

# **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: ESPECIALIDAD ESENCIAL PARA LA SALUD EN EL SIGLO XXI**

---

**VIII Cumbre Iberoamericana de  
Medicina Familiar/Medicina Familiar  
y Comunitaria (Guatemala, 2022)**



**CIMF**  
CONFEDERACIÓN IBEROAMERICANA  
DE MEDICINA FAMILIAR



Este documento ha sido realizado por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), perteneciente a la World Organization of Family Doctors (WONCA), con el apoyo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

© 2025, Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) – World Organization of Family Doctors (WONCA)

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación, u otros métodos, sin el permiso previo o por escrito del titular del copyright.

© de esta edición: 2025, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria  
C/ Diputació 320  
08009 Barcelona  
[www.semfy.com](http://www.semfy.com)

ISBN: 979-13-87859-12-1

Cómo citar este documento:

CIMF-WONCA. Medicina Familiar y Comunitaria: especialidad esencial para la salud en el siglo XXI. VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria (Guatemala, 2022). Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2025. DOI: 10.55783/semFYC.00001



## AUTORÍA

### Coordinadora

Jacqueline Ponzo (Uruguay)

### Revisora

Alejandra Zarazúa (Guatemala)

### Autoras y autores

Marina Almenas (Puerto Rico)  
Jorge Alvarado (Guatemala)  
Mónica Álvarez Jaramillo (Colombia)  
Eros Angeletti (Argentina)  
Mirtha Aquino Tupacyupanqui (Perú)  
Carolina Arbelo (Uruguay)  
María Dolores Arceo (Argentina)  
Yovana Argote Casachagua (Perú)  
Liliana Arias (Colombia)  
Cecilia Astegiano (Argentina)  
Lilian Barillas (Guatemala)  
Camilo Bass (Chile)  
Albery Belliard (República Dominicana)  
Julieta Bitler (Argentina)  
Dora Patricia Bernal (Colombia)  
Humberto Berríos (Chile)  
Diana Cáceres (Chile)  
Dakira Camarena (Panamá)  
Brando Javier Cantú Lozano (México)  
Virginia Cardozo (Uruguay)  
Paola Carranza Cepeda (Colombia)  
Vanessa Janette Carrillo Sarmiento (Perú)  
Verónica Casado Vicente (España)  
María de la Caridad Casanova Moreno (Cuba)  
Verónica Castellanos (Guatemala)  
Juan Carlos Chunga Rodríguez (Perú)

Gil Correia (Portugal)  
Daniela Cortez (Bolivia)  
Carlos Cruz (Guatemala)  
Marcela Cuadrado (Uruguay)  
Jascemine Xiomara de la Riva Sandoval (Bolivia)  
Gabriela Di Croce (Argentina)  
Ysabel Diaz (República Dominicana)  
Andrea Didier (Chile)  
Cecilia Drimer (Argentina)  
Florencia Ducoin (Argentina)  
Georgina Farfán (México)  
María Fernández García (España)  
Milagritos Fernández Larrauri (Perú)  
Anna Fernández (España)  
Óscar Fernández (Chile)  
Claudia Marcela Flores Guerrero (Bolivia)  
Sandra Fraifer (OPS-Guatemala)  
Eugenia Franca Torres (Uruguay)  
Gisela Galindo Ortego (España)  
Gad Gamed (México)  
Luis Felipe García Ruano (Guatemala)  
Angelica Girón (Guatemala)  
Lilia Turquina González Cárdenas (Cuba)  
Edgar González (Guatemala)  
Beatriz Gutiérrez Muñoz (España)  
Otto Hamann Echeverri (Colombia)  
Elizabeth Hernández Portilla (México)  
Minerva Hernández (México)  
Rolando Herrera Gutiérrez (Bolivia)  
Jennifer Hooock (Estados Unidos)  
Nuno Jacinto (Portugal)  
Laura Jaramillo Otoya (Colombia)  
Karin Kopitowski (Argentina)



Edgar León (Ecuador)  
Maira Alejandra León (Colombia)  
Laura Llampa (Bolivia)  
Julio Lone (Guatemala)  
Miguel López Lozano (México)  
Dolly E. Lugo (Puerto Rico)  
Roberto Martínez Cabrera (Nicaragua)  
Moisés Mayen (Guatemala)  
Wendy Rosario Medina (República Dominicana)  
Cesar Alejandro Mendoza García (México)  
Thomas Meoño (Costa Rica)  
Ana Lucía Meyer Lorenzo (República Dominicana)  
Said Sinue Montufar González (México)  
Macarena Moral (Chile)  
Francisca Moronta (República Dominicana)  
Paul Muñoz Aguirre (Perú)  
Karen Muñoz-Chamorro (Colombia)  
Gustavo Musetti (Uruguay)  
Carmen Nadal (Chile)  
Amarantha Nieto Trujillo (México)  
Lusy Paulyna Orellana Navarrete (Ecuador)  
Maritza Morayma Ortiz Arica (Perú)  
María Ángeles Ortiz Camúñez (España)  
Sonia Ortiz Flores (Puerto Rico)  
Emmily Ortiz (Guatemala)  
Mariana Pacheco Juárez (México)  
María Inez Padula Anderson (Brasil)  
Verónica Palomino Najarro (Perú)  
Tania Marisol Peña Arriaga (México)  
Teresa Pérez Díaz (Cuba)  
Ana Bertha Pérez Villalva (México)  
Elena Polentinos Castro (España)  
Jacqueline Ponzó (Uruguay)  
Zitlalli Portillo García (México)

Robert Quirós Castillo (Costa Rica)  
Mariela Quiroz (Chile)  
Carol Lopes de Lima Reigada (Brasil)  
Andre Reis (Portugal)  
Miriam Rey Seoane (España)  
Carolina Reyes (Chile)  
Beatriz Rivas (Guatemala)  
Edwin Rubén Rodríguez Lanchipa (Bolivia)  
María Yessenia Rojas Torres (Guatemala)  
Zoila Romero Albino (Perú)  
Yeritza Rosillo (Panamá)  
Dulce Paola Salinas Espinosa (México)  
Ginnette Sánchez (Puerto Rico)  
Valeria Santillán (Argentina)  
Leonardo Savassi (Brasil)  
Wesley Schmidt (Paraguay)  
Roxana Sepúlveda Morales (Chile)  
Sarah Tapia (Bolivia)  
Jhunny Tasejo (Guatemala)  
Pablo Tesolin (Argentina)  
Silvia Teixeira (Uruguay)  
Ludvick Torres López (México)  
Marco Tulio (Brasil)  
Angela Tulipano (Panamá)  
Jorge Adalberto Ulloa González (Nicaragua)  
Raúl Urquiza (Argentina)  
Ada Vargas (Guatemala)  
Ada Vedilei (Venezuela)  
Eliana Vesga Céspedes (Argentina)  
Jenny Patricia Villa Fajardo (Ecuador)  
Rosa Villanueva Carrasco (Perú)  
Mirian Villca (Bolivia)  
Liliana Villegas Baldomero (Colombia)  
Alejandra Zarazúa (Guatemala)



## SUMARIO

● Prólogo primero.....	7
● Prólogo segundo.....	9
● Presentación .....	11
● Parte I. El proceso de la VIII Cumbre.....	12
● Parte II. Documentos resultado de la VIII Cumbre.....	28
➤ Carta de Guatemala .....	29
➤ Declaratoria de Guatemala.....	34
➤ Actualización del perfil del o la especialista en MFyC.....	36
➤ Certificación y recertificación en MFyC.....	52
➤ Condiciones de trabajo de la MFyC.....	60
➤ La MFyC en la transformación de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta ante las emergencias (COVID-19 y otras): aportes para la transformación del sistema de salud de Guatemala .....	81
➤ La historia de las cumbres Iberoamericanas de MF/MFyC: su legado en estos 20 años.....	108
● Parte III. Anexos.....	119
➤ Anexo 1. Programa del I Congreso Nacional e Internacional de MFyC (Guatemala, 2021).....	120
➤ Anexo 2. Nómina de integrantes del Comité Organizador de la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC.....	121
➤ Anexo 3. Objetivos y lineamientos de la CIMF para la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC.....	122
➤ Anexo 4. Tabla de participación en la fase III de la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC según los países, por temas y otras variables de interés (2022).....	128
➤ Anexo 5. Programa de la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC.....	129
➤ Anexo 6. Declaración de la Confederación Iberoamericana de MF/MFyC (WONCA Iberoamericana - CIMF).....	133
➤ Anexo 7. Aportes desde la Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria en el contexto de la pandemia de COVID-19.....	137
➤ Anexo 8. Aportes del grupo de Salud Mental Comunitaria para la consigna 1.....	158
➤ Anexo 9. Aportes del grupo de Trabajo de Salud Ambiental para la consigna 1 .....	163



