, Venezuela, México, Brasil, Paraguay, Colombia, Puerto Rico y Costa Rica. A los presidentes de las Asociaciones de Medicina Familiar, se les envió por e-mail una encuesta estructurada de doce preguntas acerca de la Certificación, Recertificación y Acreditación; la respuesta se recibió por la misma vía. Se efectuó un análisis estadístico descriptivo, frecuencias simples y relativas. **Resultados:** Las Sociedades Científicas participan en los procesos de Certificación, Recertificación y Acreditación en los países en los cuáles están instalados. La certificación se realizó en 60% de los países encuestados, este proceso fue voluntario en 40%. La Recertificación está instalada y es operativa en 30% de los países participantes, este proceso es voluntario en 80% y lo ejecutan diferentes organismos, entre los cuales están las sociedades científicas, actuando solas o como parte de un equipo evaluador. De estos países, 50% de los países realizan la Acreditación de los programas de medicina familiar a través de las Universidades. **Conclusiones:** La Certificación todavía no se instaure en algunos países de Iberoamérica, es voluntaria. Un menor porcentaje de países tienen implementado el proceso de Recertificación, el cual también es voluntario en su mayoría. Apenas la mitad de los países efectúan el proceso de Acreditación de las Unidades Formadoras.

### Palabras clave:

Certificación  
Recertificación  
Acreditación  
Medicina Familiar  
y Comunitaria

### Financiación:

ninguna declarada.

### Aprobación ética:

La investigación fue considerada una investigación sin riesgo. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se realizaron de acuerdo a las normas éticas de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

### Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

### Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 15/08/2016.

Aceptado el: 15/09/2016.

**Cómo citar:** Cabrera HR, Yuruhán DM, Vargas P, López NV, Montalvo JV. Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):55-63. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1386](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1386)

## Abstract

**Objective:** To determine the status of the Certification, Recertification and Accreditation in the countries of the region of Latin America as a follow up to the first survey in the V Ibero-American Summit Family Medicine in 2014 in Quito, Ecuador. **Methods:** Cross-sectional descriptive. The population consisted of 10 countries: Ecuador, Peru, Chile, Venezuela, Mexico, Brazil, Paraguay, Colombia, Puerto Rico and Costa Rica. To the presidents of associations of family medicine, they were sent by e-mail a structured survey of twelve questions about certification, recertification and accreditation; the response was received by the same route. Descriptive statistics and simple and relative frequencies was made. **Results:** Certification is carried out in 60% of the surveyed countries; this process is voluntary in 40% and performs scientific societies. The recertification is installed and is operational in 30% of the participating countries, this process is voluntary in 80% and running different organisms among which are scientific societies. 50% of countries conduct the accreditation of family medicine programs through universities. **Conclusions:** Certification not yet instituted in some countries in Latin America, continues to be voluntary, and only half of the countries make the accreditation process. Therefore, we must work more in each of the countries in the region to achieve certification, recertification and accreditation to ensure the quality of specialists in Family Medicine.

### Keywords:

Certification  
Recertification  
Accreditation  
Family and Community  
Medicine

## Resumo

**Objetivo:** Conhecer a situação da Certificação, Recertificação e Acreditação nos países da região da Ibero-Americana como seguimento do primeiro levantamento realizado na V Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família em 2014 em Quito, Equador. **Métodos:** desenho transversal descritivo. A população do estudo foi composta por dez países: Equador, Peru, Chile, Venezuela, México, Brasil, Paraguai, Colômbia, Porto Rico e Costa Rica. Se enviou por email um questionário estruturado de doze perguntas sobre Certificação, Recertificação e Acreditação; a resposta foi recebida pela mesma via. Foi realizada uma análise estatística descritiva, com frequências simples e relativas. **Resultados:** As sociedades científicas envolvidas participam nos processos de Certificação, Recertificação e Acreditação nos países em que são implementados. A certificação foi realizada em 60% dos países pesquisados, este processo foi voluntário em 40%. Recertificação é implementada e está ativa em 30% dos países participantes, este processo é voluntário para 80% e são realizadas por diferentes organizações, entre as quais sociedades científicas, atuando isoladamente ou como parte de uma equipe de avaliação. Destes países, 50% procedem à acreditação de programas de medicina de família através de universidades. **Conclusões:** A Certificação ainda não está estabelecida em alguns países da Ibero-América, é voluntária. Uma porcentagem menor de países implementaram o processo de recertificação, o qual é voluntário em sua maioria. Apenas metade dos países realizam o processo de acreditação das Unidades Formadoras.

### Palavras-chave:

Certificação  
Recertificação  
Acreditação  
Medicina de Família  
e Comunidade

## Introducción

Los procesos de cambio que se presentan con la globalización económica, establecen requerimientos de calidad al ejercicio de la medicina que incluyen la certificación de una práctica profesional óptima y competitiva en beneficio de la población.<sup>1</sup> Uno de estos aspectos, es la mejora de la calidad en la atención médica, donde se han incluido estrategias como la certificación y recertificación de manera a tratar de garantizarla.<sup>2</sup> En este punto, es esencial definir a qué se le llama calidad de la atención médica. Este concepto varía en diferentes épocas y sociedades; sin embargo, el concepto propuesto por *Donabedianes* integrador y globalizador para aceptarlo como definición de ella: "Calidad es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles".<sup>3</sup> *Ruelas* señala que "la calidad es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde de lo que se trata es de ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable". Así mismo, *Aguirre-Gas*, dice que "la calidad de la atención médica es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución".<sup>4-6</sup>

Derivado de lo anterior, la certificación profesional es un proceso que garantiza estándares técnicos y socialmente aceptables de calidad de cuidados para los usuarios de los servicios de salud. Dominan un cuerpo de conocimientos y/o experiencias relevantes en un ámbito de trabajo asistencial, para otorgarle el certificado correspondiente;<sup>7</sup> por lo tanto, es de suma importancia que exista la certificación de los especialistas en Medicina Familiar en todos los países de Iberoamérica.<sup>8</sup> La certificación en Medicina Familiar puede entenderse como un proceso de validación que permite garantizar a la sociedad que el profesional posee los conocimientos y competencias necesarias y suficientes

para brindar atención integral y continua al individuo y su familia con elevados estándares de Calidad, basados en los principios y prácticas de la Especialidad.<sup>9,10</sup> Los médicos de familia deben ser los responsables y protagonistas activos en definir, implementar y administrar los procesos de certificación en las instituciones que certifiquen profesionales.<sup>2</sup> A pesar de que la certificación es un estándar de calidad que todos los médicos de familia deben tener; no obstante, algunos de los países de la región Iberoamericana aún no la han implementado. En otros, como Estados Unidos, es de carácter voluntario<sup>10</sup> y en pocos, como en México, la certificación es obligatoria (2011), plasmada en el artículo 83 de la Ley General de Salud.<sup>11</sup>

Por lo tanto, como consecuencia de los avances tecnológicos que ocurren permanentemente en las ciencias médicas, así como la transición epidemiológica y demográfica que tiene lugar constantemente en todas las sociedades, los especialistas en medicina familiar están obligados a renovar y actualizar periódicamente sus conocimientos. Por tanto, es necesario comprobar la vigencia de su competencia profesional a través de la recertificación. Esto es posible a través de la adquisición de nuevas competencias emergentes, dado el crecimiento del conocimiento y la complejidad de la tarea del médico de familia, dentro de los sistemas de salud.<sup>7,8,10</sup> En Medicina Familiar, la recertificación pretende mantener el compromiso de atención médica con elevados estándares de calidad, tanto al individuo como a su familia, de acuerdo a los avances de la medicina familiar y a las demandas de salud de la población.<sup>9</sup>

Para complementar estos procesos, es necesario que se desarrolle un sistema de acreditación de los programas de Residencias en Medicina Familiar. La acreditación debe entenderse como un proceso mediante el cual una organización es capaz de medir la calidad de sus servicios o productos, y el rendimiento de los mismos frente a estándares reconocidos a nivel nacional e internacional.<sup>12</sup> Así también, la acreditación es un proceso de constatación del cumplimiento de los programas por parte de las Instituciones de Educación Superior, de los requisitos para la formación de los profesionales en las diferentes especialidades de la medicina, en concordancia con el estado del arte de la medicina en el mundo y las necesidades de las personas y la comunidad.<sup>13</sup>

En la Declaración de Margarita, se establece que cada país debe ser responsable de establecer los requisitos mínimos de acreditación de Residencias en Medicina Familiar. Su objetivo es garantizar un perfil básico de competencias profesionales en todas y cada una de las unidades formadoras de especialistas de los países, para lo cual se sugiere considerar los siguientes aspectos: nombre de la especialidad, perfil profesional, tiempo de duración, requisitos de ingreso, requisitos de permanencia, requisitos de egreso, estructura curricular, requisitos para los docentes, características de las sedes académicas de Medicina Familiar y características de las sedes académicas hospitalarias de apoyo.<sup>8</sup> Esto significa que el proceso de acreditación representa un enorme esfuerzo, en el que las instituciones educativas de salud y civiles deben participar para elevar los niveles de calidad que presta el médico de familia.<sup>14</sup>

La Carta de Quito en la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar recomienda: "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."

Por todo lo anterior, un conjunto de especialistas en Medicina Familiar conformaron un grupo Iberoamericano de trabajo compuesto por ocho países. En un primer momento construye y recoge información a partir de una encuesta elaborada por este comité de expertos. Con la información obtenida se realizó un análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) y se compararon los niveles de avance de los procesos de certificación y acreditación de la especialidad en Medicina Familiar de Ecuador, Venezuela, Bolivia, México, Argentina, Paraguay, Brasil y Chile. Los resultados se presentaron en el 2014 durante la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Quito, Ecuador.<sup>15</sup>

El presente estudio constituye el segundo momento del grupo de trabajo con el objetivo de conocer el estado de la Certificación, Recertificación y Acreditación en los países de la región de Iberoamérica como seguimiento a la primera encuesta.

## Métodos

Se efectuó un estudio de diseño transversal, descriptivo en diez países de la región Iberoamericana WONCA-CIMF (World Organization of Family Doctors - Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar): Brasil, Chile, Colombia,

Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Puerto Rico y Venezuela, durante el período de noviembre de 2015 a marzo de 2016; que contaban con Sociedades Científicas o Asociaciones de Medicina Familiar. A los presidentes o integrantes del comité directivo de las asociaciones o sociedades, se envía por medios electrónicos (e-mail) una encuesta estructurada de 12 preguntas acerca de las variables certificación, recertificación y acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria; la respuesta se recibió por la misma vía.

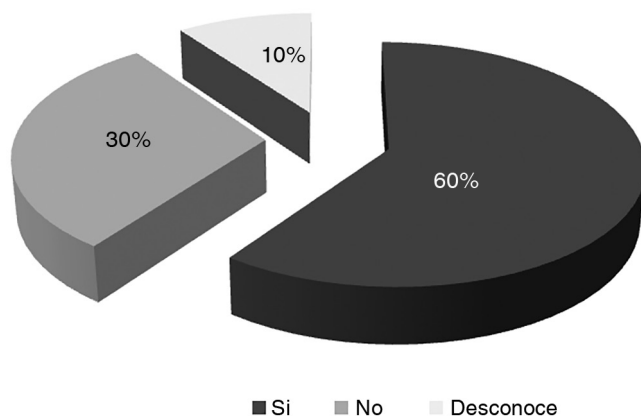
Cabe destacar que la encuesta se envió a 20 países; de ellos, solo los mencionados con anterioridad respondieron. No se recibió contestación de Argentina, Bolivia, Uruguay, Cuba, España, El Salvador, Panamá, Portugal, Honduras y República Dominicana.

El análisis de los datos se efectuó mediante estadística descriptiva y frecuencias simples y relativas con el Programa Estadístico SPSS v.21.

## Resultados

De los países a los que se envió la encuesta, sólo la mitad de ellos respondió (10/20). De los encuestados, 40% se desempeñan como directivos de la Sociedad, 30% como presidente y 30% es miembro de la Sociedad de Medicina Familiar, de entidad acreditadora y director de Posgrado.

En la figura 1 se muestran los datos de la pregunta ¿El proceso de Certificación en Medicina Familiar se realiza en su país?, Se observa que 40% (4 países) aún no realiza este proceso. Es importante señalar que en sólo dos países el proceso de Certificación es obligatorio, uno ellos es México en donde es obligatorio desde 2011 y el otro es Venezuela mientras que para cuatro de los países de la región CIMF la certificación es voluntaria (Figura 2).



**Figura 1.** Realización del Proceso de Certificación en el País.

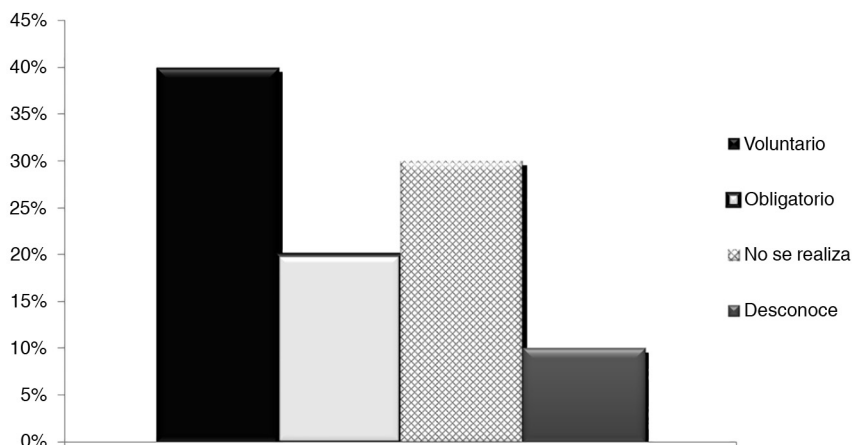
Fuente: Encuesta GICRAMF\* F 2015-2016.

\* Nota: Grupo Iberoamericano de Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar.

En la mayoría (6/10) de los países, los organismos certificadoros de los especialistas en Medicina Familiar la ejecutan las Sociedades Científicas, Colegio de Médicos y sólo en México la certificación la realiza el Consejo Mexicano de Certificación (Tabla 1).

La recertificación está instalada y es operativa en el 30% de los países participantes, este proceso es voluntario en el 80% y lo ejecutan diferentes organismos entre los cuales están las sociedades científicas, el consejo de certificación y organismos públicos y privados.

