

## **Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011**

**Towards the Strengthening of the Family Medicine and Primary Care: IV Ibero-American Summit of Family Medicine. Asuncion, Paraguay 2011**

**Fernández Ortega MA, \* Arias Castillo L, \*\* Brandt Toro C, \*\*\*, Irigoyen Coria A, \*\*\*\*, Roo Prato JB, \*\*\*\*\*. Grupo de trabajo: Formación y capacitación de equipos de salud de la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011.**

**Fernández Ortega MA, \*(México) Arias Castillo L, \*\* (Colombia) Brandt Toro C, \*\*\* (Venezuela); Irigoyen Coria A, \*\*(Méjico); Roo Prato JB, \*\*\*\*\* (Venezuela).**

**\*Médico Familiar, Maestro en Administración en Sistemas de Salud. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Vicepresidente de la Subregión Mesoamérica de Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF/WONCA). \*\* Presidenta de CIMF-WONCA y Profesora de Tiempo Completo Universidad del Valle. Cali, Colombia. \*\*\* Secretario Ejecutivo CIMF-WONCA. \*\*\*\* Profesor de la Facultad de Medicina. UNAM. Miembro Numerario Academia Nacional de Medicina (Méjico). \*\*\*\*\* Gerente de Atención al Cliente del Centro Integral para la Familia, Venezuela.**

**Grupo de trabajo: Formación y capacitación de equipos de salud de la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay: Alemany Pérez <sup>1</sup>(Cuba); Bernal O. Dora P. <sup>2</sup>(Colombia); Borrell Bentz RM. <sup>3</sup>OPS / OMS. Cuás Ramírez. <sup>4</sup>(República Dominicana); Cuellar Rodríguez GR. <sup>5</sup>(El Salvador); Giggberger OA. <sup>6</sup>(Paraguay); Goicochea Ríos E del S. <sup>7</sup>(Perú); Granadillo Rullo B. <sup>8</sup>(Venezuela); Pádua Anderson I. <sup>9</sup>(Brasil); Leon Collao LB. <sup>10</sup>(Perú); Meynard Mejía FA <sup>11</sup>(Nica-ragua); Petit Ríos I. <sup>12</sup>(Uruguay); Poey Ortiz L. <sup>13</sup>(Guatemala); Llorach Castro C. <sup>14</sup>(Panamá); Rojas Armadillo M de L. <sup>15</sup>(Méjico); Schmidt W. <sup>16</sup>(Paraguay); Spann Stephen J. <sup>17</sup>(Estados Unidos de América); Suárez Cuba MÁ. <sup>18</sup>(Bolivia); Vedilei Tenaglia AE. <sup>19</sup>(FEPAFEM).**

<sup>1</sup> Vicerrector Primero de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana (UCM-H) Presidente de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar (SOCUMEFA). <sup>2</sup> Médico Familiar, Docente del Departamento de Medicina Familiar Universidad del Valle, Vicepresidenta de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar. <sup>3</sup> Consultora Regional de Recursos Humanos para la Salud, Área Servicios de Salud basados en la APS. Organización Panamericana de la Salud. <sup>4</sup> Médica Familiar y Comunitaria. Presidenta de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Enseñanza del Hospital Docente Universitario Dr. Francisco Moscoso Puello. <sup>5</sup> Especialista en Medicina Familiar Del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD). Vocal de la Asociación de Medicina Familiar de El Salvador (AMEFAES). <sup>6</sup> Médico Familiar, Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar. <sup>7</sup> Doctora en Educación Decana de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. <sup>8</sup> Médico familiar, Profesora de pre y postgrado de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), Coro, Estado de Falcón, Venezuela. <sup>9</sup> Vicepresidente de la Subregión Cono Sur de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF/WONCA). <sup>10</sup> Médico Familiar, Directora de Asuntos Científicos, Documentación y Publicaciones de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar, Integral y Gestión en Salud. <sup>11</sup> Médico y Cirujano, Master en Salud Pública. <sup>12</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Integrante del Equipo Técnico Asesor de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP ASSE), Tutora de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>13</sup> Especialista de medicina familiar. <sup>14</sup> Ex-Presidenta de la Sociedad Panameña de Medicina Familiar. <sup>15</sup> Médico Familiar, Dra. en Educación, Coordinadora Estatal de Educación en Salud, IMSS Quintana Roo, México. Integrante del Comité de Diseño Curricular de la División de Ciencias de la Salud en Quintana Roo. <sup>16</sup> Médico de familia, Miembro del Comité Ejecutivo de WONCA. Director de Residencias en el Ministerio de Salud de Paraguay. <sup>17</sup> Profesor y Director, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, U.S.A. <sup>18</sup> Médico familiar, Docente Instructor Residencia de Medicina Familiar, La Paz, Bolivia. <sup>19</sup> Médico Familiar, Director Ejecutivo Venezuela de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina.

## Introducción

A treinta y tres años de la Declaración de Alma Ata en 1978, respecto de la Atención Primaria de la Salud (APS), el mundo ha podido observar diferentes grados de avance dependiendo de la región geográfica y económica que se analice; por ejemplo, los países de ingresos altos como Japón, Suecia o Finlandia, poseen actualmente una Esperanza de Vida al Nacer (EVN) de alrededor de 80 años. Los países de ingresos medios como Brasil, México, Chile, Colombia y muchos otros de América Latina, permiten una EVN por arriba de los 72 años; sin embargo, existen naciones de ingresos bajos -como algunos Estados Africanos- en que este indicador se aproxima a los 50 años. Resulta conveniente recordar que en América Latina a mediados del siglo pasado la EVN también se aproximaba a los 50 años. Por otra parte, debemos considerar que otros indicadores de calidad de vida también han sufrido modificaciones importantes, tal es el caso de la mortalidad.

Actualmente los indicadores promedio para América Latina señalan una disminución de una tercera parte en la mortalidad infantil y de un 25% en la mortalidad general. Las muertes por enfermedades transmisibles y afecciones del sistema circulatorio han descendido en un 35%<sup>1</sup>.