→ Anexo 10. Aporte del Grupo de Trabajo de Prevención Cuaternaria y sobremedicación de la CIMF para la consigna 1.....	165
→ Anexo 11. Aportes del Grupo de Trabajo de Mujeres Médicas Familiares para la consigna 1.....	170
→ Anexo 12. Aportes del Grupo de Trabajo de Mujeres Médicas Familiares para la consigna 2.....	175
→ Anexo 13. Aportes del Grupo de Trabajo de Mujeres Médicas Familiares para la consigna 3.....	178
→ Anexo 14. Aportes del Grupo de Trabajo de Salud y Medio Ambiente para la consigna 4.....	181
→ Anexo 15. Enlaces a noticias sobre la VIII Cumbre iberoamericana de MF/MFyC.....	184
→ Anexo 16. Declaración de Sevilla (I Cumbre).....	185
→ Anexo 17. Declaración de Margarita (Minicumbre).....	191
→ Anexo 18. Compromiso de Santiago de Chile (II Cumbre).....	194
→ Anexo 19. Carta de Fortaleza (III Cumbre).....	197
→ Anexo 20. Carta de Asunción (IV Cumbre).....	203
→ Anexo 21. Carta de Quito (V Cumbre).....	207
→ Anexo 22. Carta de San José (VI Cumbre).....	210
→ Anexo 23. Carta de Cali (VII Cumbre).....	218
→ Anexo 24. Declaración de Cali (VII Cumbre).....	222
→ Anexo 25. Copia de la carta de Guatemala firmada (VIII Cumbre).....	225
→ Anexo 26. Copia de la declaratoria de Guatemala firmada (VIII Cumbre).....	232



## PRÓLOGO PRIMERO

Para una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) recibir el encargo de participar en el proceso que culminaría en el germen de la creación de dicha especialidad en Guatemala fue un regalo que no se podía dejar pasar.

Y así sucedió en el año 2022, cuando aún nos encontrábamos saliendo de la pesadilla que fue la pandemia de la COVID y en la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) estábamos en pleno duelo por la pérdida de nuestro queridísimo presidente, gran profesional y especialmente amigo, Salvador Tranche<sup>a</sup>.

Este viaje, en realidad, lo inició Salvador en 2021 y yo tuve el sentimiento ambivalente —gran honor y dolor a la vez— de llevarlo a cabo al tener que ocupar su puesto en el Comité Ejecutivo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) como vicepresidenta de la subregión ibérica. Una vez más, me encuentro en deuda con Salvador.

El camino hacia la creación de la especialidad de MFyC en Guatemala ha sido un testimonio de dedicación, colaboración y visión compartida. Durante meses, un grupo de profesionales comprometidos dedicó horas de trabajo intenso, reuniones que se extendían más allá de lo previsto y discusiones apasionadas en busca del mejor marco académico y asistencial para esta nueva especialidad.

Fueron jornadas agotadoras, a veces bajo la presión del tiempo y los desafíos institucionales, pero cada paso dado fortaleció no solo el proyecto, sino también los lazos entre quienes participamos en él. Lo que comenzó como un esfuerzo profesional se transformó, con el tiempo, en una red de compañerismo y amistad, cimentada en el respeto mutuo y el objetivo común de fortalecer la Atención Primaria en Guatemala.

Esta publicación pretende recoger no solo los documentos producto de ese proceso, sino también, y especialmente, el trayecto: los fundamentos, los debates, los acuerdos y, sobre todo, el espíritu colaborativo que hizo posible un hito de contribución colectiva a la medicina guatemalteca. Más que un registro histórico, es un reconocimiento al trabajo en equipo y una invitación a las futuras generaciones de especialistas en MFyC a seguir construyendo sobre estos cimientos.

Finalmente, todo el trabajo realizado se presentó en la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar / Medicina Familiar y Comunitaria en la ciudad de Guatemala, durante los días 10 y 11 de noviembre bajo el lema: «Medicina Familiar/Familiar y Comunitaria: especialidad esencial para la salud en el siglo XXI».

El documento final debería haber visto la luz antes, pero los proyectos de calidad requieren un proceso minucioso para garantizar un resultado acorde a la envergadura e importancia de este encargo. Por ello, quiero destacar el papel fundamental de mi sociedad, la semFYC, responsable de la edición del documento. Este esfuerzo refleja su dedicación y, también, su firme compromiso institucional con la especialidad, con WONCA Iberoamericana y con América Latina.

Este logro nos recuerda que, cuando el compromiso con la salud de un pueblo se antepone a los intereses individuales, lo aparentemente imposible se convierte en realidad. Que esta especialidad no solo sea un título, sino un legado de servicio, humanismo y unidad para Guatemala.

<sup>a</sup> Salvador Tranche falleció el 13 de febrero del 2022 de forma inesperada. En ese momento ocupaba la presidencia de la semFYC y la vicepresidencia de la región Iberia en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA Iberoamericana - CIMF).



Quiero recordar con estas palabras a todos los que contribuyeron y hacerles llegar mi más sincero agradecimiento. Pero quiero dedicarlas, en especial, a mi queridísimo amigo y maestro Salvador Tranche Iparraguirre, incansable valedor de la MFyC, tanto en España como en Latinoamérica.

Que estas páginas inspiren tanto como lo ha hecho este proceso para quienes tuvimos el privilegio de vivirlo.

«Siempre parece imposible, hasta que se hace».

Nelson Mandela

---

**María Fernández García.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirectora general de Calidad Asistencial. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad de España. Miembro del Comité Organizador de la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria, designada por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, donde ocupaba el lugar de vicepresidenta por la subregión Iberia.



## PRÓLOGO SEGUNDO

Habían pasado unos setenta años del nacimiento de la Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria cuando, como país, decidimos comprometernos a fortalecer nuestro sistema de salud mediante la formación de quienes han sido y seguirán siendo para muchos países del mundo, el eje vertebrador de la Atención Primaria en Salud.

Todo comenzó con la voluntad conjunta de las instituciones más importantes del sector salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de mejorar las condiciones de salud de la población. De forma colaborativa, decidieron comenzar a desarrollar un plan de estudios de Medicina Familiar y Comunitaria y sentar las bases para su adecuada implementación en el país.

Sin embargo, el sistema de salud guatemalteco no estaba diseñado para esta especialidad. No existía un modelo de formación ni de prestación de servicios de salud centrado en la Medicina de Familia y había muchos mitos y concepciones erróneas acerca de su naturaleza. Fue entonces cuando se solicitó el apoyo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF).

Nunca imaginamos que recibiríamos una respuesta tan fraterna por parte de los 19 países que conforman la CIMF. Desde el primer día, nos acompañaron y apoyaron y nos permitieron continuar esta travesía respaldados por personas expertas en la materia.

Así nació la oportunidad de ser los anfitriones de la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, con el objetivo de consolidar la implementación de la especialidad en Guatemala y fortalecerla a nivel regional. Durante cuatro intensos meses, contamos con el apoyo de más de 278 personas expertas en Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria de toda Iberoamérica. Más de 150 reuniones virtuales hicieron posible la elaboración de los cuatro documentos técnicos que hoy presentamos, los cuales dieron origen a su vez a los dos documentos técnicos-políticos que sellan nuestro compromiso con la implementación de la especialidad en Guatemala y su fortalecimiento a nivel regional.

Desde el perfil del médico o la médica de familia, las competencias que debe adquirir durante su formación, los procesos de certificación y recertificación, hasta las condiciones de trabajo necesarias para el ejercicio de la especialidad y su impacto en la transformación de los sistemas de salud, el trabajo técnico realizado antes, durante y después de la Cumbre capturó la esencia y el espíritu de la especialidad. Demostró que no estábamos equivocados: el fortalecimiento de un sistema de salud históricamente precario es posible si comenzamos por la formación de equipos multidisciplinarios orientados a la salud familiar y comunitaria liderados por especialistas, capaces de responder a las necesidades de la población. Pero también si, en paralelo, repensamos y transformamos el modelo de atención a la salud a nivel nacional.