Respecto al proceso de acreditación de los programas de formación de la especialidad en Medicina Familiar, se encontró que en la mitad de los países encuestados (5/10) está instaurada la acreditación (Figura 3).

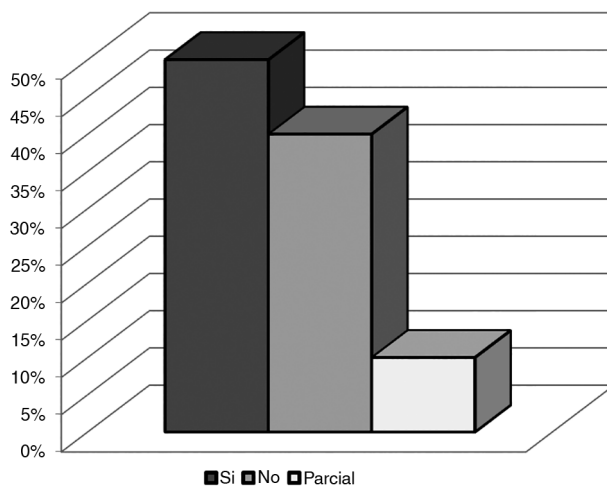


**Figura 2.** Obligatoriedad el proceso de Certificación.  
Fuente: Encuesta GICRAMF\* - Informantes Países CIMF 2015-2016.

**Tabla 1.** Organismos certificadoros de los Médicos Familiares por países CIMF

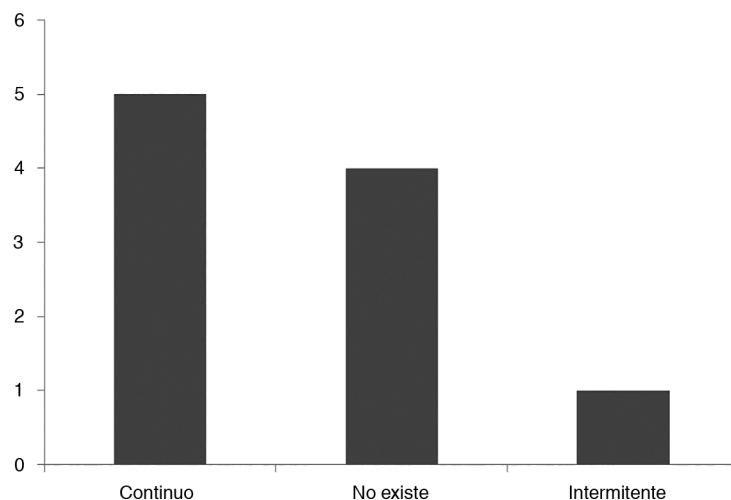
País	Organismos Certificadoros			
	Sociedad Científica y Colegio Médico	Universidades	Ministerio de Salud	Consejo de Certificación
Brasil	x			
Chile	x	x		
Costa Rica	x			
Colombia				
Ecuador				
México				x
Paraguay	x			
Perú				
Puerto Rico				
Venezuela	x	x		

Nota: Ecuador no cuenta con certificación. Fuente: Encuesta GICRAMF 2015-2016.



**Figura 3.** Realización del proceso de Acreditación en el País.  
Fuente: Encuesta GICRAMF 2015-2016.

Las principales entidades acreditadoras son las universidades (3/10), seguidas por los organismos públicos y privados (4) y las sociedades científicas. En la figura 4 se muestra cómo es el proceso de acreditación en los países. A nivel nacional, los programas de formación del médico familiar la mitad de los países tienen diferencias (50%) e iguales en 40%; así mismo, los programas varían poco (2/10).



**Figura 4.** Continuidad del proceso de Acreditación en el País.  
Fuente: Encuesta GICRAMF 2015-2016.

## Discusión

### Resumen de los principales hallazgos del estudio

La certificación todavía no se instaura en algunos países de Iberoamérica, en otros continúa siendo voluntario; un porcentaje aún menor de países tienen implementado el proceso de recertificación, el cual también es voluntario y apenas la mitad de los países efectúan el proceso de acreditación. Por lo tanto, se debe trabajar más en la sensibilización en cada uno de los países de la región para lograr que la certificación, recertificación y acreditación en Medicina Familiar se realice en Iberoamérica para garantizar la calidad de los programas de formación en la especialidad, y por ende de los especialistas en Medicina Familiar, lo que repercutirá en la mejoría de la calidad de la atención de los pacientes y sus familias.

Uno de los principales hallazgos de este estudio es que las sociedades científicas participan en la mayoría de los procesos de certificación y recertificación de especialistas en Medicina Familiar, con respecto a la acreditación de los programas de formación, las universidades son las principales entidades acreditadoras.

### Fortalezas y limitaciones del estudio.

#### *Fortalezas*

Una de las fortalezas del estudio se refiere a que existe un mayor compromiso a nivel de las sociedades en lo referente a la certificación, recertificación y acreditación, así mismo, se observa el compromiso de las Sociedades que contestaron la encuesta de fortalecer los procesos de certificación y recertificación. Otra de ellas, es que permitió identificar a las instituciones u organismos que certifican la especialidad en medicina familiar de los países de Iberoamérica.



El proceso de Acreditación de los programas de formación en Medicina Familiar es continuo en la mitad de los países encuestados, lo que pudiera significar que la calidad en los programas de formación de los especialistas en Medicina Familiar comienza a ser una preocupación. Además el estudio, permite conocer a las instituciones u organismos que acreditan los programas de formación de la especialidad de MF, evalúa los aspectos de acreditación de los programas, al igual reconoce si estos programas de acreditación están acreditados en los países de Iberoamérica.

Se considera que la principal fortaleza, reside en que la encuesta fue dirigida a los especialistas en Medicina Familiar involucrados en los procesos de certificación, recertificación y acreditación, por lo que su opinión es con conocimiento de causa.

### *Limitaciones*

Las limitaciones más importantes encontradas fueron la dificultad en la comunicación y obtención de los datos tanto para su envío y repuesta de la encuesta con los países integrantes del CIMF (Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar).

También es una debilidad el hecho de que la encuesta no fue validada por otros expertos, únicamente por los médicos de familia del grupo Iberoamericano, y la encuesta no fue enviada de manera conjunta a todos los países de la región. La encuesta estuvo claramente dirigida a los temas de interés del grupo y la evaluación de la encuesta fue realizada por algunos integrantes del grupo y fue difícil dirigir la discusión. Finalmente, no existen elementos que ayuden a un estudio y evaluación más cualitativa en los temas de certificación, recertificación y acreditación de los programas de formación de Especialistas en Medicina Familiar.

### Comparación con la literatura existente

A pesar de que la certificación es un estándar buscado desde hace mucho tiempo, llama la atención la gran diversidad de interpretaciones que se dan a este término en los diferentes países. Para algunos, la certificación es aquella que se obtiene al concluir los estudios de posgrado en una residencia médica y que corresponde a la aprobación de las evaluaciones correspondientes que permitan acreditar al médico para el ejercicio de la profesión. En otros países se denomina certificados a los médicos que al concluir la residencia en un programa formal, no aprueban las evaluaciones correspondientes, y por ese motivo deben someterse a una evaluación extraordinaria, que les permita acreditar su competencia como especialista ante la sociedad. En otros se le llama certificación a la acreditación de médicos generales como especialistas en Medicina Familiar, a través de la aprobación de algunos cursos, prácticas clínicas, etc., y que son evaluados por algún comité académico.<sup>14</sup>

El hecho de que en 60% de los países encuestados tengan instaurado un proceso de certificación, nos demuestra que los especialistas en Medicina Familiar son conscientes de la necesidad de garantizar la calidad de su oferta médica; sin embargo, los diferentes modelos existentes de estos procesos pueden ser considerados como punitivos, por lo que es imprescindible una buena pedagogía para explicar de una manera muy clara qué es este proceso y los beneficios que tiene para que no sea visto como un examen, sino como un método que “mejora la competencia de los profesionales”.<sup>16</sup>

### Implicaciones para la investigación en el área y/o la práctica de los profesionales

Existen varias implicaciones de la investigación, derivadas de la importancia otorgada a estos procesos de Certificación, Recertificación y Acreditación por la comunidad misma y los Sistemas de Salud de cada país. Destacamos las más significativas: ¿Cuán importantes son estos procesos en los países?, ¿Qué entidades regulan estos procesos?, ¿Cómo utilizar los resultados obtenidos después del análisis efectuado en beneficio de los profesionales y la población? El mayor desafío que se nos presenta, es realizar un modelo de estos procesos para Iberoamérica tomando en cuenta el análisis de los resultados de esta y futuras investigaciones.

En la práctica profesional es indispensable que los especialistas en Medicina Familiar deban tener una evaluación. Esta debe ser en dos momentos: al terminar su proceso de formación (Certificación) y durante su carrera (Recertificación), de esta manera estaríamos garantizando que el profesional presenta y mantiene las competencias de un especialista en Medicina Familiar. De igual forma, dada la diversidad de programas de formación que existe en Iberoamérica en Medicina Familiar, es necesario que estos sean acreditados para certificar su concordancia con el perfil profesional del Médico(a) Familiar. En esta virtud es necesario tener un diagnóstico situacional actualizado de estos tres procesos en Iberoamérica siendo el punto de generación de futuras investigaciones en el campo.

Estos procesos deben responder a la necesidad del Estado es por ello que en los mismos debe conformarse un equipo de trabajo entre los organismos gubernamentales legalmente establecidos, la academia y las Sociedades Científicas de Médicos Familiares a fin de que se garantice un sistema de evaluación integral con el Perfil del Médico Familiar.

La Certificación y Recertificación deben constituirse en procesos voluntarios en un principio de manera a lograr que los especialistas valoren su importancia y se sientan jerarquizados en el ejercicio profesional. Sin embargo, los Sistemas Nacionales de Salud de cada país deben garantizar las competencias de sus profesionales en Medicina Familiar a través de la instauración formal de estos procesos con un mecanismo de evaluación por pares sin considerarlos como punitivos sino como la oportunidad de validar las competencias adquiridas a lo largo de su formación y de su profesión, y que puedan ir adaptándose a los cambios científicos ocurridos en el tiempo.

Las Sociedades científicas deben tomar un rol activo y un compromiso ofreciendo a los Médicos de Familia oportunidades accesibles de capacitación a través de Educación Médica Continua, llegando a los asociados a través de medios virtuales o presenciales.

## Conclusiones

La certificación todavía no se instaure en algunos países de Iberoamérica, es voluntaria. Un menor porcentaje de países tienen implementado el proceso de recertificación, el cual también es voluntario en su mayoría. Apenas la mitad de los países efectúan el proceso de acreditación. Por lo tanto, se debe trabajar más en cada uno de los países de la región para lograr que la certificación, recertificación y acreditación en Medicina Familiar se realice en Iberoamérica para garantizar la calidad de los programas de formación en medicina familiar, y por ende de los especialistas en Medicina Familiar, lo que repercutirá en los pacientes y sus familias.

Considerando que ocasionalmente existen distintos programas de formación dentro de un mismo país, se hace necesario estandarizar los mecanismos de certificación y los de acreditación. Esto constituye un desafío para las Sociedades y Asociaciones científicas, al igual que para el CIMF conseguir una matriz básica de evaluación aplicable a los diferentes países y que refleje las competencias a ser obtenidas. Seguramente será necesario trabajar de una manera coordinada y continua en cada uno de los países de la región para lograr que los procesos de certificación, y recertificación de la especialidad y la acreditación de los programas de medicina familiar se realicen en forma continua en Iberoamérica con el objetivo de garantizar la calidad de los programas de formación en medicina familiar, y de los especialistas en Medicina Familiar.

## Referencias

1. Comité Normativo Nacional de Medicina General. Boletín Atención Familiar. 1998;5(3-4):10-13.
2. Brennan TA; Horwitz, RI; Duffy, D; Cassel, CK; Goode, LD; Lipner, RS. The role of Physician Specialty Board Certification Status in the Quality Movement. JAMA. 2004;29:1038-43.
3. González LE, Gallardo EG. Calidad de la Atención Médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Revista Digital Universitaria. 2012;13(8):1-5. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.html>
4. Ruelas E. Calidad en Salud... ¿Pleonasmo necesario? Conferencia en el Primer Foro de Calidad en Salud. Calimed 1998; 4(3-4): 55-60

5. Fernández H, Sotelo G. La CONAMED y la calidad de la atención médica. *Medicina Universitaria* 2000;2(8):232-38.
6. Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 1997;35(4):257-64.
7. Reglamento de Certificación de Especialidades, Ley de Educación Superior en Chile. Decreto N° 57 de 2007. [https://www.supersalud.gob.cl/normativa/.../articles-4799\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/normativa/.../articles-4799_recurso_1.pdf)
8. Declaración de Margarita. *Boletín Atención Familiar*. 2003;10(6):3.
9. Estatutos Vigentes del Consejo mexicano de certificación en Medicina Familiar. Disponible en: <https://www.consejomedfam.org.mx>
10. Fernández-Ortega MA, Cuevas M, Alderete JA, Barell AE. Convergencia de procesos de certificación y recertificación de especialistas en Estados Unidos y México. *MedIntMéd*. 2016 mayo; 32(3):263-269.
11. Diario Oficial de la Federación. DOF 0 1/09/2011. México. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5207454](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5207454)
12. Reglamento APICE: Acreditación de Programas de Especialidades Médicas. Disponible en: <http://www.apicechile.cl/site/>
13. Jiménez D. Beneficios de la certificación y acreditación en la educación. *Revista Coepesgto*. 2013;3(8):1-6. Disponible en: <http://www.revistacoepesgto.mx/revistacoepes8/beneficios-de-la-certificacion-y-acreditacion-en-la-educacion>
14. Fernández Ortega MA, Yañez Puig EJ. La certificación y recertificación Médica en México. *Atención Familiar*. 2004;11(6):9-12.
15. Vargas P, Cabrera H, Montalvo J, López NR, Yuruhán D. Análisis comparativo de la certificación, recertificación y acreditación en Latinoamérica para la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Bras Fam Comunitade*. 2016;12(Suppl 1):61-7.
16. OMC. La recertificación supone un beneficio para los médicos y los pacientes y redundará en un SNS más eficiente, según expertos. 2015. Disponible en: [http://www.cgcom.es/noticias/2015/10/15\\_10\\_15\\_37\\_congreso\\_semergen](http://www.cgcom.es/noticias/2015/10/15_10_15_37_congreso_semergen)

