

Sumario / Contents / Sumário

EDITORIAL

1 **7ª Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar**

7th Ibero-American Family Medicine Summit

Maria Inez Padula Anderson, Miguel Ángel Fernández Ortega, Omaira Flores Martínez, Liliana Arias Castillo, Dora Patricia Bernal

COMUNICACIONES BREVES

4 **Carta de Cali, Colombia 2018**

The Cali Declaration Colombia, 2018

Maria Inez Padula Anderson, Liliana Arias Castillo, Amanda Howe, Hector Corratge Delgado, Sandra Fraifer, Ricardo Fábrega, Jaime Matute Hernández, Temístocles Díaz, Guillermo José González González, María Teresa Barán Wasilckuk

7 **Declaración de Cali**

Cali Statement

Jaime Matute Hernández, Guillermo José González González, Sandra Fraifer, Temístocles Díaz, María Teresa Barán Wasilckuk, Héctor Corratje Delgado

ENSAYOS

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

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

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

Maria Inez Padula Anderson, Xavier Astudillo Romero, Liliana Arias-Castillo, Cruz Bartolomé Moreno, Jhonathan Stick Guerrero Sinisterra, Thomas Meoño Martín, Marcela Cuadrado Segura, Humberto Jure, Sebastián Fuentes Hülse, Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira

29 **Investigación aplicada al territorio desde la Medicina Familiar**

Research applied to the territory from Family Medicine

Pesquisa aplicada ao território desde a Medicina Familiar

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar, Lina María Mahecha Rivera, Omaira Flores Martíne, Miguel Ángel Fernández Ortega

- 43 Impacto Económico de la Medicina Familiar en los Sistemas de Salud de Iberoamérica**
Economic Impact of Family Medicine on Health Systems in Latin America
Impacto Econômico da Medicina de Família nos Sistemas de Saúde na América Latina
León Edgar, Tranche Salvador, Montano José
- 54 La Medicina Familiar y Comunitaria como fuente de cuidados de Salud Mental**
Family and Community Medicine as source of Mental Health Care
Medicina Familiar e Comunitária como fonte de cuidados em Saúde Mental
Macarena Moral López, Diana Yuruhán Mohrbach, Carmen Ruiz Puyana, Maria Inez Padula Anderson, Paula Andrea Carmona Mejía, Sandra Fortes, José Rubén Quiroz, María Luisa Vera González
- 69 Prevención cuaternaria: como hacer, como enseñar**
Quaternary prevention: how to do, how to teach
Prevenção quaternária: como fazer, como ensinar
Marina Almenas, Esteban Cordero Hidalgo, Carlos Andrés Pineda, Eliasín Muñoz, María de Lourdes Rojas Armadillo, Elizabeth Salvatierra, Gisela Galindo, Carmen Cabezas
- 84 La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica**
The health of migrants and Family Medicine Health services in Iberoamerica
A saúde dos migrantes e os serviços de saúde de Medicina Familiar na Iberoamerica
Miguel Ángel Fernández Ortega, Jacqueline Beatriz Roo Prato, Rocío Dávila Mendoza, Johanna Montalvo Vázquez, María Cristina Da Costa Dias, Andrea De Angulo Losada, Alan Edward Barrell, Daniel Abidán Alarcón Lerín

7ª Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar

Las Cumbres son eventos de carácter científico y técnico-político, realizadas cada dos años, entre los países de Iberoamérica. Son organizadas por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA-Iberoamericana-CIMF), en conjunto con el Ministerio de Salud del país sede (MS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La WONCA-Iberoamericana-CIMF es una organización científica internacional, sin fines de lucro, que constituye la VI Región de WONCA, organización mundial que integra a más de 130 países y más de quinientos mil médicos de familia en todo el mundo. Su foco de interés, es la calificación de los sistemas de salud a través del desarrollo adecuado de su primer nivel de atención, con acciones encaminadas a la prevención de la enfermedad, educación y manejo de los problemas de salud de las personas, familias y comunidades, desde una perspectiva integral e integradora, dejando atrás el viejo modelo curativo individualista, que además de ser más costoso, resulta inequitativo y poco resolutivo.

Durante los días 12 y 13 de marzo de 2018, fue celebrada la 7ª Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, teniendo como eje los “40 años de Alma-Ata: la Medicina Familiar y la Atención Primaria un Camino para la Paz”. Tema de gran relevancia para la situación que vive la Región y el mundo. Destacan el rol de la Medicina Familiar y la Atención Primaria a la Salud (APS) en la promoción de una política de paz. Así mismo, el abordaje de personas, familias y comunidades que sufren con todos los tipos de violencia.

Los otros temas analizados en la 7ª Cumbre fueron: Investigación en el Territorio; Impacto Económico de la Medicina Familiar en los Sistemas de Salud; Medicina Familiar como Fuente de Cuidados en Salud Mental; Prevención Cuaternaria, como hacer, como enseñar, y la Salud de los Migrantes y los Servicios de Salud en Iberoamérica (IBA).

La WONCA-Iberoamericana-CIMF realizó una convocatoria a los representantes de los veinte países que la conforman, con el fin de integrar seis grupos de trabajo con expertos académicos, investigadores, clínicos y representantes de instituciones educativas y de salud, para elaborar un diagnóstico situacional de la Región, en cada uno de los temas.

En la ejecución de los proyectos de investigación, la consolidación de los grupos internacionales de trabajo se vio favorecida en gran medida por las exigencias y la naturaleza innovadora de los temas seleccionados, algunos de ellos representativos de la realidad social y económica de muchos países iberoamericanos (violencia, migración, impacto económico) y otros indicativos de las necesidades formativas

del médico de familia (prevención cuaternaria, investigación, salud mental). Estas investigaciones conforman un cuerpo de conocimientos que contribuyen al fortalecimiento y avance de la medicina familiar, a la vez, que establecen las bases para estudios posteriores que contribuyan al desarrollo humano, social y económico de los países de Iberoamérica.

Una de las principales cualidades de estos estudios, es que sin pretender ser investigaciones exhaustivas, el trabajo cooperativo de los representantes y delegados de los países participantes, en una primera aproximación, dio como resultado una síntesis de los referentes teóricos más relevantes de cada tema, y en segundo lugar, aportó una visión general de cada situación, estableciendo algunos patrones diferenciales entre las distintas regiones que conforman la CIMF, de modo que nuestra especialidad se ve enriquecida con la publicación de estos documentos de gran calidad científica.

Durante la Cumbre, además de las conferencias y mesas redondas, también se realizaron mesas de análisis al diagnóstico situacional de cada país en los temas mencionados. Se recibieron delegados a las mesas de diecisiete países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Colombia, Costa Rica, Ecuador, España, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, México, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

Importante notar que la 7ª Cumbre contó con la participación de seis representantes de Ministerios de Salud de la región, a saber: Argentina, Colombia, Cuba, Nicaragua, Panamá y Paraguay, situación que permitió alcanzar durante la Cumbre un acuerdo Ministerial, denominado “**DECLARACIÓN DE CALI**”, promovida por el Ministerio de Salud y Protección Social del país anfitrión. En dicha Declaración, se alcanzan acuerdos y compromisos por parte de los países firmantes, en pro del desarrollo y consolidación de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en la Región.

De igual modo, según lo previsto en uno de los objetivos centrales de la VII Cumbre, también fue emitida la “**CARTA DE CALI**”. Ambos documentos fueron firmados, por los Ministros y representantes ministeriales; autoridades de WONCA; WONCA Iberoamericana-CIMF y OPS: Dr. Jaime Matute Hernández Asesor de Despacho del Ministro de Salud y Protección Social, Ministerio de Salud, Colombia; Dr. Temístocles Díaz Ministro Consejero de la Presidencia de la República de Panamá; Guillermo José González González, Ministro-Director del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres de Nicaragua; Dra. María Teresa Barán Wasilckuk, Vice-Ministra de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay; Dra. Maria Inez Padula Anderson, Presidenta CIMF; Dra. Liliana Arias Castillo, Presidenta de la VII Cumbre; Dra. Amanda Howe, Presidenta de WONCA; Dr. Héctor Corratge Delgado, Director Nacional de Organización del Ministerio de Salud Pública de Cuba; Dra. Sandra Fraifer Directora Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Salud de Argentina y Dr. Ricardo Fábrega, Asesor, Prestación Integrada de Servicios de Salud, OPS/OMS.

En este número de la Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, se presentan los 8 productos de la VII Cumbre descritos hasta ahora: La “Declaración Ministerial de Cali”, la “Carta de Cali”, y los manuscritos de los seis diagnósticos situacionales desarrollados por los Grupos de Trabajo, cuyas conclusiones y análisis derivaron en recomendaciones específicas descritas en la “Carta de Cali”.

Los resultados representan un acercamiento exploratorio de la situación que guarda la Región IBA, requiriendo profundizar en la investigación y análisis de los temas estudiados. No obstante, permite evidenciar la imperiosa necesidad de que tanto gobiernos federales como estatales impulsen reformas y políticas públicas educativas y de salud en el ámbito de la APS, desde la perspectiva de la Medicina

Familiar, desarrollando estrategias para enfrentar los problemas y carencias que viven las personas en la Región. También evidencia las oportunidades para mejorar la utilización de los recursos e incrementar la calidad, equidad y eficiencia de los sistemas de salud.

Los productos de esta publicación exhortan a los tomadores de decisiones en el ámbito de la salud y educación a ampliar su comprensión acerca de los alcances de la Medicina Familiar como especialidad, así como del origen de los problemas de salud que se enfrentan en el primer nivel de atención. Esa será la base para construir reformas y políticas educativas y de salud consistentes, en las que se observe que tanto la infraestructura como los recursos destinados al primer nivel de atención, como la formación de especialistas en Medicina Familiar, sean coherentes para el modelo de salud que se practica.

Finalmente, es indispensable que los especialistas en medicina familiar y generalistas, ejecutores directos de las acciones referentes a los temas revisados, tengan conciencia y responsabilidad en incrementar sus esfuerzos para mejorar la vida de las personas, familias y comunidades a las que se deben.

Maria Inez Padula Anderson
Presidenta
Wonca Iberoamericana CIMF
Editora Suplementaria
VII Cumbre - RBMFC

Miguel Ángel Fernández Ortega
Secretario Ejecutivo
Wonca Iberoamericana CIMF
Editor Suplementario
VII Cumbre - RBMFC

Omaira Flores Martínez
Editora
Revista Medico de Familia
Editora Suplementaria
VII Cumbre - RBMFC

Liliana Arias Castillo
Presidenta
VII Cumbre Iberoamericana
de Medicina Familiar

Dora Patricia Bernal
Presidenta
Sociedad Colombiana
Medicina Familiar

Carta de Cali, Colombia 2018

Durante los días 13 y 14 marzo de 2018 en Cali, Colombia se realizó la VII CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR con el tema: **“CUARENTA AÑOS DE ALMA ATA: MEDICINA FAMILIAR Y SALUD DE LA FAMILIA, UN CAMINO PARA LA PAZ”**.

Este evento, organizado por el Ministerio de Salud Pública de Colombia, la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF), el Municipio de Santiago de Cali, y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) tuvo como objetivo contribuir al fortalecimiento de las políticas de salud en el campo de la Atención Primaria y la Medicina Familiar en Iberoamérica. Representantes de los Ministerios de Salud de Iberoamérica, representantes de WONCA, representantes de WONCA Iberoamérica-CIMF, representantes de la SOCMEF, representantes de salud de Gobiernos Municipales de Colombia y de otros países iberoamericanos, coordinadores/as de programas docentes de Medicina Familiar, delegados/as de la sociedad civil y representantes de la OPS/OMS, analizaron los temas detallados a continuación:

1. Cuarenta Años De Alma Ata: Medicina Familiar y Salud Familiar, un Camino Para La Paz
2. Investigación aplicada a los Territorios
3. Impacto Económico de la Medicina Familiar en los Sistemas de Salud
4. Medicina Familiar y Comunitaria como fuente de Atención en Salud Mental
5. Prevención Cuaternaria: cómo hacer y cómo enseñar
6. La Medicina Familiar y Comunitaria y la Salud de los Migrantes

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

1. Incluir obligatoriamente en los programas de pregrado y post-grado en Medicina Familiar contenidos teórico- prácticos necesarios y adecuados a cada nivel de formación, para el desarrollo de las competencias (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes), incluyendo la comunicación y el abordaje familiar y comunitario, para manejar la diversidad de violencias en el contexto de la práctica profesional.
2. Instar a las autoridades, en los espacios de formación y de práctica profesional, a promover el autocuidado y la paz interior para las familias y comunidades para la construcción e implementación de políticas públicas y educativas transversales al desarrollo humano, enfocado en la cultura de la paz, desde una perspectiva de derechos humanos en un trabajo intersectorial y transdisciplinario.

-
3. Establecer políticas de financiamiento que fomenten la investigación para identificar los factores protectores y deteriorantes vinculados a la violencia, impulsando el empoderamiento de la población a través de metodologías participativas y utilizando herramientas de abordaje en el escenario comunitario desde la Atención Primaria.
 4. Contribuir en el fortalecimiento de la Red iBIMEFA para la integración de investigadores de la Región, así como en la identificación y divulgación de oportunidades de formación y financiación y generar información y reuniones periódicas para protocolos concretos.
 5. Mejorar canales de comunicación de las tesis/trabajos de grado/trabajos de campo que realiza estudiantes/residentes para conocimiento de la región en pro al seguimiento de los resultados como del conocimiento de este tipo de investigación y establecer repositorios de tesis/investigaciones y bases de datos para definición de líneas.
 6. Incentivar/promover la Investigación clínica y epidemiológica con factor diferencial con fundamentos y principios de medicina familiar (uso de herramientas de Salud y Medicina Familiar) y retomar contacto con los subgrupos de cumbres anteriores, así coordinadores de grupos de la red IBIMEFA, identificando posibilidades concretas de financiación.
 7. Enfatizar que es necesario que cada médico familiar tenga una población asignada específica, en un determinado territorio, y en todos los sectores del sistema de salud, que garantice el acceso y la equidad.
 8. Recomendar que sea mínimo 30 médicos familiares por cada 100.000 habitantes, meta alcanzable en la siguiente decenio.
 9. Recomendar que se diseñen estrategias comunes para los países miembros que permitan obtener indicadores estandarizados que evalúen el desempeño profesional y el impacto económico del médico familiar.
 10. Gestionar alianzas estratégicas con los tomadores de decisiones, personal sanitario y la ciudadanía, con el fin de aplicar los principios de la prevención cuaternaria y disminuir el sobrediagnóstico y sobretratamiento, contribuyendo así al cuidado en salud con calidad.
 11. Difundir en los equipos de salud y en la comunidad, a través de las redes sociales, medios de comunicación masiva, líderes comunitarios, escuelas y otros grupos de apoyo, el concepto de Prevención Cuaternaria, con el fin de lograr el “empoderamiento para la salud”.
 12. Incorporar y/o fortalecer, según sea el caso, la formación en salud mental y comunitaria necesaria para los espacios de atención en los que se desenvuelven los médicos de familia, sin patologizar las situaciones vitales, con el desarrollo de estrategias de autocuidado de las personas sustentables tanto en el tiempo como en la capacidad financiera de los países de Iberoamérica; con el fin de desarrollar la capacidad de enfrentar situaciones estresantes de la vida diaria, que permitan desarrollar fortalezas para situaciones de emergencias y desastres.
 13. Fortalecer y empoderar el trabajo comunitario con el fin de que sea la propia comunidad empoderada quien establezca redes de apoyo en problemáticas de salud mental y esté preparada en conjunto para enfrentar situaciones de la vida diaria y le permita desarrollar acciones inmediatas en situaciones de emergencias y desastres naturales o no.

14. Priorizar estrategias de autocuidado costo efectivas y orientadas a herramientas de desarrollo personal y de las familias, incluidos los equipos de salud, y los profesores, tutores de Medicina Familiar. De modo tal que se establezcan relaciones virtuosas orientadas a un trato cordial y constructivo. El cuerpo docente de las residencias de MF debe hacerse cargo de acciones tendientes al autocuidado de los alumnos, propendiendo a facilitar el proceso de aprendizaje y la preparación para ejercer la profesión en un medio tan complejo como son los centros de Atención Primaria de Salud o en cualquier contexto en el que se trabaje con la estrategia de APS.
15. Incluir el concepto de Prevención Cuaternaria en los programas académicos de pre grado y post grado, de las profesiones del campo de la salud, mediante la implementación de planes de estudio transversales, estimulando la investigación de la temática, acorde con las propuestas realizadas en las Cumbres y según las necesidades y regulaciones de cada país.
16. Reconocer el derecho a la salud de los migrantes y sus familias, asegurando el acceso igualitario, en las mismas condiciones de protección, amparo, y derechos que gozan los nacionales.
17. Incorporar en la malla curricular de los programas de pregrado, posgrado y formación continua, las competencias necesarias para la atención integral de la población migrante y de sus familias.
18. Crear un observatorio de Salud de la Migración, con registro de información confiable y validada, que permita análisis y seguimiento para la toma de decisiones efectivas y centradas en las personas y sus familias.



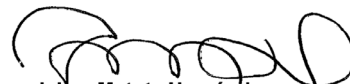
Maria Inez Padula Anderson
Presidenta CIMF



Ricardo Fábrega
Asesor, Prestación Integrada de
Servicios de Salud,
OPS/OMS



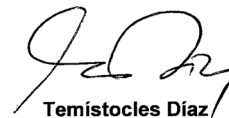
Liliana Arias Castillo
Presidenta de la VII Cumbre



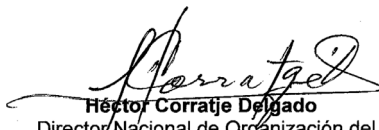
Jaime Matute Hernández
Asesor Despacho del Ministro de Salud y
Protección Social de Colombia



Amanda Howe
Presidenta de WONCA



Temístocles Díaz
Ministro Consejero de la Presidencia de la
República de Panamá



Héctor Corratje Delgado
Director Nacional de Organización del
Ministerio de Salud Pública de Cuba



Guillermo José González González
Ministro-Director del Sistema Nacional para
la Prevención, Mitigación y Atención de
Desastres de Nicaragua



Sandra Fraifer
Directora Nacional de Salud Familiar
y Comunitaria del Ministerio
de Salud de Argentina



María Teresa Barán Wasilckuk
Viceministra de Salud Pública y Bienestar
Social de Paraguay

Declaración de Cali

Las Ministras y Ministros participantes en la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, realizada en Cali, Colombia, con el objetivo de reflexionar sobre el papel de la Medicina Familiar en los Sistemas de Salud basados en Atención Primaria, y específicamente en la atención de situaciones complejas de las personas, las familias y las comunidades como centro de estos Sistemas:

Conscientes de la importancia de la salud y la medicina familiar y comunitaria para la garantía de la cobertura universal en salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y la importancia de hacer un balance regional de la implementación de los compromisos de la declaración de Alma-Ata.

Reconociendo que la declaración de Alma Ata constituye un hito en la historia de las Conferencias internacionales de salud, con el propósito de establecer la Atención Primaria en Salud, como la estrategia fundamental para frenar las inequidades en salud y garantizar derechos en salud a nivel mundial.

Considerando los resultados de la Primera Reunión de la Comisión de Alto Nivel “Salud universal en el siglo XXI: 40 años después de Alma-Ata” con el tema “Lograr la salud universal: desafíos y alianzas estratégicas para la abogacía, el diálogo social y la participación intersectorial”.

Reconociendo que la Salud y la Medicina Familiar son esenciales en el cuidado de la salud de las personas durante todo su curso de vida, así como el cuidado de las familias y las comunidades, garantizando servicios de salud con enfoque de derechos, intercultural y de género, y que consideren los factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales.

Considerando lo consignando en las Cartas de San José de Costa Rica (2016), Quito - Ecuador y demás Cartas generadas en las Cumbres anteriores.

Conscientes de los cambios demográficos, la transición epidemiológica, los desastres naturales, el incremento de problemas en salud mental, los cambios en el clima, consumo y hábitos de vida, demográficos y la transición epidemiológica, entre otros fenómenos que determinan la salud de la población de los países; así como de los retos en materia de políticas, planes y programas para la atención integral en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria.

Considerando que en septiembre de 2017 se aprobó por los países miembros, en el seno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Estrategia regional de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CSP29/10) dados los desafíos persistentes, especialmente en lo relativo a la disponibilidad y distribución del personal, la planificación, la gobernanza, la articulación entre los sectores y la formación, de acuerdo con las necesidades del sistema de salud en relación con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Acordamos:

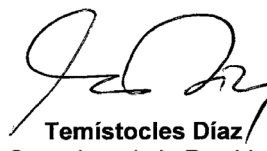
1. Promover políticas públicas en salud para el fortalecimiento de los enfoques de salud mental, medicina familiar y comunitaria en el marco de la Atención Primaria en Salud, según las directrices y normas de cada país, así como los programas de formación, capacitación y educación continua.

2. Fortalecer la colaboración entre los países participantes, para el intercambio de experiencias y la disponibilidad de recursos humanos con competencias en salud, salud mental y medicina familiar y comunitaria.
3. Aunar esfuerzos entre los países participantes para generar estrategias que respondan de manera oportuna a las necesidades salud de las personas, las familias, las comunidades, la población migrante y en situación vulnerabilidad.
4. Fomentar políticas para la gestión del conocimiento en medicina familiar y comunitaria para incrementar la disponibilidad de evidencia científica de esta especialidad médica, y su impacto económico en los sistemas de salud, fortaleciendo los programas de especialización en medicina familiar.
5. Fortalecer las destrezas y el rol de los médicos familiares en los equipos de salud, para incrementar la resolutivez en el nivel primario de atención, garantizar la atención continua e integral y dinamizar la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.
6. Conformar una red de cooperación técnica entre los Ministerios de Salud de los países participantes, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, en materia de medicina familiar y atención primaria, que desarrolle al menos los siguientes ejes temáticos: Investigación en el territorio; Impacto económico de la medicina familiar en los sistemas de Salud; salud mental; prevención cuaternaria, atención de desastres, y salud de los migrantes.
7. Solicitar a la Secretaría General Iberoamericana, la inclusión de esta red, en el registro de redes Iberoamericanas, con el fin de involucrar a los demás países de Iberoamérica y movilizar recursos técnicos y financieros para el desarrollo de las actividades de la red.
8. Utilizar y aprovechar los resultados de estas acciones de cooperación técnica e intercambio de conocimientos, para el fortalecimiento de las políticas de salud pública y los sistemas de salud de nuestros países.

Firmado en la ciudad de Cali, Colombia, el 14 de marzo de 2018.



Jaime Matute Hernández
Asesor Despacho del Ministro de Salud y
Protección Social de Colombia



Temistocles Díaz
Ministro Consejero de la Presidencia de la
República de Panamá



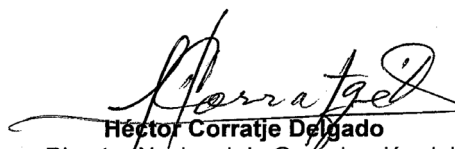
Guillermo José González González
Ministro-Director del Sistema Nacional para
la Prevención, Mitigación y Atención de
Desastres de Nicaragua



María Teresa Barán Wasilckuk
Viceministra de Salud Pública y Bienestar
Social de Paraguay



Sandra Fraifer
Directora Nacional de Salud Familiar
y Comunitaria del Ministerio
de Salud de Argentina



Héctor Corraje Delgado
Director Nacional de Organización del
Ministerio de Salud Pública de Cuba

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

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

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

Grupo de trabajo:

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

Resumen

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

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

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

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

^a Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@gmail.com (*Autora correspondiente*)

^b Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL); Sociedad Ecuatoriana de Salud de la Migración; Instituto de Salud y Migración del Hospital (UTPL); Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. Ecuador. xaviastor79@yahoo.es

^c Universidad del Valle (UNIVALLE); VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar; Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF). Colombia. lilac@larcas.com

^d Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria, sector Zaragoza 1; Facultad de Medicina de Zaragoza; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). España. cbartolome@semfyc.es

^e Universidad del Valle (UNIVALLE), Facultad de Salud. Colombia. jhonathan.guerrero@correounivalle.edu.co

^f Universidad de Costa Rica (UCR), Asociación Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica. Costa Rica. drmeono@gmail.com

^g Facultad de medicina, Universidad de la República (UdelAR). Sociedad Uruguaya De Medicina Familiar Y Comunitaria (Sumefac). Uruguay. marcelacua@gmail.com

^h Universidad Nacional del Nordeste (UNNE); Universidad Nacional de Villa María (UNVM); Universidad Nacional de Córdoba (UNC); Federación Argentina de Medicina Familiar y General. Argentina. hjure2000@hotmail.com

ⁱ Departamento de Humanidades Médicas y Medicina Familiar, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso (UV). Chile. sebastian@medfamiliar.cl

^j Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo. São Bernardo do Campo. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. SP, Brasil. denizeoip@yahoo.com.br

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:

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

Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 25/07/2018.

Aceptado el: 27/08/2018.

Abstract

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

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

Resumo

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

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

Introducción

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

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

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

La Atención Primaria de Salud [APS] es una estrategia fundamental para mejorar la salud con criterios de Equidad y Justicia Social. Diversos autores como Barbara Starfield¹ han señalado el gran impacto que tiene la inversión en APS sobre la equidad. Un sistema de salud basado en la APS, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, un capital humano adecuado, además de recursos económicos y tecnológicos sostenibles para garantizar una adecuada respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Tras 40 años de Alma Ata y su objetivo de “Salud Para Todos en el Año 2000”, seguimos estando muy lejos de alcanzar dicho propósito. Los bienes y servicios de salud continúan siendo inalcanzables para muchos especialmente para quienes más los precisan. Esta desigualdad, si miramos por ejemplo el ordenamiento de los países según el indicador Gini² muestra como en muchos países iberoamericanos existen comunidades sumidas en la pobreza y con acceso restringido a servicios públicos, con pocas oportunidades socio-laborales y por ende, bajos niveles de calidad de vida.³ Gran parte de estas personas se encuentran en Iberoamérica y el mundo, asentadas en las periferias de las grandes ciudades, viviendo en situación de exclusión, en condiciones precarias, prácticamente desasistidas, víctimas silenciosas del olvido y la avaricia de corruptos grupos de poder, o rehenes de organizaciones criminales. Este entorno constituye un medio propicio para la aparición y mantenimiento de graves problemas sociales y de salud, entre ellos la violencia.

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

Desigualdad social, violencia y enfermedad: una tríade inseparable

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

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

países donde habita el 11% de la población mundial que, no por casualidad, concentra la población más pobre desde el punto de vista socio-económico.⁶ La tasa de homicidios promedio en el mundo se sitúa en el 6,2 por 100.000 habitantes, sin embargo, en el sur de África y América Central se registraron tasas hasta cuatro veces mayores (30 y 26 víctimas por cada 100.000 habitantes, respectivamente). En contraste, tasas hasta cinco veces menores que el promedio mundial, se presentan en el este de Asia, el sur de Europa y Europa Occidental en 2012.⁶

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

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

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

Cómo enfrentar y superar la violencia?

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

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

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

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

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

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

Problema de estudio

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

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

Hipótesis

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

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

Metodología

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

Métodos

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

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

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

Resultados

1) Perfil de los respondientes

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

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

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

Fuente: Encuesta de los autores.

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

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

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

Fuente: Encuesta de los autores.

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

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

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

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

Fuente: Encuesta de los autores.

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

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

2) Formación de pregrado para el abordaje de la violencia

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

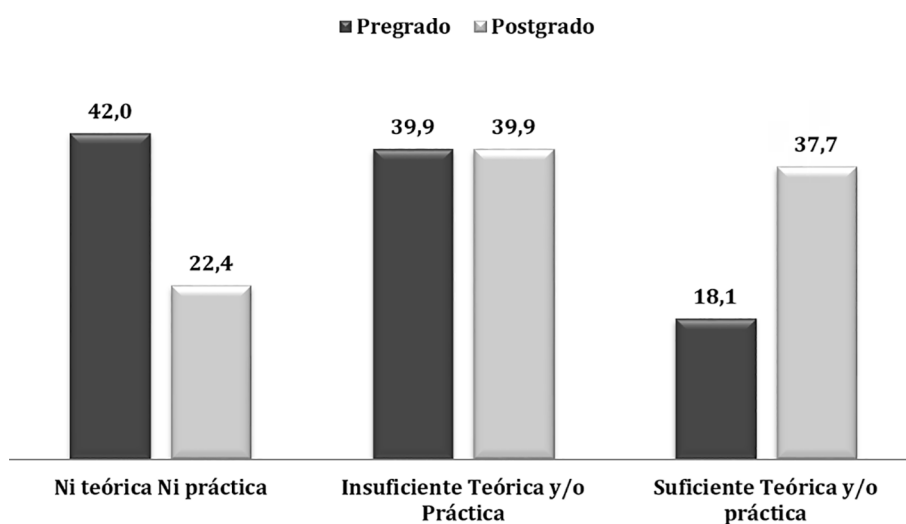


Gráfico 1. Autopercepción (%) sobre el aprendizaje del Abordaje de la Violencia en el Pregrado (n=243) y PostGrado (n=223). Fuente: Encuesta de los autores.

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

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

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

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

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

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

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

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

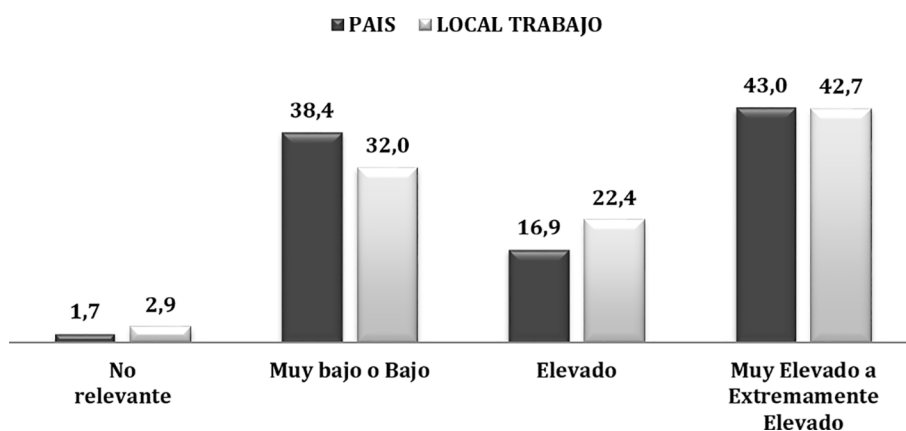


Gráfico 2. Clasificación (%) del nivel de violencia en la vida de las PERSONAS, en el país y en el local de trabajo, de acuerdo con la percepción de los respondientes (n=242). Fuente: Encuesta de los autores.

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

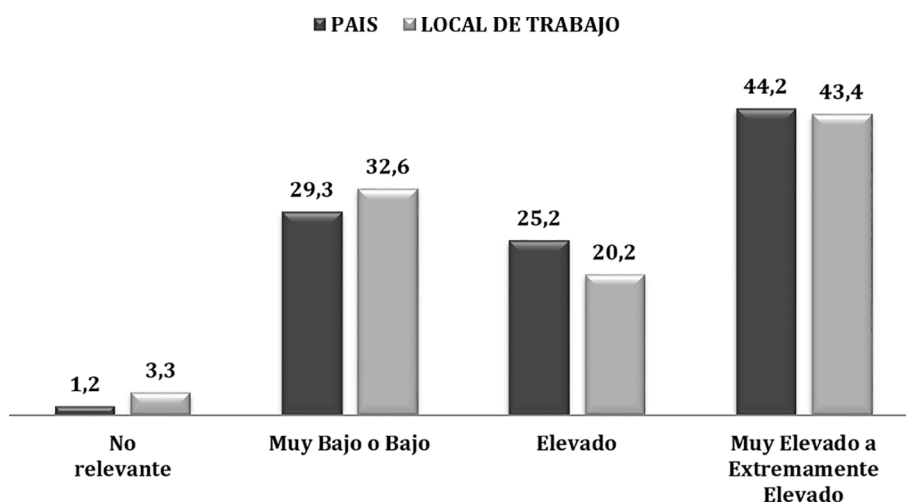


Gráfico 3. Clasificación (%) del nivel de violencia en la vida de las FAMILIAS, en el país y en el local de trabajo, de acuerdo con la percepción de los encuestados (n=242). Fuente: Encuesta de los autores.

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

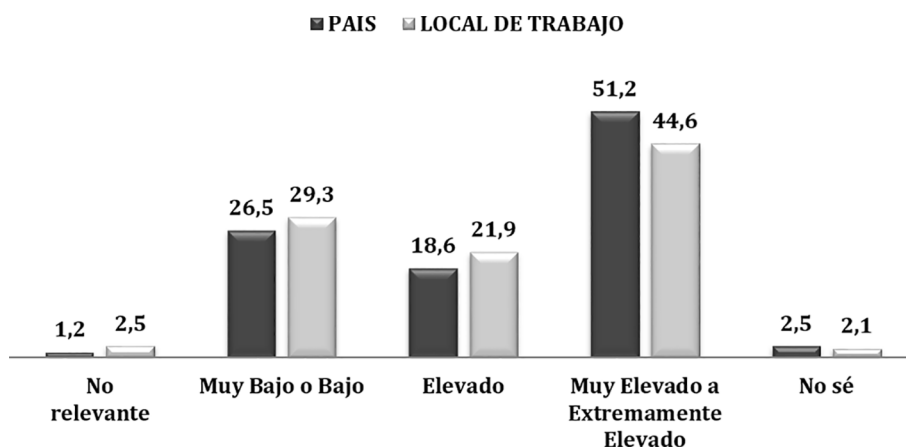


Gráfico 4. Clasificación del nivel de violencia en la vida de las COMUNIDADES (%), en el país y en el local de trabajo, de acuerdo con la percepción de los respondientes (n=242).

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

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

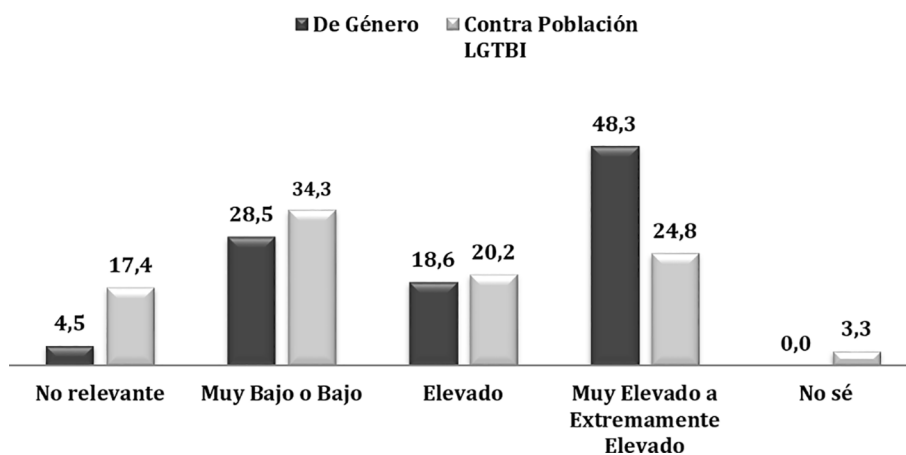


Gráfico 5. Clasificación (%) del nivel de violencia de Género y contra la Población LGBT que es atendida por los Médicos Familiares y/o por sus residentes/estudiantes, según la percepción de los respondientes. Fuente: Encuesta de los autores.

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

3.3. Violencia estructural y violencia intrafamiliar

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

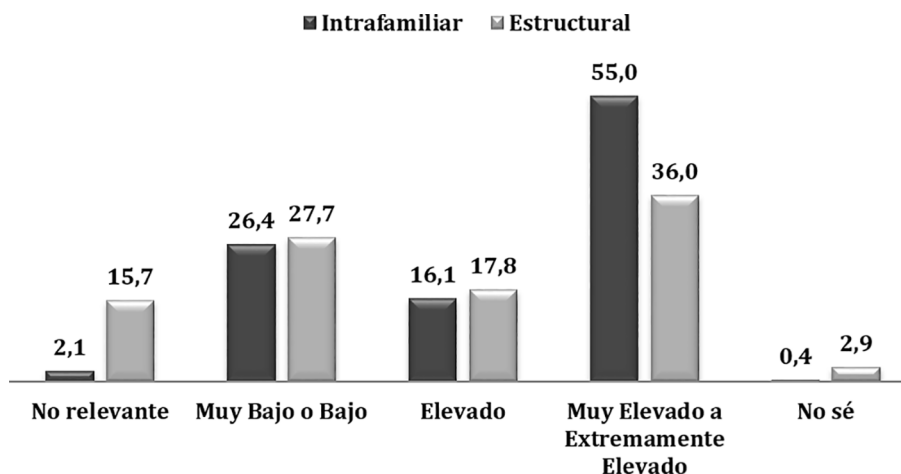


Gráfico 6. Clasificación (%) del nivel de Violencia Intrafamiliar y Estructural junto a la población que es atendida por los Médicos Familiares y/o por sus residentes/estudiantes, según la percepción de los respondientes. Fuente: Encuesta de los autores.

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

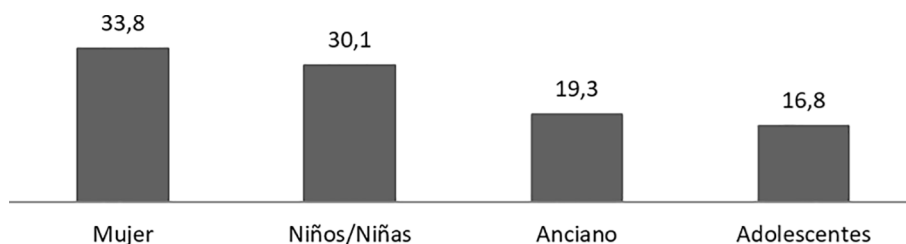


Gráfico 7. ¿Quiénes considera son las personas más afectadas por la Violencia Intrafamiliar? Fuente: Encuesta de los autores.

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

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

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

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

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

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

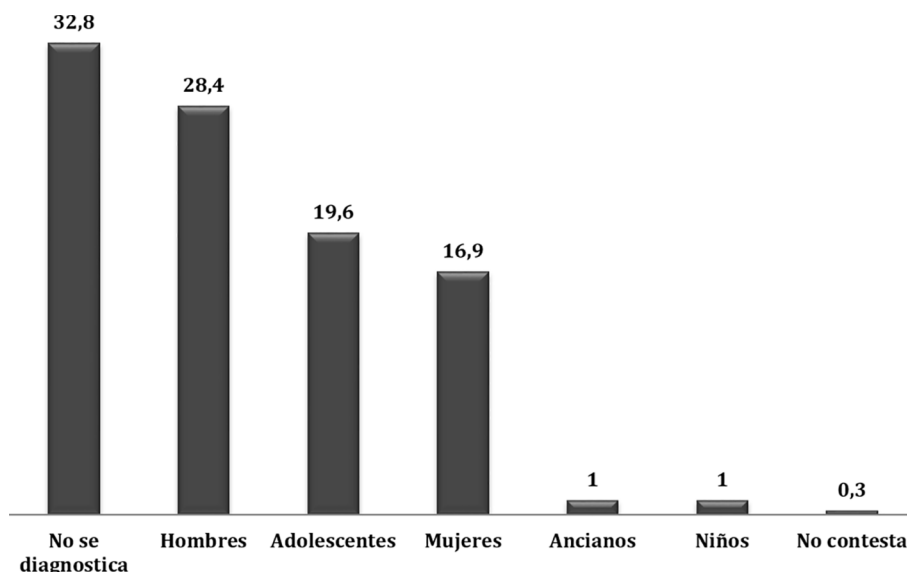


Gráfico 8. Diagnóstico (%) de Violencia contra la población LGBT. Fuente: Encuesta de los autores.