No obstante, los países latinoamericanos continúan presentando problemas de salud de alto impacto social y económico como la tuberculosis, el paludismo, el dengue, las neumonías adquiridas en la comunidad, VIH/SIDA y otros de índole infectocontagiosa. Más aún, se han incorporado a nuestro patrón epidemiológico como principales causas de muerte padecimientos propios de países desarrollados como los infartos agudos al miocardio, la hipertensión arterial, los eventos vasculares cerebrales, la diabetes, la obesidad, el cáncer, los accidentes, la violencia (en todas sus modalidades).

A la mezcla de padecimientos propios de los países en vías de desarrollo y de otros crónico degenerativos característicos de los países más desarrollados, se le ha dado en llamar *polarización epidemiológica*, la cual aunada al incremento en el número de pobres en el mundo, las crisis económicas, los problemas de acceso y equidad en la prestación de servicios de salud, la globalización de los procesos de salud-enfermedad y la falta de estándares de calidad en muchos países (incluyendo los procesos para la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos), entre otras situaciones. Este cúmulo de procesos ha motivado la intervención de diferentes instancias internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para realizar acciones globales a través de diversas iniciativas, como las celebradas en Toronto y París por la UNESCO en 1998, 2006 y 2009, donde se enfatiza la importancia de la calidad de la educación y las garantías de calidad que se deben ofrecer por las universidades a nivel nacional e internacional. No obstante que en la Declaración de 2009, se enfatiza sobre la responsabilidad de los gobiernos para implementar los programas de calidad en la educación superior como una responsabilidad del Estado y se hace alusión a los temas de desarrollo sustentable de los países a través de la incorporación o fortalecimiento de la energía renovable, seguridad alimentaria, cambio climático, salud pública, etc.<sup>2,3,4</sup>.

La ONU, OMS y OPS, han desarrollado múltiples eventos internacionales para impulsar el fortalecimiento de los Sistemas de Salud basados en la APS, con la participación de países de todos los continentes, algunos llevados al nivel de Asamblea Mundial de las Naciones Unidas, otros más, diri-

gidos a un nivel regional, como la XI Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud en Évora, Portugal, 2009 o La Declaración de Montevideo donde participaron más de 30 países en el 2005, también podemos mencionar el “Llamado a la Acción de Toronto, 2006-2015, *Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas*” en 2005; donde se enfatiza: la importancia de los recursos humanos en salud, la importancia de las políticas públicas en la planeación para la formación de los recursos humanos y su adecuada distribución en el ámbito nacional e internacional; el financiamiento adecuado para generar recursos de alto nivel, el desarrollo amplio de *la ciudadanía institucional del personal de salud* a través de incentivos profesionales que refuerzen el compromiso de los trabajadores de la salud. Así mismo, la OPS ha incentivado la vinculación de instituciones educativas y de salud en la generación de profesionales mejor capacitados y acordes a las necesidades de salud de cada país con base en los principios de la APS<sup>5,6</sup>.

Al igual que las diferentes instancias internacionales se han preocupado por investigar, discutir y planear acuerdos en materia de educación superior y atención para la salud basada en la APS; también lo han hecho de manera simultánea otras instancias internacionales de tipo civil, como la Organización Mundial de Colegios Nacionales de Médicos de Familia (WONCA) y la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), para identificar de manera clara las necesidades de reformas asistenciales y educativas en los sistemas de salud basados en la APS y la Medicina Familiar, emitiendo recomendaciones y vínculos profesionales que faciliten el intercambio de experiencias exitosas para el desarrollo armónico de los modelos asistenciales de cada uno de los países que la integran.

La CIMF ha generado iniciativas para que en coordinación con los Ministerios de Salud de los gobiernos de España, Venezuela, Chile y Brasil, se hayan podido llevar a cabo tres *Cumbres* y una *Mini Cumbre*, con la participación de líderes de instituciones públicas de salud, educativas y de agrupaciones especializadas en Medicina Familiar y APS; de donde se han emitido documentos a manera de declaratorias que buscan establecer con pleno respeto de las autonomías nacionales, las directrices en los diferentes modelos asistenciales y educativos que permitan el incremento en la calidad de la atención, equidad, y accesibilidad de los servicios de salud, además de los enfoques educativos basados en la atención de los pacientes y sus familias, en una forma integral y continua, priorizando la anticipación a los riesgos individuales, familiares y comunitarios en su conjunto, bajo una estrategia integral que permita a los países minimizar las desigualdades que determinan la situación de salud de las naciones y alcanzar de la manera más pronta posible los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, objetivos que de no alcanzarse harán más grande la brecha de accesibilidad, equidad y cobertura en materia de salud<sup>7</sup>. Debemos recordar que en la mayoría de los países incorporados a la CIMF, la estrategia de APS se desarrolla bajo el Modelo de Medicina Familiar. Aunado a estas iniciativas los gobiernos de los diferentes países de la Región y sus instituciones educativas y de salud, han asumido con diferentes grados de compromiso las recomendaciones emitidas por los organismos internacionales, situaciones que se reflejan en la práctica como iniciativas de ley, programas sectoriales de salud o como planes de estudio de pre y posgrado, además de la responsabilidad compartida entre las instituciones educativas y de salud, encaminadas a fortalecer los sistemas sanitarios desde la APS y la Medicina Familiar.

No obstante, los esfuerzos realizados; los avances alcanzados en las reformas educativas y de salud han sido lentos, a veces notables como en el caso de Brasil y en otros casos casi nulos. El discurso ---

político a nivel internacional habla de la importancia de la APS y la Medicina Familiar en el otorgamiento de los servicios asistenciales, basados en las premisas de la disminución de costos, equidad y justicia social; sin embargo, el esfuerzo realizado desde los diferentes gobiernos y en las legislaciones respectivas, se han dirigido al desarrollo de programas educativos y de salud limitados y a veces contradictorios con relación a los compromisos firmados<sup>8,9</sup>.