## Investigación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica

### Research in Family and Community Medicine in Ibero-America

### *Pesquisa em Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América*

Noris Margarita Serrudo de Domínguez. Gobernación del Estado Zulia Secretaria de salud; Secretaría de Finanzas del Capitulo Zulia; Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA); Subregión Países Andinos de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, (Wonca-Iberoamericana-CIMF); Centro de Medicina Familiar Padilla. Venezuela. norisserrudo@gmail.com (*Autor correspondiente*)

Jacqueline Ponzó. Universidad de la República, Facultad de Medicina (UDELAR); Unidad Docente Asistencial Canelones al Este; Red IBIMEFA, Wonca Iberoamericana-CIMF. Uruguay. ponzo4@gmail.com (*Autora correspondiente*)

José Manuel Ramírez Aranda. Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL); Hospital Universitario "José Eleuterio González"; Red Mexicana de Investigadores en Medicina Familiar AC. México. sersabe2010@gmail.com

Carla Alexandra Argudo Haro. Centro de Salud Familiar San Joaquín, Departamento de APS y Salud Familiar Universidad de Chile; Facultad Medicina Catedra Residentes Medicina Familiar Tutoría clínica. Ecuador. carliarg@yahoo.com

Miriam Elisa Riveros Ríos. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción; Cátedra de Medicina Familiar Filial Santa Rosa. Paraguay. melisarr76@hotmail.com

Pablo Vargas Villarreal. Caja Costarricense del Seguro Social; Universidad de Costa Rica. Costa Rica. pavavi@gmail.com

Juan Víctor Ariel Franco. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires; Investigador Centro Cochrane - Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires; Cátedra de Salud Pública; Universidad de Buenos Aires. Argentina. juan.franco@hospitalitaliano.org.ar

Sergio Adrián Terrasa. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria y Departamento de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires; Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano. Argentina. sergio.terrasa@hiba.org.ar

Juan Carlos Perozo García. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM); Departamento de Integración Docente Asistencial, centro de Investigaciones Biomédicas de la (UNEFM); Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA). Venezuela. jucape33@gmail.com

María Cristina da Costa Días. Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA); Ambulatorio Militar La Rosaleda. Venezuela. cristydacosta@yahoo.com

Fausto Gady Torres Toala. Makroskopio Servicios de Salud Cia Ltda; Universidad Católica del Ecuador. Ecuador. gtorres@makroskopio.com

Roberto Flete González. Hospital General Engombe. República Dominicana. robertoflete@gmail.com - fleteroberto@hotmail.com

#### Grupo de trabajo

Abril Collado RO (Perú); Avila A (Colombia); Bermúdez GA (Venezuela); Caballero L (Argentina); Cardozo de Angulo RA (Venezuela); Colon González MC (Puerto Rico); Cordero Tapia PA (Bolivia); da Silva AL (Brasil); Domínguez Serrudo NV (Venezuela); Ehlerman Escalante CC (El Salvador); Esteban S (Argentina); Gavilanes Cueva YP (Ecuador); Germosen Almonte YR (República Dominicana); Gloria Cristina Cordoba Currea GC (Colombia); Homero de los Santos Reséndiz H (México); Karen Vanessa Muñoz Chamorro KV (Colombia); Luna-Ruiz MA (México); Martínez-Bianchi V (Argentina); Meaux JA (Puerto Rico); Mejía M (Venezuela); Morón Vásquez A (Venezuela); Munive Angermuller M (Costa Rica); Olinisky Bentancor MM (Uruguay); Patricia Elizabeth Hernández Coronado PE (Bolivia); Paulo A (Uruguay); Paz NA (Honduras); Piñol Moreso JL (España); Ramírez Nizza R (Paraguay); Rava Dellepiane P (Uruguay); Rivera P (Panamá); Rodríguez Escobar MA (Colombia); Rojas Velasco GW (Ecuador); Trindade TG (Brasil); Vietto V (Argentina)

#### Financiación:

ninguna declarada.

#### Aprobación ética:

El siguiente trabajo no cuadra como investigación sobre sujetos humanos sino constituye un relevamiento como parte de un proceso organizativo de la red IBIMEFA. Implica bajo riesgo ético, sin embargo los autores declaran su adhesión a los principios éticos de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

#### Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

#### Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 15/08/2016.

Aceptado el: 15/09/2016.

**Cómo citar:** Serrudo ND, Ponzó J, Ramírez-Aranda JM, Argudo CH, Riveros MR, Vargas PV, et al. Investigación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):64-74. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1387](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1387)

## Resumen

El grupo de trabajo # 4 de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en San José, Costa Rica, 2016 se conformó para lograr contribuir al desarrollo de la investigación en Medicina Familiar y Atención Primaria en Iberoamérica, así como para consolidar la Red IBIMEFA. Estuvo integrado por 54 médicos de 21 países. Se nombraron 2 coordinadores generales y 10 coordinadores para dirigir los cinco subgrupos. El trabajo realizado por este grupo durante ocho meses, obtuvo como resultado la identificación de líneas activas y prioritarias de investigación en medicina familiar, la necesidad de realizar estrategias para promover la producción científica, tales como: a) desarrollo de pasantías de investigación en diferentes regiones; b) identificación de fuentes de financiamiento; c) lograr una plataforma virtual, soporte para asesorías y foros de investigación coordinados por IBIMEFA.

### Palabras clave:

Investigación  
Medicina Familiar  
Atención primaria  
IBIMEFA

## Abstract

In order to contribute to the development of research in Family Medicine and Primary Care in Ibero-America and the consolidation of the IBIMEFA Network, the Work Group #4 was created for the VI Ibero-American Summit of Family Medicine in San José, Costa Rica, 2016, which was composed by a group of 54 family physicians from 21 countries. Two general coordinators and 10 subgroup coordinators were designated. The work developed by this group throughout an 8-month period has resulted in the identification of both active and priority research lines in Family Medicine and the need to develop strategies for the promotion of scientific production, such as: a) the development of research internships across the different regions, b) the identification of sources of financing; c) the design of a virtual platform with support for consultancy and research forums coordinated by IBIMEFA.

### Keywords:

Research  
Family medicine  
Primary care  
IBIMEFA

## Resumo

O grupo de trabalho nº 4 da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar em San Jose, Costa Rica de 2016 se organizou para colaborar com o desenvolvimento da pesquisa em Medicina de Família e Atenção Primária na Ibero-América, assim como consolidar a Rede IBIMEFA. Foi composto por 54 médicos de 21 países. Dois coordenadores gerais e 10 sub-coordenadores foram nomeados para organizar os cinco subgrupos. O trabalho realizado durante oito meses por este grupo obteve como resultado a identificação de linhas ativas e prioritárias de pesquisa em Medicina de Família e a necessidade de serem estabelecidas estratégias para promover a produção científica tais como: a) implementação de estágios de pesquisa em diferentes regiões; b) identificação de fontes de financiamento; c) desenvolver uma plataforma virtual, dar suporte para consultoria e realizar fóruns de pesquisa coordenados pela IBIMEFA.

### Palavras-chave:

Pesquisa  
Medicina de família  
Atenção primária  
IBIMEFA

## Introducción

En la historia del trabajo organizado desde la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) se pueden identificar varios momentos relevantes para promover la investigación en la región: el Primer Taller de Investigación en Medicina Familiar,<sup>1</sup> realizado en Cali (Colombia, 2008) tomó las recomendaciones de la reunión de Ontario<sup>2</sup> de *The World Organization of Family Doctors* (WONCA) para el impulso de la investigación en medicina familiar y atención primaria e instaló la Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar (IBIMEFA).<sup>3</sup> En la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar (2011, Asunción, Paraguay), el trabajo del Grupo de Investigación emitió un documento de diagnóstico que sintetizaba las dificultades, oportunidades, desafíos y algunas recomendaciones para lograr el avance.<sup>4</sup> La Carta de Quito -resultado de la V Cumbre Iberoamericana-, recomienda promover la investigación como elemento fundamental para mantener el nivel profesional de los médicos de familia.<sup>5</sup> En 2015 tuvo lugar en Montevideo el Segundo Taller Iberoamericano de Investigación en Medicina Familiar y Atención Primaria y la primera reunión de editores de revistas de medicina familiar y comunitaria (MFYC) de la región.

El presente documento se produjo en el marco de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria (San José, Costa Rica, 2016) y da continuidad a los procesos reseñados. Su producción se inscribe en el desarrollo de la Red IBIMEFA, en tanto contribuye a la vinculación entre investigadores, promueve el involucramiento de las Asociaciones miembro de CIMF con la investigación y aporta elementos de valor para la planificación estratégica de la investigación en la Iberoamérica. El objetivo del trabajo es contribuir al desarrollo de la investigación en Medicina

Familiar y Atención Primaria en Iberoamérica y a la consolidación de la Red IBIMEFA como herramienta para la acción colaborativa permanente.

## Métodos

Se trabajó en un grupo abierto, instalado a partir de la convocatoria realizada por el Comité Ejecutivo de CIMF a las Asociaciones miembro y el Movimiento de Jóvenes Médicos de Familia (Waynakay). Se integraron al grupo las personas nominadas por los referentes de estas Asociaciones, así como también Médicos de Familia externos a la región, pero vinculados a Iberoamérica, que respondieron a la convocatoria (Estados Unidos y Dinamarca). También se dio lugar a la integración de médicos de países que actualmente no son miembros de CIMF, tal el caso de Honduras y Nicaragua, en favor de promover el desarrollo de la MFYC en estos países y su integración a la Confederación. Una vez instalado el Grupo de Trabajo, se identificaron las líneas prioritarias para el desarrollo de la investigación y con base en ellas se establecieron los objetivos y se instalaron cinco subgrupos. El proceso de trabajo se extendió durante ocho meses (septiembre 2015 - abril 2016) con la participación de 54 médicos de 21 países. Se realizaron 23 reuniones virtuales e intercambio vía e-mail, con elaboración colaborativa de documentos. Cumplida la primera etapa de trabajo en subgrupos; se realizó en forma integrada el análisis de los resultados y la elaboración de conclusiones y recomendaciones. Durante la VI Cumbre Iberoamericana de MFYC realizada en San José, se desarrolló un taller que profundizó en algunos aspectos del documento preliminar. De esta fase final, se destaca la participación de jóvenes médicos de familia del Movimiento Waynakay.

En el cuadro 1 se resumen los métodos y fuentes de datos para cada objetivo de trabajo.

**Cuadro 1.** Objetivos del documento en los subgrupos de trabajo.

Subgrupos de trabajo	Objetivos	Metodología	Fuente de datos
Actualización del diagnóstico	Identificar los avances y necesidades para el desarrollo de la investigación en Iberoamérica	Revisión de antecedentes y fuentes de datos secundarias	Cumbres anteriores, Congresos y el 2º Taller de investigación (Montevideo 2015).  Entrevista directa a investigadores  Bases de datos de investigadores
Pasantías en investigación	Identificar lugares y mecanismos para la implementación de pasantías en investigación	Recopilación de datos aportados por integrantes del subgrupo.  Planificación de un protocolo para relevamiento sistemático	Entrevistas y consulta a sitios web de organizaciones de MFyC y Universidades
Líneas de Investigación Activas	Describir las temáticas en las cuales el colectivo de MFyC de la región está investigando.  Compilar datos de los responsables de las líneas de investigación identificadas	Encuesta en línea	Difusión mediante representantes locales (distribución en bola de nieve o <i>snowball sampling</i> ) por correo electrónico y uso de redes sociales (Twitter y Facebook)
Líneas de Investigación Priorizadas	Identificar líneas de investigación que el colectivo de MFyC de la región considera prioritarias.	Encuesta en línea	
Financiación	Describir las fuentes de financiación que dan soporte a las investigaciones en la región y el acceso a ellas	Encuesta en línea	



## Resultados

### Situación Iberoamericana

La necesidad de fortalecer la investigación a través de las redes fue lo que desencadenó la reunión de WONCA 2003. En la reunión de Cali, Colombia (2008), con la creación de la IBIMEFA, se señaló que el incremento en las competencias metodológicas para la investigación. La generación de incentivos y la creación de maestrías en Medicina Familiar y Atención Primaria era prioritario, pero no se avanzó en los mecanismos para concretar esto.

En la III Cumbre Iberoamericana (Fortaleza, Brasil),<sup>6</sup> se ratificaron los acuerdos de Cali y se señaló la importancia de la difusión de conocimiento en la región como otra estrategia que contribuye al desarrollo académico.

En la IV Cumbre Iberoamericana (Asunción, Paraguay),<sup>7</sup> se planteó a la investigación como eje estratégico para el desarrollo de sistemas de salud más eficientes y equitativos. Por otra parte, se expresó la necesidad de la mentoría en la investigación, pero sin determinar en ese momento los mecanismos para llevarla a cabo en las diferentes instituciones donde se realizan investigaciones. También se hizo mención a la pertinencia de manejar una agenda común de investigación para todos los países de Iberoamérica, así como la importancia de que los resultados de dichas investigaciones sean comunicados a los decisores.

En la V Cumbre Iberoamericana (Quito, Ecuador),<sup>8</sup> se destacó la importancia de potenciar el uso de las tecnologías en la información y comunicación para la investigación. Sin embargo, el soporte informático de CIMF aún es limitado y se requiere ampliar las estrategias o líneas de acción para responder a este enunciado. En 2014, las líneas de investigación activas derivadas de una encuesta en la que participaron 13 países fueron: enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica), organización de servicios de salud, evaluación de servicios de salud, salud familiar, salud comunitaria, determinantes sociales, educación para la salud y adulto mayor.

En el 2do. Taller Iberoamericano de Medicina Familiar y Atención Primaria realizado en Montevideo (Uruguay),<sup>9</sup> en el marco del 4to. Congreso Iberoamericano de CIMF, se realizó un relevamiento y se inició un registro de investigadores en la región que constituye el insumo inicial para una base de datos necesaria. Mediante un formulario online, se alcanzó un registro de 97 investigadores con una edad promedio de 45 años (DS 12), 65% mujeres y 65% con nivel académico de maestría o doctorado (80% ha completado algún curso formal de metodología de la investigación). Participaron 15 países, quienes opinaron sobre las áreas de interés en investigación, se destacaron: la orientación comunitaria, las enfermedades crónico-degenerativas, la efectividad de los métodos educativos, competencias en la resolución de problemas clínicos, organización de servicios de salud, enfoque preventivo y cuidado del adulto mayor. Se establecieron lineamientos para cumplir a mediano y largo plazo:

- a) desarrollo de pasantías de investigación en diferentes regiones y países, como forma de promover el intercambio, la coordinación y la producción científica;
- b) identificación de fuentes de financiación que permitan fortalecer y llevar a cabo las líneas de investigación necesarias;
- c) lograr una plataforma virtual, soporte para asesorías y foros de investigación coordinados por IBIMEFA, que idealmente debiera estar radicado en el sitio web de WONCA Iberoamericana-CIMF.