4.2. Diagnóstico de la violencia intrafamiliar y estructural

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

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

Tabla 4. Diagnóstico de violencia estructural.

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

Fuente: Encuesta de los autores.

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

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

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

5) Capacitación y motivación para el abordaje de la violencia

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

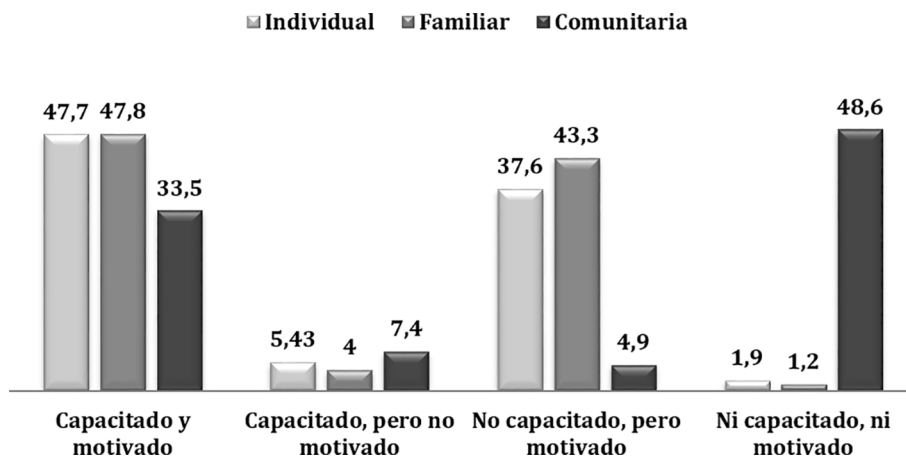


Gráfico 9. Autopercepción (%) sobre capacitación y motivación para lidiar con los diferentes tipo de violencia que suelen ocurrir en la APS (n=243). Fuente: Encuesta de los autores.

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

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

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

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

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

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

7) Formación en cultura de la paz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencias

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

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

Investigación aplicada al territorio desde la Medicina Familiar

Research applied to the territory from Family Medicine

Pesquisa aplicada ao território desde a Medicina Familiar

Grupo de Trabajo:

Ciuffolini María Beatriz (Argentina); Rodríguez Morales Victoria (Bolivia); Magne Anzoleaga Jenny (Bolivia); Brito Rodríguez Angelo (Brasil); Gomes da Trindade Thiago (Brasil); Rodríguez Batista Sandro (Brasil); Tajra Fabio Solon (Brasil); Wegner Falk João (Brasil); Alarcón José Domingo (Colombia); Bejarano Liliana (Colombia); Castrillón Ricardo (Colombia); Castro Florez Ximena (Colombia); Criollo Claudia Patricia (Colombia); Garcia Lina María (Colombia); Garzón Andrea del Pilar (Colombia); Hamman Echeverri Otto (Colombia); Hernández Marcela (Colombia); Parra Luis Gabriel (Colombia); Malagón Rafael (Colombia); Urdinola Cuellar Stella (Colombia); González Reyes Carolina (Chile); Vargas Patricia (Chile); Orellana Navarrete Lusy Paulyna (Ecuador); Pons Alvarez Octavio Noel (México); Rubio Florez Erik Noe (México); Martínez Cabrera Roberto (Nicaragua); Camacho Cinthia (Paraguay); Riveros Myriam (Paraguay); Villanueva Rosa (Perú); García Martínez Eldon (República Dominicana).

Resumen

En el contexto la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, efectuada en Cali, Colombia el 13 y 14 de Marzo de 2018, el grupo de investigación y la Red Iberoamericana de Medicina Familiar (IBIMEFA) con el objetivo de Identificar las percepciones de médicos familiares graduados y en proceso de formación de Iberoamérica, sobre las condiciones que tienen para desarrollar investigación aplicada al territorio, realizaron un estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal en los países miembros de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Para la recolección de información, se diseñó una encuesta con 51 items, cuyo contenido fue validado por el grupo de trabajo. El instrumento se almacenó en Google Drive y su divulgación se efectuó a través de medios virtuales. Se obtuvo respuesta de 277 personas, representantes de 16 países de Iberoamérica en los que se encontró que existe interés y potencial dentro del grupo de la Red IBIMEFA, para realizar estudios con el enfoque de investigación aplicada al territorio, aunque se deben superar dificultades de tiempo y financiación para lograrlo, así como encontrar estrategias que permitan hacer un trabajo cooperativo que consolide la Red.

Palabras clave: Medicina familiar y Comunitaria; Determinantes sociales; Territorio; Investigación

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar^a
Lina María Mahecha Rivera^b
Omaira Flores Martínez^c
Miguel Ángel Fernández Ortega^d

^a Universidad El Bosque; Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF). Bogotá, Colombia.
medicinafamiliar@unbosque.edu.co
(Autor correspondiente)

^b Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA); Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF). Bogotá, Colombia. limahecha@udca.edu.co

^c Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS); Colegio Universitario de Enfermería del Centro Médico (CUECMC); Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA). Caracas, Venezuela.
omairaflores@yahoo.com

^d Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA-Iberoamericana-CIMF). México.
miguelaf03@live.com

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: 25/07/2018.

Aceptado el: 27/08/2018.

Cómo citar: Rodríguez MA, Mahecha LM, Flores O, Fernández MA. Investigación aplicada al territorio desde la Medicina Familiar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(Suppl 1):29-42.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(1\)1851](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(1)1851)

Abstract

In the context of the pre-summit and the VII Ibero-American Family Medicine Summit, held in Cali, Colombia on March 13 and 14, 2018, the research group and the Ibero-American Family Medicine Network (IBIMEFA) with the objective of identifying the perceptions of family doctors graduated and in process of formation of Ibero-America, on the conditions they have to develop applied research to the territory, carried out an exploratory, descriptive, cross-sectional study in the member countries of the Ibero-American Confederation of Family Medicine (CIMF). For the collection of information, a survey was designed with 51 items, whose content was validated by the working group. The instrument was stored in Google Drive and its dissemination through virtual media. A response was obtained from 277 people, representatives from 16 countries of Ibero-America in which it was found that there is interest and potential within the group of the IBIMEFA Network, to carry out studies with the research focus applied to the territory, although time difficulties must be overcome and funding to achieve it, as well as finding strategies that allow cooperative work to consolidate the Network.

Keywords: Family Practice; Health Determinants; Territory; Research

Resumo

No contexto da pré-cúpula e da VII Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família, realizada em Cali, Colômbia, em 13 e 14 de março de 2018, o grupo de pesquisa e a Rede Ibero-Americana de Medicina Familiar (IBIMEFA) com o objetivo de identificar as percepções de médicos de família formados e em processo de formação da Ibero-América, sobre as condições que têm para desenvolver pesquisa aplicada ao território, realizaram um estudo corte-transversal, descritivo, e exploratório, nos países membros da Confederação Iberoamericana da Medicina Familiar (CIMF). Para a coleta de informações, foi elaborada um questionário com 51 itens, cujo conteúdo foi validado pelo grupo de trabalho. O instrumento foi armazenado no Google Drive e sua divulgação foi feita através de mídia virtual. Foi obtida resposta de 277 pessoas, representantes de 16 países da Ibero-América e se verificou que há interesse e potencial dentro do grupo da Rede IBIMEFA, para realizar estudos com o foco de pesquisa aplicada ao território, ainda que se deva superar dificuldades relacionadas ao tempo e ao financiamento para conseguir realiza-la, bem como encontrar estratégias que permitam o trabalho cooperativo para consolidar a Rede.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Determinantes Sociais; Território; Pesquisa

Introducción

El fortalecimiento de la investigación en Medicina Familiar y Comunitaria ha sido uno de los ejes de trabajo en todas las cumbres convocadas por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF).^{1,2} Con motivo de la VII Cumbre Iberoamericana – “Cuarenta Años de Alma-Ata. Medicina Familiar y Salud Familiar Un Camino para la paz” en Cali-Colombia (2018), se *integró* como uno de los seis temas de análisis *el concepto de Investigación aplicada al territorio*. El tema es nuevo y no está claramente definido, aunque se puede caracterizar por dar relevancia al contexto territorial y de la población en diferentes procesos sociales, dentro de los cuales está la salud. Inicialmente, con el fin de tener un marco conceptual que permita a los lectores una comprensión similar del término “Territorio”, se exponen algunas definiciones relacionadas con el tema.

Cuando se habla de territorio se entiende como el espacio geográfico que cuenta con límites y dimensiones de identidad, político-administrativas.³ En este coexisten subsistemas naturales y sociales que se modifican uno a otro.³ De otro lado los determinantes sociales en salud son “las circunstancias donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”.⁴ Relacionando estos dos conceptos, se espera que más allá de dimensiones geográficas, se reconozca la interacción sujeto-objeto, la relación de la dimensión de salud-enfermedad, así como las interacciones de los determinantes sociales de la salud con el territorio.³⁻⁵ De esta manera, la investigación aplicada al territorio nos plantea el reto de definir problemas, objetivos, metodología, recolección y análisis de datos que permitan documentar esta relación. Idealmente se debería buscar desarrollar estos procesos con la comunidad de tal forma que permita el empoderamiento de su territorio y reconozca el carácter transformador de la realidad que toda intervención entraña y el compromiso de las mismas con el cuidado de la vida.

Teniendo en cuenta este concepto amplio de territorio que comprende las condiciones de vida y por supuesto la suma de estos como un tejido dentro del que se presentan desigualdades e inequidades que repercuten en la salud de las personas, familias y comunidades,⁶ el médico familiar debe reconocer estos contextos para el desarrollo de modelos de atención, de gestión y de participación de la comunidad. La valoración de estudios orientados al territorio y al contexto puede profundizar el análisis desde un enfoque integral (biosicosocial) y nos anima a superar las barreras para la investigación desde esta perspectiva.⁷

Relación entre Medicina Familiar y Comunitaria y los contextos poblacionales y de territorios

La Atención Primaria en Salud (APS) entendida como estrategia “para organizar los sistemas de atención a la salud y la sociedad”⁸ comprende no solo los servicios de salud, también cuenta con el trabajo intersectorial y la participación comunitaria. Dentro de las características de la organización para la implementación de la APS,^{9,10} se debe tener una puerta de entrada resolutive donde está el principal escenario de actuación del especialista en medicina familiar; de otro lado y como bien lo expresaron Anderson y colaboradores¹¹ en el marco de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar:

“Los médicos de familia son médicos especialistas en la prestación de cuidados de salud personalizados y continuados, centrados en la persona, independientemente de la edad, sexo o afección, integrando los factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y existenciales involucrados en el proceso salud-enfermedad. Prestan cuidados a los individuos según el contexto familiar, comunitario, cultural de los mismos, y tienen una responsabilidad profesional por su comunidad. Desempeñan su papel promoviendo la salud, previniendo la enfermedad y prestando cuidados asistenciales, de acompañamiento clínico, cuidados paliativos, y lo hacen de acuerdo las necesidades de salud, los recursos disponibles en la comunidad. Deben aún responsabilizarse por el desarrollo y mantenimiento de sus aptitudes, valores y equilibrio personales, como base para la prestación de cuidados efectivos y seguros. La Atención Primaria en Salud (APS) es el terreno de actuación fundamental del Médico de Familia, mientras que la Medicina Familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS.”¹¹

Barbara Starfield ha definido *algunas* características que debe cumplir la puerta de entrada del sistema *de salud*, para ser coherente con una organización de servicios basada en la APS¹⁰ que incluye cuatro atributos esenciales: el primer contacto, la continuidad, la integralidad (o extensión) y la coordinación; y tres atributos secundarios el enfoque familiar, la orientación comunitaria y la competencia cultural.¹² Estas características son coherentes con el concepto expresado por Anderson y colaboradores¹¹ sobre la forma de actuar de los médicos de familia, en el que relacionan la prestación centrada en la persona con el contexto familiar, comunitario y cultural de los mismos y la responsabilidad profesional por su comunidad.

Así surge la inquietud acerca de las posibilidades que puede tener el especialista en medicina familiar para realizar investigación aplicada al territorio y como se puede relacionar con tres áreas en las que se desenvuelven estos profesionales, como son las áreas: clínica, de gestión y formación del talento humano.

Objetivo general

Identificar las percepciones de médicos familiares graduados y en proceso de formación de Iberoamérica, sobre las condiciones que tienen para desarrollar investigación aplicada al territorio.

Método

Para alcanzar el objetivo propuesto, se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal en el que participaron médicos familiares (graduados y en formación) de los países miembros de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF).

La recolección de la información se efectuó entre el 01 y el 31 de enero de 2018, mediante un instrumento tipo encuesta en línea, auto-administrada, diseñada por los investigadores y validada en su contenido por el grupo de trabajo, la misma recogió un total de 51 ítems agrupados de la siguiente forma:

- Primer grupo; once ítems dirigidos a establecer datos demográficos de los encuestados.
- Segundo grupo; siete ítems dirigidos a establecer la capacidad que puede tener el grupo para participar en investigación.
- Tercer grupo; diecisiete ítems dirigidos a establecer dentro del grupo la relación de su práctica clínica con los determinantes de la salud e investigación clínica que relacione la información de la práctica clínica del médico familiar con el abordaje biopsicosocial que hace la especialidad.
- Cuarto grupo; nueve ítems dirigidos a establecer la adscripción poblacional y la responsabilidad de especialistas en medicina familiar como una forma indirecta de mirar la posibilidad de realizar investigación de gestión en salud.
- Quinto grupo; siete ítems dirigidos a relacionar las experiencias prácticas formativas desde un abordaje biosicosocial, que permita inferir la formación en investigación aplicada en el territorio.

El cuestionario se editó en Google Drive y su divulgación se realizó a través de correo electrónico y redes sociales de médicos familiares representantes de los veinte países que integran la CIMF. El análisis estadístico univariado se realizó a través de SPSS versión 25.0. Las conclusiones y recomendaciones se consolidaron durante la VII Cumbre.

Resultados

1. Características de los encuestados

Se obtuvo la respuesta de 282 encuestados, se excluyeron 5 encuestas que reportaron nivel de formación en pregrado o formación en otro campo diferente a la medicina familiar. Los 277 restantes, fueron médicos familiares (graduados y en formación), representantes de 16 países de la región iberoamericana: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (Tabla 1). Según su procedencia por subregiones de la CIMF, se distribuyeron en la forma siguiente: Región Andina 147 (53,06%), Cono Sur 72 (25,99%), Mesoamérica 57 (20,57%) y Península Ibérica 1 (0,4%). El número de colaboradores por país fue muy disímil. Por una parte Colombia registró 36,8% de encuestados, seguido de México y Chile con alrededor

del 10,5% cada uno, mientras que España, Panamá y Cuba tuvieron participación inferior al 1%, seguido de Paraguay, Perú y República Dominicana con menos del 2%. En los países restantes, la contribución osciló entre el 3,5% al 7,1%.

Tabla 1. Características de los encuestados: País de Residencia, edad y sexo.

	Participantes	
	No.	%
País de procedencia		
Argentina	20	7,2
Bolivia	20	7,2
Brasil	9	3,2
Chile	29	10,5
Colombia	102	36,8
Costa Rica	15	5,4
Cuba	2	0,7
Ecuador	10	3,6
España	1	0,4
México	29	10,5
Panamá	1	0,4
Paraguay	5	1,8
Perú	5	1,8
República Dominicana	5	1,8
Uruguay	14	5
Venezuela	10	3,6
Total	277	100
Edad		
25-29	25	9,02
30-34	67	24,1
35-39	71	25,63
40-44	41	14,8
45-49	22	7,9
50-54	24	8,7
55-59	16	5,8
60-64	11	4,0
Total	277	100
Sexo		
Masculino	92	33,2
Femenino	184	66,4
Otro	1	0,4
Total	277	100

Fuente: Encuesta de los autores.

Las edades de los participantes estuvieron entre 25 y 64 años, con una media de 34,63 y moda de 36 años. El 50% de los encuestados se ubicó en el grupo de 30 a 39 años. Predominó la participación de personas del género femenino (66,4%). Hubo participación considerable de residentes (17%), los cuales

se incluyen en el análisis de datos, considerando que son profesionales médicos que trabajan en la APS, y que a pesar de estar en formación, están en contacto con la comunidad, los sistemas de salud y realizan investigación en territorio (Tablas 1 y 2).

Tabla 2. Características de los encuestados: Rol profesional, nivel de formación.

	Participantes	
	No.	%
Rol profesional		
Asistencial.	86	31
Administrativo.	11	4
Docente.	19	6,9
En formación	47	17
Docente/investigador	4	1,4
Asistencial., Administrativo.	13	4,7
Asistencial/docente	63	22,7
Asistencial/Docente/Advo.	32	11,5
Otros	2	0,8
Total	277	100
Nivel de formación		
Médico Familiar	230	83,0
Residente	47	17,0
Total	277	100

Fuente: Encuesta de los autores.

En relación al rol profesional desempeñado por los encuestados (Tabla 2), el 41,9% seleccionó un rol exclusivo, quedando distribuidos de la manera siguiente: 31% asistencial, 4% administrativo y 6,9% docente. Por otra parte, encontramos un 40,3% de médicos con roles mixtos, entre los que se destaca el asistencial/docente con 22,7% y un 11,5% que ejerce los tres roles asistencial/docente/administrativo. Al sumar los roles exclusivos y los mixtos prevaleció el rol asistencial con 70%, seguido del docente con un 42,2% y el administrativo con un 19,9%. El rol investigativo solo fue reportado por 1,4% de los participantes y estos provenían de Argentina Colombia, México y Uruguay.

Entre los que respondieron la encuesta, 62% respondió estar vinculado a la sociedad científica de su país, de los cuales, 7% también hacen parte de otra sociedad científica nacional o internacional. El 53% de los encuestados solo maneja el idioma español; 43% tiene algún grado de manejo del inglés y 10 del portugués. Solo 2,8% reportaron habilidad en el manejo de lenguas nativas.

En cuanto a la formación en el campo de la metodología en investigación (Tabla 3), prevalece la obtenida a través de formación no formal (37,5%) como cursos, diplomados, seminarios entre otros, seguido por la formación obtenida durante el pregrado y la especialidad (43,7%), maestrías (10,5%) y doctorado (3,6%). El 72,9 de los encuestados refirió que tienen menos de cinco años de experiencia en investigación, de los cuales, 34,7% tienen menos de un año de experiencia. Es importante destacar que 7,9% dijo tener más de 15 años de experiencia. Respecto a su rol en la investigación, de los 277 encuestados, 18,4% respondió que sólo cuenta con la experiencia generada en su pregrado o no ha participado en los últimos

Tabla 3. Características de los encuestados: Tipo de formación, años de experiencia y rol en investigación.

	No	%
Tipo de formación		
Diplomado-cursos-seminarios	104	37,5
Formación de pregrado y en el postgrado de MF	121	43,7
Formación en alguna especialidad adicional	13	4,7
Maestrías	29	10,5
Doctorado	10	3,6
Total	277	100
Años de experiencia		
Menos de 1 año	96	34,7
1 a 5	117	42,2
6 a 10	29	10,5
11 a 15	13	4,7
más de 15	22	7,9
Total	277	100
Rol en la investigación		
Tiene experiencia en pregrado	41	14,8
No participa en los últimos 12 meses	10	3,6
Docente en investigación	52	18,8
Investigador en formación	74	26,7
Investigador	92	33,2
Investigador de carrera	8	2,9
Total	277	100

Fuente: Encuesta de los autores.

doce meses en actividades de investigación (Tabla 3). Del total de encuestados (36,1%), se consideran investigadores y docentes en investigación 18,8%. Llama la atención la percepción del investigador en formación del 26,7%.

En cuanto al tipo de investigación en que han participado el 43% refiere haber participado en investigación descriptiva, 33% en investigación cualitativa, 16% en investigación analítica y 3% en investigación experimental. Un 76% de los encuestados había participado en más de uno de estos tipos de investigación.

Por otro lado, también se exploró información sobre las horas dedicadas a investigación, encontrándose que 10% de los encuestados destinaban 10 horas o más a la semana a la investigación y hubo personas que reportaron tener más de 10 publicaciones en los últimos 10 años.

2. Opinión o percepción acerca de las condiciones que permitirían participar en investigación en el territorio en países de Iberoamérica

En este apartado se recogió la percepción de cómo integrar el actuar del especialista en medicina familiar, en el que requiere no solo relacionar al individuo, sino comprender las condiciones de vida dentro de un contexto de desigualdades e inequidades en los territorios que habitan.

La pregunta formulada al respecto: “*En su práctica como especialista en medicina familiar; el lugar de trabajo y la organización para prestar el servicio, le facilita que en su abordaje clínico integre:*” Las opciones incluyeron categorías de los determinantes sociales de la salud, y que tanto éstos son integrados en la atención médica (Tabla 4). Al tener en cuenta los que están de acuerdo o totalmente de acuerdo con este ítem, el 67,1% considera que sí hay facilidades para la integración de las condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales en el acto médico; 69,3% refirió que se integran los contextos familiares y sociales a la clínica; 61,7% dijo que integran a la clínica determinantes sociales como el desempleo, trabajo, vivienda, agricultura y alimentos y para el 51,8% se puede integrar a la clínica el entorno físico, ocio y cultura, servicios sociales y atención sanitaria.

Tabla 4. Integración de determinantes de la salud en la atención clínica.

Determinantes sociales	¿Existe integración entre los siguientes determinantes de la salud y la atención clínica?											
	Muy de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Condiciones socioeconómicas ambientales y culturales	61	22,0	125	45,1	16	5,8	34	22,0	41	14,8	277	100
Contextos familiares y sociales	84	30,3	108	39,0	21	7,6	21	7,6	43	15,5	277	100
Desempleo, trabajo, vivienda, agricultura y alimentos	64	23,1	107	38,6	30	10,8	39	14,1	37	13,4	277	100
Entorno físico, ocio y cultura, servicios sociales, atención sanitaria	58	20,9	103	37,2	32	11,6	40	14,4	44	15,9	277	100

Fuente: Encuesta de los autores.

En relación a “*..si la organización de servicios facilita la integración clínica con los hábitos de vida y de trabajo*”, analizando a los que respondieron de acuerdo o totalmente de acuerdo, 73,29% percibe que se facilita la relación clínica con los hábitos de vida (alimentación, alcohol, tabaco, drogas, sueño); 59,57% considera que la organización de servicios facilita la integración clínica con las redes de apoyo y comunitarias; 71,84% estima que la organización de servicios facilita la integración clínica con las *características personales de los individuos* (edad, sexo, herencia genética) (Tabla 5).

Tabla 5. La organización de servicios de salud y los factores que facilitan la integración clínica.

Determinantes de la salud	¿Hay relación entre la organización de los servicios y la facilidad de integración de los siguientes determinantes de la salud en la clínica?											
	Muy de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Hábitos de vida (alimentación, alcohol, tabaco, drogas, sueño)	87	31,41	116	41,88	15	5,42	18	6,50	41	14,8	277	100
Redes de apoyo y comunitarias	55	19,86	110	39,71	38	13,72	38	13,72	36	13,0	277	100
Factores individuales (edad, sexo, herencia genética)	84	30,32	115	41,52	19	6,86	18	6,50	41	14,8	277	100

Fuente: Encuesta de los autores.

Cabe anotar que 50% de los encuestados perciben que hay información sobre investigaciones relacionadas con determinantes de la salud, contextos familiares, sociales y comunitarios como parte del abordaje integral. Sin embargo, 52,63% considera que aunque existen políticas en esta área, las mismas no son suficientes para apoyar la ejecución de investigaciones orientadas a los determinantes sociales o a los territorios. Es de resaltar que sólo el 30,3% de los encuestados tiene la percepción de que las políticas actuales en sus países apoyan estos procesos investigativos; De hecho, la percepción de la población encuestada de poco a nada de apoyo en este tipo de investigación es predominante en países como Bolivia (70%), México (55%), Venezuela (90%), Paraguay (90%) y Colombia (55%).

Respecto a la percepción de factores que influyen en el fortalecimiento de la investigación que relacione los determinantes de la salud con la clínica, 51,27% están muy de acuerdo y de acuerdo que existen obstáculos, solo 36,46% están de acuerdo o muy de acuerdo en que hay interés por realizar este tipo de investigación (Tabla 6). Frente a la percepción de factores que pueden influenciar el fortalecimiento de los procesos investigativos, se encuentra que 37,19% está muy de acuerdo y de acuerdo en que existen grupos dirigidos a este tipo de investigación en sus respectivos países.

Tabla 6. Percepción de factores que influyen en el fortalecimiento de la investigación.

Factores que influyen	Muy de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Obstáculos para la investigación	35	12,64	107	38,63	50	18,05	58	20,94	27	9,75	277	100
Interés por realizar investigación	18	6,50	83	29,96	62	22,38	87	31,41	27	9,75	277	100
Grupos de investigación identificables	15	5,42	88	31,77	57	20,58	84	30,32	33	11,91	277	100

Fuente: Encuesta de los autores.

3. Medicina Familiar en el territorio y la gestión en salud

La percepción de la existencia de adscripción poblacional es principalmente por divisiones político-administrativas, con un promedio de 40% para todos los países, así como la adscripción por aseguramiento de entidades público-privadas que en promedio es del 35% (Tabla 7). Sin embargo hay una percepción importante de que no hay adscripción poblacional, cercana al 20% en promedio. La percepción de adscripción por las divisiones político-administrativas es mayor en Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, Panamá y Uruguay. La percepción de adscripción por aseguramiento predomina en Bolivia, Colombia, México y Perú. En Venezuela predominó la percepción de que no hay una adscripción poblacional. Esta percepción también tuvo por lo menos un 20% o más en países como Bolivia, Colombia, Ecuador y Uruguay (Tabla 7).

4. Medicina familiar en el territorio y la formación del talento humano

Respecto a la formación se preguntó si *¿Las experiencias formativas para especialistas en medicina familiar les permiten tener desarrollar un enfoque integral, biopsicosocial, familiar y comunitario?* En 85% de los encuestados la percepción predominante fue que sí permite tener un enfoque integral biopsicosocial,

Tabla 7. Percepción del tipo de adscripción poblacional.

País	Total	No sabe/No responde		Aseguramiento		Distribución cultural		Divisiones político administrativa		No hay adscripción poblacional	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Argentina	20	2	10	1	5	2	10	13	65	2	10
Bolivia	20	0	0	10	50	0	0	6	30	4	20
Brasil	9	0	0	0	0	0	0	9	100	0	0
Chile	29	1	3	1	3	1	3	24	83	2	7
Colombia	102	3	3	56	55	1	1	11	11	31	30
Costa Rica	15	0	0	2	13	0	0	13	87	0	0
Cuba	2	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0
Ecuador	10	0	0	1	10	1	10	6	60	2	20
España	1	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0
México	29	0	0	16	55	1	3	7	24	5	17
Panamá	1	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0
Paraguay	5	1	20	0	0	2	40	2	40	0	0
Perú	5	0	0	3	60	0	0	2	40	0	0
República Dominicana	5	0	0	2	40	1	20	2	40	0	0
Uruguay	14	0	0	2	14	0	0	9	64	3	21
Venezuela	10	0	0	2	20	0	0	2	20	6	60
Total	277	7	3	96	35	9	3	110	40	55	20

Fuente: Encuesta de los autores.

con ligeras variaciones entre los diferentes países, sólo México y República Dominicana se ubicaron por debajo del 65% (Tabla 8). También se interrogó si *¿Las experiencias formativas (escenarios de práctica) les facilitan esta comprensión?* En la región predomina la percepción de que la formación sí les permite comprender el contexto de la población y el territorio en 57% de los casos, opinión que predominó en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba Ecuador, España Paraguay Uruguay y Venezuela. Los países que no tuvieron esta percepción fueron Panamá, Perú y República Dominicana. En Colombia y México las opiniones estuvieron divididas (Tabla 8).

Discusión y Conclusiones

Se trata de una investigación exploratoria que da continuidad a un proceso que ha seguido la CIMF a través de las diferentes Cumbres, con sus respectivos grupos de trabajo (incluyendo IBIMEFA), con los cuales, han buscado fomentar el desarrollo de redes de investigación e investigadores de alto nivel en el campo de la Medicina Familiar.^{13,14}

Respecto a la participación en la encuesta y las características del grupo se puede comentar lo siguiente:

Fue una encuesta abierta y es importante mencionar que la participación de especialistas en medicina familiar mejoró respecto a los 114 participantes reseñado por Serrudo y otros¹⁴ en 2016. La mayoría de los encuestados tienen experiencia en investigación, como parte de sus funciones como formadores en la especialidad de medicina familiar y están ligados en su trabajo a universidades; sólo el 14,1% tiene formación de maestría y doctorado.

Tabla 8. Experiencias formativas y desarrollo de competencias en abordaje integral.

¿Las experiencias formativas para especialistas en medicina familiar les permiten tener desarrollar un enfoque integral, biopsicosocial, familiar y comunitario?									
País	Total	La formación permite tener un enfoque integral biopsicosocial				La formación permite comprender a la población en contexto con su territorio			
		NO		Si		NO		SI	
		No	%	No	%	No	%	No	%
Argentina	20	0	0	20	100	7	35	13	65
Bolivia	20	1	5	19	95	7	35	13	65
Brasil	9	1	11	8	89	2	22	7	78
Chile	29	2	7	27	93	11	38	18	62
Colombia	102	19	19	83	81	49	48	53	52
Costa Rica	15	0	0	15	100	5	33	10	67
Cuba	2	0	0	2	100	0	0	2	100
Ecuador	10	0	0	10	100	4	40	6	60
España	1	0	0	1	100	0	0	1	100
México	29	11	38	18	62	15	52	14	48
Panamá	1	0	0	1	100	1	100	0	0
Paraguay	5	1	20	4	80	1	20	4	80
Perú	5	1	20	4	80	4	80	1	20
República Dominicana	5	2	40	3	60	4	80	1	20
Uruguay	14	3	21	11	79	4	29	10	71
Venezuela	10	1	10	9	90	4	40	6	60
Total	277	42	15	235	85	118	43	159	57

Fuente: Encuesta de los autores.

En el trabajo de Fernández y otros, señalan la dificultad de investigar en América Latina, para 2011 la región aportaba 3,8% de los investigadores de tiempo completo del mundo.¹² Esta proporción no ha cambiado mucho, a pesar del aumento del presupuesto global para la investigación, en 2015 oscilaba en 3,9% y siendo financiada mayormente por las universidades. La inversión en ciencia y tecnología en América Latina se concentra en tres países Brasil, con el 64%; México, el 17%, y Argentina, el 7%.¹⁵

En la encuesta, 76,9% refirieron tener experiencia menor a cinco años dedicada a investigación y 26,7% se identificaron como investigadores en formación, lo que implica que el grupo tiene un potencial para mejorar en este aspecto. Existe la necesidad de incrementar y perfeccionar la formación en investigación durante la residencia y de investigadores formales en las áreas de Medicina Familiar y APS, que puedan desarrollar investigación en territorio de alto nivel y no sólo como prácticas formativas en investigación a través de las tesis de grado. Se deben impulsar estrategias efectivas que mejoren las competencias en esta área para posgraduados, a través de programas de formación y capacitación continuas, actividades de investigación pre o trans congresos o incluso las pasantías en investigación referidas por Serrudo y colaboradores.¹⁴ Que se tenga en el grupo, personas con más de 10 publicaciones en la última década es una fortaleza, que puede guardar relación con el aumento de publicaciones observado en medicina familiar en los últimos años.¹³

Respecto a la percepción que se tienen acerca de si la organización de servicios de salud en los diferentes países, permite articular los determinantes de la salud de la población a los roles clínico, de gestión y de formación del médico de familia. La percepción fue que alrededor de tres cuartas partes de los médicos (73.29%), consideraron que se puede relacionar la práctica clínica a los determinantes de la salud, principalmente en lo relacionado con hábitos de vida (alimentación, ingesta de alcohol, tabaco, drogas, sueño) y 71,84%, con las características personales de los individuos (edad, sexo, herencia genética). Estos hallazgos son preocupantes, ya que lo esperado sería que el cien por ciento de los médicos familiares tuvieran la percepción (y las competencias) de que los determinantes sociales no sólo se pueden relacionar con la práctica clínica, sino que se deben integrar en el tan mencionado abordaje integral, biopsicosocial, holístico, etc., que realiza el médico familiar, ya que es parte del perfil esencial que no puede perder. Será interesante profundizar las características del perfil de formación y los países de procedencia de los profesionales que no lo consideraron posible, para en todo caso, recomendar algún tipo de actividad formativa compensatoria de esas deficiencias. Por otro lado, estos resultados también permiten vislumbrar un potencial para realizar investigación dirigida a comprender mejor como los médicos familiares pueden abordar e impactar en los determinantes de la salud y relacionarlas con el territorio.

Es posible que la percepción de no adscripción de la población fija por aseguramiento, área geográfica, afinidad o por el mecanismo que sea, además de la falta de continuidad de la atención por el mismo motivo; son limitantes para la realización de investigación en territorio. Además de las limitaciones que puede entrañar un modelo de salud desorganizado y que generalmente no está basado en Medicina Familiar o Salud Familiar. La percepción de que existen estas barreras para realizar investigación, da una idea clara del esfuerzo que implica transformar esta realidad en muchos de los países de la región.

En el trabajo de Fernández y otros, se hace mención de que existen tres limitantes importantes para realizar investigación en América Latina: Falta de financiamiento, la no participación de medicina familiar al no ser considerada como disciplina en algunos países y finalmente, la percepción de que la investigación en medicina familiar es de bajo impacto, por no generar patentes, innovaciones en patologías de alto impacto económico, etc.¹³ En este sentido, la mayoría de los encuestados refirió experiencias en investigación descriptiva (43%) y cualitativa (33%) que muchas veces son consideradas de bajo impacto y muy pocos en investigación analítica (16%) y experimental (3%) que tienen una mejor consideración.

El potencial que existe en el grupo y la identificación de las limitaciones que existen en el contexto, la importancia del aporte que puede realizar nuestra especialidad en la investigación en el territorio nos anima a seguir explorando sobre preguntas que surgieron en las mesas de trabajo convocadas por CIMF durante la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Cali, Colombia y no desfallecer en esfuerzos para lograr trabajos cooperativos que resuelvan dudas como las siguientes: ¿Qué investigaciones clínicas podemos realizar que nos distingan e identifiquen la concepción integral de nuestra especialidad? ¿Cómo podemos destacar la importancia de la adscripción poblacional para la gestión de recursos en los territorios a cargo de los equipos de salud? ¿Cómo podemos mejorar las experiencias de formación en este tipo de investigaciones para los estudiantes? ¿Realmente los médicos familiares están empoderados y pueden aportar a la investigación en el territorio desde la medicina familiar?

Durante las mesas de análisis realizadas durante la VII Cumbre convocada por CIMF, a propósito del diagnóstico situacional presentado en este documento, los representantes de los países participantes determinaron por consenso hacer las siguientes recomendaciones generales para impulsar la investigación en territorio desde la perspectiva de la Medicina Familiar:

1. Contribuir en el fortalecimiento de la Red IBIMEFA para la integración de investigadores de la Región, así como en la identificación y divulgación de oportunidades de formación; financiación; generación de información y reuniones periódicas para protocolos concretos.
2. Mejorar los canales de comunicación de las tesis/trabajos de grado/trabajos de campo que realizan los estudiantes/residentes para conocimiento de la Región, en pro del seguimiento de los resultados como del conocimiento de este tipo de investigación y establecer repositorios de tesis/investigaciones y bases de datos para definición de líneas de investigación.
3. Incentivar y promover la investigación clínica y epidemiológica con factor diferencial, con fundamentos y principios de medicina familiar (uso de herramientas de Salud y Medicina Familiar) y retomar contacto con los subgrupos de cumbres anteriores, así como con los coordinadores de grupos de la Red IBIMEFA, identificando posibilidades concretas de financiación.

Limitantes

La muestra no es significativa, no obstante denota un aumento en la participación en este tipo de encuestas realizadas en las Cumbres Iberoamericanas de Medicina Familiar y permite un acercamiento al interés y posibilidades que tenemos sobre el tema. Las percepciones registradas tienen un valor cualitativo importante dado que es la primera vez que se explora este tema relacionando el concepto de investigación en el territorio y la medicina familiar. También amplía la información disponible sobre la medicina familiar en su relación con la investigación en el territorio y constituye una línea base para el trabajo a seguir por parte de la CIMF. La participación mayoritaria de Colombia, país sede de la Cumbre, y por ende, con mayor participación (36,5%), puede sesgar la información a conceptos que predominen en ese país. Los datos registrados tienen validez interna para el grupo de personas que diligenciaron la encuesta. Dentro de las posibilidades de mejora, está promover que este tipo de información es valiosa, por lo que debemos lograr una participación más significativa de todos los países de la región y ser más precisos en las variables que queremos estudiar. Este tipo de trabajos descriptivos solo podrá mostrar su valía en la medida que se le dé continuidad para poder comparar su evolución en el tiempo.

Agradecimientos

A Josep Lluís Piñol – QEPD (Miembro, Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar), Lilia González Cárdenas (Miembro, Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar) y Jacqueline Ponzo (Coordinadora de la Red IBIMEFA) por su valioso acompañamiento y consejos para la realización de este trabajo, así como a Daniel Ulate y José Manuel Ramírez Aranda, por su contribución al diseño de la encuesta.