En noviembre se cumplen tres años desde este hito, tanto en la historia de la salud guatemalteca como de la especialidad en la región. Aunque este sueño aún no se ha materializado por completo, hemos dado pasos firmes. La especialidad forma parte de las metas del quinquenio en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tenemos un Acuerdo Ministerial que respalda su implementación y el gobierno actual la reconoció como una prioridad. En junio de 2023 se entregó, junto con la Universidad San Carlos de Guatemala, la primera propuesta de plan de estudios de la especialidad y esperamos pronto poder comenzar a formar a la primera cohorte de especialistas en Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria.

Muchos de los desafíos aún prevalecen, pero nuestra perspectiva de la especialidad ya no es la misma. Y lo más importante, no volvimos a caminar solos. A lo largo de estos años, de manera oficial, extraoficial e



incluso personal, los médicos y médicas de familia/médicos y médicas de familia y comunidad de toda la región han seguido apoyando este sueño guatemalteco. A título personal, las palabras nunca serán suficientes para expresar mi gratitud por el apoyo recibido durante estos años.

Los médicos y médicas de familia/médicos y médicas de familia y comunidad son y seguirán siendo, el corazón de la medicina. Y lo único que puedo desear es que, muy pronto, podamos celebrar que devolvimos ese corazón a la medicina de mi país.

---

**Alejandra María Zarazúa Rosales.** Directora de la Dirección de Formación, Educación e Investigación en Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Miembro del Comité Organizador de la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria, en representación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.



## PRESENTACIÓN

Los días 10 y 11 de noviembre de 2022 tuvo lugar en Guatemala la celebración de la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, bajo el lema «Medicina Familiar y Comunitaria, especialidad esencial para la transformación de los sistemas de salud en el siglo XXI».

Guatemala, en colaboración con especialistas en Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria<sup>b</sup> de todos los territorios iberoamericanos, se encontraba inmersa en un proyecto de implementación de dicha especialidad en el país, con el objetivo de mejorar la salud de la población y fortalecer la Atención Primaria guatemalteca.

Este documento se estructura en tres partes. La primera presenta el proceso y las alternativas transitadas para llegar a la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria y sus documentos finales. La segunda es el conjunto de documentos resultantes de la Cumbre: dos documentos politicotécnicos (Carta y Declaratoria, que pueden consultarse en esta versión), cuatro documentos técnicos y un documento de revisión de todas las cumbres precedentes. La tercera es un conjunto de documentos que ilustran, amplían y/o complementan lo presentado en las partes anteriores.

El proceso de la VIII abarcó más allá de los dos días de sesiones que se realizaron en noviembre de 2022. Se extendió antes y después del encuentro, en los contextos de complejidad que caracterizan a la región. Con esta publicación se pretende concretar una meta fundamental, a la vez que continúa el proceso para el inicio de la especialidad en Guatemala y su fortalecimiento en cada uno de los países iberoamericanos. Esta contribución a la Medicina Familiar y Comunitaria es el principal objetivo de la publicación.

<sup>b</sup> La especialidad médica a la que alude esta publicación recibe diversas denominaciones en la región iberoamericana y en el mundo. Medicina Familiar y Medicina Familiar y Comunitaria son los nombres empleados en la mayoría de los países de Hispanoamérica. Por esta razón, en busca de un lenguaje inclusivo que contemple la diversidad, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar resolvió en el año 2019 (lo cual quedó establecido en sus Estatutos a partir del 2021) el uso de la expresión Medicina Familiar/Familiar y Comunitaria en los documentos de la organización. Como consecuencia, este criterio es el adoptado en esta publicación para denominar a los especialistas y la especialidad, además de recurrir a su abreviatura como sigla para facilitar la fluidez del texto.

# PARTE I

## EL PROCESO DE LA VIII CUMBRE



# EL LARGO CAMINO DE LA VIII CUMBRE DE 2022

## Editora

Jacqueline Ponzo

## Autoras y autores<sup>a</sup>

Jacqueline Ponzo, Thomas Meoño, Marcela Cuadrado, María Fernández García, Rosa Villanueva Carrasco, Gabriela Di Croce, Sonia Ortiz, Marina Almenas y Dora Bernal

## INTRODUCCIÓN

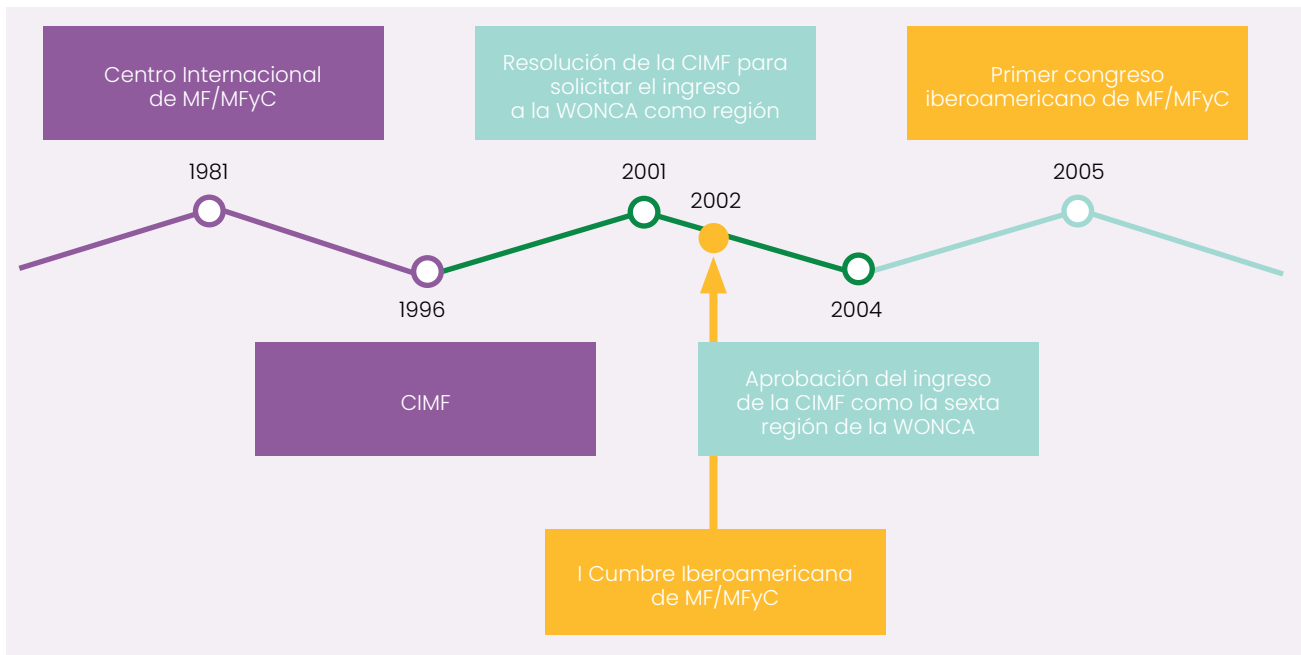
La Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), WONCA Iberoamericana - CIMF, es una de las siete regiones de la Organización Mundial de Medicina Familiar (WONCA). Para más detalles, en la **figura 1** se resumen algunos momentos relevantes de su creación y progreso. Por otro lado, al momento de esta publicación agrupa a las diecinueve asociaciones nacionales activas en los países de Iberoamérica. Esto incluye a Brasil y Portugal, lusoparlantes, y la casi totalidad de las naciones de habla hispana. De estas no integran la CIMF Guatemala y Honduras, Estados que no cuentan aún con la especialización, y El Salvador, que fue integrante en el pasado, pero cuya asociación nacional se encuentra actualmente inactiva. Para más información, en la **tabla 1** se presentan las asociaciones miembros según las subregiones.