### Líneas de investigación activas en Iberoamérica

Se obtuvo 86 entradas al formulario de encuesta en línea desde el 22 de octubre hasta el 23 de noviembre de 2015, con representación de 16 países.

Se encontró que 16% de las líneas de investigación activas eran de carácter metodológico; es decir, orientadas al desarrollo y perfeccionamiento de ciertas actividades (por ejemplo: diseño de guías de práctica clínica para el

primer nivel de atención), en tanto que 84% restante estaban orientadas a problemas de la práctica de la MFYC (ej.: abordaje desde el primer nivel de atención de la violencia de género).

Un 49% informaron contar con financiamiento para las líneas de investigación mencionadas.

De las líneas de investigación activas reportadas, 15 de ellas (17%) no tenían trabajos de investigación en curso, 24 de ellas (28%) tenían trabajos en desarrollo y las 47 restantes tenían trabajos de investigación terminados.

En el cuadro 2 se puede ver la lista de líneas de investigación activas y sus países.

**Cuadro 2.** Líneas de investigación en Medicina Familiar y Comunitaria activas en Iberoamérica. Abril 2016.

Nombre de la línea de investigación	País
Abordaje al Tabaquismo	España
Actividad Física y Salud	España
Adaptaciones y Armonización de versiones de PCAT en Iberoamérica	Red Iberoamericana PCAT
Análisis de consultas no urgentes en el servicio de emergencias	Costa Rica
Atención a la Familia	España
Atención a la Mujer	España
Atención al Adolescente	España
Atención al Mayor	España
Bioética	España
Calidad de vida	Venezuela
Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres de edad mediana	Cuba
Calidad y seguridad del paciente	México
Cáncer	España
Cirugía Menor y Dermatología	España
Consulta integral posaborto u óbito	Costa Rica
Cuidados Paliativos	España
Demencias	España
Dependencia Severa	Chile
Diabetes	España
Dislipemias	España
Diversidad Sexual y Vejez	Uruguay
Ecografía	España
Eficacia de la entrevista motivacional en el manejo de la obesidad	Panamá
Enfermedades crónicas no transmisibles	Colombia
Enfermedades Cardiovasculares	España
Enfermedades crónicas no transmisibles	Venezuela
Enfermedades Infecciosas	España
Enfermedades Infecto-Contagiosas	Venezuela
Enfermedades Respiratorias	España
Enfermedades Reumatológicas	España
Enfoque de riesgo biopsicosocial en adultos	Venezuela
Enfoque de riesgo biopsicosocial en niños y adolescentes	Venezuela
Estudio de Leptospirosis en el Entorno de Grupos Humanos en Riesgo	Uruguay
Estudio de seguimiento de factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares en el Cono Sur de América	Uruguay
Evaluación de Calidad de Vida del Diabético Tipo-2 Clínica de Diabetes Policlínica Hugo-Spadafora Abril-Mayo 2013	Panamá

**Continuación Cuadro 2.**

<b>Nombre de la línea de investigación</b>	<b>País</b>
Evaluación de la Formación Basada en Competencias de los Residentes del Programa de la Especialidad en Medicina Familiar CHMDRAAM - Facultad de Medicina - Universidad de Panamá	Panamá
Evaluación de la Metas de Control Metabólicas Pacientes de Medicina Familiar Clínica de Diabetes Policentro de Parque Lefevre 2010-2011	Panamá
Factores de riesgo	El Salvador
Familia	El Salvador
Formación de Talento Humano en Medicina Familiar en la región	Colombia
Genética Clínica y Enfermedades Raras	España
GIEMFAPS. Grupo de Investigación Estratégica en Medicina de Familia y Atención Primaria de Salud.	Venezuela
Grado de cumplimiento de objetivos terapéuticos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del servicio de MFYC de Unidad Docente Asistencial (UDA) Saint Bois	Uruguay
Hipertensión Arterial	España
International Collaboration to Promote Scholarly Activity Among Young Family Physicians	Colombia
Intervención en Drogas	España
Intervenciones educativas en salud	Venezuela
Manejo Terapéutico	El Salvador
Medicina Basada en la Evidencia	España
Medicina Familiar como Estrategia de Gestión de la Calidad del Sistema de Salud	Ecuador
Medicina Familiar y Comunitaria	Venezuela
Medicina Familiar y Comunitaria	Venezuela
Medicina Familiar y Salud Pública	Venezuela
Medicina Herbolaria en pacientes Comórbidos de Medicina Familiar en Policlínica Presidente Remón. OCTUBRE - DICIEMBRE 2014	Panamá
Medicina Rural	España
Medidas educativas para cuidadores del hospital geriátrico	Paraguay
Multimorbidade e seu impacto nos sistemas de saúde	Brasil
Nefrourología	España
Neurología	España
Nutrición y Alimentación	España
Orientación hacia la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia para mejorar la calidad de atención en el primer nivel	Argentina
Prevención cuaternaria	Perú, Argentina
Primary Care Assessment Tool - PCAT. Adaptación del instrumento y evaluación de servicios de salud	Argentina, Bolivia, Brasil, Uruguay
Procedimientos en Atención Primaria	El Salvador
Programas formativos para el equipo de salud en educación para pacientes. Programas de educación para pacientes y sus familiares con enfermedad crónica	Venezuela
Referencia y contrarreferencia en servicios de salud	Argentina
Riesgos en salud/Formación en APS	Venezuela
Salud Basada en las Emociones	España
Salud Familiar y Atención Primaria	Colombia
Salud Mental	España
Salud pública y medicina comunitaria	Colombia
Salud Sexual y Reproductiva	Venezuela
Seguridad del Paciente	España

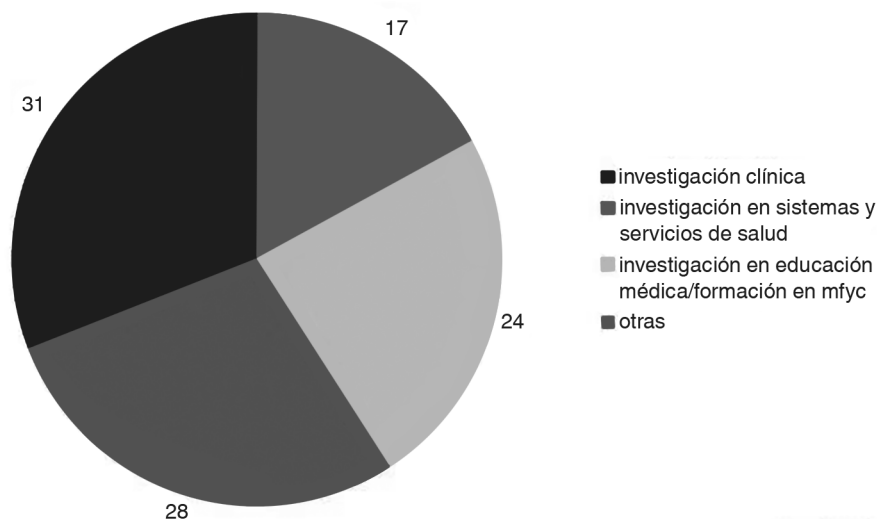
**Continuación Cuadro 2.**

Nombre de la línea de investigación	País
Tamizaje	El Salvador
Toma de decisiones compartidas y medicina centrada en las personas	Argentina
Toxicología y Salud Ocupacional	Venezuela
Transdisciplinariedad y APS	Marcelo Salinas Rojas salinasmarc99@gmail.com (Investigador Independiente)
Transferencia del conocimiento (Knowledge translation)	Argentina
Urgencias y Atención Continuada	España
Uso de antibióticos en atención primaria. HAPPY AUDIT II Sudamérica	Argentina, Bolivia, Paraguay, Uruguay y Dinamarca
Uso de la escala de Edimburgo para la pesquisa de riesgo de depresión post parto de las púerperas que tuvieron su parto en el departamento de Florida.	Uruguay
Utilización de Fármacos	España
VIH	España

**Líneas de investigación consideradas prioritarias**

Hubo 114 participantes de la encuesta, de la cual se obtuvieron 107 respuestas satisfactorias y siete incompletas o incorrectamente llenadas que no fueron tomadas en cuenta. La mayor parte de los encuestados que respondieron esta consulta no tenía líneas de investigación activas (64%) ni conocía la red IBIMEFA (60%).

Las prioridades identificadas se distribuyen en tres fracciones similares, aunque con un leve predominio del interés por la investigación clínica (31%), particularmente los problemas crónicos que por si solos constituyen un 15% del total. Las otras fracciones son: investigación en sistemas de salud (28%), particularmente en evaluación de servicios de salud y *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) (11%). Finalmente, un 24% señala como prioridad de investigación la formación en mfy (Gráfico 1).



**Gráfico 1.** Distribución de las líneas de investigación priorizadas según grandes áreas.

## Comparación entre líneas activas y líneas priorizadas

Del análisis comparativo entre las líneas identificadas como prioritarias y las líneas activas, se encontró gran coincidencia. Se analizaron las diez líneas que recibieron mayor número de respuestas en favor de su priorización y para cada una de ellas se buscó si se había reportado investigación activa. El resultado de este cruzamiento se puede ver en el cuadro 3. En las diez líneas más priorizadas hay investigación activa en medicina familiar y comunitaria.

**Cuadro 3.** Comparación entre líneas de investigación activas y priorizadas en Iberoamérica, según relevamiento realizado para la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria (abril 2016).

Línea de investigación priorizadas*	Frecuencia de respuestas a favor de su priorización	% de líneas activas que abarcan la línea propuesta (coincidencia)**
1. Clínica sobre Problemas crónicos en el primer nivel de atención	16	14,95
2. Formación en medicina familiar	15	14,01
3. Evaluación de servicios de salud	11	10,28
4. Adecuación y construcción de instrumentos de medicina familiar	6	5,60
5. Evaluación de tecnologías sanitarias según MBE	6	5,60
6. Tecnologización de la salud	5	4,67
7. Estrés y calidad de vida	5	4,67
8. Medicina familiar en el ámbito rural	5	4,67
9. Medicina familiar como política de salud	4	3,73
10. Prevención Cuaternaria	4	3,73

\* Se incluyen las diez líneas que recibieron mayor ponderación según número de respuestas a favor; \*\* Sobre un total de 86 líneas activas identificadas.

La coincidencia encontrada se puede interpretar como un dato de coherencia entre las convicciones de los especialistas de medicina familiar y comunitaria y sus acciones en relación con la investigación.

## Oportunidades para pasantías en investigación

Se elaboró un protocolo como base de un relevamiento inicial, el cual se aspira profundizar y perfeccionar en la continuidad del trabajo con IBIMEFA. Su objetivo fue caracterizar los lugares de pasantías, con base en datos disponibles en la web o cuestionario a instituciones identificadas para la pasantía de investigadores (Cuadro 4).

De los 26 organismos resultantes, 13 fueron universitarios, 10 organizaciones gubernamentales y cuatro no gubernamentales. No se obtuvo este dato en 11 casos.

De las formas de capacitación, no se reportó exclusiva en aula, la formación en ejercicio se reportó para un caso, 18 tendrían ambas modalidades (aula y práctica) y para siete instituciones no se obtuvo el dato.

En cuanto al perfil requerido para aspirar a una pasantía de investigación; se encontró que en 16 entidades se requería dedicación a tiempo completo y en siete el requisito era capacitación previa.

El movimiento latinoamericano de Jóvenes Médicos de Familia (Waynakay) que aglutina especialistas con hasta cinco años de egresados y residentes de la especialidad, trabaja en la coordinación de pasantías en diferentes instituciones a través de las Asociaciones miembro de CIMF y las organizaciones de jóvenes médicos de familia de otras regiones de WONCA. Esta estrategia de pasantías que se encuentra afianzada, se identificó como un recurso valioso para promover y potenciar las pasantías específicas en investigación.

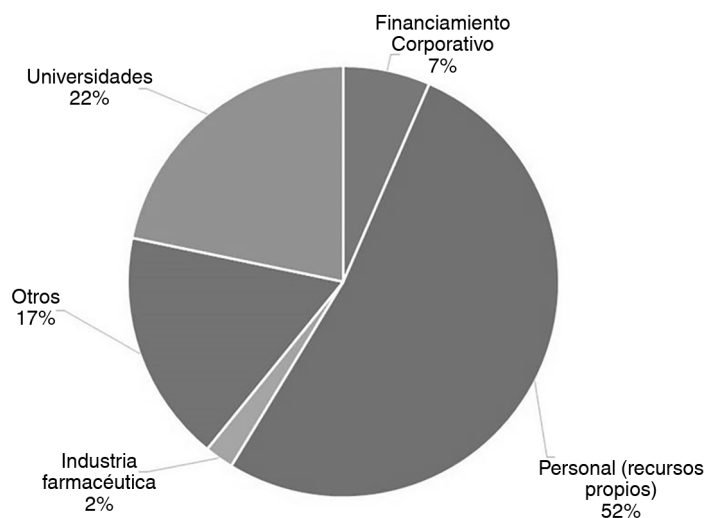
## Financiamiento de la investigación en Medicina Familiar

Para obtener información sobre financiación, se encuestaron a 60 profesionales de la salud, en su mayoría médicos de familia, por medio de un instrumento virtual. Un 77% de los encuestados tenían experiencia en investigación, la mayoría de ellos como investigadores principales. El percentil 75 para número de años de experiencia se ubicó en 15 (Rango 1-39).