Referencias

1. Herrera JA. La investigación en medicina de familia en el siglo XXI. *Aten Primaria*. 2008; 40 (9): 435-6.
2. Rubinstein A. Investigación en la práctica de la medicina familiar: ¿una causa perdida o un desafío pendiente. *Colomb Med*. 2012; 43 (1): 103-107.
3. Rodríguez-Páez FG, Vaca Hortúa DA, Manrique Méndez LV. Revisión de los conceptos de territorio, población y salud en el contexto colombiano. *Cien tecnol salud vis ocul*. 2012; 10 (2): 79-92. <http://dx.doi.org/10.19052/sv.1437>
4. World Health Organization. Determinantes de la Salud. [Internet] [Consultado: Diciembre 12 de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
5. Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*. 2017; 41 (spe2): 264-75. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s222>
6. Iñiguez Rojas L. Territorio y contextos en la salud de la población. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. FapUNIFESP (SciELO); 2008 Mar;34(1):0-0. <http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662008000100006>
7. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. FapUNIFESP (SciELO); 2007 Mar;21(2-3). <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200003>
8. Starfield B, Gervas J. Family Medicine Should Encourage Its Clinicians To Subspecialize: Negative Position In: *Ideological Debates in Family Medicine*, Nova Science Publishers, Inc, Editors: S.A. Buetow and T.W. Kenealy, Nova Science Publishers, 2007.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008). Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política, y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La renovación en la Atención Primaria de Salud en las Américas. Available from: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307
10. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier BV; 2003;31(6):382-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70703-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70703-3)
11. Anderson MIP, Rojas ML, Taureau N, Cuba MS. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Suppl 1):4-30. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1276](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1276)
12. Berra, S. El estudio de las funciones de la Atención Primaria en Salud 2010; Available at: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/instrumentos-pcat-aps/>. Accessed January 23, 2016.
13. Fernández MA, Rojas G, Irigoyen A, Roo JB. Producción y difusión del conocimiento en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Suppl 1):71-87. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1280](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1280)
14. Serrudo ND, Ponzo 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)
15. Albornoz M, Barrere R, Sokil J, Crespo JM, y Otros. El estado de la ciencia. Principales Indicadores de Ciencia y Tecnología Iberoamericanos/Interamericanos 2017. 2017 Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología - Iberoamericana e Interamericana - (RICYT). http://www.ricyt.org/files/Estado%20de%20la%20Ciencia%202017/El_Estado_de_la_Ciencia_2017_Completo.pdf

Impacto Económico de la Medicina Familiar en los Sistemas de Salud de Iberoamérica

Economic Impact of Family Medicine on Health Systems in Ibero-America

Impacto Econômico da Medicina de Família nos Sistemas de Saúde na América Latina

Grupo de trabajo:

Urquiza Raúl (Argentina); Nermen Nulvio (Brasil); Aguayo Arteaga Fátima (Colombia); Munive Mery (Costa Rica); Gerardo Ramírez (México); Rivera Patricia (Panamá); Chunga Juan Carlos (Perú); Ortiz Sonia (Puerto Rico); Barrios Anahi (Uruguay); Laura Jaramillo (Colombia); Cipolla Giulia (Paraguay).

León Edgar^a

Tranche Salvador^b

Montano José^c

^a Universidad Católica del Ecuador; Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Ecuador. edgarleonseg@gmail.com (Autor correspondiente)

^b Universidad de Oviedo (UNIOVI), Facultad de Medicina de Oviedo. España. stranchei@gmail.com

^c Universidad del Valle Colombia (UNIVALLE). Colombia. jose.ivo.mc@gmail.com

Resumen

Son escasos los estudios que abordan la importancia, económica y sanitaria, que tiene el modelo organizativo de un nivel asistencial o la presencia de determinados profesionales. El objetivo del presente estudio, de carácter descriptivo y transversal, fue explorar y analizar las posibles asociaciones entre la especialidad de medicina familiar e indicadores económicos y sanitarios en 16 países de Iberoamérica. El procesamiento de datos fue realizado a través del programa R, un lenguaje de programación que muestra "un conjunto de funciones que mantiene algún tipo de relación entre ellas". Se observa una asociación en positivo, del número de especialistas de medicina familiar con el PIB, la inversión en salud y la esperanza de vida y en negativo con el índice GINI, la anemia, la mortalidad en menores de 5 años, la razón de mortalidad materna y la mortalidad en accidentes en tránsito. El PIB per cápita se relaciona negativamente con la anemia, la mortalidad en menores de 5 años, razón de mortalidad materna y por accidentes y menos intensamente con la mortalidad cardiovascular y el suicidio. No se observan correlaciones con el gasto de bolsillo o la inversión en sanidad. A pesar de las diferentes realidades socio sanitarias de los países estudiados se objetiva una relación favorable entre la disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar y mejores resultados en salud lo que sugiere que puede ser una estrategia eficiente para los servicios sanitarios. Son necesarios más estudios que analicen el alcance estadístico de esta asociación.

Palabras clave: Medicina Familiar; Atención Primaria; Eficiencia; Economía de la Salud

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:

Al ser una revisión sin participación de pacientes no se solicitó aprobación al Comité Ética de Investigación. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se realizaron acorde a las normas éticas de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 25/07/2018.

Aceptado el: 27/08/2018.

Cómo citar: Edgar L, Salvador T, José M. Impacto Económico de la Medicina Familiar en los Sistemas de Salud de Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(Suppl 1):43-53. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(1\)1852](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(1)1852)

Abstract

There are few researches that address the economic and sanitary importance of the organizational model of a level of care or of the presence of certain professionals. The aim of this descriptive and transversal study is to explore and analyze the possible associations between the specialty of family medicine and economic and sanitary indicators in 16 countries of Ibero-America. The data processing was carried out through the program R, a programming language that shows “a set of functions that maintain some type of relation between them”. It seems that there is a positive association between the number of specialists in family medicine with GDP, investment in health and life expectancy and in negative with the GINI index, anemia, mortality in children under 5 years, maternal mortality ratio and in traffic accidents. The GDP per capita is negatively related to anemia, mortality in children under 5 years of age, maternal and accident mortality ratio, and less intensely with cardiovascular mortality and suicide. There are no correlations between pocket expenses or investment in healthcare. Despite the different health and social realities of the countries studied, a favorable relation is found between the availability of specialists in Family Medicine and better health results, which suggests that it can be an efficient strategy for health services. More studies are necessary to analyze the statistical scope of this association.

Keywords: Family Medicine; Primary Health Care; Efficiency; Health Economics

Resumo

São poucos os estudos que abordam a importância, econômica e a sanitária, que tem o modelo organizacional de um nível de atenção ou a presença de determinados profissionais. O objetivo do presente estudo, de caráter descritivo e transversal, foi explorar e analisar as possíveis associações entre a especialidade de medicina de família e indicadores econômicos e de saúde em 16 países da Ibero-América. O processamento de dados foi realizado através do programa R, uma linguagem de programação que mostra “um conjunto de funções que mantém algum tipo de relação entre elas”. Existe uma associação positiva em relação ao número de especialistas em medicina de família com o PIB, investimento em saúde e expectativa de vida e em negativo com o índice GINI, anemia, mortalidade em crianças menores de 5 anos, a razão de mortalidade materna e mortalidade em acidentes em trânsito. O PIB per capita está negativamente relacionado à anemia, mortalidade em crianças menores de 5 anos, taxa de mortalidade materna e por acidentes e menos intensamente com mortalidade cardiovascular e o suicídio. Não se observaram correlações com despesas reembolsáveis ou investimentos em assistência médica. Apesar das diferentes realidades sociais e de saúde dos países estudados, uma relação favorável é encontrada entre a disponibilidade de especialistas em Medicina de Família e melhores resultados em saúde, o que sugere ser esta uma estratégia eficiente para os serviços sanitários. Mais estudos são necessários para analisar o escopo estatístico desta associação.

Palavras-chave: Medicina de Família; Atenção Primária; Eficiência; Economia da Saúde

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe de la Salud en el mundo 2003, afirma que un sistema de salud asentado en la atención primaria deberá incorporar los principios de Alma Ata de “Equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial”. Deberá tomar en consideración cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional y organizará una asistencia integrada que vinculará la prevención, la atención a enfermos agudos y la atención a enfermos crónicos en todos los elementos del sistema sanitario. Evaluará continuamente la situación para procurar mejorar el desempeño”.¹ Sin embargo, hoy 40 años después, la atención primaria no ha alcanzado en ningún país ni el desarrollo suficiente ni, por supuesto, los objetivos planteados.

Los retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en todo el mundo y específicamente en el ámbito iberoamericano, son formidables. El desafío más importante pasa por adecuar los servicios de salud a las necesidades de los ciudadanos, lo que obliga a reducir las desigualdades en los resultados en salud y, al tiempo que se asegura la sostenibilidad, procurar también incrementar la financiación de los sistemas sanitarios.²

Estos desafíos obligan a profundizar en el análisis económico riguroso incorporando al mundo sanitario instrumentos e indicadores económicos que comparen el producto de los servicios de salud

con los costes. De ello resultan análisis como coste-efectividad, coste-beneficio y coste-utilidad de las intervenciones, que facilitan una mejor asignación de recursos y por tanto sirven de base para contabilizar y evaluar el coste de las prestaciones, planificar la toma de decisiones y analizar el financiamiento de los sistemas de Salud. Existen varios mecanismos y varios tipos de análisis económicos útiles para la medición de impactos económicos, como costeo directo, predeterminado, por absorción, real normalizado, real integrado y ABC entre otros. Cada uno de estos, sin embargo, puede presentar grandes diferencias para una misma enfermedad o prestación; incluso si se analizan grupos etarios comunes, las variaciones pueden ser muy amplias.³

La mayoría de los estudios relacionados con evaluaciones económicas se han realizado en procesos concretos o actividades puntuales, por lo que analizar la implicación económica de un nivel de atención en un determinado sistema de salud es un proceso complejo y con variables indirectas. Se realizó un estudio exploratorio sobre la asociación que la Medicina Familiar tiene en los sistemas de salud de los países que conforman la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar.

En estudios previos, también otros autores como B. Starfield y J. Macinko^{4,5} en Estados Unidos (EUA) demostraron que la dotación de médicos de atención primaria se asoció con mejores resultados de salud, en mortalidad por todas las causas, cáncer, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y mortalidad infantil. También demostraron que en Europa, el PIB y número de médicos de familia, se asoció de forma independiente, con reducciones en los años de vida potenciales perdidos y con la mortalidad por todas las causas.⁶

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo y transversal que explora la relación entre indicadores sanitarios y económicos con la presencia de especialistas de medicina familiar en los sistemas sanitarios de 16 países de Iberoamérica.

En base a la disponibilidad de indicadores y a informes de la OMS,¹ de los Ministerios de Salud de los diferentes países, evaluaciones de Sociedades Científicas, Eurostat⁷ y el Banco Mundial⁸ se eligieron los siguientes:

Indicadores Macroeconómicos

Producto Interior Bruto(PIB). Es el indicador más relevante para medir la actividad económica y la evolución económica de un país y además sirve de referente para comparar la situación económica del país con la región. Se incluye también el porcentaje del PIB destinado a Sanidad en cada país.

Índice de GINI. Es el indicador más utilizado a nivel mundial para medir la desigualdad de los ingresos (y para cualquier otro tipo de desigualdad). Puede oscilar entre el 0 que expresa la igualdad perfecta y el valor de 100 para la máxima desigualdad posible.⁹

Gasto de bolsillo. Se considera como tal al desembolso realizado por las familias en el último año para atención médica, medicamentos, pruebas complementarias, etc.

Indicadores Sanitarios

- Número de Médicos de Familia por 100.000 habitantes.
- Expectativa de vida. o esperanza de vida.
- Enfermedades Trazadoras. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) existen enfermedades trazadoras que pueden ser representativas del nivel sanitario de un país. Son las siguientes: prevalencia de anemia en niños en menores de 5 años, razón de mortalidad materna (número de defunciones maternas por 100.00 nacidos vivos); tasa de mortalidad en menores de 5 años, mortalidad por enfermedades cardiovasculares y mortalidad por suicidio y por accidentes de tránsito.

Se exploró la relación entre los indicadores económicos, los indicadores de salud y el indicador de disponibilidad de MF para 16 países miembros de CIMF: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, España, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Portugal, Paraguay y Uruguay⁶ Los datos corresponden al año 2015 siendo este el último año con datos completos para todos los países. El procesamiento estadístico se realizó con el lenguaje de programación y análisis estadístico R (R Core Team, 2017).¹⁰ R es un lenguaje de programación que viene equipado con un conjunto de herramientas destinadas al cálculo y generación de gráficos estadísticos que evidencia “un conjunto de funciones que mantienen algún tipo de relación entre ellas”.

Al tratarse de una revisión sin participación de pacientes no se solicitó aprobación a ningún Comité Ético de Investigación. En cualquier caso los procedimientos se han ajustado a las normas éticas de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Resultados

La Tabla 1, recoge 12 indicadores que nos pueden permitir comparar la situación sanitaria y económica entre los diferentes países.

Antes de proceder al análisis de la figura 1, resulta pertinente aclarar que el tamaño del círculo, el color y la intensidad del mismo, marcan la relación entre variables. Y así el color azul indica una relación directa y el color rojo una relación inversa. A mayor tamaño del círculo es mayor la asociación, al igual que la intensidad del color (a más intenso mayor relación). Se puede ver cómo el tamaño del círculo, la intensidad del color y en éste caso el color azul, son máximos cuando se comparan entre sí las mismas variables (MF con MF; PIB con PIB, etc.). Considerando el carácter exploratorio de este estudio y las dificultades metodológicas involucradas con este tipo de investigación, evaluase que el principal hecho no está en el grado de la asociación de per se, pero en la relación encontrada que tiene validez de contenido, considerando estudios precedentes.⁴⁻⁶

En la Figura 1 destaca la estrecha relación del número de médicos de familia en positivo con el PIB per cápita y la esperanza de vida y en negativo con el índice GINI, la anemia, la mortalidad en menores de 5 años, la razón de mortalidad materna y la mortalidad en tránsito. El PIB per cápita se relaciona negativamente también con la anemia, la mortalidad en menores de 5 años, razón de mortalidad materna y por accidentes en tránsito y menos intensamente con la mortalidad cardiovascular y el suicidio. No se observan correlaciones o estas son muy, muy leves en otros indicadores como el gasto de bolsillo o la inversión en sanidad.

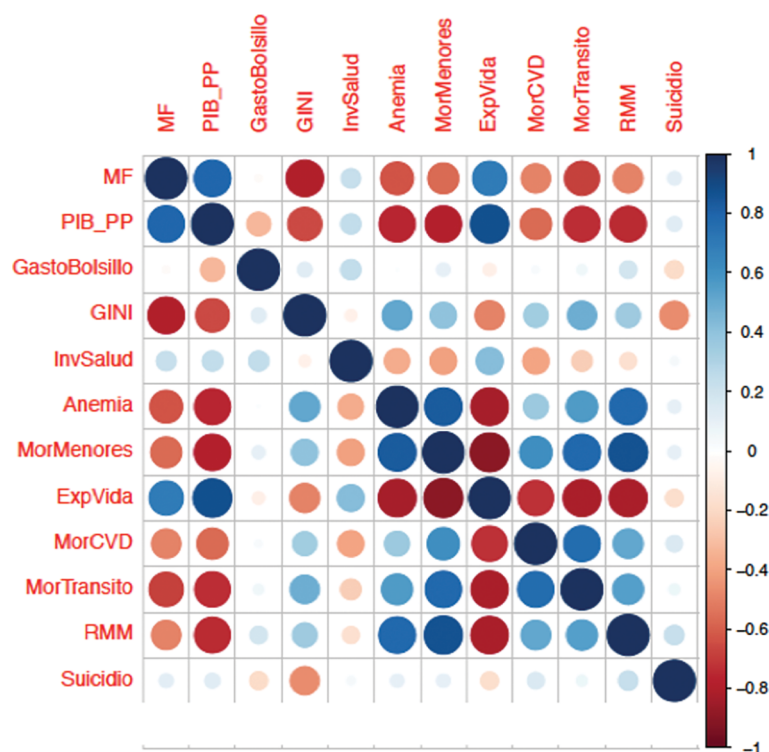
Tabla 1. Indicadores Socio sanitarios por países.

País	MF	PIB(pp)	GBolsillo	GINI	InvSalud	ExpVida	Anemia	MorMen	MorCVD	MorTransito	RMM	Suicidio
ARG	14,3	13.467,1	30,7	42,7	4,8	78,3	21,4	11,6	17	14,1	52	14,2
BOL	5	3.077	23,1	45,8	6,3	68,7	47,5	38,2	16	23,3	206	18,7
BRA	2,7	8.757,2	25,5	51,3	8,3	75,2	24,3	15,7	17	22,6	44	6,3
CHL	5,6	13.653,2	31,5	47,7	7,8	79,2	19,5	8,4	11	11,6	22	9,9
COL	1,2	6.044,5	15,4	51,1	7,2	74,2	26,8	15,8	15	18,9	64	6,1
CRI	3,4	11.406,4	24,9	48,2	9,3	79,6	28,5	9,1	11	14,9	25	0,7
RDOM	0,1	6.468,5	21,1	44,9	4,4	73,7	27,7	31,5	19	27,8	92	6,8
ECU	6,2	6.150,2	48,4	46,5	9,2	76,1	27,9	21,5	13	20,7	64	7,5
ESP	74,8	25.787,9	24	36	9	83,4	12,4	3,4	10	3,6	5	8,5
MEX	34,2	9.152,9	44	48,2	6,3	76,9	27,7	15	15	11,8	38	5
NIC	1,7	2.096	37,5	46,6	9	75	28,4	20,3	16	14,9	150	9,5
PAN	2	13.134	22,3	51	8	77,8	28,6	6,9	14	10,7	94	5,5
PER	3,1	6.030,3	28,6	44,3	5,5	74,7	32,8	16	13	13,3	68	5,8
PRT	53,6	19.252,6	26,8	35,6	9,5	81,5	12,8	3,5	11	7,7	0	13,6
PRY	4,1	4.109,4	49,4	48	9,8	73	25	20,6	18	23,4	132	10,2
URY	14,6	15.524,8	15,6	41,7	8,6	77,1	22,4	9,3	17	17,4	15	17

Elaboración propia a partir de datos publicados por basados en datos obtenidos en OMS¹, Eurostat⁷ y el Banco Mundial.⁸

ARG: Argentina; BOL: Bolivia; BRA: Brasil; CHL: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; RDOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; ESP: España; MEX: México; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PER: Perú; PRT: Portugal; PRY: Paraguay y URY: Uruguay.

MF: número de especialistas en medicina familiar y comunitaria/100.000 habitantes; **PIB(pp):** producto interior bruto per cápita (en dólares); **GBolsillo:** Gasto de Bolsillo (en dólares); **GINI:** índice GINI; **InvSalud:** porcentaje PIB destinado a gasto sanitario; **MorMen:** Mortalidad Menores de 5 años; **ExpVida:** expectativa de vida; **MorCVD:** mortalidad cardiovascular; **MorTransito:** Mortalidad por accidentes de Tránsito; **RMM:** Razón de Mortalidad Materna.

**Figura 1.** Relación entre los indicadores macroeconómicos y sanitarios.

MF: número de especialistas en medicina familiar y comunitaria/100.000 habitantes; **PIB(pp):** producto interior bruto per cápita (en dólares); **GBolsillo:** Gasto de Bolsillo (en dólares); **GINI:** índice GINI; **InvSalud:** porcentaje PIB destinado a gasto sanitario; **MorMen:** Mortalidad Menores de 5 años; **ExpVida:** expectativa de vida; **MorCVD:** mortalidad cardiovascular; **MorTransito:** Mortalidad por accidentes de Tránsito; **RMM:** Razón de Mortalidad Materna.

La figura 2 corresponde a la matriz de gráficos de dispersión de la disponibilidad de Médicos Familiares y los indicadores económicos, permitiendo explorar la asociación entre estos, las escalas de cada uno de los indicadores están indicadas por los números ubicados en los bordes de la matriz. Los cuadros de la primera columna muestran como varían los indicadores económicos en función de la disponibilidad de Médicos Familiares. De manera recíproca los cuadros de la primera fila muestran como varía la disponibilidad de Médicos Familiares en función de los indicadores económicos. Los cuadros de la diagonal muestran histogramas de distribución de los datos de cada uno de los indicadores, el primer cuadro de arriba de la diagonal muestra que la mayoría de los países tienen cifras de disponibilidad de Médicos Familiares inferiores a 15 por 100.000 habitantes; el segundo cuadro de la diagonal muestra para el PIB per cápita una moda al rededor de US\$7.000; el tercer cuadro de la diagonal muestra para el gasto de bolsillo una moda alrededor de 20%; el cuarto cuadro de la diagonal muestra que el índice de GINI tiene una moda alrededor de 45; por último el histograma del porcentaje del PIB invertido en salud la moda está entre 8 y 10.

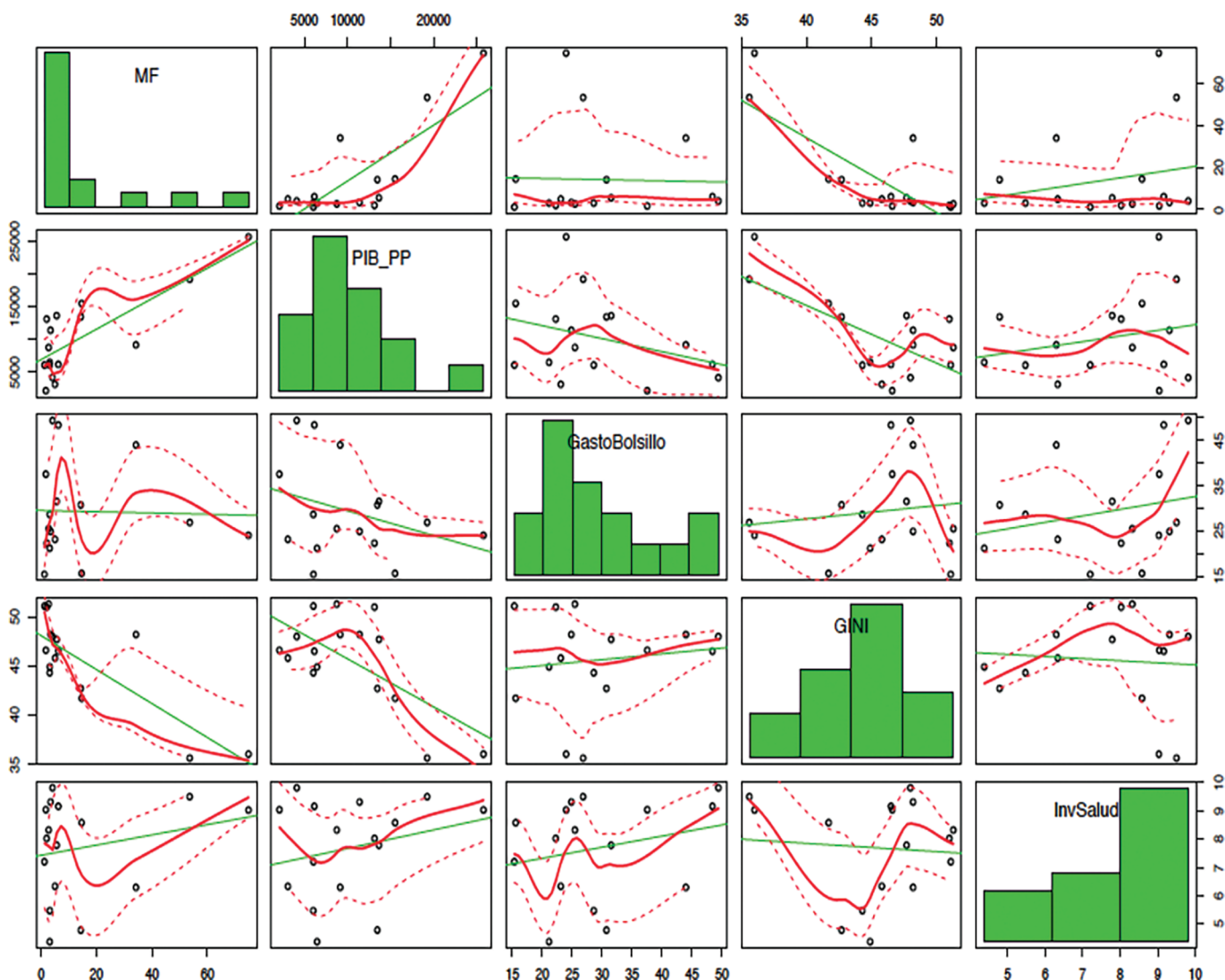


Figura 2. Matriz de gráficos de dispersión de MF con indicadores económicos.

MF: número de especialistas en medicina familiar y comunitaria/100.000 habitantes; PIB(pp): producto interior bruto per cápita (en dólares); GBolsillo: Gasto de Bolsillo (en dólares); GINI: índice GINI; InvSalud: porcentaje PIB destinado a gasto sanitario.

La figura 3 permite explorar la asociación entre la cantidad o disponibilidad de médicos especialistas en Medicina Familiar y los principales indicadores socio sanitarios. Los cuadros de la primera columna muestran en su orden como varían los indicadores socio sanitarios en función de los Médicos Familiares, los cuadros de la diagonal muestra la distribución de los datos de cada uno de los indicadores.

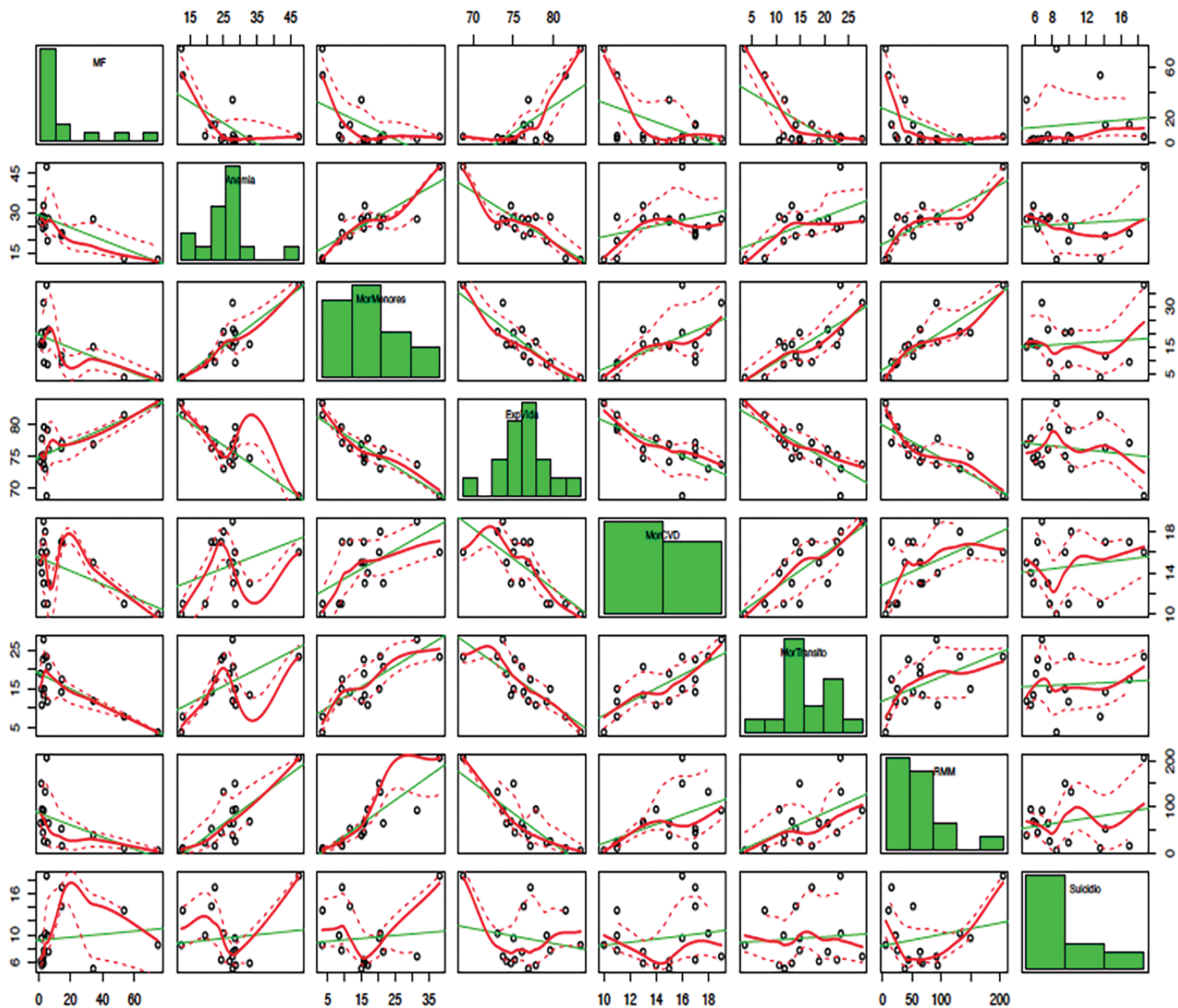


Figura 3. Matriz de gráficos de dispersión de MF con indicadores de salud.

MF: número de especialistas en medicina familiar y comunitaria/100.000 habitantes; **PIB(pp):** producto interior bruto per cápita (en dólares); **GBolsillo:** Gasto de Bolsillo (en dólares); **GINI:** índice GINI; **InvSalud:** porcentaje PIB destinado a gasto sanitario; **MorIMen:** Mortalidad Menores de 5 años; **ExpVida:** expectativa de vida; **MorCVD:** mortalidad cardiovascular; **MorTransito:** Mortalidad por accidentes de Tránsito; **RMM:** Razón de Mortalidad Materna.

Discusión

El presente trabajo es el primer análisis que explora la relación entre la disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar, indicadores económicos y sanitarios entre los países que conforman la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Se sugiere una asociación positiva entre la disponibilidad

de médicos familiares y el PIB per cápita, lo que, a su vez, se traduce en mejoras notables en indicadores “duros” (mortalidad cardiovascular, mortalidad de menores de cinco años, esperanza de vida, entre otros) de salud pública.

Si el análisis se limitase sólo a la relación entre PIB per cápita y número de médicos de familia, podría equivocadamente malinterpretarse que la disponibilidad de Médicos Familiares es un “bien de lujo”, es decir, sólo los países con mayor PIB y por tanto más ricos, pueden permitirse incrementar el número de médicos de familia. Sin embargo, esta relación no es lineal ya que a igualdad de PIB parece que una mayor disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar, se asocia con un aumento de la expectativa de vida y con una reducción de la tasa de anemia y de la mortalidad en menores de cinco años; de la mortalidad cardiovascular; de la mortalidad por accidentes de tránsito y de la mortalidad materna.

Como mencionado anteriormente, los resultados encontrados coinciden con los resultados obtenidos por B. Starfield y J. Macinko.⁴⁻⁶ en Estados Unidos (EUA). Demostraron que la dotación de médicos de atención primaria se asoció con mejores resultados de salud, en mortalidad por todas las causas, cáncer, enfermedad cardíaca, accidente cerebro vascular y mortalidad infantil. Esta relación se mantuvo con independencia del año (1980-1995) o del nivel de análisis (estado, condado, área estadística metropolitana). Los resultados combinados para la mortalidad por todas las causas sugieren que un aumento de un médico de atención primaria por cada 10.000 habitantes, se asoció con una reducción promedio de la mortalidad de 5.3 por ciento. Los mismos autores demostraron que también en Europa, el PIB y número de médicos de familia, se asoció de forma independiente, con reducciones en los años de vida potenciales perdidos y con la mortalidad por todas las causas.

Más recientemente, Chetty y cols.,¹¹ también en EUA, describen que añadir un médico de familia más por 1.000 habitantes (o 100 por 100.000) ajustados los factores sociodemográficos, características de hospital y tasas de mortalidad, reduce los ingresos por neumonía, infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardíaca un 7,5 y 8% respectivamente.

En cuanto a Europa, L. Vallejo¹² éste mismo año publica una investigación basada en el seguimiento de una cohorte de personas mayores de 50 años residentes en Inglaterra, que fueron entrevistados cada dos años. Los datos corresponden a los periodos 2004-2005; 2006-2007 y 2008-2009. A los indicadores socio demográficos añadieron 35 indicadores de calidad de procesos que correspondían a 13 condiciones médicas. Estos indicadores se eligieron en base a la prevalencia, posibilidad de prevención y/o tratamiento, importancia en ancianos, posibilidad de su medición y potencial de mejora de su calidad. Son indicadores clínicos muy comunes en atención primaria (hipertensión, diabetes, dislipemia,) a los que añadieron dos indicadores de recursos: densidad de médicos de familia: número de médicos de familia por 1.000 habitantes y distancia hasta el centro de salud. Concluyeron que una mayor densidad de médicos de familia se asociaba con la calidad de cuidados y la distancia hasta el médico de familia presenta una asociación negativa (a mayor distancia peores resultados). Estos efectos se concentraron en enfermedades cardiovasculares, osteoartritis, diabetes, incontinencia y problemas auditivos.¹²

En nuestro trabajo destaca una relación negativa muy intensa entre el GINI y la disponibilidad de médicos de familia. La relación del PIB y la salud, así como el índice de GINI u otros índices de desigualdades de ingresos, se ha analizado en muchas publicaciones, pero sin relacionarlos con el modelo de organización sanitaria de cada país o la dotación de determinados profesionales. Jutz¹³ compara la

situación en 42 países europeos y concluye que las desigualdades en los ingresos tienen más impacto en las desigualdades en salud que las políticas sociales. Bergqvist y cols.,¹⁴ encontraron que el gasto social y de salud se asocian con mejores niveles de salud y menores desigualdades, aunque llaman la atención sobre la importancia de las políticas sanitarias (al igual que otros autores)^{15,16} Un reciente trabajo realizado en por Christopher, EUA, evalúa el efecto del gasto de bolsillo en sobre la desigualdad de ingresos. Describe que, en 2014, el índice de GINI era 47.84 y subió a 49.21 después de deducir los desembolsos médicos. Este gasto de bolsillo redujo el ingreso medio del decil más pobre en un 47,6%, frente al 2,7% del decil más rico, empujando a 7,013 millones de personas a la pobreza.¹⁷ En Brasil, Boing¹⁸ analiza los gastos de bolsillo según la encuesta de gastos familiares de 2002-2003 y 2008-2009, utilizando el criterio de pobreza del Banco Mundial (ingreso per cápita por día por debajo de US \$ 2,34 en 2002-2003 y de US \$ 3,54 en 2008-2009). El aumento de pobreza en los años 2002-2003 fue de 2,6 puntos porcentuales (6,8%) y 2,3 puntos porcentuales (11,6%) para los años 2008-2009. Este incremento se produjo a expensas del gasto en medicamentos. En nuestro caso no se ha encontrado asociación entre número de médicos de familia y gasto de bolsillo. No corresponde en este trabajo profundizar en los determinantes de salud y la relación entre factores económicos, sociales y la salud, máxime cuando esta relación es extraordinariamente compleja y no depende de un solo factor.^{19,20}

El presente estudio presenta algunas limitaciones a ser llevadas en consideración:

1. La variabilidad existente entre los distintos países, tanto en indicadores económicos como sanitarios, dificulta la comparabilidad;
2. Los indicadores incluidos eran los disponibles para los 16 países y no ha sido posible incorporar otros determinantes sociales que quizá puedan explicar mejor las diferencias en los resultados en salud entre los países;
3. Es muy difícil medir el impacto de la medicina de familia en el sistema sanitario cuando muchos países de la región de Iberoamérica (CIMF), disponen de menos de 10 médicos de familia por 100.000 habitantes;
4. El objetivo del presente trabajo se limita a explorar en conjunto los indicadores de médicos familiares, económicos y sanitarios, para lo cual se han usado herramientas gráficas, identificando algunas posibles asociaciones, sin embargo considerando que se trata de indicadores a nivel nacional se requiere aplicar otras herramientas estadísticas que permitan cuantificar las asociaciones observadas en futuros estudios.

En la VII Cumbre de CIMF celebrada recientemente en Cali se concluía que aunque la disponibilidad de médicos era un indicador grosero puesto que no aporta información sobre desempeño, funciones, ni roles, los resultados ponían de manifiesto que los mejores resultados en salud se obtenían en los países con mayor disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar y mayor PIB per cápita por lo que recomendaban alcanzar la cifra mínima a corto plazo (9-10 años) de todos los países de la Confederación de 15 MF por 100.000 habitantes.

Para próximos estudios se sugiere incorporar otros indicadores que ayuden a analizar con mayor exactitud el papel de la medicina familiar en el sistema sanitario: cartera de servicios, capacidad de resolución, gasto sanitario en atención primaria versus otros niveles asistenciales, modelos organizativos de cada país.

Conclusiones

Las realidades socio sanitarias de los países de la región son diversas y con improntas políticas que impactan directa e indirectamente en la salud de las poblaciones. Mientras las relaciones entre indicadores económicos como el gasto de bolsillo y el porcentaje de PIB de inversión en salud con los indicadores de salud muestran tendencias poco claras, destaca la relación favorable entre la disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar y los resultados en salud sugiriendo que esta es una estrategia concreta, eficiente y al alcance de todos los países para convertir la inversión económica en resultados en salud.

La eficiencia clínica pasa por la maximización de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costes sociales posibles. El camino a la eficiencia social pasa por la efectividad clínica y eso parece estar íntimamente relacionado con el número y las características profesionales de la medicina de familia.

Debería ser motivo de reflexión en los círculos donde se debaten, establecen y evalúan las políticas y recursos del sector salud que la disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar es un marcador consistente y sensible de calidad, equidad y eficiencia de los sistemas de salud.

Son necesarios más estudios, adecuadamente diseñados y con indicadores más precisos y homogéneos que permitan profundizar en el análisis de en lo que pueden aportar los especialistas de medicina familiar a la eficiencia de los servicios sanitarios y a la mejora de la salud de los ciudadanos.

Referencias

1. Sistemas de Salud: principios para una atención integrada. En Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. Organización Mundial de la Salud; Ginebra. 2003. p. 115-146.
2. Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2015, 385(9974): 1230-1247. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
3. Puig Junoy J, Pinto Prades JL, Ortún Rubio V. El análisis coste-beneficio en sanidad. *Aten Primaria* 2001; 27(6):422-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78825-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78825-7)
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005; 83(3):457-502. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
5. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv.* 2007;37(1):111-26. <http://dx.doi.org/10.2190/3431-G6T7-37M8-P224>
6. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Serv Res.* 2003; 38(3):831-865. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
7. Organization for Economic Co-Operation and Development. OECD-STAT[Internet]. Consultado 20 febrero 2018. Disponible en: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#.
8. The World Bank [Internet]. Consultado 27 febrero 2018. Disponible <https://data.worldbank.org/>
9. Szwarcwald C L. On the World Health Organization's measurement of health inequalities. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56(3):177-182.
10. R Development Core Team (2011), R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria: The R Foundation for Statistical Computing. ISBN: 3-900051-07-0. Acceso 18 enero 2018. Disponible en <http://www.R-project.org/>.
11. Chetty VK; Culpepper L, Phillips RL, Rankin J, Xieral I, Finnegan S et al. FPs Lower Hospital Readmission Rates and Costs. *Am Fam Physician.* 2011;83(9):1054.
12. Vallejo-Torres L. Morris S. Primary care supply and quality of care in England. *Eur J Health Econ.* 2018;19(4):499-519. <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-017-0898-2>

13. Jutz R. The role of income inequality and social policies on income-related health in equalities in Europe. *Int J Equity Health*. 2015 ;14:117. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0247-y>
14. Bergqvist K, Yngwe MA, Lundberg O. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities – an analytical review. *BMC Public Health*. 2013; 13:1234. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1234>
15. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med*. 2001; 52(3):481-91. *Sociol Health Illn*. 2011;33(6):946-64.
16. Muntaner C, Borrell C, Ng E, Chung H, Espelt A, Rodriguez-Sanz M, et al. Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociol Health Illn* 2011;33(6): 946-64. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01339.x>
17. Christopher AS, Himmelstein DU, Woolhandler S, McCormick D. The Effects of Household Medical Expenditures on Income Inequality in the United States. *Am J Public Health* 2018; 108 (3):351-354. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2017.304213>
18. Boing AC, Bertoldi AD, Posenato LG, Peres KG. La influencia de los gastos de salud en el empobrecimiento de los hogares en Brasil. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(5):797-807. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005113>
19. Hu Y, van Lenthe FJ, Mackenbach JP. Income inequality, life expectancy and cause-specific mortality in 43 European countries, 1987–2008: a fixed effects study. *Eur J Epidemiol* 2015; 30(8):615-625. <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-015-0066-x>
20. Paykani T, Rafiey H, Sajjadi H. A fuzzy set qualitative comparative analysis of 131 countries: which configuration of the structural conditions can explain health better? *Int J Equity Health*. 2018; 17(1):10.