El Ministerio de Salud de Paraguay, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y la Organización Panamericana de la Salud, decidieron realizar un esfuerzo conjunto y convocar a los líderes de opinión política en materia de salud, de educación y las Sociedades Científicas de Medicina Familiar para participar en la *IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar la cual se desarrolló en la Ciudad de Asunción, Paraguay* los días 15 y 16 de noviembre de 2011, con el propósito de discutir los temas relacionados con las cuatro grandes líneas estratégicas relacionadas con la Atención Primaria y la Medicina Familiar:

1. *Políticas Nacionales de Salud,*
- 2.- *Calidad de la Atención Médica,*
- 3.- *Investigación en Medicina Familiar y APS*
- 4.- *Formación y Capacitación de equipos de salud. (Que se abordan en el presente documento)*

**Objetivo general:** Identificar las estrategias generales en materia de formación y capacitación de los equipos de salud familiar, que permitan la óptima utilización de la tecnología y técnicas de enseñanza aprendizaje en función de las necesidades y potencialidades propias de cada país.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar las áreas generales en que se necesita entrenamiento para los equipos interdisciplinarios de salud familiar en los países miembros.
- Incrementar la efectividad y eficiencia de los programas de formación y capacitación del equipo de salud familiar en los diferentes países participantes.
- Incrementar los vínculos internacionales a través de los intercambios de experiencias exitosas en materia de formación y capacitación de equipos de salud familiar.

#### **SITUACIÓN ACTUAL**

Para alcanzar los objetivos del presente documento, resulta importante hacer un recuento de lo que está ocurriendo actualmente en materia de formación y capacitación de los equipos de salud en los países de nuestra Región, y para eso será necesario preguntar a los líderes de opinión propuestos por cada una de las sociedades científicas de Medicina Familiar representadas en la CIMF: *¿Qué es lo que acontece actualmente en cada uno de los países?* Además, se consideró conveniente hacer una breve revisión de lo que ocurría hace ocho años (noviembre de 2003), en la investigación realizada por la CIMF para la Cumbre de Isla Margarita, Venezuela con la participación de doce países: Argentina, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, España, Estados Unidos de América, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Se elaboró un cuestionario con 24 ítems, el cual fue enviado a los 20 países que conforman la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, de estos respondieron 13 naciones: Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela; además de otros dos países no incorporados, pero que por su importancia y aportaciones fueron también incluidos en el grupo, tal es el caso de Estados Unidos de América y Guatemala.

Las preguntas del cuestionario fueron elaboradas con diferentes objetivos, que de manera general buscaban identificar si al hablar de conceptos básicos nos referíamos -en los diversos países- al mismo concepto. Por ejemplo, al abordar el tema de la capacitación se podía haber confundido el concepto y podría referirse a la actualización o a la inversa.

Los conceptos que se necesitaba revisar fueron: *formación profesional, capacitación profesional, actualización continua y equipo de salud*. Por otra parte, se agregaron algunas preguntas que pretendían identificar que había ocurrido en los últimos ocho años respecto de la residencia en medicina familiar en cada uno de los países y comparar someramente lo reportado en el año 2003. También se interrogó sobre el papel del médico familiar dentro de los sistemas de salud y su grado de posicionamiento alcanzado.

*Los programas de estímulos a la docencia y a la actualización del personal de salud.* Se interrogó sobre las características de los equipos de salud y las diversas modalidades de formación y capacitación alcanzadas en los países miembros, así como las estrategias de garantía de calidad de la atención médica desarrolladas hasta el momento.

Se integraron las definiciones de los cuatro conceptos básicos a través de los aspectos fundamentales de cada una de las definiciones proporcionadas por los representantes de los quince países participantes en este *Grupo de trabajo: formación y capacitación de equipos de salud de la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay. 2011*.

**Formación profesional** entendida como el proceso por el cual las instituciones de educación superior y de salud proporcionan a los estudiantes de medicina de pre y posgrado la preparación necesaria para el ejercicio de la profesión, la cual debe garantizar a la sociedad que el individuo posee los conocimientos y competencias necesarias para su actuar científico técnico, con un alto espíritu humanista y elevados valores éticos y morales.

Capaces de desempeñarse exitosamente en los diversos puestos de trabajo y responder con el ejercicio de su profesión a la sociedad en general. Su formación profesional debe ser acreditada por la institución formadora a través de un diploma o título que garantice haber cumplido satisfactoriamente con los criterios de ingreso, permanencia y egreso del plan curricular.

**Capacitación profesional** es la forma básica de asegurar la preparación del profesional a través de procesos sistemáticos y estratégicos de transferencia y/o desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que producen modificación del comportamiento y mejora de las competencias del personal y la competitividad de la organización.

La capacitación es una inversión rentable si previene, reduce, soluciona un problema o satisface una necesidad. Sus objetivos son:

- Preparar al personal para que su perfil se adecúe a las competencias requeridas para el puesto, adaptándolos a los permanentes cambios globales.
- Desarrollar competencias para que el personal sea más efectivo en su quehacer profesional, desarrolle su potencial creativo e innovador, y de esta manera, pueda contribuir a mejorar los objetivos organizacionales.
- Preparar al personal para la ejecución inmediata de las diversas tareas del cargo.
- Proporcionar oportunidades para el desarrollo del personal.
- Cambiar la actitud de las personas, bien sea para crear un clima organizacional más satisfactorio entre los empleados, aumentar su motivación o hacerlos más receptivos a las asesorías.

**Educación continua** es el entrenamiento de una persona posterior a la conclusión de su formación profesional, por lo que puede considerarse una actividad extracurricular y permanente, que tiene el propósito de lograr el aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades, los cuales podrán ser aplicados a la práctica profesional cotidiana. Los conocimientos podrán ser adquiridos por diversas técnicas de enseñanza aprendizaje, tanto presenciales, semipresenciales, a distancia o mixtas; incluyendo entre estos últimos a la telemedicina, tecnologías informáticas, el portafolios, las revistas médicas, los videos de auto-aprendizaje y todas aquellas técnicas que sirvan para este fin.

**Equipo de Salud** es la asociación de personas con disciplinas profesionales distintas que contribuyen al logro de un objetivo común: proveer al individuo y a la familia de la atención médica más integral posible en cualquier ámbito (OMS).

La participación de cada integrante del equipo se dará de acuerdo al objetivo específico de atención y estará en relación directa con su perfil profesional, nivel de conocimientos, competencias y habilidades, y se dará en coordinación con las funciones de los otros miembros de equipo.

*Los objetivos y conformación de los equipos de salud se determinaron con base en las necesidades de salud de cada país y población.*

A continuación se presentan los datos reportados en la encuesta de diagnóstico que fue respondida por los representantes de cada uno de los países participantes, tanto en esta encuesta como en la realizada en el año 2003 para la Cumbre de Isla Margarita. (Tabla I)

Respecto a la duración en años de la residencia, podemos observar que ha variado en algunos países en los últimos ocho años. En el caso de España y República Dominicana se incrementó de tres a cuatro años y en el caso de ésta última también aumentó de tres sedes académicas a 16. En otros casos se disminuyó de tres a dos años como en el caso de Cuba.