**Cuadro 4.** Organismos que ofrecen pasantías en investigación (n=26).

Universidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universidad El Bosque - Bogotá Colombia</li> <li>• Universidad del Valle - Cali Colombia</li> <li>• Universidad Peruana Cayetano Heredia - Lima Perú</li> <li>• Universidad Mayor de San Marcos - Lima Perú</li> <li>• Universidad de Chile - Santiago de Chile - Chile</li> <li>• Universidad de la Sabana - Bogotá - Colombia</li> <li>• Universidad Nacional Autónoma de Honduras/Facultad de Ciencias Médicas</li> <li>• Universidad Nacional de Asunción - Paraguay</li> <li>• Universidad de la República (Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria) - Uruguay</li> <li>• Universidad Nacional Autónoma de Nuevo León, Monterrey-México</li> <li>• Universidad de Colima - México</li> <li>• Universidad de Texas. San Antonio, Texas</li> <li>• Pontificia Universidad Católica del Ecuador</li> </ul>
Organizaciones no gubernamentales (ONG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS/Colombia</li> <li>• Asociación Misionera de Médicos de Familia/Argentina</li> <li>• Fundación Universitaria, Juan N. Corpas. Bogotá/Colombia</li> <li>• Hospital Italiano-Servicio de Medicina Familiar/Argentina</li> </ul>
Instituciones gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de la Protección Social/Colombia</li> <li>• Departamento de Salud Primaria/Chile</li> <li>• Gobiernos Municipales y Patronatos Comunitarios/Honduras</li> <li>• CONCACYT/Paraguay</li> <li>• Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud-IICS/Paraguay</li> <li>• Instituto de Investigación Biomédica y social/Bolivia</li> <li>• Instituto Nacional de Salud/México</li> <li>• Instituto de Salud Pública de México/Cuernavaca</li> <li>• Instituto de Salud Pública de la PUCE Quito/Costa Rica</li> </ul>

La mayoría de las investigaciones fueron financiadas con recursos propios del investigador (Gráfico 2). En los casos en que se identificó la presencia de una fuente financiadora externa al investigador, predominó el origen privado de los fondos, por encima de los fondos públicos. Las Universidades representaron 22% de las fuentes financiadoras.



**Gráfico 2.** Financiamiento de la investigación en medicina familiar y comunitaria en una muestra no probabilística de investigadores activos en Iberoamérica (n=60).



La mayoría de los encuestados desconocía fuentes de financiamiento para la investigación y un 25% consideraba que existen trabas jurídicas para el acceso. La experiencia en la gestión de fondos de financiamiento fue evaluada en forma cualitativa. Se encontró satisfacción vinculada a la rapidez o sencillez de los trámites en una minoría de opiniones. En la mayoría se identificaron barreras y dificultades en esta gestión en distintos niveles: acceso (insuficiente priorización de la investigación en atención primaria), burocracia, impuestos, tiempo necesario para la gestión, retrasos en los desembolsos del dinero por las instituciones.

## Conclusiones

Las Cumbres anteriores han definido estrategias cruciales para fortalecer la investigación en los diversos países y la región en su conjunto. Sin embargo, aún falta avanzar en la implementación de estas acciones, ya sea como colectivo regional o al interior de cada país en particular.

Surge como estrategia fundamental y primaria asegurar la comunicación y cooperación entre los países de Iberoamérica, mediante una definición de una agenda común, mancomunando esfuerzos, y el desarrollo de una plataforma compartida para divulgar información, proyectos, recursos, oportunidades, métodos y técnicas de investigación en atención primaria. IBIMEFA aparece como recurso fundamental para implementar esta estrategia.

La presencia de investigadores que trabajan activamente en líneas consideradas prioritarias por la región es una característica importante identificada en este relevamiento. Informa sobre la coherencia de los investigadores de la medicina familiar y comunitaria, que investigan en los problemas considerados prioritarios al tiempo que permite asignar una calificación inicial de pertinente a la investigación que se está desarrollando en el área.

Otro de los recursos identificados, fue la amplia gama de oportunidades para realizar pasantías en distintos centros gubernamentales y no gubernamentales de la región. Las universidades son los principales referentes para esta actividad.

Las limitaciones para obtener fuentes de financiamiento son barreras a superar a fin de fortalecer la investigación en MFYC en Iberoamérica. La voluntad de investigar, puesta en evidencia por el autofinanciamiento predominante como fuente de recursos en la región, debe acompañarse de la adquisición de conocimientos y competencias para la búsqueda de fondos. La Red IBIMEFA puede contribuir en gran medida a potenciar los recursos intrínsecos de la medicina familiar y comunitaria y sus asociaciones para la investigación, al tiempo que generar nuevos espacios y recursos por la coordinación y complementación. Mejorar las habilidades de investigación contribuirá a mejorar la captación de fondos para la producción de conocimiento en MFYC y atención primaria.

## Limitaciones de este estudio

La principal debilidad identificada en este trabajo es el método de recolección de datos, no sistematizado, y el tipo de muestreo no probabilístico que limita la inferencia de los resultados. No obstante, el alto nivel de participación en número de personas y países con que contó este grupo de trabajo, y el número de respuestas recibidas desde personas designadas por las asociaciones de MFYC en cada país consideradas referentes en el tema, puede dotar de fortaleza a los datos, a pesar de las debilidades identificadas. Futuras intervenciones pueden ser diseñadas para ampliar los alcances de esta exploración al universo de investigadores o a una muestra representativa.

Casi 60% de los encuestados sobre líneas de investigación a priorizar no eran investigadores activos en ese momento. Identificado este dato, debe advertirse que las respuestas pueden reflejar líneas de investigación necesarias en la región, o también los temas donde se necesita mayor actualización en el conocimiento de la práctica clínica, lo cual podría resolverse por la investigación o no. No obstante esta consideración, la concordancia entre las líneas priorizadas y las líneas activas es un dato que aporta consistencia a los resultados.

## Recomendaciones

1. Continuar el trabajo para el desarrollo y fortalecimiento de la Red IBIMEFA como recurso para la integración de investigadores de la región; identificar y construir de oportunidades para la formación de investigadores y el financiamiento de proyectos.
2. Mantener en forma activa y prospectiva la actualización del diagnóstico sobre situación de la investigación en Iberoamérica en forma participativa.
3. Establecer un registro formal de investigadores de la región, con datos que faciliten el intercambio de experiencias, la formación y el desarrollo de estudios colaborativos.
4. Avanzar en la identificación de líneas prioritarias de investigación con base en una cuidadosa convocatoria a los investigadores y referentes de la MFYC en cada país, los jóvenes MFYC y la comunidad, para enriquecer la lista de prioridades que se ha obtenido en esta primera fase de trabajo.
5. Desarrollar un proceso de gestión del financiamiento con representación internacional, que sirva de área consultora a los investigadores de MFYC.
6. Promover desde CIMF un diálogo más cercano con las Universidades y las Agencias Financiadoras como forma de contribuir a la generación de oportunidades en la Región Iberoamericana para el desarrollo de la Investigación en MFYC.
7. Incrementar los recursos y acciones para la comunicación y difusión dentro de CIMF, que favorezcan una mayor integración de los investigadores y difusión de la producción científica.

## Referencias

1. Herrera JA. La investigación en medicina de familia en el siglo XXI (Editorial). *Aten Primaria*. 2008;40(9):435-6.
2. Van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: a critical review of necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann FamMed*. 2004;2(supl):s5-s16.
3. Herrera JA. Atención primaria y mortalidad materno-infantil en Iberoamérica. *Aten Primaria*. 2013;45(5):244-8.
4. Rubinstein A (coord). Investigación en la práctica de la medicina familiar: ¿una causa perdida o un desafío pendiente? *Colombia Médica*. 2012;43(1). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1065/1687>
5. Fernández MA, Rojas G, Irigoyen A, Roo JB. Producción y difusión del conocimiento en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;12(Suppl 1):71-87.
6. Carta de Fortaleza. III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. 29 y 30 de abril de 2008; Fortaleza, Brasil. Disponible en: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/432/356>
7. Carta de Asunción. IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. 15 y 16 de noviembre de 2011. Asunción, Paraguay. Disponible en: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/Carta%20de%20Asuncion.pdf>
8. Carta de Quito. V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. 11 y 12 de abril de 2013. Quito, Ecuador. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/carta-de-quito-v-cumbre-iberoamericana-de-medicina-familiar/>
9. Red Iberoamericana de Medicina Familiar (IBIMEFA). Reporte del 2º Taller Iberoamericano de Medicina Familiar y Atención Primaria en Montevideo, marzo 18 de 2015. (Documento de Trabajo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar), Montevideo: Junio 2015. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B0IGtVUOBhBMbEFSSG1TdENOU0k/view>

## Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud

Quaternary Prevention: Medical Ethics, Evaluation and Efficiency in the Health Systems

*Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde*

Miguel Pizzanelli. Grupo de interés en Prevención Cuaternaria de CIMF; Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Uruguay. miguelpizzanelli@gmail.com (*Autor correspondiente*)

Marina Almenas. CIMF/WONCA; American Academy of Family Physicians. Puerto Rico. dra.almenas@gmail.com (*Autora correspondiente*)

Robert Quirós. Universidad de Costa Rica; Área Salud de Moravia, San José, Costa Rica; Asociación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Costa Rica. rmqdoc@gmail.com

Carlos Pineda. Departamento de Medicina Familiar Universidad del Valle; Sociedad Colombiana de Medicina Familiar. Colombia. capineda1@gmail.com

Esteban Cordero. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Costa Rica. estebch@gmail.com

Niurka Taureau. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Cuba. niurka.toro@infomed.sld.cu; niurkataureauxcu@gmail.com

María de Lourdes Rojas. Universidad de Quintana Roo; Colegio Mexicano de Medicina Familiar. México. educación.rubi@gmail.com

Karin Kopitowski. Departamento de Medicina y Directora del Departamento de Investigación del Instituto Universitario Hospital Italiano. Argentina. karin.kopitowki@gmail.com

Ricardo La Valle. UBA área Salud Pública; Instituto Universitario del Hospital Italiano. Argentina. lavayear@gmail.com

Mónica Nivel. Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar en la Universidad de Chile; Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Chile. monicla61@gmail.com

Verónica Menares. Hospital Clínico FUSAT; Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Chile. v.menaresl@gmail.com

Agustina Piñero. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. agusep@hotmail.com

Sonia Ortiz. Academia Médicos de Familia de PR. Puerto Rico. seofmd@aol.com

Rolando Herrera. Sociedad Boliviana de Medicina Familiar. Bolivia. enfoquealasalud@gmail.com

Alexis Correa Taja. Universidad de Ciencias Medicas (UCM). Nicaragua. acorrea5969@hotmail.com

### Colaboradores durante el Grupo de Trabajo de la Cumbre de Costa Rica

Dr. Andrés Szwako, Paraguay. Dra. Carmen Nadal, Chile. Dr. Daniel Odio, Costa Rica. Dra. Diana Cáceres, Chile. Dr. Fernando Castañeda, Panamá. Dr. José Luis Contreras, Chile. Dra. Leticia Laura, México. Dra. María de Lourdes, México. Dra. Nina Monteiro, Portugal. Dr. Pedro Gómez, Costa Rica. Dra. Virginia Cardozo, Uruguay. Dra. Yamileth Quintero, Portugal

**Cómo citar:** Pizzanelli M, Almenas M, Quirós R, Pineda C, Cordero E, Taureau N, et al. Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):75-85. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1388](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1388)

**Financiación:**  
ninguna declarada.

**Aprobación ética:**  
no aplicable.

**Conflicto de intereses:**  
ninguna declarada.

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

Recibido el: 15/08/2016.

Aceptado el: 15/09/2016.

## Resumen

La prevención Cuaternaria consiste en desarrollar cuidados de salud y de ejercer la medicina, priorizando los cuidados centrados en la persona. Su marco conceptual se sustenta en aspectos éticos y filosóficos centrales en el ejercicio de la medicina, en aspectos epistemológicos y de carácter social. Su objeto es proteger fundamentalmente a los pacientes, pero también a los integrantes del equipo de salud, de los excesos de la medicalización y de los excesos o prácticas innecesarias o dañinas. El presente artículo es el resultado de la síntesis de los documentos de trabajo, discusión y propuestas llevadas adelante por un amplio grupo de comprometidos profesionales de CIMF, con interés particular sobre la Prevención Cuaternaria. Los materiales se produjeron en forma colaborativa por medio de un largo y complejo proceso de trabajo a distancia, realizado durante los foros preparatorios de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. A estos materiales se sumaron los documentos de trabajo elaborados durante la misma cumbre en San José de Costa Rica, en el mes de abril de 2016. El cometido de este artículo es difundir el estado de desarrollo y de compromiso actual con este enfoque y el destacado impulso que ha tenido en Iberoamérica en los últimos cinco años. Por su relevancia, se pretende estimular una mayor difusión del concepto: la implementación de contenidos relacionados con él en la formación y en el nivel académico. A nivel político promover su consideración en la toma de decisión, en políticas de salud pública. Difundir a nivel poblacional y promover la elaboración de contenidos de calidad. Ofrecer pistas de reflexión y herramientas concretas para su aplicación.

### Palabras clave:

Prevención Cuaternaria  
Relaciones médico paciente  
Bioética  
Medicalización  
Sobre diagnóstico

## Abstract

Quaternary Prevention as main focus and practice, promotes changes in developing health care and practicing medicine, prioritizing the person centred care. Their conceptual framework is sustained on ethical and philosophical aspects essential to medicine practice, in epistemological aspects of social and others related to political nature. Its objective is to protect fundamentally the patients, but also the members of the health group from excessive medicalization and unnecessary and hurtful practices. The present article is the result of the synthesis of the work documents, discussion and proposals carried forward by a large group of committed professionals from CIMF, with particular interest in Quaternary Prevention. The materials were produced in collaboration through a complex long distance work process, done during preparatory forums of the VI Ibero-American Summit of Family And Community Medicine. The work documents made during the same summit in San José of Costa Rica, in April 2016 were added to this material. The purpose of this document is to spread the state of development and current commitment to this approach and the outstanding initiative that it has had in Ibero America in the last five years. Due to its relevance, the intention is to stimulate greater dissemination of the concept; the implementation of content related to at in the training and academic levels. At a political level, to promote its consideration on decision making and public health issues so as to broadcast to demographic levels and promote the making of quality content. Finally to offer reflection clues to consider and concrete application tools.