La Medicina Familiar y Comunitaria como fuente de cuidados de Salud Mental

Family and Community Medicine as source of Mental Health Care

Medicina Familiar e Comunitária como fonte de cuidados em Saúde Mental

Grupo de Trabajo:

Amanda Astudillo (Colombia), Alfonso Avila (Colombia), Garibaldi Baldovino (Colombia); Virginia Cardozo (Uruguay), Ximena Cruz (Bolivia), Carmen Daza (Colombia), Sonia De La Portilla (Colombia), José Ignacio Díaz (Colombia), Ysabel Díaz (Rep. Dominicana); Giuliano Dimarzio (Brasil), Elizabeth Escobar (Colombia), Margarita García (Colombia), Luz Girón (Colombia), Carlos Guevara (Colombia), Melissa Gutiérrez (Colombia), Jakeline Jolkh (Colombia), Fátima González (Paraguay), Carlos Guevara (Colombia), Giuliano Dimarzio (Brasil), Mauricio Molina (Colombia), Marta A. Mejía (Venezuela), Alvaro Pérez (Colombia), Marcela Pérez (Chile), Olga Polo (Perú), Lina Quintero (Colombia), Katherine Rocha (Colombia), Diana Rodríguez (Colombia), Julieth Salazar (Colombia), Martha Sánchez (Bolivia), Mónica Sánchez (Colombia), Gladys Sandoval (Paraguay), Heyder Satizabal (Colombia), Melba Vásquez (Costa Rica), José Manuel Vivas (Colombia), Vilma Velásquez (Colombia).

Macarena Moral López^a

Diana Yuruhán Mohrbach^b

Carmen Ruiz Puyana^c

Maria Inez Padula Anderson^d

Paula Andrea Carmona Mejía^e

Sandra Fortes^f

José Rubén Quiroz^g

María Luisa Vera González^h

^a Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF/WONCA); Sociedad Chilena de Medicina Familiar (SOCHIMEF). Chile. moralmacarena@hotmail.com (Autora correspondiente)

^b Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción" (UC); Universidad del Norte (UN); Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar (SPMF). Paraguay. dyuruhan@hotmail.es

^c Universidad Militar Nueva Granada (UMNG); Universidad El Bosque (UEB); Hospital Militar Central; Sociedad Colombiana Medicina Familiar (SOCMEF). Colombia. cruizpuyana@gmail.com

^d Facultad de Ciencias Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@gmail.com

^e Universidad de La Coruña (UDC); Sociedad Chilena de Medicina Familiar (SOCHIMEF). España. pa.carmona@hotmail.com

^f Facultad de Ciencias Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Guía de Intervención del Mental Health Gap, Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS). Brasil. sandrafortes@gmail.com

^g Instituto de la Familia Asociación Civil (IFAC). México. joserubenquiroz@gmail.com

^h Caja Nacional de Salud (CNS). Bolivia. maluverag@gmail.com

Resumen

En la Séptima Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, Cali – Colombia 2018, el grupo de trabajo Salud Mental (SM) reflexionó sobre como la Medicina Familiar (MF) puede actuar para apoyar a las personas que enfrentan situaciones de estrés frente a la vida diaria, conflictos (armados/no armados), emergencias y desastres naturales. Estudio descriptivo de corte transversal basado en una encuesta de 42 preguntas a 99 profesionales sanitarios iberoamericanos provenientes de 15 países, 98 médicos y 1 psicólogo, 8% residentes de MF, 85% especialistas en MF, 4% médicos generales, 2% psiquiatras y 1% internista. El 47% de los médicos percibe como buena la capacidad de los médicos de familia en el abordaje de la SM. En cuanto a los problemas de SM observados, 30% indica Trastorno de Ansiedad, 27% depresión, 17% insomnio, 10% alcoholismo, 7% adicción a drogas ilícitas, 5% trastornos alimentarios y 4% trastorno de estrés postraumático. En este contexto se realizaron las recomendaciones para la Carta de Cali que consideran la formación en SM necesaria para los Médicos Familiares, con estrategias de autocuidado costo efectivas, mediante el fortalecimiento del trabajo comunitario. El cuerpo docente de las residencias de MF debe hacerse cargo de acciones tendientes al autocuidado de los alumnos, propendiendo a facilitar el proceso de aprendizaje y la preparación para ejercer la profesión en un medio tan complejo como son los centros del primer nivel de atención o en cualquier contexto en el que se trabaje con la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria; Salud Mental; Emergencias; Desastres

Cómo citar: Moral M, Yuruhán D, Ruiz C, Anderson MIP, Carmona PA, Fortes S, et al. La Medicina Familiar y Comunitaria como fuente de cuidados de Salud Mental. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(Suppl 1):54-68. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(1\)1856](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(1)1856)

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:

no aplicable.

Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 25/07/2018.

Aceptado el: 27/08/2018.

Abstract

During the Seventh Iberoamerican Summit of Family Medicine, Cali Colombia 2018, the Mental Health (MH) working group reflected on how Family Medicine (FM) can act to support people facing stressful situations in daily life as well as in conflicts (armed/unarmed), emergencies and natural disasters. Descriptive cross-sectional study, based on a survey of 42 questions to 99 Iberoamerican health professionals from 15 countries; 98 physicians and 1 psychologist. 8% residents of family medicine, 85% family physicians (FP), 4% general doctors, 2% psychiatrists and 1% internists. 47% of physicians perceive as good the ability of FP in the approach to MH. Concerning the MH problems observed, 30% where anxiety disorder, 27% depression, 17% insomnia, 10% alcoholism, 7% illicit drug abuse, 5% eating disorders and 4% post-traumatic stress disorder. With such results, recommendations for the Cali Declaration consider the necessary MH training for Family physicians, with cost-effective self-care strategies through strengthening community work. The teachers of FP must take actions tending to the self-care of their students, to facilitate the learning process and the preparation to practice the profession in such a complex environment as the Primary Care (PC) centers or in any place based on PC strategy.

Keywords: Family Practice; Mental Health; Emergencies; Disasters

Resumo

Na Sétima Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar, Cali – Colombia 2018, o grupo de trabalho Saúde Mental (SM) refletiu sobre como a Medicina de Família (MF) pode atuar em para apoiar a saúde integral das pessoas que enfrentam situações de estresse na vida diária, como conflitos armados/desarmados, emergências e desastres naturais. Estudo descritivo transversal com base em um levantamento de 42 perguntas a 99 profissionais de saúde ibero-americanos provenientes de 15 países; 98 médicos e 1 psicólogo. 8% de residentes de MF, 85% de especialistas em MF, 4% de clínicos gerais, 2% de psiquiatras e 1% de internistas. 47% dos médicos percebem como boa a capacidade dos médicos de família na abordagem da SM. Em relação aos problemas SM, 30% indicam Transtorno de Ansiedade, 27% de depressão, 17% de insônia, 10% de alcoolismo, 7% de dependência de drogas ilícitas, 5% de transtornos alimentares e 4% de transtorno de estresse pós-traumático. Neste contexto, foram feitas recomendações para a Carta de Cali que consideram o treinamento de SM necessário para médicos de família, com estratégias de autocuidado custo-efetivas através do fortalecimento do trabalho comunitário. O corpo docente das residências de MF deve se encarregar de ações que promovam o autocuidado dos alunos, visando facilitar o processo de aprendizagem e o preparo para a prática da profissão em um ambiente tão complexo como os centros de Atenção Primária à Saúde (APS) ou em qualquer contexto em que se trabalhe com a estratégia APS.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Saúde Mental; Emergências; Desastres

Introducción

La Séptima Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, Cali Colombia 2018, a través del grupo que tuvo como lema “La Medicina Familiar y Comunitaria como fuente de cuidados de Salud Mental”, nos dio la oportunidad de reflexionar sobre el cómo la medicina familiar puede y debe actuar en relación a la problemática de Salud Mental (SM), buscando aportes concretos conforme al lema central de la cumbre: “Medicina Familiar y Políticas Públicas en territorios de equidad y paz”.

En el resumen ejecutivo sobre Prevención del Suicidio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2014, se plantea que más de 800.000 personas se suicidan al año y que por cada persona que se suicida habría al menos otras 20 personas que han intentado suicidarse. Es además la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años.¹ Habría entonces cada año 16 millones de personas en riesgo vital por intento suicida por patologías de Salud Mental en el mundo. Por otro lado, el principal factor de riesgo frente al suicidio es un intento suicida previo, por lo que esas 16 millones de personas tienen potencialmente un riesgo de muerte mayor que el común de la población.

Las causas son múltiples y relacionadas con crisis que determinan una disminución de la capacidad para afrontar las tensiones de la vida tanto aquellas de la cotidianidad (problemas financieros, rupturas de relaciones, dolores y enfermedades crónicas, etc.), como las de situaciones más complejas: las emergencias y los desastres¹ tanto naturales (inundaciones, terremotos, tsunamis, etc.) como antrópicos² (conflictos políticos y/o armados, incendios, etc.).

Incluso se ha acuñado el término *tsunami de la salud mental*³, en el contexto del desarrollo de los niños y adolescentes que son víctimas de violencia física o sexual grave, que inician carreras delictuales alrededor de los 13 años dependiendo de los países y que aumentan progresivamente el consumo de drogas y alcohol. Una amenaza latente para el futuro de nuestras naciones.

Por la forma de vida y las situaciones creadas o no por el ser humano, se está produciendo un contexto en el que un número importante de personas es potencialmente incapaz de afrontar las dificultades de la vida diaria y determina una mayor incapacidad para enfrentar las dificultades inherentes a emergencias y desastres, en particular las antrópicas, que son aquellas en las que el ser humano es la causa directa; y en especial, las determinadas por conflictos políticos, armados o no armados.

Si bien toda la información anterior pudiera parecer apocalíptica, el informe de la OMS de 2013: "Volver a construir mejor"⁴ plantea como paradoja que las emergencias son una oportunidad para volver a construir mejor el sistema de atención en SM, sin importar lo débil que haya sido el sistema antes de la emergencia ni la gravedad de la misma. Se comenta que las emergencias y los desastres, naturales o antrópicos pueden dar lugar a situaciones donde la SM requiere especial consideración debido a tres problemas comunes:

- aumento de las tasas de problemas de SM,
- la debilidad de la infraestructura de SM y
- las dificultades que se generan en la coordinación de los organismos que proveen servicios en el área de la SM.

En estas situaciones, la prevalencia de la depresión y de los trastornos por estrés postraumático aumenta sustancialmente. Se produce también un aumento de la vulnerabilidad y las necesidades de las personas que ya tenían trastornos mentales graves como esquizofrenia, trastorno bipolar, ansiedad y dependencia a alcohol y drogas.

Como resultado de las emergencias y desastres puede debilitarse la infraestructura de atención en SM. Hay mayor necesidad de servicios y los mismos trabajadores de la salud pueden ser víctimas de la emergencia, en muchos casos necesitan cuidar de sus propias familias o amigos antes de cumplir con sus deberes profesionales. Esto puede llevar consigo una escasez de trabajadores de salud calificados.

En emergencias mayores con inicio agudo pueden crearse situaciones caóticas por la aparición de múltiples agencias de apoyo. Frente a este gran impulso inicial de organizaciones de todo tipo, gubernamentales y no gubernamentales debe ponerse especial hincapié en la coordinación de la oferta de servicios. El rol fundamental de la ayuda humanitaria es fortalecer las estructuras públicas, logrando así coordinar las acciones y la sostenibilidad a largo plazo de la estructura funcional de los servicios de salud.⁵ La importancia de la sostenibilidad a largo plazo radica en que no sólo se logra un mejor estado de salud general, sino que también mayor educación, mayor productividad y mejores relaciones interpersonales, y por ende una mejor calidad de vida. Con este actuar no sólo se beneficia la SM de las personas, sino que también el funcionamiento general del país afectado y la resiliencia de la sociedad que es capaz de recuperarse de una situación de emergencia. Las acciones en el marco de la recuperación temprana sientan las bases para una mentalidad a largo plazo.

La atención en SM debe centrarse en los servicios que son accesibles a la comunidad. En el mencionado informe de la OMS se plantea que la descentralización de los sistemas de SM hacia sistemas

de cuidados basados en la comunidad es una estrategia fundamental. En especial para hacer frente a situaciones de emergencias y desastres. Es necesario para la recuperación temprana, que las directrices de los organismos a cargo generen estándares basados en el consenso entre los servicios de salud y la comunidad. La comunidad debe constituirse en actor estratégico. Es importante destacar que la mayor inversión debe realizarse en las personas, comunidad y trabajadores de la salud, más que en infraestructura.

Se debe fortalecer y expandir la atención en SM basada en la comunidad, debe redefinirse el actuar de los centros hospitalarios psiquiátricos de larga estadía, considerando incluso disminuir su tamaño. Ningún nivel de servicio, de primario a secundario y terciario, puede cumplir todas las necesidades de salud mental, es necesario buscar la combinación adecuada entre todos ellos. El autocuidado, el cuidado informal de la comunidad y la atención primaria en SM son la base del modelo piramidal de cuidados. Es a este nivel donde debieran coordinarse la mayor parte de ellos. Para aquellos que requieren servicios más intensivos en algún momento de su vida, el nivel secundario debiera proveer de atención ambulatoria e internación de corta estadía. Entendiendo al nivel secundario como centros comunitarios de salud mental y hospitales generales. Sólo una fracción muy pequeña de las personas con problemas severos de SM necesita hospitalizaciones de larga estadía, considerando un nivel terciario, pero sin que por ello se considere estructurar hospitales psiquiátricos de estadía permanente. La meta es siempre lograr atención y control ambulatorio. En todos los niveles, el modelo enfatiza que las personas con problemas de SM deben participar en la autogestión de sus condiciones.⁵

En este contexto general un informe del 2017 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) sobre la SM⁵ plantea que se debe promover e invertir en la introducción de programas que promuevan la buena salud mental y la prevención de enfermedad mental. El establecer acciones que prevengan la depresión y la ansiedad conlleva beneficios económicos para las familias, mientras que ciertas intervenciones en el lugar de trabajo pueden reducir en más de un tercio el costo de la baja productividad. Se observa, sin embargo, un compromiso gubernamental desigual entre la promoción de la salud mental y otras patologías en los sistemas de salud, con tendencia a inclinarse hacia las últimas, como son por ejemplo el fuerte foco en la promoción de patologías cardiovasculares.

El documento de la OECD realiza varias recomendaciones para los gobiernos de los países, entre ellas:

- Implementar programas integrados de salud mental, herramientas de aplicación y política laboral;
- Priorizar el bienestar mental de los ciudadanos de todas las edades. Para algunos países esto puede demandar actividades a lo largo de la vida del individuo y para otros implicará promover esfuerzos enfocados a grupos particulares como ancianos o desempleados. Se puede realizar mediante un enfoque escalonado de la acción haciendo uso de nuevas oportunidades, como son por ejemplo los sistemas informáticos en línea.
- Desarrollar y respaldar una estrategia permanentemente actualizada y exhaustiva para promocionar la SM a lo largo de la vida. Basada en la mejor evidencia de la efectividad de las intervenciones con foco en el contexto local.
- Monitorizar y evaluar en forma permanente la efectividad de lo implementado, de modo tal que permita realizar cálculos estimativos del retorno económico de lo invertido en actividades de promoción y prevención. Esto puede mejorar la comprensión del costo/efectividad de las

inversiones orientadas a mejorar la SM de las personas, favoreciendo que otros actores, externos al sector de la provisión de atención de salud, visualicen mejor el retorno económico de ésta inversión, impulsándolos a invertir y participar en la realización de actividades de promoción y prevención.

- Establecer redes de colaboración intersectorial, reconociendo su importancia más allá de los sistemas de cuidado de la salud y de la SM, involucrando en la promoción y prevención en SM a otros sectores interesados incluyendo asistencia social, sistemas educativos y lugares de trabajo.

En el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2013) sobre los sistemas de SM en América Latina y El Caribe⁶ se refleja la importancia de abarcar los trastornos mentales y neurológicos desde el ámbito de la Atención Primaria en Salud (APS), ya que representan casi la cuarta parte de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe. “Un sistema de salud mental eficiente es vital tanto para poder ofrecer una respuesta apropiada y reducir esa carga que se traduce en morbilidad, mortalidad y discapacidad, como para cerrar la alta brecha de personas enfermas que no están recibiendo ningún tipo de tratamiento”.⁷

Se desarrolla la evaluación de los sistemas de atención en SM desde la relevancia de su reestructuración. En el informe se reconoce que en América del Sur, América Central, México y el Caribe latino, la formación en pregrado de medicina y enfermería, además de las capacitaciones en el ambiente laboral en APS, relacionadas con la dedicación y carga horaria con respecto a la salud mental, son bajas en general, siendo la capacitación en servicio levemente mejor en América del Sur.

La formación y capacitación en servicios de APS son al menos insatisfactorias, no permiten dar respuesta adecuada a la problemática de SM. Son insuficientes para mejorar la capacidad de resolver frente a la demanda de atención por problemas psicosociales y de SM. La integración de la SM en los servicios de APS por lo general es limitada. Esto restringe considerablemente la capacidad de la APS para cumplir con las funciones en relación a la SM y el nivel de resolutivez que se le confía en el contexto de un modelo comunitario de salud mental.

Según éste informe la disponibilidad de protocolos de evaluación y tratamiento es muy dispar, de casi inexistente a no necesariamente disponibles o conocidos según la región. Se suma además la escasa interacción y limitada integración, a veces por falta de información, de los profesionales de APS con profesionales especializados en SM y con agentes del sistema alternativo de atención (medicina complementaria integrativa).

Respecto del plan terapéutico a instaurar a las personas que consultan en APS por problemáticas de SM, como plantea el documento, es evidente que el acceso a los psicofármacos es una condición necesaria para que pueda cumplir la función de atenderlas apropiadamente. En ese contexto se informa que los medicamentos sí están disponibles, aunque, en muchos casos, de manera parcial.

En cuanto a los recursos humanos los datos muestran la escasez de los mismos y la desigual distribución en los países, con una marcada variabilidad entre las subregiones.

Es importante hacer mención de los factores que limitan el acceso a la salud mental son entre otros:

- la distribución entre el sistema privado y público de los profesionales capacitados en SM, muchas veces en desmedro del sistema público, donde se concentra a la mayor parte de la población,

- el desequilibrio en la distribución del personal capacitado en SM con tendencia hacia mayor cantidad en los hospitales psiquiátricos, con excepción de América del Sur en la que se está iniciando una tendencia a la existencia de mayor cantidad de personal capacitado en centros de atención ambulatoria intermedia, pero sin que exista aún una tendencia comparable en la APS,
- una distribución desigual de los psicofármacos disponibles, y
- una distribución desigual geográfica del personal capacitado, en que la mayoría se concentra en las ciudades y en especial en las capitales de los países de la región.

Otro aspecto fundamental en el desarrollo de estrategias para la intervención en patologías de SM es el rol de la sociedad civil – comunidad, asociaciones de usuarios y familiares. Si bien el documento de la OMS sobre la región plantea que por el momento es muy limitado e incluso inexistente (no participa ni en la discusión ni en la toma de decisiones respecto de la prestación de servicios de salud mental), otros documentos revisados en éste análisis destacan la importancia de la participación de las comunidades, en especial en situaciones de emergencia y desastres. Quizás entonces falta desarrollar dispositivos que permitan la participación de los usuarios en contextos habituales, ya que en situaciones de emergencias y desastres, la comunidad adquiere un rol espontáneo y vital.

Frente al rol espontáneo y vital de la sociedad civil es que surge la necesidad de generar estrategias fáciles de implementar para el manejo de problemas y enfermedades de SM, tanto en el diario vivir como en situaciones de emergencias y desastres. Es así como se desarrollan estrategias como el “Programa de Acción para superar las Brechas en SM: mhGAP” (por sus siglas en inglés: mental health Gap Action Program). Este programa fue lanzado en el 2008 por la OMS como una forma de enfrentar el gran desafío de desarrollar estrategias de bajo costo, accesibles a la población, en especial de países de ingresos bajos a medios y en particular en situaciones de emergencias humanitarias. Es así que surgen diferentes guías y programas de fácil implementación y accesibles a personas sin entrenamiento formal o con recomendaciones muy específicas del entrenamiento requerido.

Existen por tanto guías clínicas para profesionales de la salud que permiten un apoyo rápido y eficaz en situaciones humanitarias. Una de ellas, es la Guía de Intervención Humanitaria mhGAP (GIH – mhGAP).⁸ Se trata de una guía clínica básica sobre los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias dirigida a los trabajadores del área de la salud: médicos generales, enfermeras, parteras y auxiliares clínicos, así como médicos con especialidades ajenas a la psiquiatría o la neurología que trabajan en servicios no especializados, en particular para los países de ingresos bajos y medianos. Contiene consejos para los directores de servicios clínicos respecto de principios generales de atención aplicables a las emergencias humanitarias, relevando la importancia del apoyo multisectorial.

Plantea los siguientes principios generales de la atención a personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en emergencias humanitarias:

1. **Principio de la comunicación:** Se pondera la comunicación directa, concisa, respetuosa confidencial, con escucha activa, incluyente para el paciente, y, si es necesario, con intérpretes capacitados.
2. **Principio de evaluación:** Se da importancia a la plena identificación del trastorno mental, neurológico o uso de sustancias y a la interpretación que le da el paciente a su problema de salud. Debe haber un interrogatorio que incluya antecedentes familiares, antecedentes de la persona,

estrategias utilizadas para la resolución del problema y el apoyo social con el que cuenta. Se aconseja hacer preguntas sobre el suicidio de manera sensible.

3. **Principio para el manejo:** La capacitación y el entendimiento del manejo que tendrá el paciente por parte de los cuidadores.
4. **Principio de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social:** Fundamental es la reducción del estrés que puedan presentar el paciente o sus cuidadores. Se recomienda el uso de la Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes, además de ejercicios de relajamiento con técnicas de respiración.
5. **Principio de protección de los derechos humanos:** Proteger los derechos de las personas con afecciones mentales o neurológicas e integrarlas a la comunidad.
6. **Principio de la atención al bienestar general:** Ayudar a las personas afectadas al acceso sin peligro a los servicios que necesiten para sobrevivir, llevar una vida digna y velar por la salud física general.

Orienta sobre los síntomas y signos del estrés agudo y postraumático, el duelo, la depresión mayor, la psicosis, la epilepsia, la adicción al alcohol y otros trastornos emocionales; mencionando los puntos importantes para la evaluación del cuadro clínico; y especifica un plan de manejo básico que incluye las intervenciones farmacológicas y las psicosociales.

Existen además programas de consejería breve orientada a problemas, de fácil implementación por profesionales de la salud no especializados en SM. Es el caso del Programa de Manejo de Problemas “Plus” – Ayuda, para adultos afectados por la angustia en comunidades expuestas a la adversidad, dentro del programa mhGAP ya descrito; programa conocido con las siglas PM+.⁹

La estrategia PM+ requiere que los profesionales tengan habilidades de ayuda básica, con foco en la comunicación y en el construir una relación con las personas que van a atender. Los Médicos de Familia, especialmente aquellos formados en el abordaje centrado en el paciente y en las habilidades comunicacionales, están especialmente preparados para ello. Por otra parte, el PM +, ayuda a mejorar las habilidades para tratar pacientes que han tenido que enfrentar situaciones vitales complejas.

Las intervenciones o estrategias conductuales consideradas son:

1. **MANEJO DEL ESTRÉS:** se utiliza la estrategia de respiración lenta, la más apropiada en la mayoría de las situaciones que producen ansiedad y estrés. Se puede combinar con métodos de relajación localizada cuando la situación es percibida como más compleja. Esta intervención conductual es introducida desde el inicio en el PM+ y debiera ser practicada al término de cada sesión.
2. **MANEJO DE LOS PROBLEMAS:** en situaciones en las que las personas se enfrentan a problemas prácticos (cesantía, conflictos familiares, etc.). El profesional y el usuario trabajarán en conjunto para considerar soluciones posibles al problema que más preocupa a la persona. Pueden plantear en conjunto soluciones para la resolución del problema y generar una estrategia para llevar a cabo las soluciones.
3. **PONERSE EN MARCHA, MANTENERSE ACTIVO:** el objetivo es recuperar y mantener el nivel de actividad, lo que tiene un impacto inmediato en el humor, ya que las personas con depresión con frecuencia dejan de hacer sus actividades usuales.

- 4. FORTALECIMIENTO DEL APOYO SOCIAL:** los individuos con problemas emocionales pueden aislarse de sus redes de apoyo tanto las personales como las organizacionales. Si las personas tienen una buena red de apoyo social y la usan con regularidad, puede que todo lo que se necesite es alentarlas a continuar haciéndolo. En el caso de las personas que no las tienen, puede que tome más tiempo analizar el cómo pueden mejorar sus redes de apoyo social y se les debe ayudar a que desarrollen un plan para que reciban más apoyo social.
- 5. MANTENERSE BIEN Y MIRAR AL FUTURO:** de la misma manera que lo hacen las personas que se recuperan de heridas o enfermedades físicas, las personas con problemas o enfermedades mentales sufren “alzas” y “bajas” de sus emociones durante la recuperación. Es importante al finalizar las sesiones aclarar que el practicar las estrategias después de terminada la consejería es fundamental para mantenerse bien. En la eventualidad de que reaparezca una situación problemática que cause angustia, es probable que la persona sea capaz de responder utilizando estas estrategias.

Objetivo General

Analizar el rol del médico familiar en la Salud Mental en Iberoamérica con el fin de apoyar la salud integral de las personas que padecen trastornos a consecuencia de enfrentar situaciones de conflictos (armados o no armados), de emergencias y desastres naturales, así como los presentes en la cotidianidad de la vida.

Objetivos específicos

1. Identificar el rol del médico familiar en la detección y el abordaje de los trastornos prevalentes de Salud Mental, así como la capacidad de apoyar la detección de trastornos en la población afectada por conflictos armados y no armados y situaciones de emergencia y desastres naturales, en Iberoamérica.
2. Conocer el rol del Médico Familiar en la detección precoz de trastornos de salud mental en todas las situaciones de la vida y en especial el estrés post traumático en población del post-conflicto y emergencias y desastres.
3. Analizar la disponibilidad de Médicos Familiares y de recursos humanos en general en los países de Iberoamérica para el abordaje de la problemática de salud mental en la población a cargo.
4. Reconocer la capacidad de participación de Médicos de Familia en el desarrollo de estrategias para el abordaje de problemáticas que se generan en conflictos armados y no armados, emergencias y desastres naturales.
5. Identificar las fortalezas del modelo de atención integral, centrada en la persona, su familia y la comunidad, como una forma permanente de detección precoz y manejo de problemáticas de salud mental en la práctica clínica habitual de los Médicos de Familia.
6. Identificar las destrezas con las que cuenta el Médico de Familia para la prevención de problemas de salud mental, de acuerdo al ciclo vital individual y familiar.

Método

Estudio descriptivo de corte transversal, que recoge la opinión de diferentes profesionales de la salud en Iberoamérica sobre las capacidades propias y ajenas para abordar problemas de salud mental.

Para la recolección de la información, se diseñó una encuesta orientada por los objetivos del trabajo, que constó de 42 preguntas, 12 de identificación general (país, ciudad de residencia, edad, género, profesión, etc.), 21 preguntas cerradas y 9 abiertas, dirigidas a conocer la opinión, actitudes o experiencias, en relación a salud mental.

Para la validación del instrumento se realizó una prueba piloto que permitió la realización de correcciones por los autores principales del trabajo.

El link de la encuesta fue enviado vía correo electrónico a miembros de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, y se les solicitó que la promocionaran entre sus contactos.

Se estableció como criterio de inclusión que todos los encuestados fueran profesionales de la salud graduados o en formación de postgrado, excluyéndose los estudiantes en formación de pregrado.

Se obtuvieron 100 respuestas a la encuesta, de las cuales 99 cumplieron los criterios de inclusión y 1 no los cumplió por tratarse de 1 estudiante de pregrado en medicina. Las 99 restantes fueron respondidas por Médicos con o sin especialidad y 1 Psicólogo.

Al proceder al análisis de las respuestas de las 99 encuestas en 8 de ellas se suprimieron 2 preguntas al detectarse errores en la selección de las alternativas planteadas o **en la interpretación de** las preguntas abiertas. En esas preguntas el análisis se basó en 91 encuestas. El análisis final se basó en 99 encuestas, excepto en los ítems 16 y 17 donde se obtuvieron 91 respuestas.

Revisión Bibliográfica

Se realizó una revisión bibliográfica del tema de Salud Mental (SM) en situaciones de emergencias y desastres, naturales y antrópicas, y en contextos de la vida cotidiana, con búsqueda activa orientada a artículos que entreguen información global de SM (Regiones, Subregiones) y oriente hacia el manejo de problemas de SM.

El criterio de selección de la bibliografía fue fundamentalmente por la búsqueda de los últimos 10 años de informes de organizaciones de la salud y aportes de los mismos autores en relación a sus países de origen.

La revisión bibliográfica se realizó mediante la distribución de diferentes textos en grupos de interés. Se distribuyeron 18 documentos entre los 12 interesados en participar, solicitando que realizaran un resumen de los documentos que les habían sido asignados. Se obtuvieron 9 resúmenes de los documentos distribuidos de 7 participantes.

Presentación en Plenario de la Cumbre

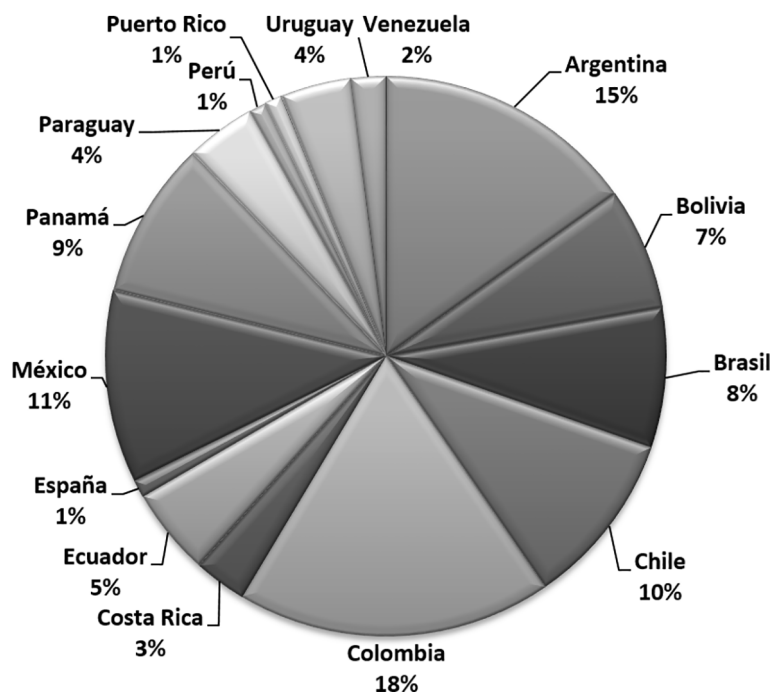
Se presentó en plenario en la Cumbre la temática de Salud Mental en Iberoamérica y las necesidades de abordaje, como una forma de introducir el tema para los el trabajo de grupo.

Trabajo de grupo

Durante el evento de la Cumbre se procedió al trabajo de grupo para establecer recomendaciones sobre la problemática de Salud Mental para la Carta de Cali. Inicialmente se hizo una presentación sobre la temática de Salud Mental. Luego los participantes se distribuyeron en grupos pequeños (5 a 6 personas como máximo) con preguntas claves respecto de los objetivos del presente trabajo. Específicamente se les indicó proponer tres recomendaciones para la Carta de Cali. Al finalizar se realizó un catastro de todas las recomendaciones, agrupándolas según calidad y acción en el área de la Salud Mental, para finalizar con tres recomendaciones construidas en base a las recomendaciones.

Resultados de la Encuesta

De las 99 encuestas admitidas en el estudio, se desprende que los encuestados provenían de 15 (75%) países que conforman la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), registrándose una abstención en el llenado del instrumento en 5 (25%) países de la región (Cuba, El Salvador, Nicaragua, Portugal y República Dominicana). La participación por país fue desigual (Gráfica 1), determinando un sesgo que se deberá considerar en futuros estudios.

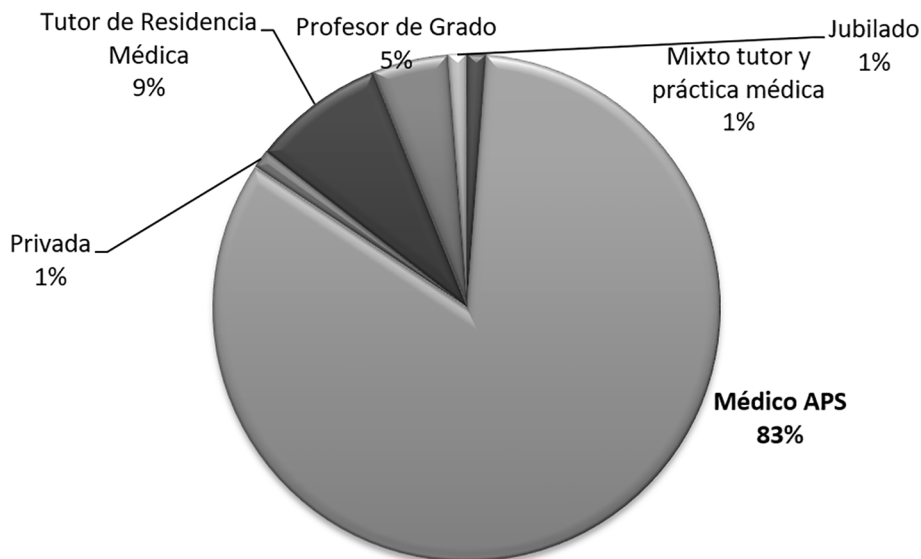


Gráfica 1. Representación (%) de los países en las respuestas a la encuesta (n=83).

En la distribución por sexo se encuentra un 58,6% mujeres y 41,4% hombres. Según la profesión, el 99% declaró ser médico y 1% psicólogo.

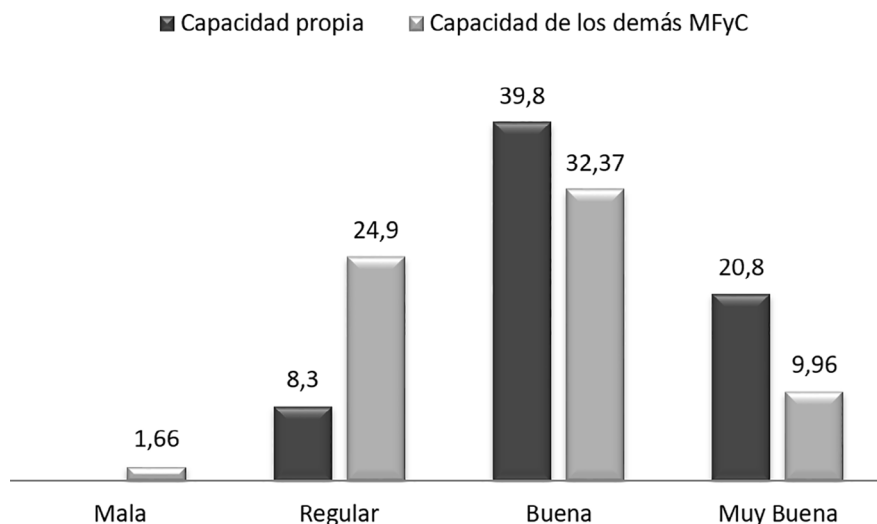
El 93% de los médicos señaló que estaban vinculados a la Medicina Familiar (MF), con un 8% de residentes, 85% especialista en MF cumpliendo residencia completa. 4% de médicos generales, 2% psiquiatra y 1% de medicina interna. De los médicos de familia, la mayoría (83%) trabaja como médico de atención primaria de la salud (entendida en el contexto de esta investigación como primer nivel de

atención), mientras que un 8% contestó que eran tutores de residentes de MF. Es necesario destacar, que la pregunta estuvo orientada a la labor principal que desempeñaban los médicos familiares, razón por la cual, no se puede inferir, si los que ejercen en atención primaria de la salud, también cumplen labores de tutoría de residentes (Gráfica 2).



Gráfica 2. Distribución (%) de los Médicos Familiares que han contestado la encuesta segundo el labor (n=83).

De los MF con formación de postgrado universitaria, descartando aquellos países en los que sólo respondió 1 persona, destaca que la mayoría de los MF que respondieron de Argentina (64%), Bolivia (71%) y Brasil (83%), opinaron que la capacidad de los MF para abordar problemas de SM es Regular. Por su parte, los MF de México respondieron 45,5% Regular y 45,5% Buena, con un 9% Mala. Los MF de países como Chile (100%), Colombia (86%), Costa Rica (100%), Ecuador (80%), Panamá (88%), Paraguay (67%), Uruguay (75%) y Venezuela (100%) declaran que la capacidad de los MF de su país es Buena y Muy buena. (Gráfica 3).



Gráfica 3. Comparación (%) entre la percepción de los Médicos Familiares respecto su propia capacidad en manejo de Salud Mental y la capacidad de los otros MF y (n=83). Fuente: Encuesta del Grupo de Trabajo

Al hablar de la propia capacidad para abordar problemáticas de Salud Mental, se observa una mejor percepción de sí mismos. Así se dan casos como por ejemplo, los MF de Argentina perciben que un 27% de sus colegas de MF tienen una buena y muy buena capacidad, y que ellos mismos tienen un 64% entre buena y muy buena capacidad. Así mismo, en Brasil, varía de 17% a 100% la autopercepción de calidad, mientras que en México fluctúa de un 45% a un 82% y Uruguay varía de un 75% a un 100%. Este cambio podría hacer pensar que son más estrictos respecto de los demás médicos de familia que de sí mismos, o que hay un sesgo por mayor interés respecto de la problemática de SM al responder la encuesta y que se saben con mayores capacidades que sus colegas. Una comparación porcentual entre la percepción de los MF acerca de su propia capacidad y la de sus colegas, puede ser vista en la Grafica 3.