Las cumbres son eventos de carácter político-técnico promovidos por la CIMF y coorganizados junto con el Ministerio de Salud del país sede y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas se alternan con los congresos regionales, máximo evento académico de la Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria (MF/MFyC). Y tienen como objetivo contribuir al avance de la especialidad en los sistemas de salud y favorecer el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), así como la participación de esta rama en otras estrategias de salud regionales y globales de importancia para la población. La primera cumbre tuvo lugar en Sevilla (España) en el año 2002b, y después la siguieron Santiago 2005 (Chile), Fortaleza 2008 (Brasil), Asunción 2011 (Paraguay), Quito 2014 (Ecuador), San José 2016 (Costa Rica), Cali 2018 (Colombia) y Guatemala 2022, VIII Cumbre, la cual motiva esta publicación. Para ahondar en esto, en la **figura 2** pueden observarse las sedes y fechas de las siete ediciones anteriores.

Cada una de las cumbres concluye con una serie de documentos técnicos de consenso y una «carta», o «declaratoria», que sintetiza los objetivos y compromisos asumidos a partir del evento. Estos escritos oficiales son de alcance regional y constituyen una referencia de gran valor para el trabajo que se desarrolla en cada país, tanto en la formación de personal especializado como en el desarrollo de investigaciones y la inserción de la especialidad en los sistemas y servicios de salud. A su vez, cada encuentro constituye un elemento de incidencia política en el país sede. En los **anexos 16-24** se agregan las cartas y declaratorias de las cumbres I a VII, los lemas de las cuales se pueden ver en la **tabla 2**. Así pues, los documentos, la carta y la declaratoria de la VIII Cumbre constituyen el contenido central de esta publicación.

<sup>a</sup> Integrantes del Comité Ejecutivo de la WONCA Iberoamericana - CIMF (2021-2023).

<sup>b</sup> En 2003 tuvo lugar en la isla de Margarita (Venezuela) una minicumbre para seguimiento de los compromisos asumidos en la I Cumbre (Sevilla, 2002).

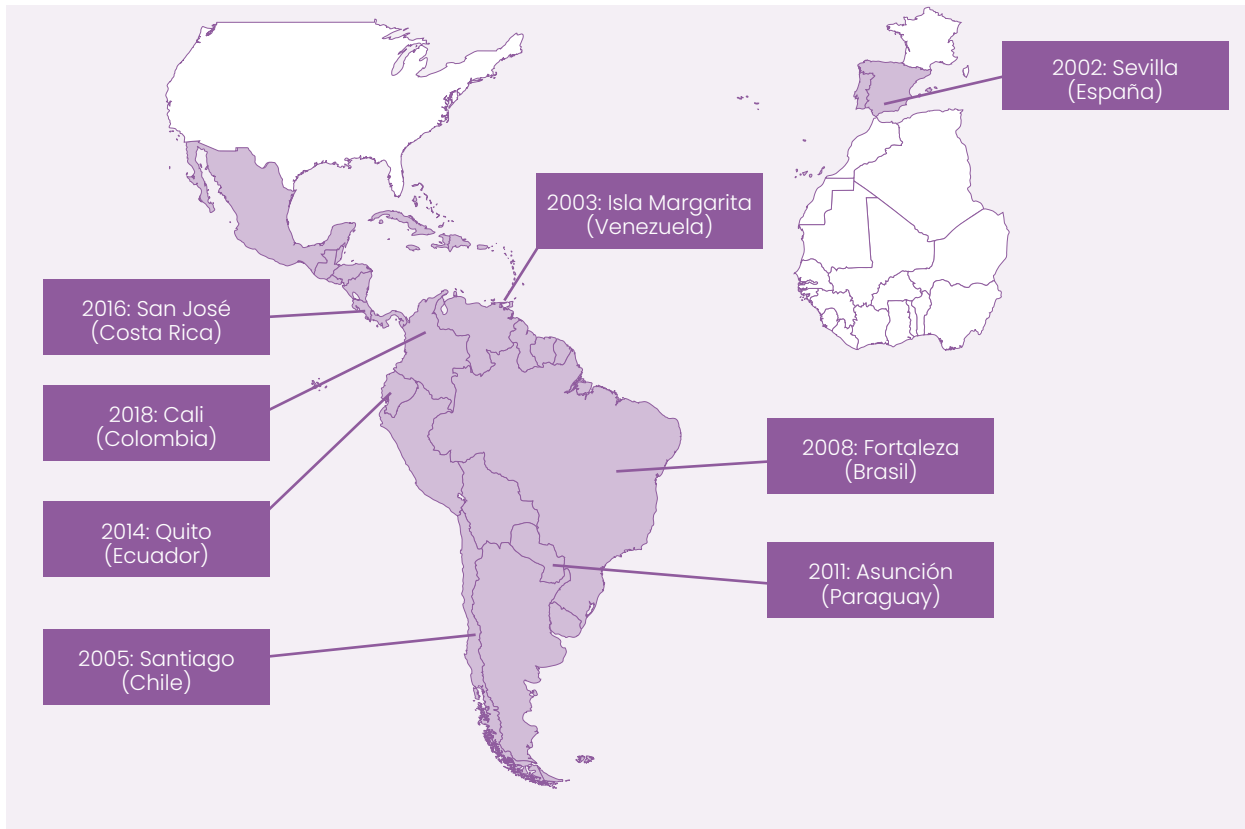


**Figura 1.** Momentos relevantes en el proceso de desarrollo de la WONCA Iberoamericana - CIMF

CIMF: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; MF/MFyC: Medicina Familiar / Medicina Familiar y Comunitaria; WONCA: Organización Mundial de Medicina Familiar, por sus siglas en inglés

**Tabla 1.** Asociaciones nacionales integrantes de la CIMF-WONCA según las subregiones de la organización (2022)

Subregión CIMF	País	Asociación miembro
Cono Sur	Argentina	Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG)
	Brasil	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)
	Chile	Sociedad Chilena de Medicina Familiar (SOCHIMEF)
	Paraguay	Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar (SPMF)
	Uruguay	Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC)
Países Andinos	Bolivia	Sociedad Boliviana de Medicina Familiar (SOBOMEFA)
	Colombia	Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF)
	Ecuador	Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF)
	Perú	Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC)
	Venezuela	Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA)
Mesoamérica	Costa Rica	Asociación Costarricense de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MEDFAMCOM)
	Cuba	Sociedad Cubana de Medicina Familiar (SOCUMEFA)
	México	Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar (FMERMF)
	Nicaragua	Asociación Nicaragüense de Medicina Familiar (ANIMEF)
	Panamá	Asociación Panameña de Medicina Familiar (APMF)
	Puerto Rico	Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico (AMFPR)
	República Dominicana	Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria (SODOMEFyC)
Iberia	España	Sociedad Española Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
	Portugal	Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF)



**Figura 2.** Cumbres iberoamericanas de MF/MFyC realizadas entre los años 2002-2018

**Tabla 2.** Lemas de las primeras siete cumbres iberoamericanas de MF/MFyC (2002-2018)

Año	Lema
2002-2003	«Comprometidos con la salud de la población»
2005	«El médico de familia, garantía de calidad y equidad en los sistemas de salud de Iberoamérica»
2008	«Misión y desafíos para la Medicina Familiar y la Atención Primaria en el siglo XXI: equidad, integralidad y calidad para nuestros sistemas de salud»
2011	«Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud en salud renovada: pensamiento y acción en beneficio de la salud familiar»
2014	«Cobertura universal, Medicina Familiar y participación social»
2016	«Universalidad, equidad y calidad en los sistemas de salud: Medicina Familiar y Comunitaria como eje»
2018	«Cuarenta años de Alma Ata: Medicina Familiar y salud de la familia. Un camino para la paz»

## ¿CÓMO SE LLEGÓ A CELEBRAR UNA CUMBRE EN GUATEMALA?

Cumplida la VII Cumbre en Cali en el año 2018 correspondía celebrar la siguiente en el 2020. La Junta Directiva de la CIMF aprobó la postulación de Puerto Rico para ser la sede en el mes de abril de ese año y se comenzó a trabajar en el encuentro en el primer semestre del 2019. Cuando en el mes de marzo del año siguiente se encontraba casi todo listo para la cumbre, aparecieron los primeros casos de covid-19 en América Latina y, casi al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación de pandemia. Lógicamente, se debió suspender el encuentro. Tras esto, dentro de la incertidumbre que



dominaba ese momento, se consideró prudente posponer lo previsto en todos sus términos hasta abril del 2022. El año 2021 no era una opción, ya que tendría lugar el congreso regional y no se podían celebrar los dos eventos el mismo año.