### Keywords:

Quaternary Prevention  
Physician-Patient Relations  
Bioethics  
Medicalization  
Overdiagnosis

## Resumo

A Prevenção Quaternária consiste em desenvolver cuidados de saúde e exercer a medicina priorizando o cuidado centrado na pessoa. Seu arcabouço conceitual se sustenta em aspectos éticos e filosóficos fundamentais ao exercício da prática médica, também em aspectos epistemológicos e de caráter social. O seu objetivo é proteger os pacientes, mas também os membros da equipe de saúde, dos excessos da medicalização e das práticas excessivas ou desnecessárias ou prejudiciais. Este artigo é o resultado da síntese dos documentos de trabalho, discussão e propostas levada a cabo por um numeroso grupo de profissionais comprometidos com a CIMF, com particular interesse na Prevenção Quaternária. Os materiais foram produzidos de forma colaborativa através de um extenso e complexo processo de trabalho a distancia, realizado durante as reuniões preparatórias da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade. A estes materiais se somaram os documentos de trabalho preparados durante a mesma cúpula em San Jose, Costa Rica, em abril de 2016. O objetivo deste artigo é o de difundir o estado de desenvolvimento e de compromisso atual com esta abordagem e o impulso notável que tem havido na Iberoamerica nos últimos cinco anos. Por sua relevância, pretende-se estimular uma maior difusão do conceito, bem como a implementação de conteúdos relacionados a ele na formação e em nível acadêmico; a nível político, promover sua consideração na tomada de decisões de políticas públicas de saúde; difundir a nível da população e promover o desenvolvimento de conteúdo de qualidade; oferecer pistas de reflexão e ferramentas práticas para sua implementação.

### Palavras-chave:

Prevenção Quaternária  
Relações Médico-Paciente  
Bioética  
Medicalização  
Sobre diagnóstico

## Introducción

El presente artículo ha sido el resultado de un proceso de ajustada síntesis de los documentos de trabajo, discusión y propuestas de un amplio grupo de profesionales. Los materiales que condujeron a la elaboración de esta comunicación se produjeron en forma colaborativa por medio de un largo y complejo proceso de trabajo a distancia, que se realizara durante los foros preparatorios de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. A estos materiales se sumaron los documentos de trabajo elaborados durante la misma cumbre en San José de Costa Rica, en el mes de abril de 2016. Por tanto debe comprenderse que se trata de una versión muy concisa de toda la producción de contenidos realizada y que tiene por objetivo comunicar avances. Al documento completo puede accederse a través de las autoridades de las sociedades científicas miembros o tomando contacto con el Grupo de trabajo en Prevención Cuaternaria de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF).

En marzo de 2015 durante el 4º Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar y Comunitaria - la Prevención Cuaternaria fue por primera vez considerada como uno de los ejes temáticos - de un congreso Iberoamericano. Durante el mismo quedó formalmente constituido dentro de CIMF, el Grupo de interés en Prevención Cuaternaria.<sup>1</sup> Asimismo es la primera vez que en una cumbre Iberoamericana surge en la agenda como tema de trabajo el enfoque de Prevención Cuaternaria.

## Definición/Bases Conceptuales

Se puede definir a la Prevención Cuaternaria como; *“el conjunto de acciones implementadas para identificar a un paciente o a una población en riesgo de medicalización, protegerlos de intervenciones médicas invasivas y proponerles procedimientos y/o cuidados éticamente aceptables”*.<sup>2</sup>

La Prevención Cuaternaria como enfoque y práctica, promueve cambios en la forma desarrollar cuidados de salud y de ejercer la medicina, priorizando los cuidados centrados en la persona. Su marco conceptual se sustenta en aspectos éticos y filosóficos centrales en el ejercicio de la medicina. Su objeto es proteger fundamentalmente a los pacientes, pero también a los integrantes del equipo de salud, de los excesos de la medicalización y de los excesos o prácticas innecesarias o dañinas.

El concepto nació en 1986 cuando Marc Jamouille combinó en un mismo esquema conceptual, a la línea del tiempo de la prevención, con la dimensión relacional (persona-médico): la visión de la persona cruzándose con la del médico respecto a un episodio de salud (Figura 1).<sup>3</sup>

A partir del modelo propuesto por Leavell y Clark,<sup>4</sup> se han establecido niveles de prevención. En cada nivel se emprenden acciones que pretenden evitar la aparición de la enfermedad, interrumpir su avance y mitigar sus secuelas cuando se han manifestado; tales medidas tienen una estrecha relación con las etapas de la historia natural de la enfermedad y se clasifican clásicamente hasta la irrupción de la prevención cuaternaria en tres niveles. De este modo la Prevención Cuaternaria no se ubica en forma lineal respecto a las anteriores. Puede aplicarse también en los campos de acción de los otros niveles clásicos, buscando que realicemos actividades necesarias, pertinentes, seguras, basadas en evidencia equilibrada y sin sesgos. El enfoque por tanto puede ser aplicado en todos los niveles tradicionales de prevención, pero no queda encerrado en ella. Se orienta a los cuidados de salud en general, por tanto no se reduce estrictamente a aspectos preventivos o curativos.

Podemos entender a la Prevención Cuaternaria como una estrategia que tiende a disminuir la iatrogenia a evitar intervenciones innecesarias y paliar los efectos adversos de las intervenciones necesarias. En otras palabras, sería una actualización y nueva conceptualización del “*Primun non nocere*” heredado por generaciones de médicos.

La Prevención Cuaternaria es más que una actividad objetiva. Permite reflexionar sobre las prácticas con amplia perspectiva desde diferentes niveles de complejidad. Esta reflexión y posterior modificación de prácticas puede aplicarse de modo diverso y amplio como por ejemplo: reflexionar sobre la manera de pensar la organización de los servicios de salud, el modo de encarar la comunicación con las personas, el enfoque de las preguntas de investigación, el balance riesgo beneficio de los cribados, el efecto del sobrediagnóstico y el sobretratamiento, las consecuencias de los tratamientos

conciencia o sensación del paciente	Conocimiento científico médico evolución natural de la enfermedad Ausente .....▶ Presente	
	I (Prevención) Primaria Medidas adoptadas para evitar o eliminar la causa de un problema de salud en un individuo o población antes de que se presente. Incluye la promoción de la salud y la protección específica (por ejemplo, la inmunización).	II (Prevención) Secundaria Medidas adoptadas para detectar un problema de salud en una etapa temprana, en un individuo o una población, lo que facilita la curación o la reducción o la prevención de su propagación o efectos a largo plazo (por ejemplo: métodos, cribados, detección de casos y diagnóstico precoz).
sensación de salud		
sensación de enfermedad	IV (Prevención) Cuaternaria Medidas adoptadas para identificar a un paciente en riesgo de medicalización excesiva, para protegerlo de intrusiones médicas adicionales, y sugerir intervenciones éticamente aceptables.	III (Prevención) Terciaria Medidas adoptadas para reducir los efectos de los problemas crónicos de salud de un individuo o población para reducir al mínimo el deterioro funcional debido a un problema de salud agudo o crónico (por ejemplo la prevención de complicaciones de la diabetes). Incluye la rehabilitación.

**Figura 1.** Las definiciones ya publicadas de Prevención I, II y III son complementadas por la Prevención IV y ofrecen una nueva visión de los campos de actividad del médico familiar.

Fuente: adaptado de Jamouille M, Gomes LF. *Prevenção Quaternária e limites em medicina. Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014;9(31):186-91. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)867)

innecesarios, el conflicto de intereses. Los excesos en los cuidados y el agotamiento de recursos que producen, admiten un análisis desde la ética, ya pueden provocar que existan personas con cuidados insuficientes o población con dificultades para acceder a atención adecuada, un hecho bastante frecuente en la realidad de Iberoamérica.<sup>5</sup>

## Medicalización

Se entiende por Medicalización al proceso de convertir situaciones vitales, en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la Medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales.<sup>6,7</sup>

También es la pretensión de la Medicina resolver problemas que no son médicos, o al menos no eran considerados anteriormente. Los profesionales sanitarios son, a la vez, actores y víctimas de dicho proceso.<sup>8,9</sup> La medicalización tiene como principales consecuencias la transformación de personas sanas en enfermos, el aumento de daños iatrogénicos, el consumo de recursos sanitarios y la falta de procesos encaminados a regular las expectativas de la población, delimitar el campo de acción de la medicina, fomentar el autocuidado y actuar de acuerdo con las evidencias sanitarias existentes.

## Descripción de la situación actual sobre la difusión y aplicación en Iberoamérica

A pesar de existir un importante impulso para dar a conocer el concepto desde las sociedades científicas integrantes de la CIMF,<sup>10</sup> se reconoce la necesidad de mejorar la difusión así como el impacto del mismo.

## Metodo

Para disponer de datos más fieles sobre la realidad, se realizó una encuesta entre médicos participantes del grupo de trabajo, sobre algunos temas relacionados a la difusión y aplicación de la Prevención Cuaternaria en cada país, sistema de salud y gobiernos.



Se recolectaron datos a través de encuestas sobre la situación en trece países: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, España, México, Nicaragua, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay.

Del total de los encuestados, un 58%, afirmaron que se ha promovido la incorporación de la Prevención Cuaternaria en sus países. Solo dos países afirmaron que se hayan logrado adoptar recomendaciones basadas en los principios de la Prevención Cuaternaria en la práctica de los médicos familiares.

## Resultados

Un 58% reportó conocimiento sobre la realización de actividades con la temática en los congresos o eventos científicos o formativos de sus sociedades.

Un 50% reportó espacios de reflexión sobre el tema. Sin embargo, sólo cuatro países (un 33%) reportaron publicaciones relacionadas al tema. Tres países comunicaron conocimiento de proyectos de investigación con un enfoque relacionado.

Sólo dos de las encuestas se reportó que hubiera conocimiento sobre Prevención Cuaternaria en la población general.

Dos terceras partes de los encuestados afirmaron abordar temas de Prevención Cuaternaria con los pacientes. Dos países (16%) reportaron conocimiento de la Prevención Cuaternaria por parte de instituciones gubernamentales en su país. Sólo cuatro países (33%) afirmaron que hubiera acciones de Prevención Cuaternaria por parte el gobierno de su país. Siete países, un 63%, reconocieron la posibilidad real de que la Prevención Cuaternaria sea tema de discusión a nivel gubernamental.

## Discusion

Si bien los resultados obtenidos, no pueden considerarse totalmente representativos de la realidad latinoamericana, la difusión a nivel de la población, en el ámbito médico y académico, así como entre las autoridades sanitarias y tomadores de decisiones sigue siendo necesaria y se considera insuficiente.

La metodología de trabajo para la elaboración de los documentos preparatorios y de los documentos orientados a elaborar las recomendaciones para la cumbre, fue participativa y se desarrolló en dos etapas: una virtual y otra presencial. La etapa virtual fue a través de redes, con trabajo y comunicación a distancia y tuvo lugar entre agosto de 2015 hasta abril de 2016. En la etapa presencial durante la misma cumbre, se elaboraron: las conclusiones finales, recomendaciones, aportes de síntesis para la declaración final y se presentaron conclusiones y productos de comunicación en plenario.

Se desarrollaron contenidos y líneas estratégicas en tres ejes de trabajo: recomendaciones para introducir el concepto en la formación de los médicos de familia (pregrado y posgrado), en la comunidad, en la población general y a nivel de las políticas públicas de salud.

## Líneas de Acción en el Escenario Académico

A nivel académico, es necesario difundir, consolidar y aplicar el concepto de Prevención Cuaternaria entre los profesionales de la salud, en particular en el currículo de pregrado y postgrado de las universidades.

Se considera prioritario promover el concepto de Prevención Cuaternaria y plantearlo conceptualmente como una actividad clínica genuina en nuestra práctica comunitaria diaria. Profundizar y promover reflexión entre colegas, sobre su sentido y el modo de aplicación en situaciones concretas.

Vinculación con las Universidades para realizar propuesta de inclusión de Prevención Cuaternaria en el currículo.

La universidad debe tomar como propios los problemas identificados en el entorno y contribuir a su solución y así ganará prestigio ante la comunidad, quien irá transformando su opinión sobre la institución y esta jugará también el rol que le corresponde sobre todo en lo concerniente a la educación y formación de pregrado y posgrado.<sup>11-15</sup>

## Estrategias para la gestión curricular del concepto de Prevención Cuaternaria en la formación de los profesionales de la salud de Iberoamérica

Elaborar documento de recomendaciones curriculares con la conceptualización básica de la Prevención Cuaternaria y su implicación en la salud, planteando las competencias que implica con sus respectivos saberes cognitivos, procedimentales y actitudinales.

### 1. Educación Formativa: pregrado y posgrado

Insertar módulo de Prevención Cuaternaria en pregrado y posgrado.

Promover la participación en la formación docente en Prevención Cuaternaria.

Favorecer la utilización de herramientas de lectura crítica de artículos que permita desarrollar pensamiento crítico y análisis de sesgos.

Desarrollar talleres de discusión de dilemas éticos, comunicación efectiva, cuidados centrados en la persona, decisiones compartidas.

Favorecer el desarrollo de investigación con focalidad en temas de interés de la Prevención Cuaternaria en médicos residentes.

Inclusión de Prevención Cuaternaria en exámenes profesionales y examen de Certificación por los Consejos de las especialidades.

### 2. Generar un acervo documental en Prevención Cuaternaria.

Desarrollar un Observatorio en Prevención Cuaternaria.

Generar una normoteca digital sobre Prevención Cuaternaria.

Desarrollar boletines, videos, de Prevención Cuaternaria.

Favorecer el trabajo interdisciplinario en Prevención Cuaternaria (equipo de salud, otros profesionales y técnicos sanitarios, especialistas focales).

Los temas de interés de la Prevención Cuaternaria incluyen:

- Medicalización;
- Concepto de salud y enfermedad;
- Sobrediagnóstico;<sup>16</sup>
- Exceso en intervenciones preventivas;<sup>17</sup>
- Cribado de cáncer;<sup>18</sup>
- Riesgo cardiovascular;
- Chequeos ejecutivos;
- Efectividad y seguridad de la vacunación;
- Mercadeo de enfermedades;
- Excesos en uso de paraclínicos, Imágenes diagnósticas e incidentalomas;
- Sobremedicalización: polifarmacia, deprescripción, uso racional de medicamentos, eventos adversos y efecto cascada farmacológica;
- Seguridad del paciente;
- Estudio de los factores que afectan la medicalización, Medicina basada en la evidencia: Ética de la investigación, la Bioética en la práctica clínica actual;
- Método clínico: comunicación efectiva, método clínico centrado en la persona, método clínico centrado en la relación, cuidados centrados en la persona, toma de decisiones compartidas y ayudas de decisión.