Por otro lado, el único psicólogo que responde la encuesta es de Argentina y declara que la capacidad y el interés de los MF en la problemática de SM es regular, lo que coincide con la percepción de los médicos de Argentina, que en su mayoría (64,3%) consideran que es regular o mala. Sólo un 35,7% la considera como buena o muy buena. El interés sigue una tendencia similar, los encuestados declaran que el interés de los MF de su país es en su mayoría regular (78,6%)

El número de médicos generales (MG) sin especialidad que respondió la encuesta fue muy pequeño (2 de Chile, 1 de Panamá y 1 de Colombia). Sin embargo, se analiza ya que pudiera orientar en una tendencia sobre la percepción que tienen de los MF. Los MG de Colombia, Panamá y uno de Chile, indicaron que la capacidad de los MF era buena en la problemática de SM, el otro de Chile, la consideró regular, y al mismo tiempo también señaló como regular su propia capacidad. Los demás calificaron como muy buena su propia capacidad sin ser MF, en contraposición con su percepción de que la capacidad de los MF es buena. Destaca que dan como justificación de ésta diferencia su propio interés en el tema de SM y, por lo tanto, su interés en capacitarse. Por otra parte, uno de ellos plantea que la capacidad de los MF se debe al tipo de atención integral que proveen.

Respecto del interés en el tema de SM, los MG lo informan como bueno y muy bueno en un 100%, pero que no siempre lo pueden desarrollar por las limitaciones de tiempo de las consultas.

Los otros especialistas encuestados, 2 psiquiatras y 1 médico internista (MI), consideraron que la capacidad de los MF para detectar problemas de SM es buena. Respecto del interés de los MF en la detección y abordaje de los problemas de salud mental dicen que es bueno y muy bueno. El MI destaca que es por el conocimiento que tienen los MF de cómo los trastornos de SM inciden en la salud física. En relación a la pregunta sobre el abordaje de las personas que presentan problemas de SM en el nivel primario de atención, los tres eligen la respuesta: "Pienso que los médicos familiares son profesionales de gran relevancia porque los conceptos y herramientas de esta especialidad pueden traer nuevas miradas y posibilidades de intervención en los trastornos mentales". Sin embargo, cuando se amplía la revisión a todos los médicos, la dispersión de las respuestas y el responder a varias posibilidades a la vez, incluso contrapuestas, hace difícil observar un patrón en el resto de los médicos.

En cuanto a la frecuencia de los problemas de SM observados, de las respuestas válidas de los médicos, el 30% indica al Trastorno de Ansiedad como el más frecuente, le sigue la depresión con 27%, insomnio 17%, alcoholismo 10%, adicción a drogas ilícitas 7%, trastornos alimentarios 5% y trastorno de estrés postraumático (TEPT) 4%.

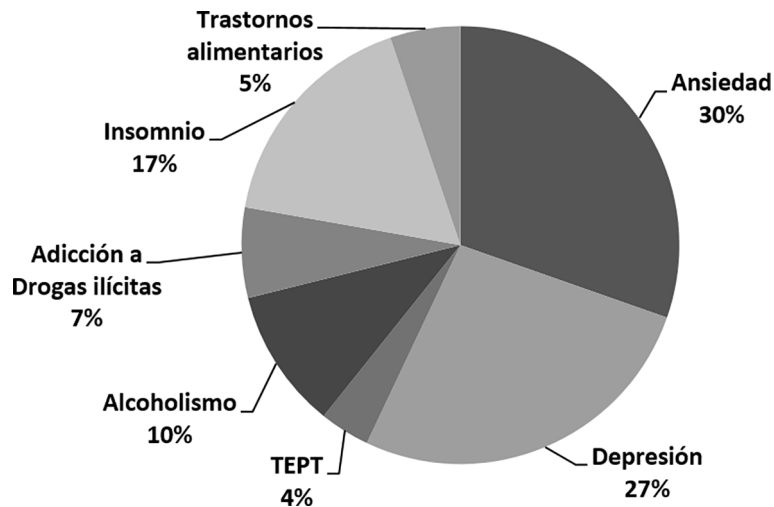


Gráfico 4. Frecuencia de los problemas de salud mental según la percepción de encuestados de Iberoamérica. Marzo 2018 (n 99).

En relación a la pregunta sobre ¿qué otras patologías podría incluir como frecuentes?, en los encuestados de varios países, aparece en un 12% la Esquizofrenia. Esto podría reflejar que los MF también están jugando un rol en el abordaje de los trastornos crónicos de SM, al igual que lo hacen por ejemplo en las enfermedades crónicas cardiovasculares. Incluso algunos lo justifican en el contexto de la cronicidad, incluyendo también como control de seguimiento al Trastorno Bipolar, al Trastorno por Déficit de Atención y otros.

Uno de los MF nos hace recordar que el Tabaquismo como cualquier adicción es un problema de SM. El no haberla incluido en el listado refleja la normalización de su uso, incluso entre nosotros los médicos.

En el mismo contexto un 5,5% nos hacen recordar que la violencia en las relaciones en general y el maltrato familiar no son infrecuentes.

En cuanto al rol del MF en los conflictos armados, un 31% plantea que tiene competencias específicas y un especial vínculo con la población, un 21% dice que tiene competencias adecuadas para formar parte del equipo, un 17% que existe la necesidad de mayor formación y un 2% plantea que no tienen ningún rol.

En cuanto al rol del MF en los desastres naturales hay una distribución muy similar a la de los conflictos armados. Un 41% dice que el MF tiene competencias específicas y vínculo con la población, un 30% que tiene competencias adecuadas para formar parte del equipo, un 24% que es necesaria mayor capacitación, un 4% que no es su rol y 1% no lo sabe.

En cuanto a las Fortalezas que tiene el MF para actuar en dichas situaciones, se expresan: integralidad, longitudinalidad y enfoque familiar, en el contexto de la continuidad de la atención, la cercanía con la comunidad - física y afectiva - y la formación adecuada, aunque se plantea que siempre se necesita más.

En cuanto a las Barreras, hay un claro desconocimiento de la participación en políticas públicas. Un 60% no sabe o cree que los MF no participamos en definiciones de políticas públicas respecto de la Salud Mental de las personas. Un 65% no sabe o no cree que participemos en el desarrollo de estrategias de capacitación y protocolos de abordaje de problemas de Salud Mental.

Resultados del Trabajo de Grupo

Durante el proceso de trabajo de grupo se generaron varias inquietudes respecto a la salud mental de los equipos de salud. Así mismo, surgió una marcada preocupación por la SM de los residentes de Medicina Familiar, resaltando que durante su formación, los tutores de MF deberían proporcionar las herramientas necesarias para que los futuros Médicos Familiares desarrollen las capacidades de autocuidado, y que además, les permita implementar y fortalecer la atención de SM en los centros en los que trabajen.

Por otra parte, el grupo manifestó que se debe garantizar la salud mental de los prestadores de servicios, entre ellos los MF, garantizando un espacio de descarga emocional y salarios dignos.

También se consideró prioritario que los MF participen en la creación de protocolos de intervención en equipo, que especifiquen los alcances y el límite de cada intervención. Para ello se debe fortalecer la capacitación sobre SM, para trabajar en la prevención en SM y realizar un diagnóstico precoz cuando es necesario. Estructurando además capacitaciones en intervenciones comunitarias en SM, para desarrollar la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad y fortalecimiento de las redes de apoyo.

Se destacó además, la importancia de desarrollar competencias específicas de acuerdo al perfil epidemiológico de cada país. Orientando el quehacer del MF a generar el más alto impacto en la salud de la población.

Conclusión

Dada la alta prevalencia e incidencia de la problemática de SM y el influjo que tienen en el desarrollo de las personas, las familias y las comunidades, los MF debemos incorporar en nuestro diario quehacer, en la mirada integral, preguntas orientadas a conocer situaciones del área emocional. En cada atención, sea cual sea el motivo de ella, debemos preguntar respecto del ámbito de salud mental, no sólo “¿Cómo está usted, cómo le va?”. Debemos preguntar específicamente cómo está su ánimo, ha tenido algún problema emocional en el último tiempo. Debemos recordar siempre que las personas no consultan por problemas del ámbito mental. No sólo por el estigma que aún persiste en el mundo respecto de éste tipo de problema, sino por la misma condición del problema de salud mental.

Está entonces el **desafío**, que es al mismo tiempo una **oportunidad**, de visibilizar a la Medicina Familiar como una especialidad que puede y debe abordar la problemática de Salud Mental por su formación y la cercanía con la población a cargo en sus territorios.

En este contexto se realizan las siguientes recomendaciones para ser incluidas en la Carta de Cali:
En este contexto se realizan las siguientes recomendaciones para ser incluidas en la Carta de Cali:

1. Incorporar y/o fortalecer, según sea el caso, la formación en salud mental y comunitaria necesaria para los espacios de atención en los que se desenvuelven los médicos de familia, sin considerar las situaciones vitales como algo patológico, con el desarrollo de estrategias de autocuidado de las personas, sustentables tanto en el tiempo como en la capacidad financiera de los países de Iberoamérica; con el fin de desarrollar la capacidad de enfrentar situaciones estresantes de la vida diaria, que permitan desarrollar fortalezas para situaciones de emergencias y desastres.
2. Fortalecer y empoderar el trabajo comunitario con el fin de que sea la propia comunidad empoderada quien establezca redes de apoyo en problemáticas de salud mental y esté preparada

en conjunto para enfrentar situaciones de la vida diaria y le permita desarrollar acciones inmediatas en situaciones de emergencias y desastres naturales o no.

3. Priorizar estrategias de autocuidado costo efectivas y orientadas a herramientas de desarrollo personal y de las familias, incluidos los equipos de salud, y los profesores, tutores de Medicina Familiar. De modo tal que se establezcan relaciones virtuosas orientadas a un trato cordial y constructivo. El cuerpo docente de las residencias de MF debe hacerse cargo de acciones tendientes al autocuidado de los alumnos, propendiendo a facilitar el proceso de aprendizaje y la preparación para ejercer la profesión en un medio tan complejo como son los centros de Atención Primaria de Salud o en cualquier contexto en el que se trabaje con la estrategia de APS.

Referencias

1. Resumen Ejecutivo Prevención del Suicidio OMS-OPS Nota descriptiva Enero 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
2. Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres: JICA (Agencia de Cooperación Internacional del Japón) – Ministerio de Salud Chile, 2015: Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Manual-para-la-protecci%C3%B3n-y-cuidado-de-la-Salud-Mental-en-situaciones-de-Emergencias-y-Desastres.pdf>
3. Mario Waissbluth, El Tsunami de la Patología Mental En Chile, Reflexiones de Valor Público N° 1, Centro de Sistemas Públicos/Ingeniería Industrial – Universidad de Chile Octubre 2017. Disponible en: <http://www.sistemaspublicos.cl/wp-content/uploads/2017/10/Reflexiones-de-Valor-P%C3%ABlico-N%C2%B01.-El-Tsunami-de-la-Patolog%C3%ADa-Mental-en-Chile.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia. Información general. OMS: Ginebra, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85619/WHO_MSD_MER_13.1_spa.pdf;jsessionid=0B3B48F7C9B8CFB6037AAF7C114EFB96?sequence=1
5. McDaid, D., E. Hewlett and A. Park, “Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness”, OECD Health Working Papers, No. 97, OECD Publishing, Paris, Oct 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/bc364fb2-en>
6. WHO-AIMS: Informe sobre los Sistemas de Salud de Salud Mental en América Latina y El Caribe, OPS 2013. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
7. WHO-AIMS (Assessment Instrument for Mental Health Systems): Informe sobre los Sistemas de Salud de Salud Mental en América Latina y El Caribe, OPS 2013; Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, DC : OPS, 2016. Disponible: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28418/9789275319017_spa.pdf
9. Organización Mundial de la Salud, Enfrentando Problemas Plus (EP+): Ayuda psicológica individual para adultos afectados por la angustia en comunidades expuestas a adversidad. (Versión genérica de prueba de mercado 1.0). Ginebra, OMS, 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259696/WHO-MSD-MER-16.2-spa.pdf?sequence=1>

Prevención cuaternaria: como hacer, como enseñar

Quaternary prevention: how to do, how to teach

Prevenção quaternária: como fazer, como ensinar

Grupo de Trabajo:

Ronit Hernández (República Dominicana); Yokasta Germosén (República Dominicana); Luciano Nunez Duro (Brasil); Fernando A. Cáceres (Chile); Flor Ledesma (Venezuela); Víctor Manchego (Perú); Danelia Pimentel (República Dominicana); Andrés Szwako (Paraguay); Sonia Salinas (Argentina); Edwin Yuora (Bolivia); Laura Cueto (Bolivia); Liliana Contreras (Chile); Trinidad Guzmán (Bolivia); Consuelo Bubuño (Colombia); Inez Bustamante (Colombia); Indira Caicedo (Colombia); Victoria Constain (Colombia); Catalina Coral (Colombia); Rubén Darson (Colombia); Ricardo Erazo (Colombia); Jaime García (Colombia); Emmanuel Maracaquis (Colombia); Karina Martínez (Colombia); Hover Molano (Colombia); Madeleine Mosquera (Colombia); Antonio Restrepo (Colombia); Diana Salazar (Colombia); Luz Adriana Solo (Colombia).

Resumen

La prevención cuaternaria o P4 se define como las acciones que disminuyen los efectos de las intervenciones innecesarias, generadas por el contacto de las personas con los sistemas de salud. Se planteó como objetivo general desarrollar una estrategia para promover y difundir P4 en Iberoamérica; para cumplir dicha meta se realizó una investigación bibliográfica sobre los conceptos relacionados con P4; se aplicó una encuesta exploratoria para indagar sobre el conocimiento que tenían los participantes en la Cumbre y el Congreso respecto a P4. Existe múltiple literatura que define los términos relacionados con P4, lo que facilita su delimitación. Respecto a la encuesta, de las 309 personas que contestaron; 34% tenían entre 36 y 45 años; 88% eran profesionales en medicina; 69% conocía sobre P4 y más del 50% afirmó estar informado sobre los conceptos relacionados a P4; 92% consideró que P4 no es exclusiva de medicina familiar; 15% aseguró que después de la VI Cumbre se hicieron publicaciones sobre P4 en sus países; menos del 20% consideró que los políticos conocen sobre P4; 27% afirmó que los médicos de familia educan a los pacientes sobre P4. Se recomienda ampliar las campañas de educación sobre P4; facilitar el acceso a la información sobre P4 para profesionales del campo de la salud; incluir P4 en los programas académicos de pregrado y postgrado de las profesiones de la salud; crear alianzas con las entidades políticas de cada país para incluir P4 en políticas públicas.

Palabras clave: Prevención Cuaternaria; Enseñanza; Formación; Sobrediagnóstico; Sobremedicalización; Sobretratamiento; Medicina Familiar

Marina Almenas^a

Esteban Cordero Hidalgo^b

Carlos Andrés Pineda^c

Eliasin Muñoz^d

María de Lourdes Rojas Armadillo^e

Elizabeth Salvatierra^f

Gisela Galindo^g

Carmen Cabezas^h

^a Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico; Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF/WONCA); American Academy of Family Physicians. Puerto Rico. dra.almenas@gmail.com (*Autora correspondiente*)

^b Hospital Dr. Calderón Guardia; Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Costa Rica. estebch@gmail.com

^c Departamento de Medicina Familiar, Universidad del Valle (UNIVALLE). Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF). Colombia. capineda1@gmail.com

^d Programa de Residencia de Medicina de Familia, Mayagüez Medical. Puerto Rico. famed.cmm@gmail.com

^e Universidad de Quintana Roo (UQROO); Colegio Mexicano de Medicina Familiar. México. educación.rubi@gmail.com

^f Sociedad Boliviana de Medicina Familiar (SOBOMEFA). Bolivia. elimey284@yahoo.es

^g Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). España. ggalindoo@semfyc.es

^h Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Ecuador. dra.ce.ce.99@hotmail.com

Financiación:

aportes propios de los coordinadores.

Aprobación ética:

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

Conflicto de intereses:

ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 25/07/2018.

Aceptado el: 27/08/2018.

Cómo citar: Almenas M, Cordero E, Andrés C, Muñoz E, Rojas ML, Salvatierra E, et al. Prevención cuaternaria: como hacer, como enseñar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(Suppl 1):69-83. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(1\)1853](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(1)1853)

Abstract

Quaternary prevention or P4 is defined as any action taken to diminish the effects of unnecessary interventions generated when people interact with a health system. Methodology. The general objective was to develop a strategy to promote and spread P4 in Iberoamerica; to fulfill this goal a literature research was carried out, on the concepts related to P4; an exploratory survey was applied to inquire about the knowledge of the participates in the Summit and Congress, regarding P4 Results. There multiple literature sources that define the terms related to P4, which facilitated its delimitation. Regarding the survey, 69% knew about P4 and more that 50% declared that they where informed about the concepts related to P4; 92% considered that P4 is not only limited to family medicine; 15% assured that after the VI Summit publication regarding P4 where published in their countries; less than 20% stated that politicians knew about P4; 27% affirmed that family medicine doctors educate their patients about P4 Conclusions. It is recommended to expand the educational campaigns about P4; facilitate the access to information about P4 for professionals in the health field; include P4 in the academic programs of health professional for both graduate and post-graduate students; create alliances with political entities of each country to include P4 in public health policies.

Keywords: Quaternary Prevention; Teaching; Training; Overdiagnosis; Overmedication; Overtreatment; Family Medicine

Resumo

A prevenção quaternária ou P4 é definida como ações que reduzem os efeitos de intervenções desnecessárias, geradas pelo contato das pessoas com os sistemas de saúde. O objetivo geral foi desenvolver uma estratégia para promover e disseminar o P4 na Ibero-América; Para atingir este objetivo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os conceitos relacionados a P4; Uma pesquisa exploratória foi aplicada para indagar sobre o conhecimento que os participantes da Cúpula e do Congresso tinham sobre P4. Há uma diversidade de literatura que define os termos relacionados a P4, o que facilita sua delimitação. Em relação à pesquisa, das 309 pessoas que responderam; 34% tinham entre 36 e 45 anos; 88% eram profissionais de medicina; 69% conheciam o P4 e mais de 50% disseram que estavam informados sobre os conceitos relacionados ao P4; 92% consideraram que P4 não é exclusivo de medicina de família; 15% disseram que, após a VI Cúpula, foram feitas publicações sobre P4 em seus países; menos de 20% considerou que os políticos conhecem o P4; 27% disseram que os médicos de família educam os pacientes sobre o P4. Recomenda-se expandir as campanhas de educação sobre P4; facilitar o acesso à informação sobre P4 para profissionais da área da saúde; incluir P4 nos programas acadêmicos de graduação e pós-graduação das profissões de saúde; criar parceiras com as entidades políticas de cada país para incluir P4 nas políticas públicas.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária; Ensino; Formação; Sobrediagnóstico; Sobremedicalização; Sobretratamento; Medicina Familiar

Introducción

La prevención cuaternaria o P4 se entiende como “el conjunto de acciones que se realizan para evitar o atenuar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas”¹ derivadas del contacto de las personas con los sistemas de salud.

Dicha conceptualización propone una novedosa estrategia en la que se combinan los puntos de vista del médico y del paciente, para concebir la prevención a partir de ese vínculo.² Además, permite al médico de familia contar con un campo de acción más, puesto que es la cuarta forma de prevención de la enfermedad.³

No obstante, resulta necesario destacar que la Prevención Cuaternaria se considera una estrategia transversal, que va más allá de la prevención, ya que pretende ser inclusiva, no reduccionista, integral e integrada, tomando en cuenta las esferas humana, social y política, aceptando la incertidumbre dentro de su quehacer, así como denunciar e impedir la naturalización o normalización de situaciones tales como el hambre, la exclusión, la desigualdad, la manipulación, la violencia, el racismo y la explotación.

Aunque dicho término no es conocido o dominado por una gran mayoría de los profesionales sanitarios, en los últimos años, ha existido un creciente e importante auge de este concepto y se ha expandido en todo el mundo.⁴

Por otro lado, en vista que la labor del médico se enmarca en la enfermedad, pero también está presente en la salud, irremediamente se produce una medicalización de la vida, con el consecuente aumento en la posibilidad de intervenciones y procedimientos excesivos, situación que dificulta mantener un equilibrio entre beneficios y daños; por tanto, la P4 debe estar presente en el quehacer diario del personal de salud,⁵ para lo que se requiere evidencia científica válida, que respalde los planteamientos que propone la prevención cuaternaria.

A partir de lo expuesto y como parte del trabajo para la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, se realizó un análisis de la literatura más reciente sobre P4 y de las propuestas surgidas de la 21ª Conferencia Mundial WONCA de Médicos de Familia, en Rio de Janeiro (noviembre del 2016) y de la Sexta Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, en San José, Costa Rica (abril, 2016).

Durante dicha Cumbre se estableció como uno de los ejes “Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud” para el que se plantearon las siguientes acciones:

1. Difundir el concepto de Prevención Cuaternaria como enfoque vital en la práctica médica y la gestión de los servicios de salud actual.
2. Contribuir a la implementación del concepto de Prevención Cuaternaria en la educación formal de las profesiones de la salud, en el pregrado y postgrado, en la formación continua, 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.
3. 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.
4. Incentivar que las intervenciones sanitarias dirigidas a la población estén basadas en la mejor evidencia científica y éticamente aceptables para el contexto local y centradas en las personas.

Con el fin de dar continuidad a dichas acciones y contribuir a la difusión de la Prevención Cuaternaria, se elaboró el presente documento, que pretende ser el punto de partida y de referencia para guiar el trabajo del equipo durante la Séptima Cumbre.

Objetivo general

Contribuir al desarrollo de una estrategia que permita consolidar la prevención cuaternaria en Iberoamérica mediante propuestas claras y factibles de realizar, para generar un impacto positivo y tangible en los tomadores de decisiones, los usuarios del sistema de salud y la población general”.

Metodología

Para tener un insumo que le sirviera al grupo de prevención cuaternaria de la Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar se realizó una investigación de tipo cualitativa y semicuantitativa, transversal. Con el fin de obtener información que permitiera valorar el grado de conocimiento de la P4 y sus desarrollos en los países de Iberoamérica se elaboró un cuestionario con preguntas elaboradas según la conceptualización de la prevención cuaternaria y las problemáticas que aborda, las cuales se obtuvieron con una revisión

bibliográfica sobre los conceptos relacionados con prevención cuaternaria, tales como prevención, sobrediagnóstico, recomendaciones No Hacer. Por otro lado, con el fin de valorar las propuestas planteadas y dar continuidad al trabajo realizado en la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar Comunitaria y en la 21ª Conferencia Mundial de Médicos de Familia. El cuestionario fue elaborado por tres expertos en la temática y participantes del grupo de trabajo de P4. Se realizó una validación interna a través de la aplicación a los coordinadores de cada país y miembros de la junta directiva de CIMF. Se recogieron las observaciones dadas por estas personas para mejorar el cuestionario.

Se aplicó este cuestionario piloto a los coordinadores de cada país, con las siguientes preguntas: ¿Se han desarrollado artículos en su país acerca de P4 luego de la Cumbre en Costa Rica?; ¿Se han incorporado P4 en la educación a nivel Pregrado o Postgrado?; ¿Se han incorporado P4 a nivel de Política Pública?; ¿Educan los médicos acerca de P4 con los pacientes?; ¿Tiene dentro de su currículo ya algo incorporado sobre P4?; Si su contestación a la pregunta anterior es Sí, favor enviar el currículo.

Posteriormente, mediante la plataforma MonkeySurvey, se confeccionó una encuesta que incluyó los siguientes puntos: país de residencia; sexo; grupo étnico al que pertenece; profesión en la que se desempeña; años de ejercer la profesión; marque los conceptos sobre los cuales tenga conocimiento: prevención cuaternaria, sobrediagnóstico, sobremedicalización, No Hacer, Eligiendo sabiamente; ¿Considera que la prevención cuaternaria es exclusiva para médicos de familia?; ¿Existen en su país publicaciones sobre prevención cuaternaria?; ¿Conocen los políticos de su país sobre prevención cuaternaria?; ¿Luego de la Cumbre, realizada en abril del 2016 en Costa Rica, se han desarrollado resultados?

La plataforma permitió obtener las estadísticas de las respuestas de variables categóricas. Los investigadores tabularon las opciones de respuesta en Excel para graficar los resultados. De igual forma, recogieron las observaciones cualitativas a las respuestas que permitían ampliar la misma. Estas respuestas fueron analizadas por los investigadores principales, identificando palabras claves y temáticas guías, de acuerdo a los elementos teóricos de la P4. De esta manera se construyeron categorías tendenciales.

El análisis del instrumento se difundió entre los demás investigadores para consolidar los resultados.

Las diferencias entre los investigadores se discutían en reuniones virtuales con presencia de la mayoría de ellos.

Bases conceptuales y términos relacionados

La **investigación**, entendida como aquellos procesos sistemáticos, críticos y empíricos para analizar un problema o situación determinadas, permite generar conocimiento y solucionar dificultades⁶ que se presentan en la práctica clínica diaria.

A través del tiempo, el concepto de **prevención**, definida como la acción para evitar la ocurrencia o el desarrollo de un problema de salud o sus complicaciones, ha evolucionado desde prevención primordial hasta cuaternaria, aunque dichas subdivisiones se traslapan una sobre la otra, conforme una enfermedad evoluciona,² En todos los casos, resulta de suma importancia la recomendación explícita del personal de salud, pero también tiene una enorme influencia la percepción que tenga el paciente de su estado de salud y el compromiso que esté dispuesto a asumir para mejorar su situación.^{7,8}

Por su parte, **prevención primordial** se entiende como las actividades que prevean la incursión de factores de riesgo en la población, mediante intervenciones para evitar la aparición de dichos factores.² En lo que respecta a los tres primeros niveles de prevención, se definen de la siguiente manera:^{7,9}

- a. **Prevención primaria:** medidas que procuran impedir la aparición de un padecimiento o problema de salud, al evitar o eliminar su causa, en un individuo o población, antes de que se manifieste; implica promoción de la salud y protección específica. Es decir, al controlar los agentes causales o factores de riesgo, se enfoca en reducir la incidencia de la enfermedad.
- b. **Prevención Secundaria:** acciones encaminadas a detectar un padecimiento en una etapa temprana, en un individuo o población, es decir, cuando la persona transcurre asintomática, para así facilitar la cura o reducir o prevenir el avance o efectos a largo plazo. Las acciones se aplican a personas en apariencia sanas, mediante el control médico periódico o pruebas de tamizaje (cribado o screening), por lo que se pretende lograr un diagnóstico prematuro mediante la captación oportuna, que permitan aplicar un tratamiento apropiado y controlar el padecimiento. En este caso, se busca disminuir la prevalencia de la enfermedad.
- c. **Prevención Terciaria:** actividades tendientes a reducir los efectos crónicos de un problema de salud, en un individuo o población, mediante la disminución de la discapacidad funcional provocada por el padecimiento, ya sea agudo o crónico. Mediante el trabajo a este nivel se intenta la recuperación del paciente una vez que se diagnostica la enfermedad, lo que se logra con el correcto diagnóstico y el tratamiento oportuno; además, deben aplicarse la rehabilitación física, psicológica y social, cuando existan invalidez o secuelas. Abarca el control, cuidados y seguimiento del paciente.

Asimismo, la **Prevención Cuaternaria** se entiende como aquellas acciones llevadas a cabo para identificar a un paciente o una población en riesgo de sobremedicalización, protegerlos de intervenciones médicas invasivas y sugerirles procedimientos y cuidados ética y científicamente aceptables.¹⁰

Respecto al término **medicalización**, se define como aquel 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;^{5,11,12} tal situación saca de contexto los problemas del ser humano, haciendo que la atención se enfoque en el individuo más que en el entorno social.¹³ Se han descrito tres niveles de medicalización:¹⁴ **conceptual**, que se refiere al empleo del vocabulario o el modelo biomédico para referirse a un problema determinado; **institucional**, mediante la cual las instituciones adoptan un abordaje biomédico, que lleva a los profesionales en salud a transformarse en una especie de portero para limitar los beneficios que tiene los pacientes; e **interaccional**, en el que los médicos definen o diagnostican un problema como enfermedad, además de brindar tratamiento médico.

Además, durante los últimos años se ha promovido un uso más eficaz de los recursos disponibles en los sistemas de salud en distintas partes del mundo, lo que ha generado el surgimiento de diferentes proyectos que permitan cumplir ese objetivo.¹⁵

Por un lado, durante la elaboración de sus guías en 2007, el National Institute for Health and Care Excellence encontró que algunas intervenciones en la práctica médica diaria resultaban contraproducentes,

porque carecían de estudios científicos que respaldasen su aplicación, existía incertidumbre respecto a los beneficios en contraposición a los riesgos o no favorecen la evolución clínica del paciente, por lo que publicó un folleto denominado *NICE “do not do” recommendations*^{15,16} cuya traducción al español podría denominarse como las Recomendaciones “no hacer”.

Por otra parte, el modelo Elegir con Prudencia o **Elegir Sabiamente** (en inglés, *Choosing Wisely*), empezó a conformarse en 2012, mediante el cual múltiples sociedades estadounidenses solicitaron a sus miembros que identificaran procedimientos o pruebas, comúnmente empleadas en su campo, cuya necesidad debiera ser cuestionada y discutida.¹⁷

Asimismo, durante el 2013, se desarrolló en España el planteamiento denominado “**Recomendaciones No hacer**”, promulgado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de dicho país, con el fin de reducir las intervenciones innecesarias, entendidas como “aquellas que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad o no son coste-efectivas”.¹⁵

El concepto de **sobrediagnóstico** implica hacer diagnósticos con poco impacto sobre la mejoría en la calidad de vida o esperanza de vida de las personas, que incluso pueden producir eventos adversos; incluye la creación de diagnósticos a través de las pruebas de cribado, el mercadeo de enfermedades y el abordaje de factores de riesgo como enfermedades que una persona por lo demás asintomática, recibe un diagnóstico que no refleja una verdadera enfermedad y, por lo tanto, no conlleva un tratamiento que evite un problema de salud o la muerte.¹⁸⁻²⁰

A continuación, se detallan los hallazgos de la encuesta realizada: de las 309 personas que contestaron el formulario, el 78% (242) completó en su totalidad el mismo. La mayoría de quienes respondieron, se ubicaron en el grupo etáreo de 36 a 45 años (34%), la distribución por grupo etáreo de los encuestados se resume en la tabla 1; un 88% se desempeñaban como profesionales en medicina, mientras que un 7% eran estudiantes; 25% tenían 20 o más años de ejercer la profesión y 24% entre 5 y 10 años. Un 92% consideró que la Prevención Cuaternaria no es exclusiva de la Medicina Familiar.

Tabla 1. Grupo etáreo al que pertenecían los encuestados.

Opciones de respuesta	N	%
18 a 25 años	15	4,89
26 a 35 años	84	27,36
36 a 45 años	104	33,88
46 a 55 años	61	19,87
56 a 65 años	42	13,68
66 y más años	1	0,33
Total	307	100

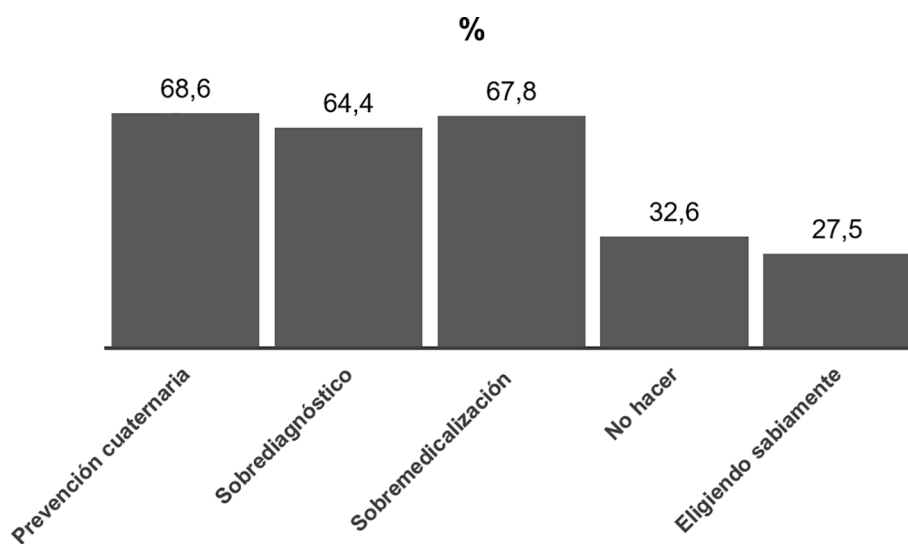
Entre los encuestados se contó con la participación de profesionales en distintos campos de la salud, lo que se expone en la tabla 2.

En la figura 1 se resumen los hallazgos sobre el conocimiento que tenían los participantes respecto a los conceptos relacionados con P4.

Por otro lado, 25% afirmó que en el país de residencia existen publicaciones sobre P4, mientras que el 15% aseguró que después de la VI Cumbre se hicieron publicaciones sobre dicho concepto.

Tabla 2. Profesión de los encuestados.

Opciones de respuesta	N	%
Medicina	266	87,79
Enfermería	5	1,65
Psicología	4	1,32
Trabajo Social	5	1,65
Nutrición	2	0,66
Odontología	0	0
Estudiante	21	6,93
Total	303	100

**Figura 1.** Conceptos sobre los cuales los encuestados tenían conocimiento (%).

En la tabla 3 se muestran los hallazgos sobre el conocimiento de los políticos respecto a P4 en cada país. La figura 2 expone las opiniones de los encuestados en cuanto a la incorporación de P4 en políticas públicas.

Tabla 3. Conocimiento de los políticos sobre Prevención Cuaternaria.

Opciones de respuesta	N	%
Sí	19	7,88
No	128	53,11
No sé	94	39
Total	241	100

Respecto al área académica, para el 25% de las personas que contestaron la encuesta, el tema de Prevención Cuaternaria está incorporado en los estudios de pregrado; mientras que en el postgrado dicha cifra llega al 43%. Para el 27% de los encuestados, los médicos de familia educan a los pacientes acerca de Prevención Cuaternaria.

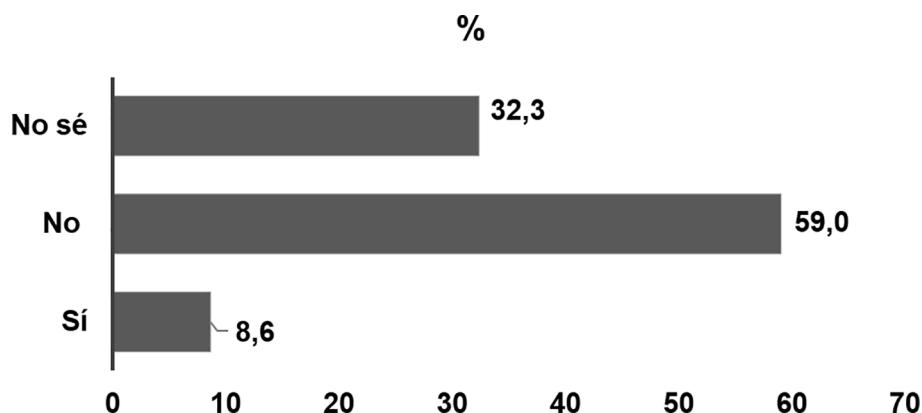


Figura 2. Desde hace dos años, hubo incorporación de P4 en las políticas públicas?

Líneas generales de acción

En concordancia con los objetivos específicos, los resultados de la encuesta sobre difusión de la Prevención Cuaternaria, las recomendaciones generadas en la VI Cumbre, el denominado Manifiesto de Rio y el proceso de preparación para el trabajo durante la VII Cumbre, se proponen a continuación:

- I. Recomendaciones Generales del Grupo de Trabajo sobre Prevención Cuaternaria VII Cumbre CIMF.
- II. Recomendaciones Específicas para dar continuidad y facilitar la consolidación del concepto de Prevención Cuaternaria en la Población General.
- III. Recomendaciones Específicas para ampliar la Comunidad Académica y de Investigación entre los Médicos Familiares y Otros Profesionales del Campo de la Salud.
- IV. Recomendaciones Específicas para Promulgar y Dar Continuidad a la Inclusión de la Prevención Cuaternaria en los Programas Académicos o Currículos de Pregrado y Postgrado de las Profesiones de la Salud.
- V. Propuesta Currículo para la Enseñanza a Nivel de Residencias de Medicina de Familia (Educación Postgrado).

I - Recomendaciones Generales del Grupo de Trabajo sobre Prevención Cuaternaria VII Cumbre CIMF

1. Prevención cuaternaria y política pública:
Gestionar alianzas estratégicas con los tomadores de decisiones, personal sanitario y la ciudadanía, con el fin de aplicar los principios de la prevención cuaternaria y disminuir el sobrediagnóstico y sobretatamiento, contribuyendo así al cuidado en salud con calidad.
2. Prevención cuaternaria y comunidad:
Difundir en los equipos de salud y en la comunidad, a través de las redes sociales, medios de comunicación masiva, líderes comunitarios, escuelas y otros grupos de apoyo, el concepto de Prevención Cuaternaria, con el fin de lograr el **“empoderamiento para la salud”**.

3. Prevención Cuaternaria y programas académicos:

Incluir el concepto de Prevención Cuaternaria en los programas académicos de pre grado y post grado, de las profesiones del campo de la salud, mediante la implementación de planes de estudio transversales, estimulando la investigación de la temática, acorde con las propuestas realizadas en las Cumbres y según las necesidades y regulaciones de cada país.

II - Recomendaciones específicas para dar continuidad y facilitar la consolidación del concepto de Prevención Cuaternaria en la población general

1. Ampliar las campañas de educación sobre Prevención Cuaternaria a la población general y organizaciones comunitarias, para que sean socios estratégicos en la tarea de promocionar y difundir la Prevención Cuaternaria.
 - a. Es preciso que la información dirigida al público esté redactada en lenguaje sencillo, de forma clara, concisa y completa en cuanto a beneficios y daños; además, debe contemplar que la incertidumbre está presente en cualquier situación diaria.

PREVENCIÓN CUATERNARIA

¿ESTAS HACIENDO PREVENCIÓN CUATERNARIA?

CONJUNTO DE ACTIVIDADES O ACCIONES QUE EVITAN EL USO INAPROPIADO O EXCESIVO DE INTERVENCIONES PARA PROTEGER AL PACIENTE

SOBREMEDICALIZACIÓN

SOBREDIAGNÓSTICO

¿QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER?