Sin embargo, nadie sospechaba entonces la extensión que tendría la pandemia. En el 2021 el curso de la epidemia en los distintos países de la región fue diverso, con algunas situaciones muy graves y picos de mortalidad, pero al mismo tiempo se había comenzado a avanzar con la vacunación. Esto hacía prever que sería posible concretar la reunión en Puerto Rico al año siguiente, así que se retomaron los preparativos de la VIII Cumbre. No obstante, en el mes de febrero del 2022 la emergencia sanitaria seguía vigente en la región con algunos recrudecimientos y Puerto Rico era uno de los países en esa situación. Al mismo tiempo, las restricciones para el ingreso al país eran más exigentes de lo habitual debido a los requisitos sanitarios, que resultaban infranqueables para algunos miembros de la Confederación. Esto provocó la segunda suspensión de la cumbre prevista en Puerto Rico para el 2022.

Mientras tanto, en el año 2021 la CIMF había recibido una solicitud de apoyo desde distintos ámbitos gubernamentales de Guatemala para la instalación de la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en este país. Se había constituido una Mesa Técnica (MT) integrada por el Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social (IGSS) y el Ministerio de Salud Pública y Acción Social (MSPAS) con el objetivo de definir los pasos a dar para ese objetivo y encaminar las primeras acciones. Desde el Comité Ejecutivo de la CIMF se atendió la solicitud y se inició la colaboración en forma honoraria. Inicialmente, se participó en reuniones con la MT para dar respuesta a consultas u ofrecer orientación en el proceso iniciado. Además, en esa etapa se recomendó encaminar la especialidad a través de un programa de posgrado administrado desde un ámbito universitario (acorde a la normativa del país) e implementado a través del sistema de residencia, que ofrece las mejores condiciones para la formación en una rama médica. Así, la MT contactó con la Universidad de San Carlos (USAC), la mayor del país, para proponerle albergar la especialización mientras se seguía avanzando en la definición de los pasos a dar hacia la implementación definitiva.

Para generar cierta sensibilización y conocimiento en torno al tema en los profesionales de la salud, y los tomadores de decisión en Guatemala, así como para conocer las experiencias de otros países, la MT propuso la realización del I Congreso Nacional e Internacional de MFyC con el apoyo de la CIMF. En ese momento la MT ya había decidido que el nombre de la especialidad en este país sería Medicina Familiar y Comunitaria. Finalmente, el evento se desarrolló de forma híbrida en tres días no consecutivos, el 8, 10 y 12 de noviembre de 2021. Además, contó con exposiciones de integrantes del MSPAS, el IGSS, la USAC y el CIMF (véase en el [anexo 1](#)).

Luego del congreso, el trabajo colaborativo continuó durante el año 2022. En este contexto de trabajo, tras la segunda suspensión del encuentro en Puerto Rico, el Comité Ejecutivo de la CIMF consideró la posibilidad de realizar la VIII Cumbre en Guatemala dentro del año 2022. Eso permitía profundizar en el proceso colaborativo al generar un evento presencial en el país con la participación de los máximos referentes regionales en esa rama, así como concretar el tan pospuesto encuentro. Aunque esta circunstancia no estaba prevista en la normativa institucional. De manera general, las cumbres, de acuerdo con el Reglamento de la CIMF, son alojadas por un país que cuenta con una asociación nacional de especialistas en MF/MFyC, la cual asume la responsabilidad de liderar la organización a nivel local. Guatemala, claramente, no contaba con estas condiciones, por lo que dar ese paso era una decisión de excepcionalidad.

No obstante, en aquel momento la excepcionalidad era la norma: el contexto de pandemia sin precedentes, que afectaba con fuerza a los países hispanoamericanos, había motivado las dos suspensiones de la cumbre en un lapso de dos años, y en el 2021 había obligado a pasar a modalidad virtual el congreso regional iberoamericano (con sede prevista en Vitória, Espírito Santo, Brasil). Si bien Guatemala no era parte de la CIMF, para aquel entonces se contaba con un año de trabajo colaborativo, durante el cual el Comité Ejecutivo de la CIMF había dialogado de forma fluida con las máximas autoridades sanitarias del país. Así, este ámbito de cooperación instalado y funcionante podía suplir la falta de una asociación local para actuar como dinamizador de la organización. Y, adicionalmente, avanzar a la concreción de este plan no estaba reñido con la misión de la CIMF, organización dedicada al desarrollo de la MF y la Atención



Primaria de la Salud en los países de Iberoamérica<sup>c</sup>, sino que, por el contrario, permitiría contribuir a su cumplimiento justamente en uno de los países donde más se necesitaba.

Así fue como el Comité Ejecutivo de la CIMF, como primer paso, puso a consideración de las autoridades de Guatemala la posibilidad de albergar la próxima cumbre en su país. Esto fue recibido con entusiasmo por la MT y, de manera conjunta con el Comité Ejecutivo, que solicitó el aval para avanzar en el proceso, se procedió a informar a la Junta Directiva de esta posibilidad. No hubo objeciones desde las asociaciones miembros, al contrario, se valoró muy positivamente teniendo en cuenta que, además, esto permitiría realizar la reunión de la Junta Directiva en forma presencial, así como una reunión del movimiento Waynakay (nucleamiento de promociones de residentes y jóvenes especialistas de la CIMF). Las últimas actividades presenciales habían sido en el 2019, en coincidencia con el congreso regional en Tijuana.

A fines de mayo de 2022 se puso en marcha la organización de la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC con sede en la ciudad de Guatemala, para la cual se acordaron los días 10 y 11 de noviembre bajo el lema: «Medicina Familiar/Familiar y Comunitaria: especialidad esencial para la salud en el siglo XXI». La Organización Panamericana de la Salud, a través de la Representación de la OPS en Guatemala, se sumó al Comité Organizador junto con el IGSS, el MSPAS y el CIMF.

## GUATEMALA OFRECÍA UNA OPORTUNIDAD, PERO TAMBIÉN MUCHAS NECESIDADES

El país, ubicado en América Central, limita con México, Honduras, El Salvador y Belice. Tiene una superficie de 108.928 km<sup>2</sup> y su organización político-administrativa está formada por 22 departamentos y 340 municipios. Los grupos étnicos principales son el garífuna, el maya, el mestizo y el xinca. Si bien el idioma oficial es el español, hay veintidós idiomas hablados por la etnia maya con sus distintas variedades dialectales, además del garífuna y el xinca.

La población supera los 18 millones de habitantes, lo cual representa un crecimiento superior al 50% desde el año 2000. También ha cambiado la estructura poblacional debido al envejecimiento progresivo. El índice de dependencia pasó del 90,2% al 50,8% en menos de 25 años<sup>1</sup>. Además, el país presenta indicadores sociosanitarios que dejan en evidencia una situación que requiere cierta atención y mejora. En 2020, la población con un saneamiento seguro aún no llegaba al 70%, y menos del 60% tenía un acceso garantizado al agua potable<sup>2</sup>.

La esperanza de vida promedio al nacer en 2023 alcanzó los 70,2 años y se encontraba por debajo de la media de la región. La tasa de mortalidad infantil estaba en descenso, era de 17,3 cada 1000 nacidos vivos nacidos vivos en 2021, mientras que la mortalidad materna alcanzó los 95,5 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos en 2020. Asimismo, es elevado el porcentaje de nacimientos con bajo peso (12%) y deficitaria la cobertura en vacunación, que en 2022 fue del 83% para el antisarampionosa, lo que marcó un descenso en relación con los años anteriores<sup>3</sup>. Al mismo tiempo, la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y la mortalidad por esta causa crecieron y la población por debajo de la línea de pobreza era superior al 50%.

Ante esto, las mejoras sustantivas en el ámbito de la salud van a derivarse principalmente de las mejoras en los aspectos sociales, económicos y ambientales. No obstante, tanto en la situación actual, con múltiples carencias sanitarias y problemas de salud relacionados con la pobreza, así como en el futuro próximo (en el cual es previsible que continúe el crecimiento de las ECNT y se acumulen problemas asociados al envejecimiento), la atención a la salud cumple una función primordial. Como consecuencia, la falta de acceso a la atención de calidad constituye una vulneración de los derechos que muchas veces se suma a otras vulnerabilidades y vulneraciones que sufre la población.