## Ruta curricular

El proceso de cómo concretar todo lo anterior en un micro-currículo, es una tarea compleja, en la medida que cada universidad tiene su propio currículo. El ejercicio que se hará a continuación es un mero acercamiento teórico a contenidos que podrían incluirse en determinados cursos en una determinada secuenciación curricular.

## Propuestas para el establecimiento de políticas acordes con el pensamiento de Prevención Cuaternaria

Toda reforma de un sistema de salud debe ser iniciada desde una perspectiva ética y debe estar fundamentada en objetivos de desarrollo sostenible, con principios políticos claramente formulados, que asegure el cuidado

ecológico, la participación de la comunidad y los distintos sectores en su conjunto para una co-creación de soluciones para un cambio sustentable.<sup>19</sup>

Una estrategia integral de desarrollo humano y salud, con enfoque de equidad y con impacto en los determinantes de salud requiere: un sistema de salud que persiga la superación de la pobreza y el hambre; asegure atención de salud y promueva el bienestar para todos a lo largo del ciclo vital; aporte a la educación y oportunidades de desarrollo en todo el curso de vida; logre equidad de género; contribuya a la disponibilidad y al manejo sostenible de agua y servicio sanitario; impulse el acceso a energía confiable y sustentable; aporte al crecimiento económico sostenible con trabajo digno; colabore en el diseño de una infraestructura resiliente a los desastres; fomente la innovación y la industrialización sustentable; impulse la reducción de la inequidad entre países; aporte al fomento de patrones de producción y consumo sostenibles; asuma medidas para combatir el cambio climático y sus impactos; impulse el uso racional de los recursos naturales, para un desarrollo sostenible; colabore en la protección del ecosistema terrestre y la biodiversidad; participe en la promoción de la paz en ciudades inclusivas, fortalezca los medios para implementar la asociación global, en este caso la salud global, para un desarrollo sustentable.

En este contexto el enfoque de prevención cuaternaria tiene un aporte esencial. Si la consideramos como movimiento,<sup>20</sup> puede impulsar la promoción de cambios en la forma de ser y ejercer la medicina y en el modo de organizar los sistemas de salud con énfasis en los aspectos éticos y filosóficos con el objeto de proteger a los pacientes y a los integrantes del equipo de salud de los excesos de la medicalización y de la mercantilización y afán de lucro de algunos actores. Para iniciar este cambio se proponen los siguientes principios:

1. La salud es un derecho y no un objeto de mercado.<sup>21</sup>
2. La salud no puede ser comprendida analizando solamente el sector salud y prescindiendo de su contexto, es necesario incorporar la mirada social y política al ejercicio de la profesión para incluir los determinantes sociales en el desarrollo de políticas de salud y en el ejercicio mismo de la profesión. El modelo médico predominante en la actualidad, analizado desde el punto de vista sociológico, ha sido caracterizado como hegemónico, reduccionista, deshumanizado, fragmentado y mercantilista.<sup>22</sup>
3. La Medicina como ciencia es predominantemente social. La Medicina debe abandonar el enfoque reduccionista del positivismo y neopositivismo y asumirse como arte antes que como ciencia para recuperar la capacidad de atender personas que sienten y que sufren sin que esto signifique no valorar ni incorporar todos los conocimientos que la ciencia y tecnología aporten ni descuidar el conocimiento biomédico.
4. La definición de un sistema de salud es política y forma parte indisoluble de la definición del modelo de país al que pertenece.
5. El ejercicio de la Medicina está atravesado y determinado por la política y los médicos, en consecuencia, no deben ser actores pasivos, deben aportar su visión particular de la sociedad y participar en la definición del modelo a seguir.
6. La Atención Primaria de Salud (APS) sólo funcionará estando integrada a un sistema de salud. La APS no puede funcionar en forma aislada del resto del Sistema de salud. Debe estar integrada a todos los niveles de atención distribuida transversalmente en todos los niveles de complejidad.
7. La medicina familiar debe plantearse como una especialidad transversal.
8. La complejidad en medicina debe ser definida en función de la capacidad de resolución de problemas de los agentes de salud y no en función de la tecnología.
9. Los conocimientos y las medicinas son bienes sociales. El séptimo principio consagrado por el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, “La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud”.<sup>23</sup> La existencia de barreras a su acceso, patentes y costos excesivos atentan contra la tarea de alcanzar esa meta.

Se mencionan algunas formas concretas de conducir el trabajo en el nivel político:

- Identificar políticas públicas de los países firmantes de la Carta de San José, que no cumplan los criterios mencionados en ella.

- Crear espacios de trabajo en cada sociedad científica, con el objetivo de revisar y actualizar periódicamente las directrices nacionales implementadas.
- Promover la reflexión y sugerir el diseño de políticas asociadas a la divulgación de la información relacionada a intervenciones sanitarias.

## Propuesta de líneas de acción para difundir y aplicar el concepto de Prevención Cuaternaria en la población general

La medicalización y la gestión del riesgo como práctica sanitaria, provoca la llegada de categorías desconocidas anteriormente en la medicina. “nuevos enfermos” o “enfermos-sanos”. A personas sanas se les otorga nacionalidad en el mundo de los enfermos, muchas veces, con mucho para perder en términos de daños y nada para ganar en términos de salud. Existen muchos motores que han conducido a esta situación “en la cual casi nadie está sano”. Uno de esos motores es la preocupación desmedida por parte del público en general por mantener salud a precios muy altos. Los pacientes, muchas veces, impulsan la medicalización,<sup>24</sup> ajenos a los daños a que esto puede exponerlos. Suele estar presente la demanda “de la cura” y la abolición de todo síntoma. A veces el paciente no asocia que eso que le pasa y que se expresa por un síntoma, tenga que ver con “cosas de la vida” y no con enfermedades. En algunos sectores, la salud es vista como un bien de consumo y no como un derecho. Esta situación favorece la medicalización, la profusión de estudios diagnósticos muchas veces innecesarios y dañinos y la prescripción de fármacos. En ocasiones, la sociedad ha desplazado al campo médico, la búsqueda de soluciones inherentes a la realidad subjetiva y social de las personas y la obsesión por la salud perfecta se ha convertido en un factor patógeno.

Existe un fenómeno denominado *paradoja de la salud* que se observa esencialmente en países desarrollados y en las capas sociales medias y altas de los países en desarrollo. Esta paradoja consiste en que a mayor salud objetiva (indicadores de salud, expectativa de vida) más son los problemas de salud declarados y que cuanto mayores son los recursos empleados en salud, hay mayor número de personas que se sienten enfermas. Es decir, que la sociedad vive de manera insana por la preocupación exagerada por la salud. Suele existir tal dependencia de la Medicina “ante cualquier duda consulte a su médico” que se incapacita a las personas para autocuidarse, tolerar el sufrimiento y el malestar.

Se propone avanzar hacia un modelo de transmisión de información, en todos los soportes existentes o posibles: panfletos en papel, folletería, cartelería, avisos radiales, televisivos, redes sociales, páginas web, blogs, videos. La finalidad de los materiales de difusión es presentar contenidos en forma balanceada, con todos los pros y contras, garantizar contenidos de calidad, que eviten sesgos. De este modo cada persona, tendrá una oportunidad mas equilibrada de elegir de acuerdo con sus valores y ejercer su derecho a la autodeterminación.

### Propuestas:

- Difundir el concepto de Prevención Cuaternaria como una dimensión fundamental en la práctica médica actual.
- Promover que las intervenciones deben establecerse según las necesidades de la persona, según niveles de prevención y basado en la mejor evidencia disponible.
- Establecer claramente con evidencia científica cuán adecuado es un examen según su rendimiento y costo/efectividad en cada nivel de prevención según las necesidades de cada persona, familia o comunidad.
- Establecer mensajes que estimulen el diálogo significativo entre el público y sus médicos de familia.
- Recomendar el uso de mensajes que no conduzcan a la medicalización en las etapas normales de la vida y en los problemas existenciales.
- Establecer prácticas en las que las intervenciones sean pertinentes desde el punto de vista ético-científico y centrado en las personas, basadas en decisiones compartidas.
- Favorecer mensajes que estimulen a los pacientes a preguntar, conocer sus opciones los pros y contras de cada una de ellas.

- Promocionar entre los médicos, la población general, políticos y los tomadores de decisiones de salud, la búsqueda en aquellos portales o bibliotecas virtuales la documentación necesaria para acentuar sus bases de conocimientos en Prevención Cuaternaria, tales como; Choosing Wisely, USPSTF, Evalmed.es.
- Promover la utilización de los documentos, carteles, folletos, y videos educativos a los que se puede acceder a través de las redes de Prevención Cuaternaria de CIMF.

## Conclusiones

A modo de conclusiones se incluyen las propuestas priorizadas para el documento final de la cumbre:

- Difundir el concepto de Prevención Cuaternaria como enfoque fundamental en la práctica de las profesiones de la salud, en el pregrado y postgrado, en la formación continua, en la investigación, elaborando un documento de recomendaciones para ello y estableciendo contacto con las diferentes organizaciones que definen las políticas de Educación-médica actual.
- Promover la no medicalización de los acontecimientos propios de las etapas de la vida, a través de estrategias elaboradas junto a los equipos de salud y la comunidad.
- Incentivar que las intervenciones sanitarias dirigidas a la población, estén basadas en la mejor evidencia científica y sean éticamente aceptables para el contexto local y estén centradas en las personas.



Prevención cuaternaria se refiere a las actividades que atenúan o evitan las intervenciones innecesarias o excesivas.



**TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA**

El médico y el paciente pueden trabajar juntos, para seleccionar las mejores opciones, teniendo siempre en cuenta la mejor evidencia científica disponible, y los valores y preferencias del paciente bien informado.

**PARA MAYOR INFORMACIÓN:**  
Algunos sitios web donde puede aprender más sobre Prevención Cuaternaria

www.choosingwisely.org  
www.familydoctor.org  
www.uspreventiveservicetaskforce.org  
www.nogracias.eu  
www.facebook.com/PrevencionCuaternaria

GRUPO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN CUATERNARIA-CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR SAN JOSÉ, COSTA RICA 2016

**¿Qué es la Prevención Cuaternaria?**

**Cribado obligatorio**

Algunos programas masivos son estimulados e instalados desde el Sistema de salud por leyes o reglamentaciones. En otras ocasiones son impuestos por usos y costumbres.

**Cribado en exceso por frecuencia.**

Una frecuencia inadecuada en la realización de exámenes de cribado aumenta la probabilidad de tener falso positivo.



### ¿PARA QUÉ SIRVE?

•Podemos entenderla como una estrategia que pretende disminuir las intervenciones innecesarias y paliar los efectos adversos de las intervenciones necesarias.

•Combate los problemas de salud iatrogénicos: aquellos procesos que no se habrían producido si no se hubieran aplicado recomendaciones, pruebas diagnósticas o tratamientos farmacológicos o sanitarios disponibles que ocasionan efectos perjudiciales graves.

### ¿Qué es la Prevención Cuaternaria?

Existen varios tipos de prevención, siendo las más conocidas la Primaria, Secundaria y Tercera. Pero la Prevención Cuaternaria es igual de importante.

La Prevención Cuaternaria se refiere al conjunto de acciones que se realizan para evitar o atenuar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas.

•Combate la **medicalización** de la vida: el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales.



•La Prevención Cuaternaria pretende dar voz y actualidad a uno de los principios médicos más valiosos: **Primum non nocere** ("Primero no dañar")



## Referencias

1. SUMEFAC/Grupo de Trabajo en Prevención Cuaternaria de CIMF. Acta de creación del grupo de trabajo. Sugerencias de la Primera reunión presencial del Grupo de Trabajo de CIMF a sociedades miembro [base de datos en Internet]\*. Uruguay: SUMEFAC - Pizzanelli M.; 14 julio 2016, [actualizada julio 2016; acceso 14 de julio de 2016]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B2tjwHv1enqDZThrN2FDYzZpM3c/view?usp=sharing>
2. Bentzen N, editor. *Wonca International Dictionary of General/Family Practice: Wonca International Classification Committee*; 1999.
3. Jamouille M. A propos d'un dessin. *Ethica Clinica* [Internet]. 2013; 70:28-31. Disponible en: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000416.pdf>.
4. Leavell H, Clark E. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community an Epidemiologic Approach*. McGraw-Hill, 1958.
5. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1:405-412.
6. Illich I. *Némesis Médica*. Editorial Joaquín Mortiz, S.A. México D.F. La expropiación de la salud, 1978.
7. Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *J Hist Behav Sci*. 2003;39(2):115-129.
8. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61-64.
9. Cardoso RV. *Medicalização e o cuidado em saúde na estratégia de saúde da família* [thesis online]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014. 268 p. Disponible en: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000605.pdf>.
10. Jamouille M, Bernstein J, Pizzanelli M, Silva AD, Wagner H. Quaternary prevention: a concept based on the time and the relationship. Second part. The surprising international dissemination of the concept. *Médecine* [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2015 Jul 19];10(2):75-7. Available from: [http://www.jle.com/en/revues/med/e-docs/prevention\\_quaternaire\\_un\\_concept\\_fonde\\_sur\\_le\\_temps\\_et\\_la\\_relation.\\_deuxieme\\_partie.\\_l\\_etonnante\\_diffusion\\_internationale\\_du\\_concept\\_299639/article.phtml?tab=texte](http://www.jle.com/en/revues/med/e-docs/prevention_quaternaire_un_concept_fonde_sur_le_temps_et_la_relation._deuxieme_partie._l_etonnante_diffusion_internationale_du_concept_299639/article.phtml?tab=texte)
11. Socarrás Suárez MM, Bolet Astoviza M, Lara Rodríguez RF. Vínculo universidad-sociedad a través de la percepción de médicos y pacientes diabéticos sobre su enfermedad. *Educ Med Super* [Internet]. 2010 Sep [citado 2016 Jul 23];24(3):290-299. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412010000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000300002&lng=es).
12. López ML. Extensión universitaria y salud pública en Argentina como caso testigo en la región. *Revista de Investigación Educativa*, 34(1), 119-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.34.1.215411>
13. Abreu Suárez G, González Valdés JA, Muñoz Peña R. La preparación del estudiante de Medicina para la eliminación de la tuberculosis. *Educ Med Super* [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Jul 23];27(1):38-45. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412013000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000100006&lng=es).
14. Vicente Sánchez B, Vicente Peña E, Altuna Delgado A, Identificación de individuos con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2: una explicación necesaria. *Rev. Finlay* [Internet]. 2015 Sep [citado 2016 Jul 23];5(3):148-160. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342015000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000300002&lng=es).
15. Manterola Carlos, Otzen Tamara. Análisis Crítico de la Literatura Biomédica. *Int. J. Morphol.* [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Jul 23];32(2):599-607. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022014000200037&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200037&lng=es).
16. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *APMIS*. 2014 Aug;122(8):683-9
17. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* [Internet]. 2002 8-20 [cited 2015 Sep 23];167(4):363-4. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/167/4/363>
18. Welch HG. *Should I be tested for cancer?* University of California Press, 2004
19. United Nations, Sustainable Development Goals [sede Web]. New York: Division for Sustainable Development. Department of Economic and Social Affairs; julio 2016. [acceso 12 de julio de 2006]. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/>
20. La Valle R. Prevención cuaternaria o la Medicina sin corbata. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2015; 12(2): 5-6
21. Biodiversidadla.org. Carta de Brasilia: La salud es un derecho [sede Web]. Organización y movimientos de América; 3 de diciembre de 2015. [acceso 20 de julio de 2006]. Disponible en: [http://www.biodiversidadla.org/Portada\\_Principal/Documentos/Carta\\_de\\_Brasilia\\_La\\_salud\\_es\\_un\\_derecho](http://www.biodiversidadla.org/Portada_Principal/Documentos/Carta_de_Brasilia_La_salud_es_un_derecho)
22. Menéndez, E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, La Plata, 2005.1 (1) 9-32.
23. World Health Organization [sede Web]\*. WHO; octubre 2006 [acceso 20 de julio de 2006]. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [1-20]. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
24. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61-64