¡Elige sabiamente!

CIMF

Wonca

www.nogracias.eu
www.choosingwisely.org
www.preventingoverdiagnosis.net
www.uspreventiveservicestaskforce.com

- b. Páginas electrónicas que pueden ser consultadas por la población general:
 - i. Choosing wisely: <http://www.choosingwisely.org/patient-resources/>
 - ii. United States Preventive Services Task Force (USPSTF): <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>
 - iii. Prevención cuaternaria. Blog Grupo de Trabajo en Prevención Cuaternaria, Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC): <https://prevencioncuaternaria.wordpress.com/>
 - iv. Prevención cuaternaria. Seguridad del paciente. Organización Médica Colegial de España. Disponible en: <http://www.cgcom.es/prevenci%C3%B3n-cuaternaria-seguridad-del-paciente>
 - v. Prevención Cuaternaria. Salud Comunitaria. Disponible en: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/category/prevencion-cuaternaria/>
2. Diseñar y publicar afiches que permitan promocionar la Prevención Cuaternaria en los centros de salud, consultorios médicos, hospitales y otros. (Durante la VII Cumbre y el Congreso, los participantes podrán apreciar un afiche (banner), que servirá para fortalecer y relanzar la campaña de divulgación sobre Prevención Cuaternaria)
3. Promulgar que la información en salud, dirigida a la población general evite el uso de lenguaje atemorizante; el empleo de mensajes que medicalicen las etapas normales de la vida y los problemas existenciales; la equiparación de factores de riesgo con enfermedades; los imperativos para la realización de estudios de rastreo, tamizaje o diagnóstico; los mensajes múltiples sobre diversos problemas de salud, cuya jerarquización escapa a la capacidad de la población general.
4. Promover la utilización prioritaria de mensajes sobre temas sanitarios que se relacionan con las principales causas de muerte prematura y evitable; campañas que estimulen a los pacientes a preguntar, conocer sus opciones, los beneficios y posibles efectos adversos de las intervenciones sanitarias.

III - Recomendaciones específicas para ampliar la comunidad académica y de investigación entre los médicos familiares y otros profesionales del campo de la salud

1. Difundir en Iberoamérica, a partir de los resultados del trabajo realizado durante la Cumbre, los mecanismos y redes existentes donde los médicos, población y políticos pueden encontrar información y educación de Prevención Cuaternaria:
 - a. Medicina Familiar y Prevención Cuaternaria. Disponible en: <http://cimfwonca.org/grupos-de-trabajo/medicina-familiar-y-prevencion-cuaternaria/>
 - b. Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud. Pizzanelli M, Almenas M, Quirós R, Pineda C, Cordero E, Taureaux N, et al. Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y ciencia en los Sistemas de Salud. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):75-85. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(0\)1388](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(0)1388)

- c. Propuesta para la creación del Grupo de Interés Especial sobre Prevención Cuaternaria (SIG. Heatn Iona, Pizzanelli Miguel, Octubre 2016. Disponible en: <https://tinyurl.com/QP-SIG-Proposal>
 - d. Prevención Cuaternaria: un desafío profesional, clínico, ético y conceptual para médicos del siglo XXI. Miguel Pizzanelli. UDA, Florida, Uruguay. Disponible en: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000103/0000209.pdf>
 - e. Manifiesto de la Federación Nórdica de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en: http://www.nfgp.org/files/8/position_paper_overdiagnosis.pdf
 - f. Recomendaciones No Hacer. Propuesto por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/05/Doc33RecomendacionesNoHacer.pdf>
 - g. Prevención cuaternaria y cáncer de próstata. Rev Mex Urol. 2015;75(3):123-125 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-pdf-S2007408515000567-S300>
 - h. Prevención cuaternaria en personas adultas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(6):266–269. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-pdf-S2007408515000567-S300>
 - i. Iniciativa *Too much medicine*, promulgada por *British Medical Journal*. Disponible en: <http://www.bmj.com/too-much-medicine>
 - j. Preventing overdiagnosis. Disponible en <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>
 - k. Número digital en sobrediagnóstico. British Medical Journal. Disponible en: <http://www.bmj.com/specialties/digital-theme-issue-overdiagnosis>
 - l. Less is More. How Less Health Care Can Result in Better Health. Arch Intern Med. 2010;170(9):749-750. doi:10.1001/archinternmed.2010.90
 - m. Right care. Disponible en: <http://www.thelancet.com/series/right-care>
 - n. Overdiagnosis Making People Sick in the Pursuit of Health – Dr. H. Gilber Welch
2. Establecer un equipo de trabajo que se encargue de administrar, enriquecer y dar seguimiento a la biblioteca virtual y al boletín académico.

IV - Recomendaciones específicas para promulgar y dar continuidad a la inclusión de la Prevención Cuaternaria en los programas académicos o currículos de pregrado y postgrado de las profesiones de la salud

1. Crear un programa académico o currículo que sirva de base para la inclusión de la Prevención Cuaternaria en la formación de los estudiantes de las profesiones del campo de la salud, tanto en el pregrado como en el posgrado.
2. Establecer un equipo de trabajo que brinde seguimiento, asesoría y evaluación de lo planteado en el punto anterior.

A continuación, se presenta una propuesta de currículo o programa académico, para que sea tomado como modelo de referencia en los países miembros de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar.

V - Propuesta de currículo para la enseñanza de Prevención Cuaternaria a nivel de residencias de Medicina de Familia (educación postgrado)

Curriculo

La Prevención Cuaternaria se define como el conjunto de acciones implementadas para evitar la medicalización y atenuar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas en un paciente o una población.

Objetivo

A nivel académico el currículo de Prevención Cuaternaria persigue que el Residente o Estudiante de Medicina obtenga el conocimiento de cómo llevar a cabo prácticas correctas para evitar intervenciones innecesarias y disminuya la iatrogenia provocada por estas intervenciones además, evitar los sobrediagnósticos y sobretratamientos que esto trae como consecuencia.

Audiencia

Residentes y Estudiantes de Medicina.

Recursos

Artículos, Talleres, Presentación de Casos, Manejo Interhospitalario y Ambulatorio de Pacientes.

Método

El estudio del tema de Prevención Cuaternaria será a través de un currículo longitudinal basado en artículos, conferencias y talleres que describan los diferentes temas de interés de la Prevención Cuaternaria aplicando dichos conocimientos en la práctica médica y clínica diaria.

Se tomarán en cuenta las seis (6) áreas de competencias clínicas generales establecidas por el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) para que el residente o estudiante de Medicina de Familia obtenga las destrezas necesarias en: Cuidado del Paciente, Conocimiento Médico, Aprendizaje y Mejoría Basada en la Práctica, Habilidades Interpersonales y de Comunicación, Profesionalismo y Actividades Prácticas Basadas con Enfoque de Sistema de Salud y así los pueda aplicar correctamente al desarrollo de la Prevención Cuaternaria.

Metas y Objetivos

1. Definir el concepto de Prevención Cuaternaria en la práctica médica.
2. Describir como la sobremedicalización afecta el bienestar de nuestros pacientes.
3. Concientizar sobre el concepto de salud y enfermedad.
4. Identificar áreas para evitar el sobrediagnóstico, exceso de intervenciones preventivas y pruebas de detección de cancer.
5. Discutir la efectividad y seguridad de la vacunación.

6. Identificar aquellas pseudo enfermedades en las cuales se lleva a cabo un mercadeo inadecuado.
7. Identificar condiciones médicas que puedan traer como consecuencia la sobremedicalización (**polifarmacia**, uso no racional de medicamentos).
8. Estudiar los factores que afectan el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades como la medicina basada en evidencia y el papel que juega la investigación en el desarrollo de la Prevención Cuaternaria aplicada a la medicina primaria.
9. Desarrollar e implementar la Prevención Cuaternaria tomando como base la seguridad de los pacientes, los residentes o estudiantes de medicina.

Temas

Por medio de la investigación y el estudio de los siguientes temas se pretende profundizar y difundir el concepto de Prevención Cuaternaria en las prácticas de la profesión de Medicina Primaria; promoviendo la investigación y el estudio en nuestros residentes, estudiantes y demás cuidadores de la salud primaria.

- Medicalización
- Concepto de Submedicalización
- Concepto salud y enfermedad
- Concepto de detección oportuna de cáncer
- Sobrediagnóstico
- Exceso en intervenciones preventivas
- Riesgo cardiovascular
- Chequeos ejecutivos
- Efectividad y seguridad de la vacunación
- Mercadeo de enfermedades
- Excesos de uso de 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 evidencia: ética de la investigación y 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

Evaluación

La evaluación del resultado de la educación en Prevención Cuaternaria se basa en el cuidado apropiado al paciente tomando en cuenta las siguientes destrezas y competencias:

- Cuidado del Paciente: las destrezas clínicas y profesionales del médico.
- Destrezas Interpersonales y de Comunicación: Cuan efectivo es el médico en relacionarse con el mensaje de la Prevención Cuaternaria.

- Profesionalismo y Ética: Sensibilidad a la diversidad del paciente y sus necesidades en conocimiento de la Prevención Cuaternaria.
- Conocimiento Médico: Como promueve el conocimiento de Prevención Cuaternaria y lo aplica a diferentes condiciones de salud.

Herramientas utilizadas para evaluación de competencias

- Examen oral y escrito
- Instrumento de evaluación de 360
- Evaluación con pacientes
- Revisión de registros
- Simulaciones y modelos
- Examen con paciente estandarizado
- Evaluaciones por tutores clínicos
- Evaluación por pares
- Evaluación emitida por el paciente

Conclusiones

Aunque el trabajo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar en prevención cuaternaria lleva pocos años, ha tomado un liderazgo a nivel mundial; además, se ha fortalecido el marco teórico y conceptual alrededor de todas las problemáticas que involucra el concepto de prevención cuaternaria, la cual se ha ganado un espacio indiscutible en los Congresos y Cumbres de la región.

Tras varias reuniones iberoamericanas y mundiales en los últimos cuatro años, se han consolidado tres líneas de acción: 1) Académica, 2) Comunidad y 3) Política; cada una de las cuales ha construido unos objetivos y se han delineado tareas estratégicas para la consecución de los mismos.

La prevención cuaternaria es un alto en el camino, un llamado a la reflexión desde las tradiciones fundantes de la medicina, en medio de la deslumbrante tecnologización de la atención en salud y los cambios socioculturales que presionan por una eliminación de la enfermedad y el sufrimiento, por la certidumbre en la labor diagnóstica y terapéutica médica, entre otras demandas imposibles de cumplir.

Esta reflexión, llama a la discusión sobre la medicalización de los problemas inherentes al ser humano con la consiguiente sobrecarga de los trabajadores de la salud y la frustración dominante entre pacientes y profesionales, a la alarmante epidemia de sobre-diagnósticos, a la sobre-medicalización reflejada en polifarmacia y exceso de otras intervenciones.

La investigación sobre el avance de las tareas que se ejecutó a través las encuestas permitió establecer que se ha avanzado en la difusión del concepto, en especial en las redes profesionales y en los medios académicos. Pero aún existe un gran trabajo por hacer, que dé a conocer las implicaciones de la prevención cuaternaria en la población general, con el fin de ganar unos aliados estratégicos, tal vez los más importantes.

De la misma manera enfrentamos el gran reto de incluir la prevención cuaternaria en las políticas públicas en salud y en la discusión de las guías de práctica clínica. El equipo de trabajo se debe ampliar y fortalecer para lograr los objetivos propuestos.

Referencias

1. CIMF (Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar), WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia), MEDFAMCOM (Asociación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica), OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud). Carta de San José. San José, Costa Rica; 2016.
2. Pandve H. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. *Arch Med Heal Sci* [Internet]. 2014;2(2):254. <http://dx.doi.org/10.4103/2321-4848.144366>
3. Jamoulle M. About Quaternary Prevention. *World B Fam Med*. 2015;4-6. <http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24>
4. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Heal Policy Manag* [Internet]. 2015;4(2):61-4. <http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24>
5. Gérvas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria : es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF Actual en Med Fam* [Internet]. 2012;8(6):312-7. Available from: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=994
6. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6th ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. DE C.V.; 2014. Available from: <https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox/15a4cf4b02ab7f85?projector=1>
7. Bentzen N. An international glossary for general/family practice. Vol. 12, Family Practice. WONCA; 2003. 341-369 p.
8. Brown JB, Weston WW, McWilliam CL, Freeman TR, Stewart M. The Third Component: Finding Common Ground. In: Steward M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, editors. *Patient-Centered Medicine, Third Edition: Transforming the Clinical Method*. 3rd ed. London: Radcliffe Publishing Ltd; 2014. p. 107-41.
9. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. 2011;XXXIII(1):11-4. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
10. Jamoulle M, Roland M. Quaternary prevention. Hong-Kong. *Wonca Classif Comm* [Internet]. 1995; Available from: [https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/173994/1/Jamoulle%2C Roland - 1995 - Quaternary prevention.pdf](https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/173994/1/Jamoulle%2C%20Roland%20-%201995%20-%20Quaternary%20prevention.pdf)
11. Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *J Hist Behav Sci* [Internet]. 2003 [cited 2018 Feb 8];39(2):115-29. <http://dx.doi.org/10.1002/jhbs.10108>
12. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annu Rev Sociol* [Internet]. 1992;18(1):209-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
13. Bonaccorso SN, Sturchio JL. For and against: Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience: Against. *BMJ*. 2002;324(7342):910-1. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.910>
14. Kawachi I, Conrad P. Medicalization and the Farmacological Treatment of Blood Pressure. In: *Contested Ground: Public Purpose and Private Interest in the Regulation of Prescription Drugs*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 26-41.
15. Brotons Muntó F, Cerecedo Pérez MF, González González A, Lázaro Gómez MJ, León Vázquez F, Lobos Bejarano JM, et al. Recomendaciones No Hacer. Grupo de trabajo de la semFYC para el proyecto Recomendaciones “No Hacer.” Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2014. 1-24 p.
16. Adams P (Nottinghamshire HNT. NICE “do not do” recommendations [Internet]. London; 2013. Available from: https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/716_716Donotdobookletfinal.pdf
17. ABIM. Our Mission [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 2]. Available from: <http://www.choosingwisely.org/our-mission/>
18. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La Federación Nórdica de Medicina de Familia y Comunitaria lanza su manifiesto sobre el sobrediagnóstico [Internet]. 2017 [cited 2002 Aug 20]. Available from: <https://www.semfyc.es/wonca-nordic-menifiesto-sobrediagnostico-overdiagnosis/>
19. Nordic Federation of General Practice. Position Paper. Overmedicalization and related medical excess [Internet]. Islandia; 2017 p. 1-4. Available from: http://www.nfgp.org/files/8/position_paper_overdiagnosis.pdf
20. Pineda-Cañar CA. Prevención Cuaternaria: una oportunidad para recuperar los fundamentos de la medicina.

La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica

The health of migrants and Family Medicine Health services in Iberoamerica

A saúde dos migrantes e os serviços de saúde de Medicina Familiar na Iberoamerica

Grupo de Trabajo:

Almeida Magda (Brasil); Borges Carina (Uruguay); Caballé María del Rosario (Argentina); Cabral Diana Ines (Argentina); Da Costa María Cristina (Venezuela), de Angulo Andrea (Colombia); Deza Castro Luis Alberto (Chile); Díaz Brito Ysabel María (República Dominicana); Fernández María (España); Fernández Ortega Miguel Ángel (México); Leyns B. Christine (Bolivia); Lezcano Portillo Federico (Paraguay); Luna Téllez Yossadara (México); Meyer Ana Lucía (República Dominicana); Meza Luna Elena Patricia (México); Montalvo Vázquez Johanna (Ecuador); Nadal Carmen (Chile); Ortiz Montalvo Armando (México); Perozo Juan Carlos (Venezuela); Polentinos Elena (España); Quintero Daymé (Panamá); Sánchez Núñez Flor Mariana (México); Suárez Cuba Miguel Ángel (Bolivia); Ulloa Jorge (Nicaragua); Zavala Cru Gad Gamed (México).

Resumen

Estudio exploratorio, transversal, descriptivo y cuali-cuantitativo, con el objetivo de determinar las condiciones de acceso y cobertura de los servicios de salud de Medicina Familiar y Atención Primaria para la población migrante en Iberoamérica. Se preparó un cuestionario con 22 preguntas relacionadas con el fenómeno de la migración y la prestación de servicios de salud en medicina familiar y atención primaria, el cual fue validado en apariencia y contenido por profesores de las Universidades de México, Colombia y Ecuador. Posteriormente fue respondida y documentada cada pregunta por los docentes e investigadores de 13 países de la región. Las conclusiones y recomendaciones propuestas por el Grupo de Trabajo sobre Migración y Salud de la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, fueron: a) reconocer el derecho a la salud de las personas migrantes y sus familias; b) incorporar en los programas de pregrado, posgrado y formación continua, las competencias necesarias para la atención integral de la población migrante y de sus familias y c) la creación de un observatorio de salud de los migrantes.

Palabras clave: Servicios de Salud; Salud; Migración; Medicina Familiar; Atención Primaria; Vulnerabilidad

Miguel Ángel Fernández Ortega^a

Jacqueline Beatriz Roo Prato^b

Rocío Dávila Mendoza^c

Johanna Montalvo Vázquez^d

María Cristina Da Costa Dias^e

Andrea De Angulo Losada^f

Alan Edward Barrell^g

Daniel Abidán Alarcón Lerín^h

^a Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA-Iberoamericana-CIMF). México. miguelaf03@live.com (*Autor correspondiente*)

^b Fondo de Pensiones del Sistema Banrural (FOPESIBAN). México. jroop3@gmail.com

^c Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México. rociodavilam@yahoo.com.mx

^d Instituto de Salud de la Migración, Hospital UTPL; Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA-Iberoamericana-CIMF). Ecuador. johanna.montalvo@hotmail.com

^e Sociedad de Medicina Familiar de Venezuela (SOVEMEFA); Ambulatorio Militar "La Rosaleta". Venezuela. cristydacosta@yahoo.com

^f Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF); Banco de la República de Colombia. Colombia. ayeyas@yahoo.es

^g Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG). México. aebarrell@yahoo.com

^h Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Clínica de Medicina Familiar No.10. México. 10.daniboy880109@hotmail.com

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: 25/07/2018.

Aceptado el: 27/08/2018.

Cómo citar: Fernández MA, Roo JB, Dávila R, Montalvo J, Da Costa MC, De Angulo A, et al. La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(Suppl 1):84-112. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(1\)1858](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(1)1858)

Abstract

This is an exploratory, transverse, Qualitative-Quantitative descriptive research, whose objective is to determine the Primary Access and Family Medicine Healthcare conditions for the migrant population in Ibero-America. With the support of University Professors from the Mexico, Colombia and Ecuador Universities, a validated 22 question questionnaire was prepared with items related to the migration phenomenon and healthcare services in Primary Care access and Family Medicine. Subsequently it was responded by the involved researchers of the 13 countries in the region. The conclusions and proposed recommendations from the Work Group on Migration and Healthcare of the VII Iberoamerican Family Medicine Summit were: a) It is necessary to recognize the migrants and their family rights to proper healthcare b) Include in the undergraduate, postgraduate and continuous educational programs the needed capabilities and skills towards an integral healthcare of the migrant populations and their families and c) create a Migrant Health Observatory entity.

Keywords: Health Services; Healthcare; Health; Migration; Family Medicine; Primary Care; Vulnerability

Resumo

Estudo exploratório, transversal, descritivo e quali-quantitativo, com o objetivo de determinar as condições de acesso e cobertura dos serviços de saúde de Medicina de Família e Atenção Primária para a população migrante na América Latina. Foi elaborado um questionário com 22 perguntas relacionadas ao fenômeno da migração e da prestação de serviços de saúde em medicina de família e cuidados de saúde primários, que foi validado na forma e conteúdo por professores de universidades no México, Colômbia e Equador. Posteriormente, foi respondida e documentada cada pergunta por professores e pesquisadores de 13 países da região. As conclusões e recomendações propostas pelo Grupo de Trabalho sobre Migração e Saúde da VII Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família, foram: a) reconhecer o direito à saúde dos migrantes e suas famílias; b) incorporar em cursos de graduação, pós-graduação e educação continuada, as competências necessárias para o atendimento integral dos migrantes e suas famílias e c) a criação de um observatório da saúde dos migrantes.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; Saúde; Migração; Medicina da Família; Atenção Primária; Vulnerabilidade

Introducción

El fenómeno de la migración ha tenido diferentes direcciones a lo largo de la historia del hombre. Durante la Colonia, el flujo de migrantes se llevó a cabo de forma masiva desde los países europeos hacia los americanos, africanos e incluso, Australia. Posteriormente, durante las Primera y Segunda Guerra Mundial, La Guerra Civil de España y muchos otros sucesos en el “Viejo Continente”, continuaron propiciando que mucha de su población se instalara en América.¹

En el Continente Americano, mucho del flujo migratorio mundial se ha dirigido a Estados Unidos de América (EUA) y Canadá, sobretodo, de países de habla inglesa, aunque cada vez hay más presencia de países asiáticos (China, India, Vietnam, etc.).

En el caso de México, país emisor del mayor número de emigrantes hacia EUA (13 millones aproximadamente); de tránsito de migrantes de Centro-Sudamérica y resto del orbe. También es uno de los principales receptores de inmigrantes iberoamericanos junto con España y EUA.¹ Las remesas generadas por esta emigración, lo ubicó en 2014 como el tercer país a nivel mundial en recepción de remesas, sólo después de India y China.²

A pesar de que la migración global se ha incrementado de manera considerable en la última década, pasando de 150 a 214 millones,³ la migración intrarregional también ha crecido a un ritmo de 17% anual, no teniendo que ver necesariamente con la migración de Centroamérica y Caribe hacia los EUA. Tiene relación con la movilización de personas en otras subregiones de América Latina, que según datos de la Organización de Estados Americanos (OEA) y de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), representa una cuarta parte de la migración total de la Región.⁴⁻⁶

Según lo anterior, Argentina se constituye como el principal receptor de migrantes en el Cono Sur, con aproximadamente 1.5 millones de migrantes legalmente establecidos.⁴ Brasil, es un país muy estable, siendo la emigración más importante la interna hacia las grandes ciudades, no así en la inmigración, que reporta hasta el 17% procedente de Portugal.^{5,6}

En la Región Andina de América del Sur, se puede observar como principal país expulsor de migrantes a Colombia, en gran medida a partir del conflicto armado con la guerrilla y grupos paramilitares. El otro país con gran movilidad es Venezuela, que debido al conflicto político, económico y social ha pasado de ser receptor de inmigrantes regionales a un país emisor de emigrantes.⁴⁻⁶

Históricamente, Ecuador ha sido un país expulsor de emigrantes, los principales destinos han sido EUA, España e Italia. En los últimos años se ha observado que la crisis económica mundial, el reconocimiento del país como de renta media y la creación de una nueva política migratoria, han incrementado el atractivo para muchos inmigrantes de los países vecinos.⁷

En Centroamérica y el Caribe los principales flujos migratorios son hacia EUA y Canadá, mientras que la emigración intrarregional está concentrada en dos países: Costa Rica y República Dominicana. En el primer caso, conformado principalmente por nicaragüenses, colombianos y estadounidenses jubilados. En el segundo, predominantemente haitianos.⁴⁻⁶

En 2007, España contaba aproximadamente 1.8 millones de personas extranjeras, predominantemente de Ecuador, Colombia y Argentina.¹

Para fines de esta investigación se define migración humana como el movimiento de personas de un lugar a otro con la intención de establecerse permanentemente en el nuevo lugar. El movimiento es a menudo sobre largas distancias y de un país a otro, pero la migración interna es también posible. La migración puede ser de individuos, familias o de grandes grupos.^{8,9}

Objetivo

Determinar la situación que guardan los servicios de salud de Medicina Familiar y Atención Primaria en Iberoamérica, en torno a la cobertura y acceso de la población migrante.

Material y Métodos

Estudio exploratorio, transversal, descriptivo y enfoque mixto: cuanti-cualitativo con fines de diagnóstico situacional, realizado entre los meses de septiembre de 2017 a enero de 2018. Se invitó a participar a uno o dos representantes expertos en el tema de los 20 países miembros de WONCA-Iberoamericana-CIMF. Los participantes eran docentes, investigadores o clínicos en ejercicio y se dieron a la tarea de investigar y documentar las respuestas a un cuestionario con 22 preguntas relacionadas con el fenómeno de la migración y la prestación de servicios de salud en medicina familiar y atención primaria en sus respectivos países. El instrumento exploraba seis dimensiones generales: flujos migratorios y económicos; perfil familiar y caracterización del migrante; vulnerabilidad del emigrante irregular; programas de protección y acceso a los servicios de salud; riesgos sanitarios en el proceso salud-enfermedad y formación de recursos humanos para la atención de migrantes. Dicho cuestionario fue elaborado, revisado y validado en su contenido y apariencia por profesores de diferentes instituciones educativas de México, Colombia

y Ecuador. En un segundo momento la validación se hizo por los integrantes del grupo de trabajo en el estudio. El cuestionario fue enviado vía correo electrónico a cada uno de los investigadores participantes. La información proporcionada se concentró en un informe regional y posteriormente remitido nuevamente a los participantes del grupo para su revisión y aprobación. Posteriormente fue presentada para su análisis y discusión en la mesa de trabajo durante la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Cali, Colombia en marzo de 2018.

Resultados

De los 20 países de la Región, sólo respondieron la encuesta 13 de ellos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, España, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

La emigración en Iberoamérica (IBA)

La emigración regional es muy variada y tiene características distintas en cada una de las subregiones de Iberoamérica. Aunque CIMF se constituye por cuatro subregiones (Mesoamérica, Andina, Cono Sur y Península Ibérica), la presentación de los resultados puede o no coincidir con esta segmentación subregional.

En el Cono Sur, se observa que además de la afluencia de migrantes hacia Europa y EUA, también existe un flujo importante intrarregional. Argentina reportó para 2012, que los principales destinos de sus emigrantes fueron, España (30,2%), EUA (23,3%), Chile (8,5%), Paraguay (6,1%), Israel (5,0%), Bolivia (4,7%), Brasil (2,9%) y Uruguay (2,3%).¹⁰ Brasil también ha tenido una mayor emigración hacia Europa (51,5%), con predominio hacia Portugal (13,4%), España (9,4%), Italia (7,1%) y Reino Unido (6,6%). El segundo lugar (23,9%) hacia los EUA y en tercero hacia el continente asiático (9%, del cual, 7,4% va a Japón).¹¹

En el caso de Paraguay la emigración es hacia los países contiguos, principalmente Argentina, que del año 2000 a 2010 tuvo un incremento de 70,5% de inmigrantes paraguayos. Le sigue España y Brasil con casi 80 mil y 39 mil respectivamente en 2015.¹²

Para los chilenos, el país al que emigran mayormente es Argentina, seguida de EUA y posteriormente de otros destinos, como Suecia, Australia, Brasil, Venezuela, España, Francia y Alemania.

Uruguay reportó en orden de importancia los mismos destinos que Argentina y Brasil, tales como España, EUA y posteriormente Argentina y Brasil.¹³

En la Región Andina, integrada en este estudio por Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela. Bolivia reportó que según el Censo Nacional de Población 2012, los principales sitios de acogida de bolivianos son: Argentina (38,2%), España (23,8%), Brasil (13,2%), Chile (5,9%), EUA (4,2%), Italia (1,8%) y Perú (0,8%). Antes de la crisis económica de 2008 y de la exigencia de visa para los bolivianos a países de la Unión Europea (1 de abril 2007), España fue el principal destino.^{14,15} Bolivia tiene unos 10 millones de ciudadanos y aproximadamente 1,6 millones de emigrantes. En el censo 2012, 11,1% por ciento de los hogares declaró tener algún familiar emigrante.^{16,17}

Colombia es el país con mayor cantidad de emigrantes de Sudamérica (4,7 millones), lo que equivale a 10% de su población actual, seguido por Perú y Brasil. Según datos del Banco Mundial para 2011, los

principales destinos de la emigración colombiana fueron EUA (28,8%), Venezuela (28,4%), España (17,6%), Ecuador (8%), Canadá (2,1%) y posteriormente México, Panamá y Australia.^{18,19}

Ecuador, se encuentra en el puesto 102º de los 194 del ranking de emigrantes. Los 10 primeros países a donde migraron en 2015 fueron: Estados Unidos, España, Italia, Venezuela, Chile, Canadá, Colombia, Reino Unido, Alemania y Suiza.⁷

En el caso de Venezuela (2015), 606.344 venezolanos vivían en el exterior. No obstante, hay mucha emigración irregular, la cual es difícil dimensionar. En febrero de 2018, el informe de Tendencias Migratorias Nacionales en América del Sur, se observa que entre 2015 y 2017 la migración global de venezolanos se incrementó en 132%, siendo los países escogidos: Colombia, EUA, España, Chile, Argentina, Italia, Ecuador, Panamá, Brasil, México, Perú y Portugal. Según datos consolidados de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en 2015, el porcentaje de venezolanos fuera del país era de 2,3% de su población y en 2017 se calcula en 4,7% aproximadamente, lo que indica que casi un 80% de la emigración reciente desde Venezuela ha ocurrido principalmente durante los años 2016 y 2017. Al comparar las cifras de 2015 con las de 2017 se confirma una explosión en los movimientos de los venezolanos hacia otros países.²⁰ (Cuadro 1)

Cuadro 1. Emigración en IBA: principales destinos según país, 2010-2017.

País de origen	Principales países de destino
Argentina	España, EUA, Chile
Bolivia	Argentina, España, Brasil
Brasil	EUA, Portugal, Japón
Colombia	EUA, Venezuela, España
Chile	Argentina, EUA, España
Ecuador	EUA, España, Italia
España	Francia, Alemania, EUA
México	EUA, Canada, España
Nicaragua	Costa Rica, EUA, Guatemala
Panamá	EUA, Costa Rica, España
Paraguay	Argentina, España, Brasil
Uruguay	España, EUA, Argentina
Venezuela	Colombia, EUA, España

Fuente: Datos obtenidos de la investigación según referencias.¹⁰⁻²⁵

En Mesoamérica, integrada en este estudio por México, Nicaragua y Panamá, se encontró que en el caso del primero, es el país con mayor flujo migratorio hacia los EUA, alcanzando en 2015, 97,81% de su emigración total y alrededor de 13 millones de emigrantes; Canadá en segundo lugar 0,61%; España 0,41%; Alemania en cuarto lugar, 0,15% y Guatemala 0,15%.²²

Nicaragua reporta que 14.0% de su población vive en el extranjero, principalmente en Costa Rica y EUA, aunque le siguen Guatemala, El Salvador y en menor grado España y Honduras, representando aproximadamente tres cuartas partes de la migración intrarregional en Centroamérica.²³

En Panamá, 52% de emigrantes van a EUA; 6,4% Costa Rica; España 6,2%; Colombia 3,8% y China Continental recibe 2,8% de los panameños.²⁴

España es uno de los principales países receptores de migrantes latinoamericanos. Posterior a la crisis económica que inició en 2008, muchos españoles se quedaron sin trabajo o vieron frustradas sus expectativas de vida, por lo que decidieron migrar a otros países. En 2009 había 1.000.047 mil residentes españoles en el extranjero, según el Instituto Nacional de Estadística de ese país, la cifra de migrantes españoles se incrementó durante los ocho años siguientes, llegando en 2017 a 2,40 millones de personas, de las cuáles, 794.209 (33%), son nacidas en España, el restante 67%, son extranjeros nacionalizados, superando la cifra de 1,6 millones de personas. Su destino favorito para emigrar fue la Unión Europea (425.919, en 2017). En 2009, 819.731 nacionalizados españoles regresaron a su país de origen, calculando que de ellos, 578.763 (71%), lo hicieron a América Latina. Ocho años después, la cifra de nacionalizados que han vuelto a su país se ha duplicado (de 755.923 a 1.000.042 de personas). Los principales países receptores de migrantes españoles son Francia, Alemania, Reino Unido, Argentina y Venezuela. Los dos últimos hacen referencia a los españoles nacionalizados que regresaron a su país de origen.²⁵

La inmigración en países de IBA

Según el último Censo 2010, en Argentina vivían 1,805.957 personas de nacionalidad extranjera, que representaban 4,5% de la población total. De ellas, 3,67% proceden del Continente Americano. Es el principal país receptor de la migración intrarregional, teniendo mayor relevancia Paraguay (36,4%), Bolivia (23,5%), Chile (13%), Perú (10,6%), Uruguay (7,9%) y Brasil (2,8%).¹⁰ Dicha migración ha sido favorecida por los acuerdos de integración regional (el Mercado Común del Sur [MERCOSUR] y la Comunidad Andina de Naciones) que facilitan la movilidad intrarregional. Por otro lado, también se observa crecimiento en el número de migrantes no sudamericanos quienes tienen mayor vulnerabilidad que los migrantes regionales por el difícil acceso a la regularidad migratoria.²⁰ En los últimos años se observó un incremento de inmigrantes dominicanos y venezolanos, llegando estos últimos a tener un incremento porcentual de 903% (1,936 en 2017). Otros flujos de inmigrantes de importancia son los afectados por el conflicto de la República Árabe de Siria, que de octubre de 2014 a octubre de 2017, ha recibido 828 solicitudes de ingreso. Así mismo, se concedió 4,747 residencias a ciudadanos de Senegal entre 2010 y 2015 (97,7% Hombres y 2,3% Mujeres).²⁶

En Chile, según datos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), en 2010 los inmigrantes eran 369,436, cifra que se incrementó a 469,436 en 2015, un alza de 27%, lo que corresponde a 2,7% de la población total. Entre 2005 y 2016, en Chile se otorgaron 323,325 Permanencias Definitivas, siendo la comunidad peruana la más beneficiada, con 123,401 (38%); posteriormente la boliviana (13,5%), y la colombiana (13%).²⁷⁻²⁹

La inmigración en Uruguay pareciera ser menos intensa y diversa, los datos reportados corresponden a personas provenientes de Argentina y Brasil principalmente. De los inmigrantes europeos el principal emisor es España.¹³

De acuerdo con el Censo de 2010, Brasil posee 0,3% de la población compuesta por extranjeros, lo que totaliza poco menos de 600,000³⁰ habitantes provenientes de Portugal (21%), Haití (8%), Bolivia (8%), Japón (7%), Italia (6%), España (5%), Argentina (5%), China (5%) y EUA (3%).

Bajo la condición de refugiados, hasta 2015 recibieron 10,308 solicitudes, siendo en su mayoría de personas de Venezuela (33%), Cuba (13%) y Angola (13%). En 2016 se registraron 9,552 refugiados, de 82

nacionalidades,³¹ según lo reportado por la ONU, los países de procedencia fueron: Siria (27%), Colombia (13%), República Democrática del Congo (13%), Angola (12%), y Palestina (5%). En el mismo año se recibieron 35.351 solicitudes de asilo de personas originarias de Haití (20%), Senegal (15%), Venezuela (12%), Angola (7%), Nigeria (7%), Cuba (6%), Siria (3%) entre otros (Cuadro 2).

Cuadro 2. Inmigración en IBA: principales países de origen, 2010-2017.

País receptor	Principales países de origen
Argentina	Paraguay, Bolivia, Chile
Bolivia	Argentina, Brasil, España
Brasil	Portugal, Haití, Bolivia
Colombia	Venezuela, Ecuador, EUA
Chile	Peru, Bolivia, Colombia
Ecuador	Colombia, Perú, EUA
España	Marruecos, Rumania, Ecuador
México	EUA, Guatemala, España
Nicaragua	Honduras, El Salvador, Mexico
Panamá	Colombia, Venezuela, Nicaragua
Paraguay	Brasil, Argentina, España
Uruguay	Argentina, Brasil, España
Venezuela	Colombia, España, Portugal

Fuente: Datos obtenidos de la investigación según referencias.^{7,10,13,14,20,26-38}

En cuanto a la Subregión Andina, para el año 2015 vivían en Venezuela 1,404,448 inmigrantes, representando 4,5% de la población total del país,²⁰ teniendo como principales países de origen Colombia, Cuba, Bolivia y Haití. Durante muchos años Venezuela fue un país receptor de inmigrantes, tal y como lo refleja el alto porcentaje de esta población, no obstante, en los últimos años se ha tornado en un país emisor de migrantes.