<sup>c</sup> Artículo 4.º Objetivos»: «Promover el desarrollo de la Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria como una de las más efectivas estrategias para llevar mejores servicios de salud a las poblaciones de Latinoamérica, Caribe hispanoparlante, España y Portugal». CIMF. Estatutos. Aprobados el 22 de agosto del 2021. Disponible en: <http://cimfwonca.org/acerca-de-cimf/estatutos/>



Guatemala es el país con mayor población de América Central y el Caribe, y además posee sensibles necesidades de salud, por lo que el impulso al desarrollo de un sistema de salud orientado a la Atención Primaria de Salud (APS) requiere, de modo ineludible, la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria para garantizar servicios de calidad con una capacidad resolutive. Esta es la gran oportunidad que ha tenido la CIMF, en este período, de contribuir en el proceso que el país lleva adelante para superar las carencias en el campo de la salud.

## EL LOGOTIPO DE LA CUMBRE

El desarrollo del diseño gráfico identitario de la VIII Cumbre fue realizado por profesionales del diseño y la comunicación de las instituciones guatemaltecas, e igualmente fue sometido a la consideración del Comité Organizador. En esa instancia se realizaron varios aportes para contribuir a que la imagen recogiera los valores institucionales, además de representar a esa cumbre. El gráfico completo que fue aprobado se presenta en la [figura 3](#).



**Figura 3.** Logotipo e imagen institucional de la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC (Guatemala, 2022)

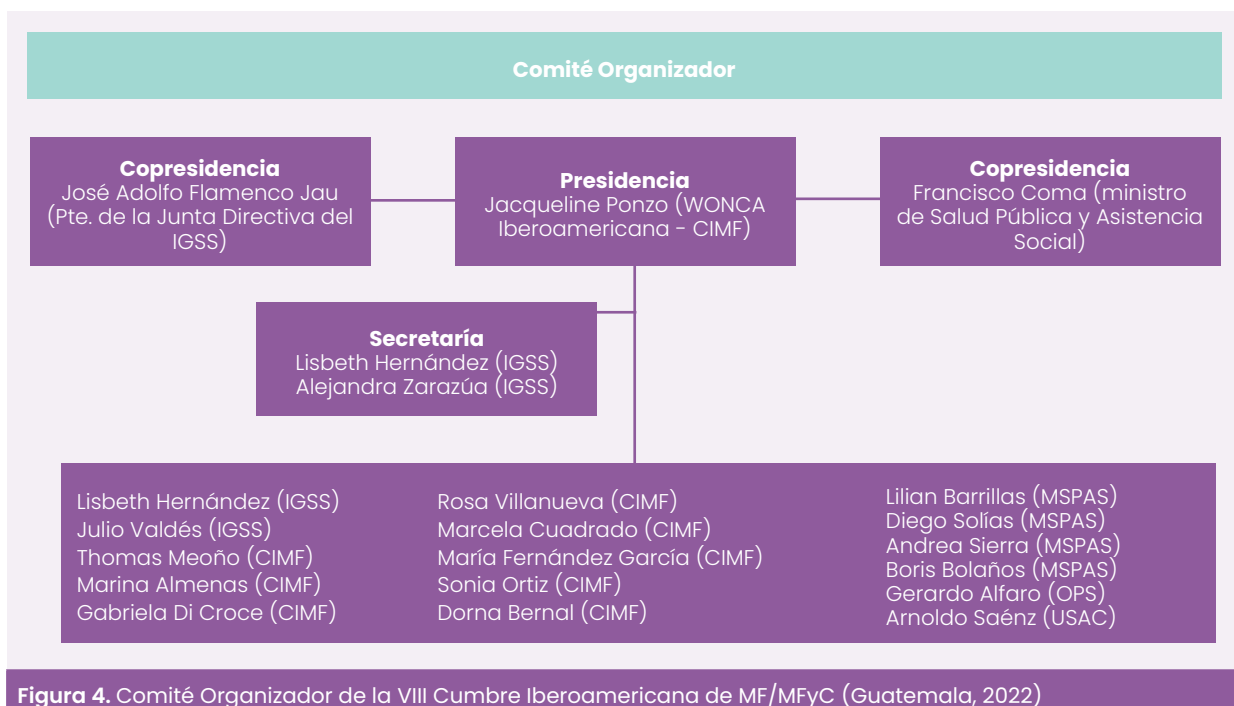
## EL PROCESO DE LA VIII CUMBRE

Aunque tuvo su momento culminante en los días 10 y 11 de noviembre en Ciudad de Guatemala, su proceso ocupó varios meses y se desarrolló en tres fases, durante las cuales convocó el trabajo de numerosos profesionales integrantes de las asociaciones de la CIMF, del IGSS, del MSPAS y de la OPS. En este capítulo se presentan el procedimiento y la metodología de trabajo seguidos durante los meses previos, y los días de la cumbre en sí, para arribar a los documentos finales en cada uno de los cuatro ejes temáticos definidos, así como a la Carta de Guatemala y la Declaratoria de Guatemala, documentos de síntesis suscritos por las autoridades.



Con el antecedente del trabajo colaborativo de la CIMF con la MT, el día 15 de julio de 2022 quedó formalmente instalado el Comité Organizador (**figura 4**), para el cual se aprobó la siguiente estructura (puede verse la nómina de integrantes del Comité Organizador completa en el **anexo 2**):

- Comité Ejecutivo de la CIMF: 9 integrantes.
- IGSS: mínimo 3 integrantes.
- MSPAS: mínimo 3 integrantes.
- OPS: a su consideración.



CIMF: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; OPS: Organización Panamericana de la Salud; USAC: Universidad de San Carlos de Guatemala; WONCA: Organización Mundial de Medicina Familiar, por sus siglas en inglés.

En ese encuentro fue aprobado el documento Objetivos y Lineamientos de la CIMF para la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC (**anexo 3**). En este texto, entre otros asuntos, se fundamenta el lema «Medicina Familiar/Familiar y Comunitaria: especialidad esencial para la salud en el siglo XXI» de la siguiente manera:

Este título logra, en un texto breve, destacar a la Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria (con su doble denominación reconocida por la CIMF) en varios aspectos:

- Como especialidad, lo cual es relevante cuando en varios países se considera adecuado un primer nivel de atención sin necesidad de un equipo especialista.
- Porque implícitamente coloca en el seno de la cumbre el tema de la formación del personal especialista en la MFyC. Esto atiende al objetivo central de Guatemala y una de las necesidades de la CIMF y de nuestros países: la de profundizar en aspectos relativos a la formación en MF/MFyC y la producción de expertos.
- Porque es de una importancia tal que resulta esencial como recurso para la salud, y no solo para los sistemas y servicios de salud, lo cual ofrece un alcance muy amplio al campo del conocimiento y la acción, tal como ocurre en la realidad.



- Porque tiene perspectiva de futuro, vocación de futuro, y, además, implícitamente señala la urgencia de este cambio. El siglo XXI va a alcanzar pronto su primer cuarto y queda mucho por hacer para reconocer el carácter indispensable de esta especialidad.

También se aprobaron los objetivos de la VIII Cumbre, los ejes temáticos<sup>d</sup>, el cronograma y la metodología de trabajo, así como la agenda preliminar del evento de noviembre. Para un funcionamiento operativo más efectivo se instalaron tres subcomités dentro del Comité Organizador destinados a lo académico, lo político y la comunicación.

Por otra parte, se acordó que la CIMF asumiera la presidencia de la cumbre en la persona de su presidenta, con una doble copresidencia asumida por las autoridades del IGSS y el MSPAS.

## OBJETIVOS DE LA VIII CUMBRE

El objetivo general fue:

- Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de la formación de personal especializado en MF/MFyC en la región Iberoamericana dentro del contexto de complejidad que ofrece el siglo XXI, con especial énfasis en el proceso de Guatemala.