## **CARTA DE SAN JOSÉ**

### **VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria**

### **San José, Costa Rica**

### **12 y 13 de Abril del 2016**

Durante los días 12 y 13 de abril del 2016 en la ciudad de San José, Costa Rica, se realizó la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria bajo el lema:

***“Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud:  
Medicina Familiar y Comunitaria como Eje”***

Este magno evento organizado por el Ministerio de Salud de Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), la Asociación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica (MEDFAMCOM), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), y con la colaboración de la Universidad Iberoamericana (UNIBE); tuvo el objetivo primordial de revisar los conceptos de Universalidad, Calidad y Equidad en los sistemas de salud y el rol del Médico de Familia y Comunidad.

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), en el mundo ha sido pilar de la atención integral a las personas, ofreciendo eficientes servicios de salud a todas las poblaciones y en todos los escenarios sociales, basándose en los principios de la Atención Primaria en Salud (APS). Por esta razón, representantes de 24 países en su calidad de miembros de WONCA, WONCA-Iberoamérica-CIMF, asesores de OPS/OMS, Instituciones Gubernamentales, Instituciones Académicas, Gobiernos Locales y Sociedad Civil, se dieron a la tarea de plantear discusiones basadas en 5 ejes temáticos:

*Eje 1. Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud: La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje*

*Eje 2. Formación en Medicina Familiar y Comunitaria, Certificación y Recertificación*

*Eje 3. Sistema de Referencia y Contra-referencia: Mecanismos de coordinación asistencial y rol de la Medicina Familiar y Comunitaria en la estructura de Red de Servicios de Salud*

*Eje 4. Investigaciones en Medicina Familiar y Comunitaria*

*Eje 5. Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud*

### **Destinatarios**

Ministros de Salud de Iberoamérica y representantes de sus equipos técnicos; Secretarías de Salud de Estado/Provinciales y Municipales; representantes de WONCA, WONCA Iberoamericana-CIMF y sus países miembros; decanos y autoridades de Facultades de Medicina, coordinadores de programas de residencia de Medicina Familiar y Comunitaria; representantes de sociedades científicas y académicas de esa especialidad, otros integrantes de los equipos de salud y autoridades sanitarias de los países de la Región.

A partir de la discusión participativa y del trabajo de los miembros de los grupos convocantes y las diferentes instituciones involucradas, se generaron las siguientes definiciones y recomendaciones.



## Definiciones

Se establecen para efectos de construir un marco conceptual común desde la perspectiva de la Medicina Familiar y Comunitaria, las siguientes definiciones:

### a) Medicina Familiar y Comunitaria y el Médico o Médica Especialista en 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 especialista en Medicina Familiar y Comunitaria 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. (Padula A. & León, 2016)

### b) Universalidad con enfoque en la Atención Primaria en Salud y en la Medicina Familiar y Comunitaria

Entendemos como Universalidad, el derecho que tiene la población de tener acceso a los servicios de APS y los de la MFC con enfoque integral, integrado y continuo, independientemente de la condición socioeconómica o geográfica del individuo, la familia o la comunidad. La cobertura sanitaria universal implica la necesidad de reconocer la función crucial que desempeñan todos los sectores para asegurar la salud de las personas y la inserción en la red de servicios de salud.

### c) Cobertura Universal de Salud

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. (Padula A. & León, 2016)

### d) Calidad en Atención Primaria en Salud

Es un proceso sistemático de evaluación cuali-cuantitativo que tiene por objetivo el desarrollo y la mejoría continua de los atributos esenciales y derivados de la APS y de la MFC. Incluye la formación y actuación profesional específica para este nivel de cuidado sanitario, considera los procesos de atención y los resultados alcanzados, la estructura física y funcional de las unidades de salud, visando que en este nivel de los sistemas de salud los cuidados sanitarios sean ofertados de manera ecuánime y calificada en conformidad con las necesidades de salud para toda la





población referenciada al mismo. Involucra además, aspectos referentes a la motivación y satisfacción para el trabajo, al modelo de salud y el grado de participación social y del equipo de salud en relación a la solución de los problemas y resultados alcanzados, como una estrategia de empoderamiento social en el campo de la salud.

#### e) Equidad en Atención Primaria a la Salud

El término equidad está estrechamente vinculado al derecho a la salud y a sus prácticas jurídicas. Es un principio de justicia social, la equidad implica una distribución cuali-cuantitativa de los servicios integrales e integrados de salud a la medida de las necesidades, o en otras palabras, que cada persona, familia y comunidad reciba lo que necesita para recuperar y mantener su salud y bienestar, a partir de la gestión en el proceso social y la participación intersectorial. Desde los principios de la MFC, la equidad se practica en la atención centrada en las personas, la familia y la comunidad, respetando su entorno biopsicosocial, político, cultural y la libre autodeterminación; a partir del desarrollo de las funciones asistenciales gerenciales, docentes e investigativas para dar respuesta a las necesidades de salud.

#### f) Prevención Cuaternaria

La Prevención Cuaternaria consiste en desarrollar cuidados de salud y de ejercer la medicina, priorizando los cuidados centrados en la persona. Su marco conceptual se sustenta en aspectos éticos y filosóficos centrales en el ejercicio de la medicina, en aspectos epistemológicos y de carácter social. Su objeto es proteger fundamentalmente a los pacientes, pero también a los integrantes del equipo de salud, de los excesos de la medicalización y de los excesos o prácticas innecesarias o dañinas. Es una estrategia que tiende a disminuir la iatrogenia y paliar los efectos adversos de las intervenciones necesarias.

## Recomendaciones

### Eje 1: Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud: La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje

1. Organizar diálogos a nivel de cada nación sobre el rol de la MFC en el avance hacia la universalidad, equidad y calidad en los sistemas de salud.
2. Gestionar de forma efectiva y equitativa los recursos, basados en el análisis de la situación de salud de la población, y además integrando la participación social como uno de sus ejes.
3. Incorporar el modelo de Medicina Familiar como mecanismo de instrumentación de la APS, en el primer nivel de atención, con la incorporación de especialistas en MFC liderando el equipo transdisciplinario, manteniendo el enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en las actividades de promoción, prevención y educación para la salud.
4. Establecer equipos transdisciplinarios calificados con liderazgo de los especialistas en MFC, para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud (individuos, familias y comunidades), en el primer nivel de atención.
5. Garantizar los recursos que permitan al equipo de salud del primer nivel de atención, desarrollar su potencial para resolver de al menos el 85% de la demanda de atención médica en este nivel.





6. Fortalecer en cada país los mecanismos de planificación y diálogo nacional sobre los requerimientos en la formación y la transformación de especialistas en MFC; garantizando su distribución universal, su inserción laboral y su retribución económica como médico especialista.
7. Proponer un modelo de evaluación de la calidad de la atención en APS y MFC para Iberoamérica, considerando los modelos ya existentes.

## Eje 2: Formación en Medicina Familiar y Comunitaria, Certificación y Recertificación

### 8. Formación

- 8.1. Orientar los contenidos de la formación hacia la adquisición de competencias profesionales que faciliten el desarrollo de un modelo integral y holístico de abordaje del proceso salud-enfermedad-atención sustentado en un enfoque de determinación social que propicie la resolución de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestras poblaciones, en todas las etapas del ciclo vital.
- 8.2. Incorporar propuestas educativas de MFC que consideren las amenazas provenientes de las políticas educativas, del sistema económico, los movimientos sociales, los estilos de administración y las culturas organizacionales que prevalecen en nuestras universidades sustentadas en su mayoría en el paradigma biomédico.
- 8.3. Formar al especialista en MFC en el escenario de un Centro de APS, con metodologías pedagógicas apropiadas como: la tutoría, seguimiento en consultorio de MFC, talleres en el aula, juegos de rol y cámara de Gessell, videograbaciones del alumno en la consulta médica, Aprendizaje Basado en Problemas, Método de Casos, entre otros.

### 9. Acreditación

- 9.1. Establecer un plan de estudios basado en las competencias básicas de los médicos de familia y comunidad, así como la de unidades formadoras que garanticen la integralidad del aprendizaje, considerando las necesidades locales y nacionales. En estos procesos deberán participar distintas entidades como sociedades científicas, colegio médico, universidades, organismos gubernamentales, instituciones de salud, WONCA-Iberoamérica-CIMF, y otras organizaciones que pudieran estar involucradas.
- 9.2. Contar con sistemas de acreditación de la calidad de los programas de formación, que incluyan la evaluación por pares de los procesos.
- 9.3. Establecer un sistema de comunicación para intercambio de experiencias entre los diferentes países de la Región.

### 10. Certificación

Impulsar el desarrollo de sistemas de Certificación y Recertificación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en los países de Iberoamérica, propiciando la mejora en la prestación de servicios de salud por médicos competentes y actualizados científica y técnicamente, independiente del ámbito en que se desarrolle.

### 11. Recertificación

Instaurar sistemas de recertificación de manera gradual, acorde a los contextos de desarrollo de la especialidad en los diferentes países, respetando sus necesidades y realidad local. Debe tener carácter







temporal (por ejemplo, cada 5 años), y en ningún caso, considerarse definitiva y contener los pilares básicos de las competencias del Médico de Familia y Comunidad.

### Eje 3: Sistema de Referencia y Contra referencia: Mecanismos de coordinación asistencial y rol de la Medicina Familiar y Comunitaria en la estructura de Red de Servicios de Salud

12. Garantizar la participación del médico de familia y comunidad desde el primer nivel de atención del Sistema de Referencia y Contra referencia de pacientes (SRCRP), realizando labores de clasificación, priorización y gestión de los mecanismos de coordinación asistencial.
13. Asegurar un sistema de expediente clínico único, que se encuentre vinculado al SRCRP.
14. Estandarizar los protocolos clínicos y de referencia con el fin de incrementar la capacidad resolutoria del SRCRP.
15. Establecer Comités de Evaluación del SRCRP con inclusión de Médicos de Familia.

### Eje 4: Investigación en Medicina Familiar y Comunitaria

16. Continuar trabajando para el desarrollo y fortalecimiento de la Red iBIMEFA como recurso para la integración de investigadores de la Región, así como en la identificación y divulgación de oportunidades de formación y financiación.
17. Avanzar en la identificación de líneas prioritarias de investigación en base a metodologías tipo grupo de expertos (método DELPHI o RAND), para construir consensos sobre las líneas más importantes en la Región y el fortalecimiento de redes de investigadores en MFC y APS.
18. Incrementar los recursos y acciones de comunicación y difusión dentro de WONCA-Iberoamérica-CIMF para lograr una mayor integración de los investigadores y una mayor divulgación de proyectos de investigación y producción científica.

### Eje 5: Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud

19. Difundir el concepto de Prevención Cuaternaria como enfoque vital en la práctica médica y la gestión de los servicios de salud.
20. Contribuir a la implementación del concepto de Prevención Cuaternaria en la educación formal de las profesiones de la salud, en el pregrado, postgrado, formación continua y en la investigación; elaborando un documento de recomendaciones que contribuya a la discusión del concepto con las diferentes organizaciones que definen las políticas de educación.
21. Promover la no medicalización de los acontecimientos propios de las etapas de la vida, a través de estrategias elaboradas junto a los equipos de salud y la comunidad.
22. Incentivar que las intervenciones sanitarias dirigidas a la población estén basadas en la mejor evidencia científica, sean éticamente aceptables para el contexto local y estén centradas en las personas.







Una vez realizado el análisis de la situación regional y por país, los abajo firmantes somos garantes de brindar continuidad a los procesos de discusión participativa en cada uno de nuestros países, de forma inclusiva y con miras a alcanzar las metas que se proponen de acuerdo a los plazos establecidos en las diferentes recomendaciones propuestas.

**Dr. Fernando Llorca Castro**  
Ministro de Salud de Costa Rica

**Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal**  
Presidenta Ejecutiva CCSS

**Dr. Michael Kidd**  
Presidente WONCA

**Dra. María Inez Padula Anderson**  
Presidenta CIMF

**Dr. Thomas Meoño Martín**  
Presidente VI Cumbre Iberoamericana  
Presidente medfamcom

**Dr. Francisco Ariza Montoya**  
Delegado Ministerio de Salud  
Colombia

**Dr. Luis Alberto Mendieta Rivera**  
Director Ejecutivo Nacional de los Servicios Médicos y  
Prestaciones en Salud  
Caja del Seguro Social de Panamá

**Dr. Jorge Jesús Rodríguez Sotomayor**  
Delegado Ministerio de Salud  
Panamá