**Tabla I. Año de inicio de la residencia en diversos países de América y España**

País	Año 2011
Canadá	1969
Estados Unidos	1969
México	1971
Argentina	1972
Panamá	1976
Brasil	1976
Bolivia	1979
España	1979
República Dominicana	1981
Venezuela	1982
Chile	1982
Colombia	1984
Cuba	1984
Ecuador	1987
Paraguay	1987
Nicaragua	1988
Uruguay	1997
Perú	1997
El Salvador	1998
Guatemala	No tiene

En relación al número de médicos familiares por país, también observamos cambios importantes en el periodo de 8 años que fue comparado. El incremento en el número de médicos familiares está en --

relación directa con el grado de consolidación del modelo médico familiar en cada país, incluso, en aquellos que no tienen un número tan importante de médicos de familia. (Tabla II y III)

Merece especial atención la República Dominicana, que en los ocho últimos años ha triplicado el número de médicos familiares en su país y cuadriplicado el número de sedes formadoras en prácticamente todas las provincias de su territorio. Cuba es otro país que ha desarrollado estrategias compensatorias para cubrir el déficit de lugares descubiertos, dado el apoyo internacional de aproximadamente 17,000 médicos a diferentes países de diversos continentes. El reducir el número de años de tres a dos, le ha permitido recuperar estas plazas, superando incluso, la cantidad reportada en el año 2003 que fue de 30,000.

**Tabla II. Duración en años de la residencia en medicina familiar**

País	Año 2003	Año 2011
<b>Canadá</b>	2 años	-----
<b>Estados Unidos</b>	3 años	3 años
<b>México</b>	3 años	3 años
<b>Argentina</b>	3 años	3 años
<b>Bolivia</b>	3 años	3 años
<b>Brasil</b>	-----	2 años
<b>Panamá</b>	-----	3 años
<b>España</b>	3 años	4 años
<b>Venezuela</b>	3 y 2 años	3 y 2 años
<b>República Dominicana</b>	3 años	4 años
<b>Chile</b>	3 años	-----
<b>Colombia</b>	3 años	3 años
<b>Cuba</b>	3 años	2 años
<b>Ecuador</b>	3 años	-----
<b>Paraguay</b>	-----	3 años
<b>Nicaragua</b>	3 años	3 años
<b>Uruguay</b>	3 años	3 años
<b>Perú</b>	3 años	3 años
<b>El Salvador</b>	-----	3 años
<b>Guatemala</b>	NO TIENE	NO TIENE

**Tabla III. Número de médicos familiares por país**

País	Año 2003	Año 2011
Canadá	15,000	-----
Estados Unidos	69,000	82,000
México	22,000	39,000
Argentina	2500	-----
Bolivia	200	300
Brasil	-----	30,328
Panamá	-----	59
España	16,000	-----
Venezuela	1334	1700
República Dominicana	144	500
Chile	300	-----
Colombia	150	220
Cuba	30,000	36,478
Ecuador	80	-----
Paraguay	-----	250
Nicaragua	-----	138
Uruguay	150	200
Perú	120	129*
El Salvador	-----	100
Guatemala	-----	23 (formados en el extranjero)

\*Muchos médicos concluyen la especialidad pero no obtienen el Diploma (o Título) de especialistas por no concluir la tesis o el examen de grado.

Preguntas que articularon el documento: **Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria a la Salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011**

**¿En qué año dio inicio el modelo médico familiar en las instituciones de salud de su país?**

Al interrogar sobre el año de inicio del Modelo de Medicina Familiar a nivel institucional, un tanto formalizando la importancia de la especialidad dentro de las instituciones de salud, encontramos que la mayor parte de los países comenzaron su institucionalización entre las décadas de los setenta y ochenta.

Los países que primero lo hicieron fueron México en 1959, Estados Unidos en 1969. Sin embargo, llama la atención que países que iniciaron la institucionalización de la especialidad después de los años noventa como Brasil -en 1994- y República Dominicana -en 1998- han logrado un desarrollo tan acelerado que no guarda proporción con lo ocurrido en otros países en el mismo periodo. Otras naciones que han iniciado más recientemente son: Perú en el año 2000, El Salvador en 2005 o Nicaragua en 2007; sin embargo, no obstante el corto tiempo de su institucionalización, se pueden observar avances importantes a través de modelos asistenciales específicos como “El Modelo de Atención Integral de Salud”(Perú); “El Modelo de Salud Familiar y Comunitaria” (Nicaragua), y el desarrollado en las Reformas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el Ministerio de Salud Salvadoreño.

**¿El sistema de salud está bien definido dentro del sistema nacional de salud de su país?**

Respecto de la definición de la Medicina Familiar dentro de los modelos asistenciales de salud en cada uno de los países interrogados, también resultó interesante el resultado, ya que mientras que en la respuesta anterior se reportaban iniciativas de ley o de reforma encaminadas a enfocar el modelo asistencial hacia la atención primaria o la medicina de familia; en la práctica la percepción de la población y de los profesionales de salud pudo no ser consistente. Aunque de los quince países, catorce reportaron que cuentan con legislaciones o reformas encaminadas al desarrollo de la medicina familiar y la atención primaria; en esta pregunta, de los 15 países 10 respondieron que el modelo médico familiar está bien definido dentro de las instituciones de salud.

Los otros cuatro países: Colombia, El Salvador, Panamá y Perú a pesar de haber respondido que no está bien definido dentro de los sistemas de salud nacionales, también refirieron que se han iniciado desde hace algunos años diferentes iniciativas de ley que pretenden dar sustento al desarrollo de la APS y Medicina Familiar. Resulta importante resaltar que estos cuatro países corresponden a los que tienen menor número de médicos de familia a nivel nacional lo que dificulta poder pensar en un modelo basado en esta especialidad, si no tiene especialistas suficientes para desarrollarlo. Guatemala cuenta con 23 médicos familiares, la mayoría de origen cubano y ninguna política que posibilite el desarrollo del modelo en el país.