Bolivia en 2012, reportaba 119,033 personas nacidas en el exterior, representando 1,2% de la población total, de los cuales 52,3% son hombres y 47,7% mujeres. Los países de procedencia fueron Argentina (30,4%), Brasil (18,5%), España (8,6%), Perú (7,8%) y México (7,1%). De esta inmigración internacional 44,0% reside en Santa Cruz; Cochabamba tiene 17,6% y La Paz alberga 14,4%. De ellos, ocho de cada 10 viven en el área urbana; 23,4% declaró haber llegado al país entre los años 2010 y 2012. Al comparar los datos de 2012 con los de 2001, se observa un incremento en el número de inmigrantes menores de 14 años con 4% y una disminución de 3,9% en el grupo de 15-64 años.^{14,32}

En cuanto a la situación de inmigrantes en Colombia, los datos señalan un total de 109,971 personas procedentes de otros países, los más importantes son Venezuela, Ecuador, EUA y España, lo que corresponde a 0,27% de la población total (DANE, 2005). La participación porcentual por continentes de procedencia es: América del Sur (43,3%), América del Norte (31,2%), América Central y el Caribe (13,8%), Europa (11,0%), Asia, Oceanía y África son los continentes con menor procedencia de extranjeros.³³

En Ecuador, de 2001 a 2010 ingresaron alrededor de 200,000 personas, estimándose que la tasa de inmigración en el 2010 fue de 1.2%, incrementado 0,3% en relación con 2001. Los países de procedencia en orden de importancia para ese año fueron Colombia, Perú, EUA, España, Cuba y Venezuela.³⁴

En México se reporta como principal grupo de inmigrantes a personas provenientes de EUA (69.7%), Guatemala (4.9%), España (4.3%), Colombia (1.3%), Argentina (1.3%), otros grupos de inmigrantes son más pequeños. En conjunto todos representaban 1% de la población total, según el último Censo de 2010, que detectó 961,000 personas extranjeras.³⁵

Nicaragua en 2010 estimó que 40,000 extranjeros vivían en su territorio, según datos del Banco Mundial, destacando la inmigración intrarregional de centroamericanos, especialmente de Honduras y El Salvador, los cuales son favorecidos por los acuerdo de libre movilidad (CA-4).³⁶ El Convenio Centroamericano de libre movilidad o CA-4 es un acuerdo firmado en junio de 2006 por cuatro de los países de América Central (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua), estableciendo la libre movilidad entre los ciudadanos de los países firmantes sin restricciones adicionales más que sus documentos de identidad nacional. Sin embargo, a los menores de edad se les exige pasaporte para evitar el tráfico ilegal de niños.³⁷ De la población inmigrante residente en el país, los hondureños conforman el grupo más amplio, agrupan 36,3%, siguiendo los mexicanos, cubanos, españoles, rusos, alemanes y colombianos. Los de origen africano representaron 4,16% de la población extranjera y los asiáticos 1,2%. Según datos de la Policía Nacional, se calcula que sólo se registran del 5 al 10% de las personas que llegan o transitan por el país, lo que estiman pudiera traducirse en al menos 60,550 a 121,100 inmigrantes irregulares en el periodo de 1990 a 2005, los cuales provienen principalmente de Perú, Ecuador, Colombia, India, Republica Dominicana, Costa Rica y China Continental. La proporción de migrantes extra regionales pasó de ser 18,0% de los inmigrantes en 2006 al 60,0% en 2009, siendo los principales países de origen Eritrea, Somalia y Etiopía.³⁸

En la inmigración que se tiene registrada en Panamá (2010), se encontró que el principal grupo corresponde a colombianos (28,2%), seguido por venezolanos (17,1%), nicaragüenses (9,1%), chinos (5,9%) y dominicanos (5,4%).²⁴

En España, los principales países de procedencia son Marruecos (11,96%), Rumanía (11,25%) y Ecuador (7,21%). En los últimos años, el número de inmigrantes que viven en España, ha disminuido en 427,112 personas (6,8%).⁷

La importancia de las remesas en los países de la Región

Las remesas generadas por los emigrantes son muy importantes para la economía de los países de Iberoamérica (no sólo de América Latina). En este sentido, vemos que de los veinte primeros países receptores de remesas del *ranking* mundial en 2016, hay dos de la región, México en cuarto lugar con 28,143 millones de dólares (4,8% del total mundial), que equivale a 2,3 % del Producto Interno Bruto (PIB)²² y España en treceavo con 10,080 (1,7%). Las remesas se han ido incrementando progresivamente en los últimos años y se espera que sigan así. Los principalmente países de procedencia del flujo económico son Francia, Alemania y EUA.^{7,22,39}

Nicaragua es otro país cuya importancia de las remesas es fundamental, así se muestra cuando observamos que en el primer trimestre de 2017, los ingresos por remesas correspondieron a 9,6% del PIB, con ingresos procedentes de la economía estadounidense (56,0%), Costa Rica (20,2%), España (9,6%), Panamá (5,9%), El Salvador (1,0%), Canadá y México (0,9% y 0,3% respectivamente).⁴⁰ No obstante que la dependencia económica de las remesas para Nicaragua es evidente, en países como Panamá no tiene

la misma trascendencia, en 2016 se recibieron un total de 505,7 millones de dólares; principalmente de EUA, Costa Rica y España, lo que representó 0,92% del PIB.⁷

En el Cono Sur, el flujo económico por remesas parece no ser tan importante, así vemos que en el caso de Paraguay (2016), ingresaron remesas por valor de 656.9 millones de dólares, 103.3 millones de dólares más que en 2015. Los flujos de dinero proceden principalmente de tres países: Argentina, España y Brasil.⁷ Así mismo, en Uruguay, 2.4% de los hogares recibió remesas en el año encuestado con un monto mensual promedio de 150 dólares, 60% destinado para Montevideo.¹³ En el caso de Brasil, se recibieron remesas mensuales con una media de US \$ 200 millones de dólares (2,400 millones al año).

Tanto en Argentina como en Chile, los ingresos por remesas tienen un bajo impacto económico. En el caso de la primera, en 2016, se recibieron 349 millones de dólares, lo que equivale a 0,4 % del PIB.⁴¹ Al parecer los emigrantes argentinos, no envían dinero de manera regular a sus familias. En el mismo sentido, los ingresos por remesas en Chile no son considerados importantes y provienen de países como Argentina, EUA y España principalmente.⁷

En Colombia, las remesas enviadas según informes del Banco de la República, representan entre el 1,7 a 1,8% del PIB, siendo el Valle del Cauca el departamento que más remesas recibe (33%), alcanzando hasta 3% del PIB para los Vallecaucanos.^{7,33} Bolivia en 2016, recibió remesas por valor de 1.217,2 millones de dólares procedentes de Argentina, España y Estados Unidos (18,4 millones de dólares más que en 2015), lo que equivale 3,60% del PIB.⁷ Aunque, también se refiere un decremento importante en los últimos años por causas atribuibles a la crisis internacional.⁴²

Ecuador cuenta con dos fuentes de financiamiento: el petróleo y las remesas.⁴³ Las segundas constituyen la segunda fuente de ingresos del país, representando en 2008 7,4% del PIB, posteriormente se ha observado un descenso, que a partir de 2011 a oscilado en alrededor del 3,5% de este Producto.³⁴ En 2016 las remesas provinieron principalmente de EUA, España e Italia. El resto llegó de Reino Unido, México, Chile, Perú, Canadá, Alemania, Suiza, Bélgica, Francia y Colombia.⁴⁴

Venezuela es un país difícil de analizar, ya que sus cifras no son confiables. Según datos oficiales, las remesas enviadas a Venezuela por los emigrantes, para el año 2016, representaron 0,0% del PIB, incluso, con crecimiento negativo (-6,3%).⁴¹ No obstante que estos datos no son creíbles, ya que hoy más que nunca la emigración de venezolanos hacia muchos otros países implica que el flujo de remesas es mayor. Las dificultades planteadas por el gobierno venezolano en el control cambiario, obliga a los ciudadanos a utilizar mecanismos informales para el ingreso de divisas, según lo observado entre la población. En este sentido, una empresa encuestadora privada registró que 88% de las familias de emigrantes afirman recibir dinero desde el exterior.

Principales motivos de emigración en IBA

Los principales motivos por los que las personas emigran en Iberoamérica son seis: a) cuestiones económicas y laborales, b) reunión familiar, c) cuestiones políticas d) conflictos bélicos, e) estudios y f) factores ambientales.

En relación a las cuestiones económicas y laborales vemos que también están en relación directa con los reencuentros familiares. Prácticamente todos los países tienen estas causas de migración, estimulada por

la pobreza y la falta de empleo o por una mejor remuneración, como ocurre en los 13 países encuestados. En este punto es importante distinguir entre la migración regular o legal y la irregular o también conocida como ilegal. En IBA se da con gran frecuencia la migración irregular, que marcadamente es intrarregional, tal como ocurre entre EUA, México, y los países de Centroamérica. Para muchos de estos migrantes los trámites de visado son procesos muy engorrosos, caros y difíciles de conseguir. Lo mismo ocurre entre los países de la subregión Andina y del Cono Sur, con un alto porcentaje de inmigrantes intrarregionales entre Colombia, Venezuela, Ecuador, Bolivia, Perú, Brasil, Chile, Argentina, Uruguay y Paraguay. No obstante, esta condición de migración irregular frecuente, conlleva mayores riesgos a su salud, dado, que tratan de evadir los filtros migratorios, la delincuencia e incluso exponen su vida.^{10,13,19,20,22,33-35,45-50}

En Ecuador al igual que en Bolivia y Paraguay, se ha presentado el fenómeno de feminización de la migración ya que se ha considerado que las principales causas de emigración son la crisis económica, disminución de la tasa de empleo, y reunión familiar, además de que las mujeres se insertan al mercado laboral de manera más sencilla.³⁴

Por otro lado, también tenemos la migración regular o legal, que bajo los mismos motivantes económicos viajan con mayor seguridad y planeación, buscando con frecuencia establecerse en el lugar receptor. Estas personas suelen tener mejores niveles de estudios, lo que les permite conseguir un mejor empleo con mejores ingresos. Esto también ocurre en los 13 países, encuestados, siendo notable la situación de España, décimo país receptor de inmigrantes a nivel mundial, pero que también es un importante emisor de emigrantes jóvenes (25 a 35 años), con estudios universitarios e idiomas, que debido en parte a la crisis económica que persiste, buscan mejores oportunidades de empleo, principalmente en otros países de Europa.^{51,52}

Las cuestiones políticas y conflictos armados, han sido detonantes de migración a gran escala, como ocurrió en Nicaragua, entre 1970 y 1980 por la Revolución Sandinista y la Contrarrevolución en tiempos de la Guerra Fría, o el conflicto bélico en Colombia producido por las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FARC-EP), La Dictadura de Pinochet en Chile y más recientemente los conflictos políticos en Argentina, Bolivia, Paraguay y la “Migración de Escape” de Venezuela, que en este último caso se debe al colapso económico y político.^{19,38,49,53,54}

Otra causa de Migración reportada fue la de estudios en el extranjero, principalmente en Chile y Colombia, ya que en este último país es muy costosa la educación posgraduada.^{33,45,49}

Los factores ambientales fueron reportados por Bolivia y Nicaragua. El primero haciendo referencia a las sequías, inundaciones y derrumbes por reblandecimiento de la tierra. El segundo, hace referencia a fenómenos meteorológicos como el Huracán Mitch (1998), que incrementó en 40% la emigración hacia Costa Rica.^{36,47}

Principales áreas de trabajo de los inmigrantes en los países receptores

En general, todos los países reportan que las actividades en las que se desempeñan los trabajadores inmigrantes tienen relación con los tres sectores de la producción, predominando la agricultura, la ganadería, la construcción, trabajadoras del hogar, servicios, comercio, la matanza y procesamiento de carnes, la industria textil, etc. Brasil, al igual que Chile, Colombia, Bolivia, Argentina, Ecuador, España y

México, refieren que un alto porcentaje de su población migrante tiene estudios avanzados o universitarios, dedicados a actividades de carácter científico y/o académico, así como de negocios. En algunos casos, como en España, es frecuente encontrar un amplio contingente de trabajadores que ocupan posiciones en la estructura laboral muy por debajo del nivel real de sus cualificaciones, ocurriendo más frecuentemente con los trabajadores informales.^{10,19,22,42,55-62}

¿Los emigrantes viajan solos o con familia en la Región?

No existen datos confiables al respecto, no obstante, varios de los países proporcionaron información que permite hacer algunas inferencias, por ejemplo: Nicaragua reporta que la mayoría de los emigrantes a Costa Rica viajan solos, con la intención de reagruparse posteriormente con la familia. La información revela que un importante porcentaje de hogares costarricenses son de composición binacional, encontrando que 36,8% de los nacidos en Costa Rica viven en hogares con un jefe de familia nicaragüense y en menor medida cónyuges y otros familiares. De estos hogares binacionales, el 36,9% del total de jefes de familia eran nacidos en Costa Rica, y 62,6% en Nicaragua.^{63,64} Otro dato importante, es el proporcionado por Paraguay, refiriendo que las personas que emigran en su mayoría viajan en principio solas y con el transcurso de los años llevan a sus familiares; son personas jóvenes en edad productiva, y especialmente mujeres. La Encuesta Permanente de Hogares (EPH), en 2012, muestra que cerca de 60% de los emigrados registrados son mujeres: 52% en Argentina y 80% en España. En cuanto a las edades, la mayoría se encuentra en el rango de 20 a 34 años (34%, entre 20 y 24 años, 18% entre 25 y 29 años).⁶⁵

En Bolivia, se refieren patrones de emigración más o menos comunes entre la población, como es el hecho que cuando se quieren mejorar los ingresos “solo un miembro de la familia sale”, mientras que cuando se busca un empleo “es casi normal ver que toda la familia se va del país en busca de nuevos destinos”.^{66,67} Entre 2004 y 2007 se observó un flujo predominantemente femenino (64%), que al parecer fue motivado por la mayor facilidad para conseguir trabajo. De las mujeres-madres que migraron desde Cochabamba, 91% lo hizo bajo el patrón independiente y tan sólo el 9% bajo el patrón asociativo de reunificación familiar. De acuerdo a los familiares de estas mujeres, las razones que motivaron la migración fueron: la desocupación (55%), otras (31%), reunificación familiar (9%) y 4% maltrato intrafamiliar.⁶⁶ Los emigrantes bolivianos en España tuvieron mayores tasas de irregularidad que otros de la región, lo que obviamente los hace más vulnerables en términos laborales y jurídicos y con mayor dificultad para reagrupar a su familia, resultando también más propensos a tener que retornar.⁶⁸

En Colombia, según se refiere, los emigrantes que buscan mejores oportunidades laborales suelen viajar solos en un inicio y reunir al resto de la familia en el país receptor.⁴⁵ Igual situación ocurre con los venezolanos, la mayoría son emigrantes jóvenes, solteros, que viajan solos, de hecho, según algunas investigaciones no oficiales, Venezuela es el segundo país que presenta mayor porcentaje de niñas y niños viviendo en el exterior.⁶⁹

El caso de Argentina, en la emigración hacia España, reporta una situación un tanto diferente, según reportes oficiales, 53,2% de los hombres llegaron a ese país solos, sin pareja ni hijos, mientras que 46,3% lo hizo con pareja y/o hijos. Las mujeres viajaron 44,1% sin pareja ni hijos y 18,9% con pareja y/o hijos.⁷⁰

En Ecuador los emigrantes viajan solos con la esperanza de reunir a su familia en el futuro inmediato, esta reflexión se corrobora con las declaraciones de la Viceministra de Movilidad Humana quien en 2014 indicó: “Este año tenemos una terrible y lamentable cifra que supera los 600 niños que han viajado no acompañados en busca de sus familias”, el triple de los casos registrados en 2013.⁷¹

Finalmente, en España se refiere que el emigrante suele ser varón, joven de 30-34 años, principalmente de Cataluña, Comunidad de Madrid y Comunidad valenciana y en algunas ocasiones podemos hablar de jóvenes parejas con hijos.⁷²

Las agresiones y/o abusos a inmigrantes

La persona migrante es muy vulnerable desde el mismo instante en que decide marcharse de su hogar y emprender la búsqueda de un mejor futuro. Requiere el valor y la decisión de desprenderse de la familia, las costumbres, la seguridad, del alimento. Enfrentar los retos del tránsito migratorio hasta el destino soñado, y finalmente, tratar de insertarse en la sociedad meta, para asimilarse y alcanzar el objetivo de una mejor calidad de vida.

El proceso migratorio no es sencillo, el inmigrante está expuesto a diferentes riesgos a su salud, tanto por enfermedades comunes, como por accidentes, agresiones y/o abusos de que son objeto. En este sentido, vemos que las actitudes de rechazo hacia los inmigrantes son variadas de país a país, por ejemplo, en Uruguay, Bolivia y Argentina, las personas presentan actitudes agresivo-pasivas, como la indiferencia, marginación, exclusión social, e intolerancia, dificultando los vínculos interculturales y produciendo cambios y conductas reactivas entre las recién llegados.⁷³⁻⁷⁶ En el caso de Chile, las actitudes racistas pueden observarse en lo cotidiano con ejemplos claros como el arrendamiento de habitaciones a precios abusivos, además en condiciones indignas de hacinamiento y falta de higiene; diversas agresiones físicas, en particular a personas de raza negra.⁷⁷

Otros países tienen un componente de violencia sexual más importante, como ocurre en Colombia, Nicaragua e incluso Paraguay, que en el caso del primero, se ha destacado por ser país de origen, tránsito y destino para la trata de personas, con delitos como la explotación sexual, los trabajos forzados y el narcotráfico. En el caso del segundo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), estima que hay alrededor de 4.800 niños, niñas y adolescentes que son sexualmente explotados comercialmente en Managua. Esto es un indicador del alto número de trata de personas.^{78,79}

Venezuela al parecer no tiene problemas de abuso hacia los migrantes, el único hecho aparentemente violatorio de sus derechos humanos ocurrió en 2015, a través de la deportación injustificada de ciudadanos colombianos ordenada por el Estado. En este contexto, se hizo mención del aparente incumplimiento del procedimiento administrativo de deportación y de la eventual violación de los derechos de algunas de las personas deportadas.⁸⁰

Se considera que Ecuador tiene un notable aumento inmigratorio especialmente de indocumentados desde hace 4 años, este fenómeno ha causado cambios en la sociedad y se observan reportajes en los periódicos de casos de xenofobia y explotación laboral.

Según los reportes proporcionados, México y España son los países más violentos para los inmigrantes, aunque, bajo diferentes circunstancias. En el caso de España, se hace referencia a una mayor variedad de agresiones xenofóbicas y racistas. Según el reporte RAXEN 2016, se constatan 500 incidentes

comprobados o documentados, frente a los 452 que recogieron en el informe de 2015, cuando se tuvo pruebas de 284 agresiones y 136 incitaciones al odio. De enero a diciembre de 2016 esta organización recogió datos inquietantes al registrar en la Comunidad de Valencia (93 incidencias), Madrid (72), Cataluña (58), Andalucía (57), Castilla-León (31), Aragón (27), y Baleares, Murcia, Euskadi, Navarra (con más de 20), detectándose incidentes en todas las Comunidades Autónomas.^{81,82} Respecto a las agresiones sexuales, un tercio de las mujeres víctimas son inmigrantes, siendo sus agresores 75% españoles y 25% no habían nacido en España.⁸³ Reportes de Médicos del Mundo, muestran que el 85% de los pacientes que atendieron han experimentado violencia antes, durante o después de su migración, y un tercio de los solicitantes de asilo han sido torturados.⁸⁴ Además se encuentran en situación especialmente delicada a las mujeres inmigrantes y refugiadas, así como los menores en tránsito por sufrir un alto porcentaje de violencia económica, psicológica, física y sexual (Cuadro 3).

Por su parte, México parece el país más violento en relación a la delincuencia organizada, no por xenofobia hacia los migrantes. Ocurre principalmente con los que se encuentran en tránsito y más aún, en la cercanía a las fronteras con Estados Unidos y Guatemala. Los emigrantes mexicanos y de todas las nacionalidades que tratan de pasar la frontera de forma ilegal reciben maltrato en la frontera con EUA 65-85% de las veces, las principales agresiones son: la violencia física con robo, especialmente de dinero e identificaciones y la violencia física, verbal y psicológica, extorsión, secuestro y violaciones sexuales, que aunque también están presentes, el porcentaje de incidencia es menor respecto de las otras.⁸⁵⁻⁸⁷

Programas formales de atención a los migrantes en los países de IBA

Al respecto de la presencia de legislación y programas formales de atención en salud para población migrante vemos que sólo tres países cuentan con ellos, Argentina, Ecuador y México. En el caso de Argentina, existe el Programa de Apoyo para Integración Social del Migrante (PAIS Migrante). Se propone la constitución de un “Centro de Orientación a Migrantes y Refugiados”, que permite brindar información válida, como la realización de trámites migratorios, asesoramiento y acompañamiento jurídico, prevención de la violencia de género, violencia institucional, y toma de denuncias en caso de actos de discriminación, y sobre todo, talleres de empoderamiento, clases de idiomas, introducción al empleo y talleres de oficios. Además de proporcionar un lugar para aquellas personas que no tengan sede para reunirse.⁸⁸

En Ecuador, en marzo del 2007, se creó la Secretaría Nacional del Migrante – SENAMI siendo la encargada de definir y ejecutar las políticas migratorias, encaminadas al desarrollo humano de todos sus actores, sirviendo de enlace en todas las acciones de atención, protección y desarrollo del migrante, según la política del Estado Ecuatoriano;⁸⁹ aquí se contemplan programas como “Ecuador Saludable vuelvo por ti” y “Retorno de Personas con Enfermedades Catastróficas” otorgado por el Ministerio de Salud Pública, así como “Retorno de Personas con Discapacidades” otorgado por la Vicepresidencia de la República del Ecuador. Actualmente todos los programas de asistencia a los migrantes los lleva el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana.⁹⁰

En el caso de México, cuenta con instituciones gubernamentales cuyo objetivo es trabajar en beneficio de esta población vulnerable, tales como el Instituto de Mexicanos en el Exterior (IME), El Instituto Nacional de Migración (INM), entre otros, contando con diversos programas al respecto, los más importantes son:

Cuadro 3. Vulnerabilidad y Acceso a los Servicios de Salud.

PAÍS	Agresiones y Abusos a migrantes	Migración infantil	Albergues para migrantes	Programas formales de atención a migrantes	Acceso a los Servicios de Salud	Medicamentos gratis para migrantes
Argentina	Actitudes agresivo-pasivas	Inmigración diversa	No	Sí	Gratuito	Sí
Bolivia	Actitudes agresivo-pasivas	Inmigración de Brasil, Colombia, Ecuador y Perú	Sí, religiosos y civiles	No	En algunos programas específicos	No, sólo a migrantes regulares
Brasil	No	Sin datos	No	No	Gratuito	Sí
Colombia	Violencia sexual y trata de blancas	Sin datos	Sí, religiosos y civiles	No	En emergencia médica o quirúrgica	No
Chile	Actitudes racistas y xenofóbicas	Inmigración diversa	Si, del Estado, religiosos y civiles	No	En emergencia médica o quirúrgica	Sí, en instituciones específicas
Ecuador	Xenofobia y explotación laboral	Inmigración de Colombia y Perú	Si, del Estado, religiosos y civiles	Sí	Gratuito	Sí
España	Agresiones xenofóbicas y racistas muy intensas	Inmigración diversa	Si, del Estado, religiosos y civiles	No	En emergencia médica o quirúrgica. Varía en algunas Comunidades Autónomas	Sí, sólo en alguna comunidad Autónoma
México	Agresiones físicas y económicas, sexuales por delincuencia organizada	Emigración a Estados Unidos	Si, del Estado, religiosos y civiles	Sí	Gratuito por 90 días (Seguro Popular)	Sí, en instituciones específicas
Nicaragua	Violencia sexual, acentuada en la infancia	Emigración a Estados Unidos	Si, del Estado, religiosos y civiles	No	Gratuito	Sí
Panamá	No	Sin datos	Si, del Estado, religiosos y civiles	No	Gratuito en los albergues para migrantes	Sí, en instituciones específicas
Paraguay	Violencia sexual y trata de blancas	Sin datos	No	No	En emergencia médica o quirúrgica	Sí
Uruguay	Actitudes agresivo-pasivas	Sin datos	No	No	En emergencia médica o quirúrgica	Sí, en instituciones específicas
Venezuela	No	Sin datos	No	No	En emergencia médica o quirúrgica	No

Fuente: Datos obtenidos de la investigación según referencias.^{3,10,22,28,36,60,73-106,119-131}

Mujer Migrante: Ofrece servicios de comunicación e información confiable y oportuna para mujeres migrantes y sus familias –en México y en el extranjero, principalmente en EUA, así como extranjeros establecidos o en tránsito por México, en particular de Centroamérica–, a fin de reducir los riesgos de su condición de doble vulnerabilidad: mujeres y migrantes.⁹¹

Programa Temporal de Regularización Migratoria: La finalidad es regularizar la situación del inmigrante temporal en México.⁹²

Seguro Popular: La Comisión Nacional de Protección Social en Salud facilita a los indocumentados su incorporación temporal al Sistema de Protección Social en Salud del Seguro Popular por 90 días, durante su tránsito por el territorio nacional, cubriendo los tres niveles de atención médica, no importando su estatus de migrante regular o irregular.⁹³

Vete sano, regresa sano: Es un programa que contribuye con la salud de los migrantes y sus familias con acciones intersectoriales de promoción y prevención de la salud, en el lugar de origen, tránsito y destino de estos grupos, principalmente en EUA y ciudades más importantes de emigración.³

Otros países como Paraguay, Uruguay, Nicaragua y Venezuela, cuentan con legislaciones que garantizan el derecho a la salud para toda la población, incluyendo a los migrantes, sin embargo, no cuentan con programas específicos. Bolivia legalmente tiene la posibilidad de apoyar a los migrantes regulares, en algunos programas prioritarios como la atención del parto, atención infantil o del anciano, como se verá más adelante.

En España, el Real Decreto Ley (RDL) 16/2012 excluyó de la asistencia sanitaria a miles de personas incluyendo a los migrantes en tránsito, salvo en algunas situaciones como atención de urgencias o atención a embarazadas, menores, solicitantes de asilo, víctimas de trata, sin embargo, las vulneraciones de la ley incluso a estas poblaciones que sí tenían derecho reconocido han sido denunciadas por organizaciones como REDER y otras Organizaciones no Gubernamentales (ONG).⁹⁴

Acceso a la atención médica para personas inmigrantes indocumentadas

En la mayor parte de los países como Colombia, Chile, Uruguay, Paraguay y Venezuela se brinda atención médica a los inmigrantes en caso de emergencia médica o quirúrgica, aun en caso de situación irregular, quedando cubiertos los gastos a cargo del Estado.^{28,95-97} España, a través del Real Decreto (RD) 1192/2012 y Real Decreto Ley 16/2012: En su artículo 8 recoge que los extranjeros no comunitarios que se encuentren en España inscritos en el Registro de Residentes Extranjeros o sean residentes en situación administrativa regular, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Así mismo, los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España (inmigrantes en situación administrativa irregular), recibirán asistencia sanitaria solo en las siguientes situaciones: a) Por urgencia debida a enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, b) Por embarazo, parto y postparto y c) Los menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.^{98,99} No obstante la existencia del RD, no todas las comunidades lo aplican tal cual, en Cataluña, Euskadi y Asturias, se les garantiza el derecho a recibir asistencia sanitaria si se encuentran empadronados dentro de su territorio. En Castilla –La Mancha, se les facturan los gastos por la atención prestada. Solo en Andalucía se presta asistencia sanitaria a los inmigrantes en situación irregular en las mismas condiciones que al resto de los españoles.^{100,101}

En el caso de Brasil, Ecuador y Nicaragua, el servicio médico se presta de forma indistinta a cualquier persona que lo solicite, independientemente de la ciudadanía o situación migratoria. Este hecho ha motivado que en el caso de Nicaragua, muchas personas, incluyendo los ciudadanos hondureños, crucen la frontera sólo para recibir atención sanitaria y regresar a su país.^{36,90} En los casos de México y Panamá

reportaron que además de brindar la protección a la salud de los migrantes irregulares, también cuentan con albergues que brindan asistencia temporal en cuestiones básicas como alimentación, vivienda, vestido y asesoría legal.^{93,102}

La atención del migrante irregular que no puede pagar el servicio médico

En algunos países como Argentina, Brasil, Ecuador, Nicaragua y Paraguay, la atención médica para migrantes irregulares es gratuita.^{90,103} En Panamá puede brindarla de esta manera solo en los albergues, mientras que Chile y Uruguay lo hacen sólo en los casos de estar afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA), en el primer caso o alguna mutualista en el segundo.¹⁰⁴⁻¹⁰⁶ Colombia y España sólo si se trata de emergencias médicas o gineco-obstétricas que ya se han mencionado antes.^{99,107} México por 90 días a partir de su registro en el Seguro Popular gratuito⁹³ y Bolivia lo hace en la seguridad social de manera informal, previa autorización del director de la unidad médica, ya que de manera formal sólo se puede brindar atención a migrantes regulares que no cuenten con seguros de salud y en las siguientes áreas: mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, adultos mayores a partir de los 60 años, servicios de salud sexual y reproductiva a mujeres en edad fértil y a personas con discapacidad.¹⁰⁸ En Venezuela recientemente se ha limitado esa posibilidad al condicionarse la atención médica a la presentación del “Carnet de la Patria.

En caso de que el migrante no pueda comprar el medicamento

En cuanto a proporcionar los medicamentos de forma gratuita para los migrantes, llama la atención que diez de los trece países, lo pueden proporcionar bajo diferentes características. Argentina, Brasil, Ecuador, Nicaragua y Paraguay lo hacen de forma indistinta con sus ciudadanos en las instituciones públicas de salud y dentro de un cuadro básico de medicamentos.^{90,109} Mientras que Bolivia lo proporciona sólo a los migrantes regulares y en los programas referidos en el párrafo anterior. España, sólo en alguna comunidad autónoma.⁹⁹ Chile, México, Uruguay y Panamá sólo en determinadas instituciones de salud.^{91,104-106} Los países que no proporcionan medicamentos a migrantes irregulares son Colombia y recientemente Venezuela, que puede explicarse por las circunstancias de crisis económica, política y social que vive actualmente.

Principales problemas de salud por lo que consulta la población inmigrante

Los principales motivos de consulta a los servicios de salud en los 13 países encuestados se repiten con relativa frecuencia. Por lo que serán presentados en dos dimensiones, según la información recibida: la esfera biológica y la de salud mental.

En el área de enfermedades biológicas, las más frecuentes fueron las respiratorias y gastrointestinales y otras infecciosas como la tuberculosis, hepatitis, las transmitidas por vectores, huéspedes y reservorios como el paludismo, dengue, filariasis, esquistosomiasis; además de los accidentes y lesiones. Estas afecciones resultaron un común denominador para Bolivia, España, México y Argentina, aunque este último también refiere como frecuente las cefaleas alergias, problemas vasculares, desde la insuficiencia vascular, hasta los accidentes vasculares cerebrales.^{76,102,109-113} Bolivia también reporta alta frecuencia de “mal de altura”.¹¹⁰ Para Chile, las principales demandas de atención médica son las enfermedades que requieren intervención quirúrgica (37%), parto (20%), enfermedad con tratamiento médico (18%) y embarazo (5,8%).²⁸

Los problemas de salud mental reportados con mayor frecuencia son los siguientes:

Nicaragua destacó que las personas consultadas y con familiares migrantes sufren estrés (67%), depresión (58%), dolor de cabeza (39%) y violencia intrafamiliar (5%).^{114,115} Brasil menciona que los inmigrantes con más desórdenes mentales y del comportamiento son los coreanos de São Paulo: trastornos de ansiedad (13%), trastorno de estrés postraumático (9,6%), trastornos del humor (8,6%), trastornos somatoformes (7,4%), trastornos disociativos (4,9%), trastornos psicóticos (4,3%), trastornos alimentarios (0,6%), trastornos derivados de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco o drogas, 23,1%). Estos pacientes coreanos presentan más trastornos psiquiátricos que la población en Corea, especialmente trastorno de estrés postraumático, y una tasa similar a la encontrada en la población brasileña.¹¹⁶ Argentina, además de los problemas orgánicos ya referidos, también menciona que 33% de los pacientes migrantes encuestados, que se atienden en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, presentaron estrés aculturativo, también llamado Síndrome de Ulises, con datos de somatización. Finalmente, Uruguay reportó que no hay diferencias entre la patología de los inmigrantes y la morbilidad nacional. Colombia, Panamá y Venezuela no tienen información disponible al respecto.

Servicios médicos más utilizados por los inmigrantes irregulares en los Sistemas de Salud

Al preguntar acerca de la utilización de los servicios médicos por parte de los inmigrantes, doce de los 13 países reportaron no contar con información oficial al respecto, no obstante, con base a la investigación realizada por los integrantes del grupo de trabajo entre sus colegas interinstitucionales, y por la experiencia personal de cada uno de ellos, refirieron que los servicios de primer nivel de atención y urgencias son los más demandados, seguidos probablemente por servicios de gineco-obstetricia y pediatría, así como de salud pública, para el control y tratamiento de las principales causas de demanda de atención médica referidas en el apartado anterior. Se conoce también que existen centros de asistencia para los migrantes proporcionados por diferentes instituciones de tipo religioso, fundaciones, ONG, entre otras. España respondió que los inmigrantes irregulares no tienen acceso al sistema sanitario desde 2012. Los inmigrantes regularizados tienen los mismos derechos que los ciudadanos españoles. Dicho esto, los servicios más utilizados por los inmigrantes están relacionados con las necesidades de salud materno-infantil.^{99,117,118}

Los albergues para migrantes irregulares en tránsito

Los albergues para migrantes irregulares se constituyen como refugios y “puestos de control sanitario y legal” (aunque no es su principal función), que permiten a las personas sobrevivir, reflexionar, incluso, insertarse laboral y socialmente al país anfitrión. En su mayoría les proporcionan alojamiento, alimentación, ropa, seguridad, asesoría jurídica, orientación general, apoyo espiritual y en muchos casos atención médica y psicológica. En los casos donde el albergue es del Estado, también se proporciona con frecuencia asistencia para retornar a sus lugares de origen. En el estudio que se presenta, sólo seis de los 13 países cuentan con albergues para migrantes financiados por los respectivos gobiernos, es el caso de Chile, Ecuador, España, México, Nicaragua y Panamá. Estos cinco países cuentan también con otros recintos que tienen el mismo objetivo, pero son de carácter religioso o civil, con financiamiento no gubernamental.¹¹⁹⁻¹²⁴ Bolivia y Colombia, cuentan con albergues de este último tipo, principalmente de carácter religioso en donde no

participa el Estado.¹²⁵⁻¹²⁸ En Ecuador, existen albergues para personas que esperan ser deportadas, uno de ellos está ubicado en un hotel de la capital que consta con todos los servicios básicos.¹²⁹ Finalmente, cinco de los países encuestados, la mayoría del Cono Sur, Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, y Venezuela, no cuentan con albergues que den soporte a la movilidad migratoria.

Acerca de la migración infantil en IBA

De los 13 países, sólo ocho proporcionaron información al respecto de la migración infantil en sus respectivos países. En el Cono Sur, Argentina, según el último Censo poblacional de 2010, existían en ese momento 140,312 menores de 14 años de nacionalidad extranjera. Además, en la composición de las solicitudes de asilo y refugio, 89% era mayor de edad y 11% infantes, predominando los hombres (65%), no acompañados o separados de sus familias.¹⁰ Para Chile, la población inmigrante menor de 18 años corresponde a 1,4% del total, siendo el grupo de mayor presencia el de 20 a 35 años.²⁸

En la Subregión Andina, Bolivia menciona que los reportes más recientes sobre inmigración infantil corresponden al Censo de Población y Vivienda 2001. En éste, se hace referencia a que en la amazonia boliviana los inmigrantes brasileños menores de 15 años representan 40%, los colombianos 16,4%, ecuatorianos 19,2 % y peruanos 14,3%.⁶⁰ Según el Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (ODNA), en el 2010 el 1% de la población de Ecuador menor de 18 años es originaria de otro país; este porcentaje corresponde al 27% del total de extranjeros. La mayor parte proviene de Colombia y, en número menor de Perú.¹³⁰ Por su parte, Venezuela no dispone de información oficial de este tema, no obstante, según algunas fuentes no oficiales y reportajes de prensa, así como la observación cotidiana, se puede inferir que la mayoría de los inmigrantes, tanto en el pasado como en la actualidad, son adultos que llegan solos al país, siendo pocos los niños que ingresaron o ingresan en esta forma.

Por Mesoamérica, México y Nicaragua, reportan, que en el caso del primero, 1,5% y 1,6% de los niños de 0-9 años de edad (hombres y mujeres respectivamente) y 5,6% y 5,7% del grupo de 10-19 años (hombres y mujeres), fueron repatriados de EUA a México, descendiendo de 20,438 en 2010 a 11,743 en 2015.²² Para Nicaragua, entre octubre de 2013 y junio de 2017, la Patrulla fronteriza de EUA capturó a 16,546 menores no acompañados provenientes de Honduras, 14,086 de Guatemala y 13,301 de El Salvador, pero solamente a 178 de Nicaragua. El número de niños deportado de EUA a Nicaragua es menor con respecto a otros países vecinos, a pesar de las dificultades socioeconómicas que enfrenta el país.¹³¹

La inmigración infantil en España batió record en 2017, ya que en los nueve primeros meses se contabilizaron 5,380 menores extranjeros no acompañados en los centros de acogida de las comunidades y ciudades autónomas, 34,6 % más que en todo 2016, cuando hubo 3,997. Las estadísticas del Gobierno central, revelan que a España llegaron desde 2014 un total de 16,379 menores inmigrantes.

Los inmigrantes en el país receptor ¿viven solos o con su familia?

Al respecto de la pregunta de si los inmigrantes viven solos o en familia en el país receptor, vemos que sólo fue respondida por cinco de los doce países (Argentina, Bolivia, España, México y Uruguay). Argentina reporta que en la actualidad, la estructura familiar de las familias inmigrantes es la siguiente: pareja e hijos 43,78%, pareja sola 24,42%, hijos solos 12,90%, solos 11,06%, padres y hermanos 0,92%,

padres 1,38% y otros 5,53%. Por otra parte, los inmigrantes de países limítrofes han llegado mayormente cuando eran jóvenes, consecuentemente, una alta proporción de ellos y ellas no habían conformado aún sus familias de procreación antes de partir. Mayormente residían con sus padres y sólo una minoría tenía cónyuge e hijos. Si bien son numerosas las mujeres inmigrantes que ya son madres, es bastante baja la proporción de quienes tienen a sus hijos en el país de origen (madres a larga distancia). Esta práctica es muy poco común entre las mujeres de origen boliviano y más difundida entre aquellas de origen paraguayo.¹⁰³

En cuanto a la composición familiar, según datos proporcionados por Bolivia, en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 (no se encontraron datos más recientes), 43,3% de los extranjeros nacidos en países amazónicos (Brasil, Perú, Colombia, Venezuela, Ecuador) fueron solteros, 51% casado/conviviente y 5,8% separado/viudo/divorciado.⁶⁰

En España, la población inmigrante vive de la siguiente manera: 33% solo (35% de los hombres, 31% de las mujeres); 28% con otra persona; 27% en unidades de 3-4 personas; y el restante 12% en unidades de más de 4 personas. El tamaño medio de los hogares es de 2,5 miembros, por debajo del promedio de los hogares españoles (2,8 según el Censo de 2001).¹³²

En el caso de México, se menciona que según el Censo de población de 2010 (el último), 54,4% de los inmigrantes estaban casados y 45.6% solteros.³⁵

La información proporcionada por Uruguay no es de carácter nacional, corresponde al reporte de un Centro de salud de Montevideo, según el cual, 75% de los registros de pacientes migrantes atendidos de enero a julio 2016, llegaron solos, siendo una amplia mayoría mujeres (cerca del 100%).