Objetivos específicos:

- Favorecer un intercambio creativo que permita reconocer los caminos, y procesos, que Guatemala puede seguir para instalar la especialización de MF/MFyC en el país con una calidad adecuada y acorde a las necesidades de salud de su población.
- Favorecer la actualización de las definiciones regionales sobre las competencias, la calidad y el perfil del personal especializado de MF/MFyC de Hispanoamérica.
- Contribuir a visibilizar la importancia de la MF/MFyC para el cuidado de la salud en los diferentes contextos, problemas complejos y sistemas de salud de Iberoamérica en el siglo XXI.

## EJES TEMÁTICOS DE LA VIII CUMBRE

Se aprobaron **cuatro consignas** para organizar la producción teórica en el marco del encuentro. Se identificó la necesidad de avanzar en la unificación y consolidación de los enfoques de carácter regional, así como de actualizar los conceptos y estrategias vigentes en la especialidad desde décadas anteriores.

Cada una de las directrices funcionó como un eje de trabajo estructurador de los aportes y la elaboración grupal:

1. Actualización del personal médico de MF/MFyC (competencias y habilidades esenciales de la MF/MFyC) y elaboración de recomendaciones para Guatemala.
2. Certificación en la MF/MFyC.
3. Condiciones de trabajo para la MF/MFyC.
4. Aportes de la MFyC en la transformación de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta ante las emergencias (COVID-19 y otras).

<sup>d</sup> El documento de lineamientos aprobado el 15 de julio incluía cinco ejes temáticos. En el proceso se decidió unificar los ejes que estaban destinados a desarrollar la importancia de la MF/MFyC en los sistemas de salud y las situaciones de pandemia, que finalmente quedó como el cuarto eje.



## METODOLOGÍA

Se definieron tres etapas de trabajo, denominadas fase I, fase II y fase III una organización dinámica de los grupos de trabajo para promover el intercambio (tabla 3). Las fases I y II se desarrollaron en forma totalmente virtual y la fase III incluyó la etapa presencial del encuentro, el evento en Guatemala, donde aconteció la instancia final del trabajo en grupos.

**Tabla 3.** Fases y calendario de la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC (Guatemala, 2022)

Fases o etapas	Actividad principal	Calendario (2022)	Tareas y organización	Resultado esperado
Etapla preparatoria	Convocatoria a la participación, designaciones, organización	Julio	El Comité Organizador convoca y dinamiza. Designa los coordinadores. Las instituciones participantes designan los participantes para los grupos de trabajo	Presencia de todas las asociaciones de la CIMF y de las instituciones de Guatemala. Liderazgo y participación en cada grupo de trabajo
Fase I	Análisis de las consignas de trabajo en cada subregión y movimiento de las personas jóvenes	Agosto y setiembre	Trabajo virtual, 5 grupos de trabajo (subregiones + Waynakay)	20 documentos: 4 por cada grupo de trabajo (uno por consigna)
Fase II	Consolidación de los aportes elaborados para cada eje temático	Octubre	Trabajo virtual, 4 grupos de trabajo (por ejes temáticos)	4 documentos preliminares (uno por consigna)
Fase III	Aprobación de los documentos consolidados para cada eje temático. Definición de las recomendaciones a incluir en la Carta de Guatemala	Noviembre	Encuentro presencial, talleres para las definiciones finales de los documentos temáticos	4 documentos finales (uno por consigna) y declaración final (Carta de Guatemala)

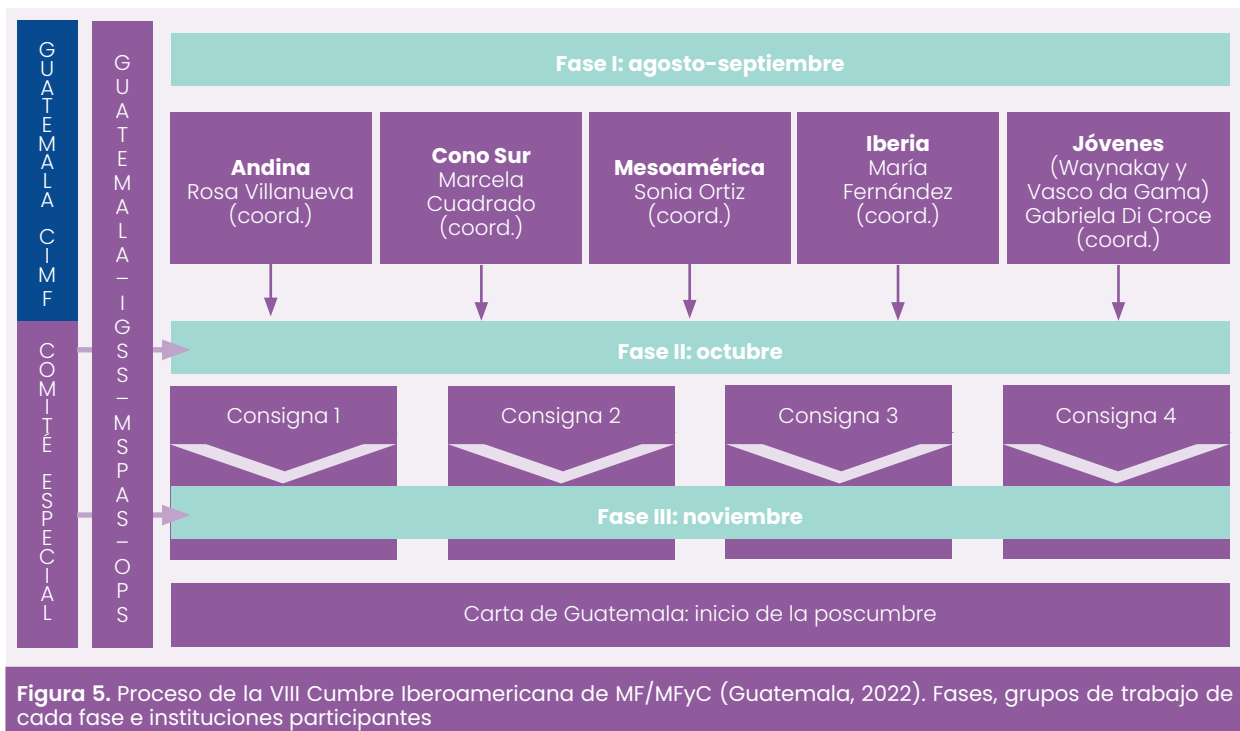
Poco a poco se fue instalando la idea de que sería necesaria una fase IV, poscumbre, particularmente en relación con el proceso en Guatemala, para dar continuidad a las acciones de implementación y monitoreo de los avances.

La figura 5 resume las etapas y el proceso del encuentro, así como los diversos grupos de trabajo que contribuyeron a su desarrollo.

## PARTICIPANTES Y PARTICIPACIÓN

### Fase I

Para esta primera etapa se instalaron cinco grupos de trabajo: uno en cada una de las subregiones de la CIMF, y un quinto grupo de residentes y jóvenes médicos y médicas de MF/MFyC. Cada uno de los grupos estuvo integrado por la presidencia y otras personas integrantes de cada asociación de la CIMF, mientras que el grupo de las personas jóvenes convocó a los respectivos representantes subregionales (integrantes del movimiento Waynakay para las tres subregiones latinoamericanas y de Vasco da Gama para Iberia). Además, se integraron a los grupos de trabajo el colectivo de la MF/MFyC Iberoamericana, los equipos de profesionales designados por las instituciones gubernamentales de Guatemala y la OPS.



La coordinación de cada grupo estuvo a cargo de las vicepresidencias subregionales de la CIMF y la representante de jóvenes ante la CIMF, respectivamente. Así, tal y como estaban definidas las coordinaciones se favorecía el flujo de trabajo, ya que todas formaban parte del Comité Ejecutivo de la CIMF y, al mismo tiempo, también integraban el Comité Organizador del encuentro.

Para el funcionamiento de los grupos se pautó una modalidad virtual con un mínimo de tres reuniones sincrónicas entre agosto y setiembre, y otro trabajo asincrónico de acuerdo con lo definido por cada grupo. Los cinco grupos realizaron sus tareas en paralelo, en esta primera fase, analizando y realizando aportes para todas las consignas definidas (los ejes de la cumbre). Como resultado, en cada grupo se elaboraron aportaciones para cada uno de los ejes temáticos, presentadas al final de la fase I como documentos que funcionarían como insumo para la fase II. Finalmente, el resultado esperado de esta etapa era la entrega de cuatro documentos por cada grupo (uno por consigna), veinte documentos en total, cinco para cada eje temático.