**¿Existe la figura contractual del médico familiar en las instituciones de salud? y  
¿El médico familiar es contratado como especialista o como médico general (nivel licenciatura)?**

Ambas preguntas están muy relacionadas, por lo que las comentaremos de manera integrada. De los quince países, en catorce (a excepción de Guatemala), se cuenta con la figura contractual del médico familiar, por lo que se realiza la contratación del médico familiar como especialista.

En algunos casos se hace de manera generalizada, en todas las instituciones de salud, y en otros sólo en las instituciones donde inicia el Modelo Médico Familiar como las instituciones de seguridad social y los ministerios de salud principalmente. Sólo en algunos países la contratación se hace en calidad de médico general, dependiendo de las circunstancias políticas, económicas y geográficas como en los casos de Paraguay, Brasil (en algunas regiones) y Perú que prioriza la contratación de médicos familiares para las comunidades de menores recursos.

Esta parte del problema estriba en que el modelo está en transición y no hay una adecuada definición del perfil contractual y profesiograma del médico de familia, aunado al problema de la legislación laboral y la falta de plazas disponibles; ya que cuando un médico se comisiona para ocupar un puesto directivo o de confianza, su puesto de médico queda reservado sólo a él y nadie más lo puede ocupar hasta que el dueño de la plaza regrese al término de la comisión; de tal suerte que se termina por ocupar dos lugares, sin que la plaza operativa de base se pueda cubrir por ley. En República Dominicana se generalizó la contratación de médicos familiares como especialistas a partir del año 2008.

**¿Describa que profesionales conforman el equipo médico familiar de su país?**

No existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales, ya que la composición de los equipos debe ajustarse a las características concretas del sistema y comunidad que atiende. De tal suerte que de los quince países encuestados, República Dominicana, Panamá y Nicaragua, manifestaron no contar con la definición de equipos de salud dentro de su Sistema Nacional de Salud, por lo que sus médicos familiares o generales con frecuencia trabajan solos. Guatemala carece de todo tipo de desarrollo al respecto; mientras que la mayor parte de los países respondieron contar con equipos básicos de salud bajo diversas denominaciones, que incluían como denominador la presencia de un médico familiar o general y una o dos enfermeras que podían ser auxiliares. Bolivia, Colombia, El Salvador, Estados Unidos, México y Venezuela también consideraron fundamental la presencia de licenciados en Trabajo Social, teniendo como indicador en el caso de Bolivia una por cada ocho consultorios y en México una por cada tres.

El Odontólogo como parte del equipo de salud resultó importante en cinco de los quince países, Brasil, Colombia, Estados Unidos, México y Paraguay. Por otra parte, Colombia, El Salvador y Estados Unidos consideran importante en sus equipos la participación de psicólogos. En México sólo ocurre en unidades de Medicina Familiar o Centros de Salud de algunas unidades urbanas de gran capacidad. Otros elementos del equipo de salud más aislados fueron los agentes comunitarios, los obstetras (Perú), pediatras (Uruguay), especialistas de salud en el trabajo (México), etc.

**¿Existen programas de formación especializada en medicina familiar o atención primaria para enfermeras y/o trabajadoras sociales? ¿Cómo se les denomina?**

A la pregunta referente al desarrollo en posgrado en medicina familiar o APS para otros integrantes del equipo de salud aparte del médico, se pudo observar que once de los quince países también han implementado programas para desarrollar a otros integrantes del equipo de salud, principalmente enfermeras. A excepción de Guatemala, Bolivia, El Salvador y República Dominicana, el resto de los países han desarrollado posgrados a manera de especialidades y maestrías dirigidas a este tipo de personal, en algunos casos como Brasil se ha hecho de manera multidisciplinaria, incluyendo a odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Cuba ha desarrollado un programa de especialización de 2 años para enfermeras comunitarias y especialistas en rehabilitación integral que incluyen el aspecto social. Colombia maneja un programa de especialización en Salud Familiar que está dirigido a los diversos integrantes del equipo de salud y dura dos a tres semestres según la institución que lo proporcione.

El caso de Perú es interesante, ya que es un programa de Salud Familiar que con un año de estudio proporciona un nivel de diplomado a los integrantes del equipo de salud. Con dos años les proporciona a las enfermeras el nivel de especialistas en Salud Familiar y con tres años le proporciona a los médicos el nivel de especialistas en medicina familiar. Paraguay está desarrollando un programa virtual de especialización en Salud Familiar para enfermeras de las unidades de salud familiar a través de un convenio internacional.

México desarrolla desde 2007 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un programa posttécnico dirigido a enfermeras generales denominado “Enfermera de Medicina Familiar”. Estados Unidos cuenta con un posgrado en “Enfermeras de Familia Avanzadas” (“*Family Nurse practitioners*”); Uruguay el posgrado en Enfermería Comunitaria con la Universidad de la República y la Universidad Católica. Venezuela desarrolla algunas maestrías en Enfermería Comunitaria.

**¿Existen programas contractuales, obligatorios, para la actualización continua del equipo de salud?**

A la pregunta de si existen programas contractuales que obliguen a las instituciones a garantizar los mecanismos para la actualización del médico y en general del equipo de salud, sólo tres de los quince países respondieron que Si: Cuba, Estados Unidos y México. En el caso de Cuba, el Ministerio de Salud Pública tiene establecido un proceso que obliga a los médicos a ser evaluados en su competencia y desempeño por las universidades. Estados Unidos obliga a la actualización de médicos y profesionales de salud a través de procesos de acreditación individuales.

Finalmente, México establece en las condiciones generales de trabajo del equipo de salud en las instituciones públicas, el derecho a asistir a por lo menos dos cursos al año de actualización médica, con beca completa o sin ella. El derecho aplica para todo el equipo de salud. En el caso de Colombia no existe aún como tal, sin embargo, está en proceso a través de la Ley 1164 de 2007 sobre *Talento Humano*, que establece la recertificación para profesionales de salud.

**¿A cuántos cursos o actividades de educación continua tiene derecho u obligación de asistir el equipo de salud, según su contrato laboral?**

Un total de 13 países refirieron que no existe ninguna situación de derecho u obligatoriedad en cuanto al tipo y número de cursos que los profesionales de la salud quieran tomar a lo largo del año dentro de sus instituciones de salud. Sin embargo, Paraguay refirió la obligatoriedad contractual para tomar un curso de 40 hrs de Introducción a la Salud Familiar para los trabajadores de la salud que laboran en las Unidades de Salud Familiar.