Población emigrante que vive sola, sin volver a unirse a otra pareja

Esta pregunta sólo fue respondida por seis de los trece países, Bolivia, Ecuador, España, México, Nicaragua y Uruguay. El primero menciona que la presencia de solteros es equiparable a la de casados (35%), con una notable presencia de parejas en cohabitación (24%).⁴² En Ecuador según la Encuesta de Empleo y Desempleo de 2006, registra que, en lo referente al estado civil de las personas que abandonaron el país, 48.1% tienen un compromiso (casado/a 42.3% y unión libre 5.8%), destacando en este grupo los hombres con porcentajes de 49.6%. Mientras que en aquella población que no tenían cónyuge (separado/a 2.9%, divorciado/a 2.0%, viudo/a 1.3%, soltero/a 45.7%) destacan las mujeres con el 53.8%.¹³³

España, reporta que de las personas casadas, 38% de los hombres y 26% de las mujeres se hallan separadas físicamente de sus cónyuges, en la mayoría de los casos porque no han logrado la reunificación en España. Por otra parte, 62% de los padres inmigrantes y 47% de las madres tienen hijos en el país de origen (de ellos, más de dos tercios son menores de edad). La reunificación de los cónyuges es algo mayor entre los europeos del este y los latinoamericanos (73% en ambos casos) que entre los africanos (66%). Sin embargo, debido a que la inmigración africana es más antigua en España y tienen más hijos de promedio (2,5, por 1,6 de los europeos del Este y 1,9 los latinoamericanos), el tamaño medio tanto de sus hogares (2,8 miembros) como de sus viviendas (4,8 miembros) es mayor que el de los otros grupos (2,3 y 4,2 los europeos y 2,4 y 4,1 los latinos). Por último, la tasa de natalidad más elevada de los latinoamericanos, en relación a los europeos del este, explica que el tamaño medio de sus hogares sea mayor a pesar de que el grado de reunificación familiar es similar en ambos grupos.¹³²

En México, se reporta que la estructura familiar de los inmigrantes del sexo femenino que no se volvió a casar o unir en pareja fue de 9,4% y los hombres de 10,8% en 2010.²²

En Nicaragua el fenómeno de la emigración trajo como resultado que las familias hayan pasado de ser nucleares a monoparentales y en muchos casos a ser familias extendidas; la mayoría de las veces son las madres solteras quienes emigran dejando a cargo de sus hijos e hijas a otros familiares. Se estima que prácticamente la mitad de los 900 mil nicaragüenses que residen en el exterior dejaron hijos e hijas en su país de origen.¹³⁴

Por último, en el caso de Uruguay, el reporte corresponde a información del centro de Salud Ciudad Vieja, mencionando que 72% de los inmigrantes que se atendieron viven solos o agrupados sin sus familias que quedaron en su país de origen.

Tipo de servicios médicos que ofrece el médico familiar a migrantes

En general, la actuación de los médicos de familia en los trece países es muy similar, está enfocada a la atención de los pacientes desde la perspectiva de la medicina familiar y la atención primaria, con actividades basadas en el enfoque de riesgo, atención integral y continua, en muchos casos con actividades de rehabilitación y de vigilancia epidemiológica. No obstante, ninguno de los países menciona tener programas asistenciales propios para la salud de los migrantes debidamente estructurados.

El rol del médico familiar o general en la salud de los migrantes

En cuanto al rol del médico familiar o general en los sistemas de salud de IBA, sólo España tiene definido el rol del profesional en la atención de la salud de los migrantes. Doce de los 13 países dan el mismo trato en la atención de estos pacientes que a cualquier otro ciudadano de su país. No obstante, las determinantes sociales de la salud en los migrantes no son consideradas ni tampoco los factores de movilidad y riesgos de su condición migratoria. En este sentido, España puntualiza que es necesario individualizar y personalizar la atención al paciente inmigrante. Una historia clínica que incluya los aspectos relacionados con el proceso migratorio y una exploración física cuidadosa para llegar al diagnóstico en estos pacientes. La atención a los inmigrantes presenta algunas diferencias respecto de los pacientes autóctonos, sobre todo en las primeras etapas de su llegada y siempre teniendo en cuenta el país de procedencia y el tiempo de estancia en el país receptor.^{111,135}

También el médico de familia debe aconsejar y realizar actividades de prevención y promoción de la salud cuando el inmigrante vaya a regresar al país de origen (consejería, vacunaciones, profilaxis antipalúdica, etc.). Además, en el abordaje holístico de los pacientes, es importante la atención de los aspectos psicológicos, socioculturales y religiosos que pueden influir sobre la salud del paciente y su familia, debiendo recordar que el proceso migratorio es un acontecimiento vital y estresante, debiendo estar atento a la presentación de cuadros psiquiátricos graves.^{111,135}

En resumen, el médico familiar cuando atiende a inmigrantes, su objetivo debe ser una atención médica culturalmente apropiada, eficiencia clínica culturalmente competente, respetuosa, flexible y sensible.^{111,135}

El tema de la salud de los migrantes se encuentra dentro del currículo de la Carrera de Medicina o del posgrado de Medicina Familiar

De los 13 países encuestados, sólo España tiene un programa formal de Salud de los Migrantes en el currículo de la especialidad de Medicina Familiar,¹³⁶ cuyas competencias están dirigidas al manejo de comunicación efectiva con esta población y a la atención de los riesgos de enfermedades infecciosas e importadas, así como a situaciones de riesgo familiar y social, tales como personas en exclusión social, pacientes discapacitados, violencia familiar, etc.

En algunos programas de especialización en Medicina Familiar de Ecuador y México, existen módulos o temas destinados a la asistencia de los migrantes y sus familias, enfatizando en la adopción de competencias lingüísticas, comunicación e interculturalidad, desde el enfoque holístico propio de la especialidad.

Por su parte, Argentina, que al igual que los otros doce países no cuenta con un programa formal en la carrera de Medicina o en la especialidad de Medicina Familiar, ha desarrollado desde 2007 el grupo de trabajo: Salud y Migraciones, dependiente de la Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los cuales realizan capacitaciones denominadas "Formación de Formadores: Curso Migraciones, Salud e Interculturalidad. Concepciones y prácticas". A partir de 2010, se formalizó como actividad de educación continua posgraduada, alcanzando en este momento siete ediciones.¹³⁷

Respecto de la salida de emigrantes sanos y su retorno al país de origen enfermos

Ningún país tiene información al respecto, no obstante que no es posible documentar este hecho, resulta fácil de comprender que en muchos de los países que reciben inmigrantes, lo hacen como capital humano de excepcional calidad, jóvenes, fuertes, motivados, decididos, etc., sin embargo, después de estar por años en la informalidad y expuestos a explotación, jornadas de trabajo superiores a las aprobadas por ley, con determinantes sociales en contra de su salud y sin acceso formal a los servicios sanitarios y sistemas de protección social, resulta evidente que muchas personas que emigraron retornan a sus países enfermos y envejecidos, para ser atendidos por los sistemas de salud que les tiene en garantía su país de ciudadanía, convirtiéndose en una carga social.

Respecto de la salida de emigrantes sin adicciones y que las haya adquirido en el país huésped

Al respecto del complicado tema de las adicciones importadas a través de la migración, ningún país tiene información puntual que pueda proporcionar una idea clara de la situación. España es el país que de forma indirecta puede aportar algunos datos generados a través de la epidemiología del SIDA. En este sentido, se ha observado que si bien los mecanismos de transmisión implicados en la transmisión de la enfermedad, corresponden a los de sus países de origen, siendo los contactos sexuales no protegidos la principal vía de infección en el colectivo inmigrante. Destaca el hecho de que 41% de los casos en personas originarias de África del Norte se habían infectado a través del uso de drogas por vía parenteral, mecanismo que es poco común en los países de origen, pero sí es frecuente en España. Este dato sugiere

que muchas de las conductas de riesgo para la infección se adquieren en ese país y apoyan la hipótesis de que al menos 25% de los inmigrantes con SIDA se han infectado debido a esa situación de vulnerabilidad socioeconómica, cultural y afectiva.¹³⁵

En otro ámbito como el de la prostitución ejercida por mujeres inmigrantes en España, la cual es producto de la necesidad de obtener ingresos; la ausencia de protección familiar, personal y social; la explotación y tráfico sexual, entre otras. Resulta fácil comprender que los riesgos a la salud no sólo los constituyen las infecciones de transmisión sexual, también se ha reportado que existe una relación importante con otras enfermedades y trastornos psicológicos y psiquiátricos como la ansiedad, depresión, somatizaciones, trastornos de conducta, trastornos psicóticos y el estrés postraumático; además de la automedicación y adicciones (alcohol, cocaína y marihuana), las cuales no suelen ser reconocidas, por lo que es difícil de cuantificar.¹³⁵

Asimismo, las mujeres inmigrantes son más vulnerables a la violencia de pareja, dada su situación de indefensión, pudiendo presentar efectos más devastadores por la cronicidad, el silencio, el deterioro y ausencia de recursos sociales paliativos. Dicha situación puede dar lugar al deterioro de su salud mental con depresión, ansiedad, trastornos del sueño, lo que también conlleva riesgo de adicciones como abuso del consumo de alcohol y barbitúricos, u otros medicamentos.¹³⁵

Conclusiones

La investigación realizada permite observar que existen grandes carencias en los mecanismos de recolección de datos a nivel de las instituciones de salud y de otras vinculadas con el fenómeno de la migración, en la mayor parte de los países participantes. Al analizar la información recogida en el cuestionario y el origen de la misma, resulta obvio que las fuentes bibliográficas consultadas por los investigadores participantes son múltiples y muy disímiles, no comparables entre sí (censos, encuestas internas, investigaciones particulares, registros de organizaciones, entrevista, experiencia personal, otros), lo en algunos casos pudieran considerarse un tanto subjetivos. No obstante, estas limitaciones y alcances, la información presentada fue muy bien documentada y permite hacer los comentarios que a continuación se exponen.

El tema de migración y los servicios de salud en Iberoamérica debe ser un tema prioritario en la agenda política de los gobiernos, de las instituciones de salud, de las universidades y de todos y cada uno de los profesionales en medicina familiar y proveedores de servicios de atención primaria.

Resulta importante destacar, la falta de preparación de los recursos humanos en medicina familiar y atención primaria, en el tema de la salud del migrante, lo que constituye un reto urgente a resolver, dada la gran responsabilidad que guardan los gobiernos en materia de control y vigilancia epidemiológica, además de ser la salud un derecho fundamental de todo ser humano. Eso sin mencionar la importancia económica de la migración en la mayor parte de los países, así como de la riqueza cultural y humana que aportan a las sociedades.

También se concluye, que el acceso y cobertura de la población migrante (sobre todo la irregular), es muy deficiente en la mayor parte de los países, incluso, en los que pudieran tener una estructura sanitaria más sólida, generando mayores riesgos a la salud, no sólo para los migrantes, sino también, de la población general.

Debido a la falta de información comentada previamente, no se pudo dar respuesta a algunas de las interrogantes, lo que limita la interpretación de los datos, no obstante, la investigación realizada por los integrantes del grupo de trabajo en las instituciones de salud de sus países (cualitativa), puede dar soporte a los resultados que se presentan, aunque será importante profundizar con investigaciones más puntuales, en cada uno de los países de la Región.

Finalmente, los resultados presentados en este documento fueron analizados y discutidos en mesas de trabajo durante la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, llegando en consenso de los representantes de los 17 países participantes en las mesas de trabajo a las siguientes recomendaciones:

- I. Reconocer el derecho a la salud de las personas migrantes y sus familias, asegurando el acceso igualitario de protección, amparo, y derechos que gozan los ciudadanos de cada país.
- II. Incorporar en la malla curricular de los programas de pregrado, posgrado y formación continua, las competencias necesarias para la atención integral de la población migrante y de sus familias.
- III. Creación de un observatorio de salud de la migración, con registro de información confiable y validada, que permita análisis y seguimiento para la toma de decisiones efectivas y centradas en las personas y sus familias.

Referencias

1. Oliva J, Pérez G. Inmigración y salud. *Gac Sanit.* 2009; 23(Supl 1):1-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.10.002>
2. Ceja FA, Lira MJ, Fernández GE. Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos. *Ra Ximhai.* 2014; 10(1):291-306.
3. Instituto de Salud del Estado de México, Secretaría de Salud. Vete sano, regresa sano. México, 2017. [Consultado 25 octubre 2017]. Disponible en: http://salud.edomexico.gob.mx/html/vete_sano.htm#
4. Castro N. Los flujos migratorios en América Latina. *Esglobal* 2016. [Consultado 25 octubre 2017]. Disponible en: <https://www.esglobal.org/los-flujos-migratorios-intrarregionales-en-america-latina/>
5. Aumenta la inmigración intrarregional en Iberoamérica. *Notiamérica.* Madrid. 2017. [Consultado 25 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.notimerica.com/sociedad/noticia-aumenta-inmigracion-intrarregional-iberoamerica-20170529194012.html>
6. Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo. Las migraciones en las fronteras en Iberoamérica. Madrid: Comillas. 2016.
7. Datosmacro.com [Internet]. España: web de servicios [consultado 27 enero 2018]. Disponible en: <https://www.datosmacro.com/>
8. Organización Internacional para las Migraciones. Los términos clave de migración. 2017. [Consultado 20 octubre 2017]. Disponible en: <https://www.iom.int/es/los-terminos-clave-de-migracion>
9. Organización Internacional para las Migraciones. Migración y Salud, Sección 2.7. 2017. [Consultado 25 octubre 2017]. Disponible en: http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf
10. Benencia R. Perfil migratorio de Argentina 2012. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones. 2012
11. Censo demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios. Brasil. [Consultado 7 febrero 2018]. Disponible en: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios>
12. Martínez PJ, Cano CV, Soffia CM. Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional. *Serie Población y Desarrollo* N° 109. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 2014.
13. Programa de Población–FCS-UdelaR. Perfil Migratorio de Uruguay 2011. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones. 2011.
14. Molina F. Migración: así estamos en Bolivia. Página siete. Bolivia. 25 junio 2017. [consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.paginasiete.bo/ideas/2017/6/25/migracion-estamos-bolivia-142061.html>

15. Vega-Macías D. Migración y recesión económica: tendencias recientes en el saldo y los flujos de migrantes latinoamericanos y caribeños en España. *Notas de Población* N° 104. enero-junio de 2017. Págs. 215-235. [Consultado 26 abril 2018] Disponible: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41967-migracion-recesion-economica-tendencias-recientes-saldo-flujos-migrantes>
16. International Organization for Migration. *WORLD MIGRATION REPORT 2018*. OIM. [Consultado 26 abril 2018] Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf
17. International Organization for Migration: *IOM Migration Activities Bolivia*. OIM. 2017. [Consultado 26 abril 2018] Disponible en: <https://www.iom.int/countries/bolivia>
18. Viventa. Colombianos en el exterior. ¿Cuántos somos y dónde vivimos? 25 febrero 2016. Viventa. [consultado 7 febrero 2018]. Disponible en: <https://viventa.co/colombianos-en-el-exterior-quienes-somos-cuantos-somos-y-en-donde-vivimos/>
19. Ramírez C, Mendoza SL. *Perfil migratorio de Colombia 2012*. Bogotá: Organización Internacional para las Migraciones. 2013
20. Organización Internacional para las Migraciones. *Tendencias migratorias en América del Sur. Informe Migratorio Sudamericano N° 1*. OIM. 2017
21. Organización Internacional para las Migraciones. *Tendencias migratorias Nacionales en América del Sur*. República Bolivariana de Venezuela. OIM. 2018.
22. Consejo Nacional de Población, Fundación BBVA Bancomer, BBVA Research. *Anuario de Migración y Remesas. México 2017*. CONAPO-Fundación BBVA Bancomer-BBVA Research. 1ra edición. México. 2017.
23. Baumeister E, Fernández E, Acuña G. *Estudio sobre las migraciones regionales de los nicaragüenses*. Guatemala: Editorial de Ciencias Sociales. 2008
24. *Migración y Fecundidad 2010*. 2011. Volumen V. Contraloría General de la República de Panamá. Instituto Nacional de Estadística y Censo. [consultado 5 febrero 218]. Disponible en: http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/subcategoria.aspx?ID_CATEGORIA=13&ID_SUBCATEGORIA=59&ID_IDIOMA=1
25. Molina C. La emigración española toca máximos históricos. *Cinco Días*. El país. Madrid. 15 marzo 2017. Economía. [consultado 5 febrero 218]. Disponible en: https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/03/15/economia/1489589762_376211.html
26. Organización Internacional para las Migraciones. *Recientes tendencias migratorias extra e intra-regionales y extra-continetales en América del Sur. Informe Migratorio Sudamericano N° 2*. OIM. 2017
27. Yáñez C. Chile es el país latinoamericano donde más ha aumentado la inmigración. *La Tercera*. Chile. 29/05/2017. [consultado 7 febrero 2018]. Disponible en: <http://www2.latercera.com/noticia/chile-pais-latinoamericano-donde-mas-ha-aumentado-la-inmigracion/>
28. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Chile. Universidad del Desarrollo. 2017
29. Departamento de Extranjería y Migración. *DEM publica completo reporte sobre la población migrante en Chile*. 15 enero 2018. [consultado 7 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/noticias/2018/01/15/dem-publica-completo-reporte-sobre-la-poblacion-migrante-en-chile-2/>
30. Organización Internacional para las Migraciones. *Brasil*. [consultado 16 abril 2018]. Disponible en: <https://robuenosaires.iom.int/brasil>
31. Secretaria Nacional de Justiça. *Refúgio em Números*. Brasil. [consultado 6/02/2018]. Disponible en: http://www.justica.gov.br/news/brasil-tem-aumento-de-12-no-numero-de-refugiados-em-2016/20062017_refugio-em-numeros-2010-2016.pdf
32. Instituto Nacional de Estadística. *Argentina es el país de mayor preferencia de emigrantes bolivianos*. Bolivia. 18 diciembre 2017. [consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/notas-de-prensa-y-monitoreo/itemlist/tag/Migraci%C3%B3n>
33. Ramírez C, Zuluaga M, Perilla C. *Perfil migratorio de Colombia*. Bogotá: Organización Internacional para las Migraciones. 2010
34. Herrera MG, Moncayo MI, Escobar GA. *Perfil Migratorio del Ecuador 2011*. Organización Internacional para las Migraciones. 2012
35. Consejo Nacional de Población, Fundación BBVA Bancomer, BBVA Research. *Anuario de Migración y Remesas. México 2014*. CONAPO-Fundación BBVA Bancomer-BBVA Research. 1ra edición. México. 2014.
36. González BHJ. *Perfil migratorio de Nicaragua 2012*. Managua: Organización Internacional para las migraciones. 2013
37. *Convenio centroamericano de libre movilidad*. [Internet]. Wikipedia. 2017. [consultado 2 febrero 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Convenio_centroamericano_de_libre_movilidad

38. Zúñiga GL. Estudio migratorio de Nicaragua. En Bonnici G, Coria E, Girón SCL, Gatica G, Zúñiga L, Suazo ML, Ardón NV. Estudio comparativo de la legislación y políticas migratorias en Centroamérica, México y República Dominicana. México: INCEDES/Sin Fronteras IAP. 2011. p. 439-510.
39. España recibe cada vez más remesas, aunque sigue siendo un país emisor. *eleconomista.es*. España. 12 junio 2016. [consultado 5 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.eleconomista.es/espana/noticias/7630521/06/16/Espana-recibe-cada-vez-mas-remesas-aunque-sigue-siendo-un-pais-emisor.html>
40. Banco Central de Nicaragua. Informe Remesas Familiares. I Trimestre 2017. 2017
41. Maldonado R, Cervantes J, Bonilla S. Las remesas hacia América Latina y el Caribe en 2016: Nuevo récord. Programa de Remesas e Inclusión Financiera. México. Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos. CEMLA, 2017.
42. Pereira MR. Perfil Migratorio de Bolivia. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones (OIM). 2011.
43. Acosta A. El aporte de las remesas para la economía ecuatoriana. Reunión de Expertos sobre Migración Internacional y desarrollo en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas, México, 30 de noviembre - 2 de diciembre de 2005.
44. Astudillo G. Ecuador recibió más remesas el 2016. *EL COMERCIO*. Ecuador. 16 marzo 2017. Actualidad [consultado 19 enero 2018]. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/actualidad/bancocentral-ecuador-remesas-migrantes-economia.html>
45. Urrea CJ. ¿Por qué se va la gente de Colombia? El tiempo. Blogs. Política directa. Colombia. 20 diciembre 2016. [consultado 7 febrero 2018]. Disponible en: <http://blogs.eltiempo.com/politica-directa/2016/12/20/por-que-se-va-la-gente-de-colombia/>
46. El desempleo y los bajos ingresos siguen siendo causas de migración. Periódico Digital de Investigación sobre Bolivia. PIEB. 12-10-2011. [consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: http://www.pieb.com.bo/sipieb_notas.php?idn=6221
47. Arrieta S. Migraciones bolivianas: causas y razones de los desplazamientos andinos hacia Buenos Aires Argentina. *wodpress. Personas Cooperando*. 21 octubre 2011. [consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: https://personascooperando.files.wordpress.com/2011/10/arrieta2011_migracionbolivia_argentina.pdf
48. Chirino F, Jauregui M, Nelson J, Holwegg K. Huella Migratorias: duelo y religión en las familias de migrantes del Plan Tres Mil de la ciudad de Santa Cruz. La Paz: Fundación PIEB. 2010.
49. Chilenos en el Exterior. Donde viven, cuántos son y qué hacen los chilenos en el exterior. Santiago. Dirección para la Comunidad de Chilenos en el Exterior. Ministerio de Relaciones Exteriores, Instituto Nacional de Estadísticas. DICOEX, INE. 2005.
50. Sonia O. Migración en Paraguay. *Monografías.com*. [consultado 6 enero 2018] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos98/migracion-paraguay/migracion-paraguay.shtml>
51. Estos son los 10 países del mundo con más inmigrantes. *BBC. Mundo. Noticias*. 23 febrero 2017. [consultado 15 abril 2018]. Disponible en: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-39059460>
52. Martínez CJA. Comparación entre emigración siglo XX y emigración actual. Emigración española en la actualidad. Blog. 16 de febrero de 2013. [consultado 15 abril 2018]. Disponible en: <http://migracionespa.blogspot.mx/2013/02/comparacion-entre-emigracion-siglo-xx-y.html>
53. Stefoni C. Perfil Migratorio de Chile. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones (OIM). 2011.
54. Migración internacional en las Américas: Cuarto informe del Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas (SICREMI) OEA.2017. [consultado 4 febrero 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/367568833/Oea-Sicremi-2017-Espanol-Web-Final>
55. Cavalcanti L, Oliveira A, Tonhati T, Dutra D. (orgs). A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Anual 2015. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho e Previdência Social/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OB Migra, 2015.
56. Cerca de 28 mil estrangeiros recebem autorização para trabalhar no Brasil. 2017. Governo do Brasil. *Economia*. [consultado 6/02/2018]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2017/02/cerca-de-28-mil-estrangeiros-recebem-autorizacao-para-trabalhar-no-brasil>
57. Bravo J. Análisis del empleo inmigrante en Chile. Informe. Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales. [consultado 7 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.clapesuc.cl/assets/uploads/2016/11/30-11-16-informe-laboral-inmigrantes-trim-ago-oct-2016.pdf>

58. Caracterización sociodemográfica y laboral de los trabajadores temporales extranjeros en Colombia: una mirada retrospectiva. Migración Colombia. Bogotá: Organización Internacional para las migraciones OIM. 2013.
59. Delgado C. 6 de cada 10 extranjeros que llegan a Bolivia viven en Santa Cruz. El deber. Séptimo Día. 16 julio 2017 [consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.eldeber.com.bo/septimodia/6-de-cada-10-extranjeros-que-llegan-a-Bolivia-viven-en-Santa-Cruz-20170714-0083.html>
60. Roosta M (coord.), Pereira MR, Vargas M, Domenech EE, Hinojosa GA, Pérez OA. Población y desarrollo. Bolivia y los fenómenos de la migración internacional. Bolivia. CIDES-UMSA. 2009.
61. Extranjeros en Ecuador. EL COMERCIO. Editorial. [consultado 19 enero 2018]. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/opinion/editorial/migrantes-ecuador-tratadepersonas-migracion-extranjeros.html>
62. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Inmigrantes. En busca de trabajo y una mejor calidad de vida. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. INE.2009. [consultado 5 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0109.pdf>
63. Acuña GGE. La inmigración en Costa Rica: dinámicas, desarrollo y desafíos. San José. Proyecto Fondo OPEC-UNFPA 2005. [consultado 2 febrero 2018]. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/migracion/inmigracr.pdf
64. Morales GA. La Diáspora de la posguerra: regionalismo de los migrantes y dinámicas territoriales en América Central. 1ª ed. San José. FLACSO, 2007.
65. Organización Internacional para las migraciones. Migración en el Paraguay. OIM. [consultado 4 febrero 2018]. Disponible en: <http://paraguay.iom.int/?q=es/node/15>
66. Roncken T, Serrudo S, Cielo C, Alquizalet O, Céspedes R. Migración internacional y desarrollo local en la zona sud de Cochabamba: realidades, desafíos y posibilidades. Resumen del Informe Preliminar de Investigación. Migración Internacional y Desarrollo Comunitario. 2008. [Consultado 26 abril 2018] Disponible: <http://migrantedelsur.pieb.org/informeresumen.htm>
67. Imaña G, Wásquez W. Migración: Aún son más los que se van de Bolivia. La Razón. Suplementos Especiales: Migración. La Paz. 10 agosto 2015. [consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: http://www.la-razon.com/index.php?url=/suplementos/especiales/Migracion-van-Bolivia_0_2323567684.html
68. Caballero Pons M, Filippi F. Dinámicas de la inmigración boliviana en la Comunitat Valenciana y en España. Fundación MUSOL. 2012. [Consultado 26 abril 2018] Disponible: <http://www.musol.org/images/stories/archivos/2016/Dinamicas.pdf>
69. Martínez PJ, Orrego RC. Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe. CEPAL-Serie Población y Desarrollo Nº 114. Santiago: Naciones Unidas. 2016.
70. Cerrutti M, Maguid A. Migrantes sudamericanos en España: Tendencias recientes y perfil de sus migrantes. En: Cerrutti M, Maguid A, Díaz GA. Migrantes Sudamericanos en España: Panoramas y Políticas. Cuadernos migratorios Nº 1. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones, OIM. 2011. p. 11-115.
71. AFP. El drama de los niños ecuatorianos que parten solos a EEUU para buscar a sus papás. Los Andes. 4 noviembre 2014. [consultado 19 enero 2018]. Disponible en: <http://losandes.com.ar/article/ninos-migrantes-de-ecuador-el-peligroso-viaje-a-eeuu-en-busqueda-de-sus-padres-818416>
72. Mayo MG. Así son los españoles que emigran. Expansión.com. 01-07-2013. Economía y política. [consultado 9 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.expansion.com/2013/06/28/economia/1372413617.html>
73. Subrayado Especial: el trabajo de los inmigrantes en Uruguay. Subrayado.com. 8 junio 2017. [consultado 9 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.subrayado.com.uy/subrayado-especial-el-trabajo-los-inmigrantes-uruguay-n67650>
74. Salomón J. Los bolivianos son los más discriminados en Argentina. El País. Buenos Aires. 13 Nov 2015. [consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: <http://elpaisonline.com/index.php/2013-01-15-14-16-26/local/item/194046-los-bolivianos-son-los-mas-discriminados-en-argentina>
75. Defensoría del pueblo. Diagnóstico de bolivianos y bolivianas en España. La Paz. Defensoría del pueblo. 2012.
76. Buller AM, Vaca V, Stoklosa H, Borland R y C Zimmerman. Explotación Laboral, Trata y Salud de los Migrantes: Hallazgos en Diversos Países sobre los Riesgos y Consecuencias para la Salud de los Trabajadores Migrantes y las Víctimas de Trata. Organización Internacional para las Migraciones y London School of Hygiene & Tropical Medicine. 2015
77. González MA. Inmigración, ¿oportunidad o amenaza? El mostrador. Blogs y opinión. 13 octubre 2017. [consultado 7 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2017/10/13/inmigracion-oportunidad-o-amenaza/>

78. Redacción El Tiempo. Colombia es origen, tránsito y destino de trata de personas, según ONU. El Tiempo. 13 de enero de 2017. [consultado 8 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/justicia/cortes/trata-de-personas-en-colombia-41315>
79. Fruttero A, Wennerholm C. Migración Nicaragüense: un análisis con perspectiva de género. Serie Cuadernos de Género para Nicaragua. Nicaragua. Banco Mundial. Banco Interamericano de Desarrollo. 2008
80. Universidad Pontificia de Comillas y OBIMID. Estudio: Migración y desarrollo en Iberoamérica. Organización Internacional para las Migraciones. 2017
81. Informe RAXEN. Racismo, Xenofobia, Antisemitismo, Islamofobia, Neofascismo y otras manifestaciones de Intolerancia a través de los hechos. Especial 2016. Discurso de Odio y Tsunami de Xenofobia e Intolerancia. Movimiento contra la Intolerancia. [consultado 5 febrero 2018]. Disponible en: www.informeraxen.es/wp-content/uploads/2017/03/RAXEN-Especial-2016.pdf
82. Castellano N. 500 incidentes racistas y xenófobos durante 2016. Cadena SER. Madrid. 21/03/2017. Sociedad. [consultado 16 abril 2018] Disponible en: http://cadenaser.com/ser/2017/03/20/sociedad/1490034920_008733.html
83. SINC. Los inmigrantes latinoamericanos condenados por maltrato en España poseen un 'clima social' más favorable a la violencia de pareja. SINC La Ciencia es noticia. Ciencias Sociales. 12 mayo 2015. [consultado 16 abril 2018]. Disponible en: <http://www.agenciasinc.es/Noticias/Los-inmigrantes-latinoamericanos-condenados-por-maltrato-en-Espana-poseen-un-clima-social-mas-favorable-a-la-violencia-de-pareja>
84. El derecho fundamental a la salud, negado a los inmigrantes en muchos países europeos. HERALDO. Salud. Madrid. 13 abril 2016. [consultado 16 abril 2018]. Disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/suplementos/salud/2016/04/13/el-derecho-fundamental-salud-negado-los-inmigrantes-muchos-paises-europeos-842391-1381024.html>
85. López RV. Desarrollo, migración y seguridad: El caso de la migración hondureña hacia Estados Unidos. Migr Desarro 2013;11(21):65-105
86. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Informe especial sobre secuestro de migrantes en México. México. CNDH. 2011.
87. Guerrero-Ortiz M, Jaramillo-Cardona MC. Deportación y violación de los derechos del migrante en ambas fronteras. Convergencia 2015; 22(69):85-106
88. Dirección Nacional de Migraciones. Se presentó el Centro de Orientación a Migrantes y Refugiados. Buenos Aires. DNM. 18 de diciembre de 2017 [consultado 6 enero 2018]. Disponible en: <http://www.migraciones.gov.ar/accesible/novedad.php?i=3880>
89. Secretaría Nacional del Migrante – SENAMI. 2010. UNICEF-Ecuador [consultado 19 enero 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/Boletin_29_Parte3.pdf
90. Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. Ley Orgánica de Movilidad Humana del Ecuador. Registro Oficial. Año IV – N° 938 Quito, lunes 6 de febrero de 2017.
91. Mujer migrante.mx. México. [consultado 2 febrero 2018]. Disponible en: <http://mujermigrante.mx/>
92. Instituto Nacional de Migración. Programa temporal de regularización migratoria. México. 4 julio 2017. [consultado 1 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inm/es/acciones-y-programas/programa-temporal-de-regularizacion-migratoria-90502>
93. Secretaría de Salud. Otorgan seguro popular a migrantes. Prensa. México. 28 diciembre 2014. [consultado 2 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/otorgan-seguro-popular-a-migrantes-7519>
94. Informes de REDER. Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012. [consultado 5 febrero 2018]. Disponible en: https://reder162012.org/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=102
95. Afiliación al sistema general de seguridad social en salud de extranjeros y colombianos retornados. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. [consultado 5 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/afiliacion-al-sistema-de-seguridad-social-en-salud-de-extranjeros-y-colombianos-retornados.aspx>
96. La Ley en tu lenguaje. IMPO. Centro de Información Oficial. Julio 2012. [consultado 5 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/migracion/>
97. Organización Internacional para las migraciones, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Los problemas de los migrantes y la necesidad de una política migratoria. OIM. UNFRA. Boletín N° 4. 2003. [consultado 5 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/py/download/boletin4.pdf>
98. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igual. España. Real Decreto 1192/2012, 3 de agosto de 2012. BOE. Núm. 186, 04/08/2012, Páginas 55775-55786. [consultado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://sid.usal.es/docs/F3/LYN17285/17285.pdf>

99. Jefatura del Estado. España. Real Decreto-ley 16/2012. 20 de abril de 2012. BOE Núm. 98, 24 de abril de 2012. Sec. I. Pag 31278-31312. [consultado 17 abril 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
100. Gómez ZLJ. La asistencia sanitaria en España, especial referencia a la prestación sanitaria a los extranjeros en situación irregular después de la modificación operada por el Real Decreto-Ley 16/2012. *Gabilex* 2016. Nº 5. [consultado 17 abril 2018]. Disponible en: http://gabiley.castillalamancha.es/sites/gabilex.castillalamancha.es/files/pdfs/la_asistencia_sanitaria_en_espana_leopoldo_gomez.pdf
101. Lema TM. La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*. Septiembre 2013-febrero 2014;(5):95-115.
102. Consejo Nacional de Población. Migración y Salud. Perspectivas sobre la población inmigrante. 1ra ed. México. CONAPO. 2016.
103. Cerrutti M. Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina. Buenos Aires. Dirección Nacional de Población; 2009.
104. FONASA. Realidad migrante en Chile. Chile. 1 Julio 2016. [consultado 7 de febrero de 2018]. Disponible en: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2016/07/01/realidad_migrante_en_chile.html
105. Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay. Ley N° 18.211 [consultado 17 abril 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=146-ley-18-211-sistema-nacional-integrado-de-salud&Itemid=307
106. Aran D, Laca H. Sistema de salud de Uruguay. *Salud Publica Mex* 2013;53 Suppl 2:S265-S274.
107. El Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Diario Oficial No. 49.427 del 16 de febrero de 2015. [consultado 17 abril 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
108. Ministerio de Salud de Bolivia, Ley 475 de 2013. [Consultada 26 abril 2018] Disponible: <https://www.minsalud.gob.bo/2766-partos-gratuitos-papanicolaou-sin-costos-bonos-para-gestantes-algunos-de-los-beneficios-que-gozan-las-mujeres-bolivianas>
109. Ministerio de Salud. Medicamentos. Cobertura Universal de Salud. Buenos Aires, Argentina. [consultado 6 enero 2018]. Disponible en: <http://186.33.221.24/medicamentos/>
110. Guidebolivia.com. Enfermedades con riesgo. [consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: http://www.guidebolivia.com/pratique/es_maladie.htm
111. Vázquez-Villegas J, Fernández-García MR, Martín-Laso MA. Inmigración y Atención Primaria. En: Martín ZA, Cano PJF, Gené BJ. Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. España: Elsevier, 2014. p. 85-108
112. Gomes MJA. Neoliberalismo y salud en la frontera de México y Estados Unidos. El caso de la tuberculosis. *Migr Desarro*. 2008;(11):55-78.
113. Foladori G, Moctezuma M, Márquez H. La vulnerabilidad epidemiológica en la migración México-Estados Unidos. *Migr Desarro*. 2004;(3):19-44.
114. Van der LC, Maquieira CL. Migración saludable en América central. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). 2012. [consultado 2 febrero 2018]. Disponible en: http://publications.iom.int/system/files/pdf/manual_referencia_1.pdf
115. El impacto de la migración en la familia. El nuevo diario. Managua. 31 agosto 2013. [consultado 2 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/295625-impacto-migracion-familia/>
116. Kang S, Razzouk D, de Mari JJ, Shirakawa I. The mental health of Korean immigrants in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(4):819-826. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400013>
117. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2002;16(5):376-84. [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71946-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71946-8)
118. Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit* 2004;18(4):207-213. <http://dx.doi.org/10.1157/13062528>
119. Instituto Católico Chileno de Migración. Casas de acogida. [consultado 7 febrero 2018]. Disponible en: <http://incami.cl/areas-servicios/casas-de-acogida/>
120. Ruz DA. Migrantes: La hospedería de la esperanza. Arzobispado de Santiago. 1 septiembre 2017. [consultado 7 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.iglesiadesantiago.cl/arzobispado/noticias/otros/migrantes-la-hospederia-de-la-esperanza/2017-08-31/161145.html>
121. Comisión Española de Ayuda al Refugiado. CEAR. [consultado 17 abril 2018]. Disponible en: www.cear.es

122. Ayuntamiento de Madrid. Servicios Sociales. Inmigrantes. [consultado 17 abril 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Servicios-sociales/Inmigrantes?vgnextfmt=default&vgnextoid=04b7ac93081a2510VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=70e4c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
123. La red de casas del migrante Scalabrini. [consultado 1 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.migrante.com.mx/>
124. Los refugiados y migrantes extra continentales. Experiencia en materia de protección: Nicaragua. Dirección general de migración y extranjería – república de Nicaragua. Septiembre 2010. [consultado 2 febrero 2018]. Disponible en: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/nuevo_sitio/2010/CursoDI/ModuloVI_2Nicaragua.pdf?view=1
125. La Iglesia Católica en Bolivia. Obras de la Iglesia. Obra de Movilidad Humana-Casa del Migrante. [consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.iglesia.org.bo/obras-de-la-iglesia/obra/1374-casa-del-migrante.html>
126. Tablero HCJ. De Venezuela a Bolivia. Casa del migrante ofrece ayuda a venezolanos. Blog. 29 julio 2017 [consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: <http://devenezuelaabolivia.blogspot.com/2017/07/casa-del-migrante-apoya-venezolanos.html>
127. Fundación Atención al Migrante. Arquidiócesis de Bogotá. [consultado 18 abril 2018]. Disponible en: <http://famig.arquibogota.org.co/es/>
128. Pastoral Social. Cáritas Colombia. Reinauguración del Centro de Atención al Migrante y Refugiado. 1 noviembre de 2017. [consultado 18 abril 2018]. Disponible en: <http://caritascolombiana.org/reinauguracion-centro-atencion-migrante-refugiado/>
129. El Migrante. Albergue tres Estrellas para extranjeros indocumentados. El Migrante [consultado el 19 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.elmigrante.com.ec/articulos/migracion/albergue-tres-estrellas-para-extranjeros-indocumentados>
130. Sánchez BC, Oviedo S. Los niños, niñas y adolescentes inmigrantes en Ecuador: avances y deudas en el cumplimiento de sus derechos. Buenos Aires. CLACSO. 2013.
131. Wallace A. ¿Por qué llegan tan pocos niños nicaragüenses indocumentados a EE.UU.? BBC Mundo. Agosto 2014. [consultado 2 febrero 2018]. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/08/140818_migracion_infantil_centroamerica_eeuu_nicaragua_aw
132. Colectivo IOÉ. Pereda C, Actis W, De Prada MA. Inmigración y vivienda en España. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. 2004 [consultado 5 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.colectivoioe.org/.../0eaefc67da03a40d6be2755eef2e5b3c284198b.pdf>
133. Ortiz MR, Guerra PV. Caracterización sociodemográfica y económica de las y los emigrantes ecuatorianos. Quito. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2008.
134. Antezana RP (Consultora). Niños, niñas y adolescentes migrantes-América Central y México. San José. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2013.
135. García Galán R (coordinador), Baraza Cano MP, Cañas García-Otero E, Díaz Gavira C, Domínguez Castellano A, Falces Aramendi A y cols. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2007.
136. Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 2005. [consultado 5 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
137. Finkelstein L. Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. En: Novaro G, Diez ML, Martínez LV, del Águila A, Finkelstein L, Tavernelli R. Revista Migraciones Internacionales. Reflexiones desde Argentina. Buenos Aires: Organización Internacional para las migraciones. Argentina. 2017. P. 40-58.