Además refirieron que era obligatorio para sus trabajadores tomar cuatro cursos anuales de actualización permanente. México refiere que sus trabajadores de la salud tienen derecho contractual a tomar un curso semestral de actualización o capacitación con beca completa; puede tomar otros dentro de su jornada que sean de interés para la institución u otros adicionales con afectación de su sueldo o de su tiempo libre. No obstante ser un derecho, no tienen la obligación de hacerlo.

**¿Existen pagos diferenciados para profesionales especializados en medicina familiar o atención primaria vs los que no lo son?**

Respecto a la diferenciación de salarios encontramos, que de quince países encuestados, sólo cuatro no tienen pagos diferenciados entre un médico especialista en medicina familiar y un médico general, tal es el caso de Guatemala, Panamá, Nicaragua y Paraguay, en que médicos familiares o generales ganan lo mismo; los cuatro, como en preguntas anteriores corresponden a países con menor cantidad de médicos familiares.

En el caso de Cuba todos los especialistas ganan lo mismo, la diferencia salarial se establece a través del desarrollo curricular a través de maestrías, doctorados o publicaciones; o bien, por el encargo como funcionario docente, asistencial o de investigación. A esta diferenciación se le denomina especialista de primero y segundo grado lo cual aplica para todas las especialidades. En el resto de los países el pago diferenciado corresponde al de cualquier otro especialista. Sin embargo, el grado de generalización en las instituciones de salud o regiones geográficas es variable en algunos países

**¿Existen vías alternas a la escolarizada (*semipresencial, abierta, en línea, etc.*), para formar médicos especialistas en medicina familiar, enfermeras y trabajadoras sociales especialistas en medicina familiar y atención primaria?**

Al respecto en 2003 encontramos que Colombia, Argentina, Chile y México habían iniciado diversas estrategias para formar un mayor número de médicos generales a médicos especialistas en medicina familiar, en general se trataba de estrategias de reconversión a excepción de Colombia que manejaba un programa de formación acelerada de especialistas desde el pregrado.

En esta ocasión no contamos con información de lo ocurrido con los dos países del Cono Sur, sin embargo, de los quince países encuestados para la Cumbre de Asunción, sólo Colombia, México, Perú y Paraguay reportan realizar diferentes estrategias educativas para incrementar el número de médicos especialistas en Medicina Familiar y Salud Familiar.

En Colombia hay tres modalidades para la formación de médicos especialistas en Medicina Familiar: el programa de residencia, el Programa de formación acelerada desde el Internado médico de pregrado y un programa piloto que se está desarrollando desde 2008 en Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud en Bogotá, para la formación de especialistas bajo la modalidad de entrenamiento en servicio. Para el equipo de salud familiar se han desarrollado iniciativas significativas, como en el departamento del Valle del Cauca, donde se formaron 800 miembros de equipos de salud familiar en atención primaria con énfasis en salud familiar, a través de un diplomado de 120 horas ofrecido por la Universidad del Valle.

México, a través de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y en coordinación con las instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, Ministerio de Salud e Instituciones de Salud estatales, continúa desarrollando el Programa de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales desde 1994, el cual se desarrolla a nivel nacional. El programa consiste en formar a médicos generales que ya están contratados y laborando en el primer nivel de atención; se forman duran--

te su jornada laboral, y en jornadas académicas sabatinas; asesorías clínicas en sus consultorios, rotaciones hospitalarias, guardias, talleres de autoimagen (videograbaciones), auditorías de expedientes, etc. Cubren el mismo programa de tres años que los residentes, incluyendo las mismas evaluaciones y criterios de egreso como la tesis y examen final de conocimientos.

En el caso de Paraguay, se ha presentado un impulso político muy importante a través del Ministerio de Salud, el cual busca la ampliación de la cobertura, la mejora en la calidad de la atención, mayor equidad y accesibilidad en la prestación de servicios, tomando como base la Atención Primaria de la Salud. Para este objetivo, el gobierno adoptó como uno de los 11 programas emblemáticos de su gestión, la creación de las Unidades de Salud de la Familia (USF), de las cuales se cuenta con 503 y se pretendía terminar el año 2011 con 670. Paralelo al establecimiento a este modelo de salud, se ha diseñado una estrategia de formación de médicos generales a especialistas con un programa académico de cinco años de duración, que se fundamenta en la educación a distancia, con tecnología informática (virtual) y actividades prácticas. El proyecto de salud de esta administración fenece en el año 2013.

Perú refiere un programa alterno de formación de médicos generales a especialistas en Medicina Familiar, que consiste en que las Escuelas de Medicina del país pueden otorgar el título de especialista en Medicina Familiar a médicos generales que tienen cinco o más años trabajando en un centro de atención primaria (donde se supone que adquirieron las competencias de un médico familiar), y luego de evaluaciones muy simples, y en otros casos luego de una pasantía de dos a tres meses presenciales o semipresenciales, la universidad otorga el título de especialista con el cual se dirigen al Colegio Médico Peruano y les otorgan el Registro Nacional de Especialistas. Esta modalidad ha sido implementada para todas las especialidades, no sólo para medicina familiar.

Por otra parte, en algunos países han comenzado a aparecer especialidades “paralelas” en Atención Primaria de la Salud, como en el caso de México, con duración de 2 años, Venezuela o de Bolivia, que agregan además el componente de la interculturalidad. El problema es que estos países en lugar de aprovechar la experiencia acumulada en sus programas de atención Primaria basados en la Medicina Familiar, emprenden una nueva especialidad con grandes dificultades en lugar de consolidar la ya existente, generando división, falta de certidumbre y confusión; con severas repercusiones laborales en el gremio médico. Otros países como República Dominicana han desarrollado maestrías en Medicina Familiar de dos años de duración, con objetivos asistenciales y no docentes como debiera ocurrir en las maestrías.

**¿Existen programas de actualización y capacitación continua en línea o de capacitación en servicio; interesan los cursos monográficos, talleres y simposia?**

No obstante los desarrollos tecnológicos a nivel mundial, de la ampliación en el uso de la tecnología informática, del incremento en el número de usuarios de computadoras a nivel personal o institucional; los países de la Región reportan aún dificultades para poder implementar cursos en línea (Guatemala, Bolivia, Panamá y El Salvador) son de los más críticos. El resto, ha desarrollado diferentes estrategias institucionales para la actualización y capacitación continua, que van desde los cursos virtuales, la Telemedicina, Tele-Salud hasta la capacitación en servicio.

**¿Existen programas de certificación y recertificación de médicos especialistas en medicina familiar en su país? ¿Quién evalúa?**

En el año 2003 se realizó esta misma pregunta y apenas cuatro países (de los cuales no participaron en esta ocasión Argentina y Canadá), respondieron que tenían ya establecidos criterios de Certificación y Recertificación de especialistas, independientemente de la acreditación que proporcionan las universidades al término de la residencia. En esta encuesta 2011, podemos observar que de los 15 países analizados, siete de ellos, Bolivia, Brasil, Cuba, Estados Unidos, México, Paraguay (a partir de abril de este año) y Perú, tienen procesos de Certificación y Recertificación perfectamente definidos. En la mayor parte de los países la Recertificación se realiza cada cinco años, sin embargo, Estados Unidos ha ampliado este periodo a 10 años. Bolivia hizo un solo periodo de Recertificación hace siete años. En el caso de Colombia, Panamá y Venezuela se está legislando a este respecto o se están buscando los mecanismos para hacerlo a través de las sociedades científicas. El resto de los países no tiene avances al respecto.

**¿En su país existen programas de certificación y recertificación de unidades médicas, de acuerdo a estándares internacionales?**

Con relación a este importante apartado, impulsado intensamente por la Organización de las Naciones Unidas en la 56 Asamblea Mundial de la Salud, se ha insistido en desarrollar programas de acreditación y certificación de unidades médicas que garanticen la calidad y la seguridad del paciente así como la prevención de eventos adversos. En la encuesta se identificó que sólo Bolivia, Estados Unidos, Cuba y México tienen establecidos programas de certificación de unidades médicas de una manera clara. Otros países como Panamá, Brasil y Colombia están en proceso de desarrollo, pero hasta el momento lo han focalizado a las unidades médicas con función docente.

**¿Existen programas de estímulos institucionales que premien la actualización y capacitación continua del personal?**

Cuatro países respondieron que si cuentan con estímulos que favorezcan la iniciativa de los médicos y profesionales del equipo de salud por actualizarse, Colombia, Estados Unidos, México y Panamá han implementado estrategias de beneficio económico, escalafón, tiempo para la docencia o investigación. Los otros once países respondieron no contar con programas de estímulos que premien la actualización y capacitación del personal de salud. Resultó interesante conocer la respuesta del representante de Cuba, que de forma contundente refirió: "...más que programas de estímulo, es una responsabilidad de la institución y del médico garantizar la superación y capacitación continua ..."

**¿Existe obligación institucional para que el equipo de salud participe en actividades docentes de pregrado o posgrado?, y en su caso ¿El personal del equipo de salud que participa en la docencia recibe alguna remuneración adicional a su sueldo?**

Sólo en Cuba, México y Uruguay existe algún grado de obligatoriedad para que los profesionales del equipo de salud participen en actividades de docencia, bajo determinadas circunstancias. En el caso -

de Cuba es una obligación institucional, ya que la Universidad conforma su claustro con los mejores profesionales que se desempeñan en los diferentes puestos de trabajo para los cuales tiene que formar los recursos humanos. El claustro de la Universidad está compuesto en más del 80% por profesionales que prestan servicios asistenciales y además son docentes. Los profesionales del equipo de salud que cumplen esta actividad y que curricularmente alcanzan la categoría de segundo grado tienen una remuneración adicional.

En México, el Ministerio de Salud incluye en el contrato del personal de salud que debe participar en las actividades de docencia e investigación que se generen en su centro de trabajo. El Instituto Mexicano del Seguro Social comisiona a sus profesores clínicos para dedicarse de tiempo completo a la docencia, tanto a nivel médico como de enfermería. Sólo en los casos en que se colabore como académico clínico con alguna universidad percibe un sueldo adicional. Uruguay cuenta con un programa de pago por cumplimiento de metas en educación para la institución donde se labora.

No obstante la falta de obligatoriedad de las actividades docentes del personal de salud, en la mayor parte de los países existe un programa de pagos expedidos por las instituciones de educación superior por el aporte docente en las actividades de pregrado y posgrado; tal es el caso, de Brasil, Colombia, Perú, Paraguay, Estados Unidos, Nicaragua y Venezuela; además de los países referidos anteriormente.

## LÍNEAS DE ACCIÓN PROPUESTAS

El *Grupo de trabajo: Formación y capacitación de equipos de salud de la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011* encontró cuatro áreas fundamentales a desarrollar en el fortalecimiento de los diferentes modelos de Medicina Familiar y cinco líneas estratégicas, independientemente de los avances que cada país haya alcanzado hasta el momento:

- I. Áreas de entrenamiento que requieren mayor desarrollo en los programas de formación, capacitación y educación continua.
  - **ESTRATEGIA 1. FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:**
    - a) Desarrollo de habilidades de comunicación del equipo de salud familiar.
    - b) Desarrollo de habilidades para el diagnóstico, planeación y evaluación de la salud individual, familiar y comunitaria.
    - c) Desarrollo del modelo médico familiar desde la enseñanza de la medicina, y hasta su ejecución en la práctica clínica cotidiana, con base a las necesidades reales de salud de la población.
    - d) Desarrollo de competencias de los miembros del equipo de salud familiar para trabajar en conjunto, privilegiando su rol dentro del equipo, pero maximizando los resultados del grupo de trabajo.

II. Consolidar el Modelo Médico Familiar en los Sistemas Nacionales de Salud

• **ESTRATEGIA 2. INCREMENTAR LA MASA CRÍTICA DE MÉDICOS FAMILIARES EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD, QUE PERMITA EL CAMBIO DEL MODELO CURATIVO AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL, CONTINUA Y ENFOCADO A RIESGOS QUE PROPORCIONA LA MEDICINA FAMILIAR.**

- a) Implementar programas de reconversión de acuerdo a las necesidades propias de cada país, sólo de manera transitoria, hasta ser cubiertas las necesidades de especialistas egresados de la residencia.
- b) Garantizar que los criterios de titulación para egresados de programas de reconversión sean equivalentes a los de egresados de la residencia.
- c) Aumentar el número de plazas de residencia en cada país de manera suficiente, teniendo como meta que en un periodo de diez años “todas” las plazas o cargos de médicos de familia en las instituciones de salud sean ocupadas por especialistas de ésta área.

III. Incrementar la efectividad y eficiencia de los programas de formación y capacitación en MF.

• **ESTRATEGIA 3. INCORPORACIÓN DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA FAMILIAR DESDE EL PREGRADO, A TRAVÉS DE:**

- a) Desarrollar competencias de trabajo en equipo, abordaje centrado en la persona y las familias.
- b) Desarrollar programas de formación basados en la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos con base en la prevención cuaternaria y la ética en salud.
- c) Crear Departamentos de Medicina Familiar en las Escuelas y Facultades de Medicina.
- d) Incrementar el tiempo de formación como parte de los equipos multidisciplinarios de salud.
- e) Los programas de medicina familiar en el pregrado deben ser impartidos por médicos familiares.

• **ESTRATEGIA 4. FORTALECER LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

- a) El Posgrado en medicina familiar debe ser coordinado por médicos de familia, los cuales deberán incluir y moderar la participación de otros especialistas relacionados con esta práctica.
- b) Instrumentar planes únicos de estudios a nivel de cada país
- c) Desarrollar programas de formación docente

- d) Las organizaciones civiles de Medicina Familiar deben ser parte del diseño, organización y evaluación de los programas de especialización en esta disciplina, así como en la toma de decisiones relacionadas con su práctica en las instituciones de salud.
- e) Establecer el pago diferenciado a médicos especialistas en medicina familiar en función de su desarrollo profesional
- f) Consolidar los programas de Certificación y Recertificación de especialistas a nivel de cada país, con evaluaciones periódicas de 3 a 5 años como máximo.

IV. Incrementar en la Vinculación Internacional

• **ESTRATEGIA 5. INTERCAMBIOS DE EXPERIENCIAS EXITOSAS EN MATERIA DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y DE LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR**

- a) Creación de una red de información a través de la página web de CIMF/WONCA sobre la situación de la medicina familiar y sus equipos de salud en los diferentes países de Iberoamérica, dando continuidad al trabajo realizado por los cuatro grupos de trabajo en esta Cumbre.
- b) Incrementar la colaboración de CIMF/WONCA con organizaciones internacionales con la OPS y OMS.
- c) Incrementar la colaboración de CIMF/WONCA en asesorías a instituciones públicas y privadas de los países de la Región.

## CONCLUSIONES

El progreso en el desarrollo de programas de formación en medicina familiar en la Región, tanto a nivel de pregrado como de postgrado, ha sido paulatino pero real. Existe una gran variabilidad entre los países en cuanto a la implementación del modelo de salud familiar y la formación de médicos de familia y otros miembros del equipo de salud familiar, sin embargo, los principios básicos de la disciplina se cumplen en cuanto a la atención integral al individuo, familia y comunidad, con atención enfocada a riesgos (prevención) y continuidad de la misma.

Todos los países participantes en esta encuesta han impulsado en mayor o menor grado el avance de la medicina familiar. Los países que parecen estar más consolidados en medicina familiar y APS son los que exigen actualizaciones y certificaciones a los médicos familiares, a la par que facilitan dichos procesos a través de estímulos remunerativos.

Por otra parte, la consolidación del modelo de la Medicina Familiar a nivel de instituciones públicas y privadas, está en función de diferentes circunstancias, como son la cantidad y calidad de programas en residencias médicas formales; el número de médicos de familia en cada país, los programas de certificación y recertificación de especialistas.

El fortalecimiento del primer nivel de atención en salud y el logro de “Salud para Todos”, traducido en políticas de salud que premien de manera óptima la atención primaria y la medicina familiar como estrategias asistenciales equitativas, de gran calidad y amplia cobertura, requerirá una inversión significativa en la formación y reconversión de los recursos humanos hacia la medicina familiar.

Algunos países han implementado estrategias de reconversión paralelos a las residencias médicas para aumentar el número de médicos familiares, con resultados exitosos. Sin embargo, algunos otros están desarrollando sistemas paralelos de residencias médicas, con nombres similares o relacionados a la APS y la medicina familiar, cuando ya existen programas de residencia en esta especialidad bien consolidados y reconocidos, lo que están consiguiendo con estas acciones, es generar confusión en la población y en el mismo gremio, desempleo, dispersión de esfuerzos y recursos. Al final, sólo debilitan el Sistema de Salud.

Para atraer a los egresados de las facultades de medicina a residencias de postgrado en medicina familiar es necesario tener programas de formación excelentes. Promesa de puestos de trabajo al completar la residencia, y un nivel de remuneración como especialista que sea competitivo y equitativo, comparable al de médicos de otras especialidades. Los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de salud familiar deben ser formados, por lo menos en parte, juntos en un ámbito que les permita experimentar el trabajo en equipo, con cada profesional ejerciendo su propio rol dentro del grupo.

Es necesario que desde el más alto nivel se hagan recomendaciones medibles (ONU, OMS, UNESCO, OPS, etc.) a los gobiernos federales, ministerios de salud y educación, instituciones públicas, universidades y sociedades científicas para dar las pautas básicas en la formación y acreditación de especialistas en medicina familiar, centros de formación como las universidades y las unidades de salud. La CIMF y las Sociedades o Asociaciones de Medicina Familiar deben tener participación en la vida académica y asistencial de sus países, dentro de su ámbito de acción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC, 2007.
2. UNESCO. Directrices en materia de calidad de la educación superior a través de las fronteras. Paris. 2006.
3. UNESCO. Conferencia Mundial sobre Educación Superior- 2009. La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo. Paris. 2009.
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria en las Américas. No.3. La Acreditación de Programas de Medicina y la orientación hacia la APS. (OPS/OMS). Washington D.C. 2010.
5. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas, Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. (OPS/OMS), Ontario, 2005.

6. Organización Panamericana de la Salud/organización Mundial de la Salud. Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 en: 27. A Conferencia Sanitaria Panamericana; 59.a Sesión del Comité Regional. (CSP/2710) Washington D.C. 2007.
7. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad Sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra. 2008.
8. Homedes N. Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005;71:83-96.
9. Kekki P. Primary Health care and the Millennium Development Goals:issues for discussion. Geneva:WHO,2004.