Mientras se desarrollaba esta fase se invitó a los grupos de trabajo permanente de la CIMF (GdT CIMF) para que contribuyeran en los ejes de la cumbre relacionados con su área de actuación. De este modo, se recibieron los siguientes aportes de (en los **anexos 8-14** se pueden consultar):

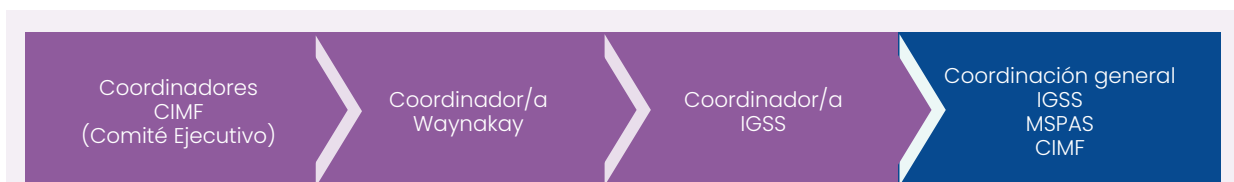
- Los GdT CIMF de Salud y Ambiente para los ejes 1 y 4.
- El GdT de Salud Mental comunitaria para el eje 1.
- El GdT de Mujeres Médicas Familiares para los ejes 1, 2 y 3.
- El GdT de Prevención Cuaternaria para el eje 1.

## Fase II

En octubre se dio paso a la segunda etapa. Las personas participantes en los grupos de la fase I se reorganizaron en nuevos grupos, pues el criterio no era organizar por subregiones, sino por ejes temáticos. Así, en cada agrupación confluyeron personas de distintas subregiones, y del grupo de las personas jóvenes, con el bagaje de las discusiones y reflexiones acumuladas durante la fase I. Por su parte, las per-



sonas originarias de allí, designadas desde las instituciones guatemaltecas para la fase I, participaron de esta redistribución y se reforzó la participación de la OPS a través de la integración de una consultora especialista en MF. La coordinación de los grupos temáticos se fortaleció, lo que la dotó de cierto carácter interinstitucional con referentes de la CIMF (integrantes del Comité Ejecutivo y del movimiento Waynakay), del IGSS y del MSPAS. Además, se instaló una coordinación general de todos los grupos formado por las tres instituciones (**figura 6**).



**Figura 6.** Integración de las coordinaciones de los grupos de trabajo durante la fase II de la VIII Cumbre

CIMF: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El objetivo de la fase II fue la elaboración de cuatro documentos, uno para cada eje temático. La consigna de trabajo para esta etapa fue definida en cinco premisas:

- Consolidar los aportes recibidos desde todas las subregiones, países y grupos de trabajo permanentes de la CIMF (GdT CIMF).
- Incluir las contribuciones nuevas generadas en el grupo reorganizado durante esta fase.
- Construir en la diversidad.
- Crear documentos acordes con la realidad del siglo XXI.
- Construir y promover el liderazgo.

A los documentos resultantes de esta fase se les denominó «documentos preliminares», dado que eran la primera versión de los documentos definitivos que se elaborarían en la tercera etapa. Este objetivo se cumplió el 6 de noviembre, y la documentación fue recibida por la Coordinación General de los grupos de trabajo para dar paso a la última etapa.

### Fase III

La tercera fase tuvo lugar, de manera presencial, en Guatemala. En esta instancia se produjeron la discusión final y la validación de los grupos de trabajo (reestructurados con personas de diferentes subregiones de la CIMF y referentes académicos e institucionales de Guatemala).

Durante los días del encuentro cada agrupación contó con tiempo para trabajar en la modalidad de taller a fin de revisar y enriquecer los documentos de cada una de las consignas, así como para preparar una presentación de síntesis y recomendaciones en un panel que formó parte del programa de la VIII Cumbre. En este proceso, el Comité Organizador (Subcomité Académico) tuvo a su cargo la coordinación, la organización de los aportes y la redistribución de los insumos.

## COMITÉ ESPECIAL

Junto con el trabajo de la fase II estuvo en funcionamiento el Comité Especial que había sido constituido durante la primera etapa. Fue un grupo de trabajo extraordinario integrado por la presidencia de las siete cumbres anteriores y coordinado por la presidenta electa de la CIMF, también integrante del Comité Ejecutivo (**tabla 4**). Esta agrupación trabajó en la elaboración de un documento cuyo objetivo era realizar la síntesis y evaluación de las cumbres recorridas desde 2002 a 2018.



**Tabla 4.** Integración del Comité Especial de la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC (Guatemala, 2022)

Nombre y asociación de la WONCA-CIMF a la que pertenece	Cumbre que presidió	País de origen
María Ángeles Ortiz Camúñez (semFYC)	Sevilla, 2002	España
Óscar Fernández (SOCHIMEF)	Santiago de Chile, 2005	Chile
María Inez Padula Anderson (SBMFC)	Fortaleza, 2008	Brasil
Wesley Schmidt (SPMF)	Asunción, 2011	Paraguay
Edgar León (SEMF)	Quito, 2014	Ecuador
Thomas Meoño (AEMFYC)	San José, 2016	Costa Rica
Liliana Arias (SOCMEF)	Cali, 2018	Colombia
Dora Patricia (SOCMEF)	Presidenta electa de la CIMF	Colombia

## EVENTOS DE MFyC EN GUATEMALA PREPARATORIOS DE LA CUMBRE (DURANTE LAS FASES I Y II)

La MT vio oportuno el contexto preparatorio del encuentro para la capacitación de sus funcionarios y profesionales. Se propuso una agenda de tres actividades entre agosto y octubre de 2022, la cual se llevó adelante con el apoyo de la CIMF y la OPS. En la **tabla 5** se presentan estas actividades y sus objetivos.

La **figura 7**, por su parte, muestra la ubicación de estas instancias a lo largo de lo que se denominó «primera fase del proceso estratégico para la implementación de la especialización en Guatemala». También permite visualizar cómo las diferentes acciones en las que participó la CIMF, incluida la cumbre, forman parte de un proceso de más largo aliento.

**Tabla 5.** Actividades desarrolladas en Guatemala para el fortalecimiento institucional y la participación en la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC (2022)

Actividad	Fecha	Objetivos
Taller de alineamiento conceptual y definición de las actividades antes de la cumbre	12 de agosto	Armonizar los principales elementos teórico-conceptuales que sustentan, en el ámbito global, la MFyC y su vinculación con la estrategia de Atención Primaria de Salud. Analizar las principales interrelaciones existentes entre la APS y la MFyC, así como sus implicaciones en la organización de los servicios. Definir las actividades antes del encuentro que Guatemala estará desarrollando para el aprovechamiento pleno de los resultados de la cumbre.
Taller de problematización y desafíos en el proceso de organización y desarrollo de la MFyC en el ámbito nacional	26 de agosto	Profundizar en el análisis conceptual y su aplicación en el contexto político-técnico del desarrollo de la salud en Guatemala. Analizar áreas críticas y desafíos para el desarrollo de la MFyC de manera integrada en los procesos de la prestación de servicios y la formación de personal. Proveer elementos clave a funcionarios institucionales para su interacción política y la participación en los espacios de análisis y propuesta previos a la cumbre. Preparar al equipo de trabajo para el debate sobre los elementos estratégicos en el desarrollo de la MFyC.
Seminario Nacional «Medicina Familiar y Comunitaria en Guatemala: Oportunidades y Desafíos»	Fortaleza, 2008	Conocer los principios conceptuales de la MFyC, su articulación con la estrategia de APS y sus avances en el ámbito regional. Analizar las implicaciones de su desarrollo en el ámbito nacional desde la perspectiva de los procesos de formación de personal y la prestación de servicios. Informar sobre la importancia de la participación en la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC que se realizará en noviembre del presente año. Proponer una hoja de ruta articulada interinstitucionalmente para el desarrollo de la MFyC en el ámbito nacional.



**Figura 7.** Primera fase del proceso estratégico, encaminado por el IGSS y el MSPAS de Guatemala, para la implementación de la especialización en MFyC

CIMF: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; MF/MFyC: Medicina Familiar / Medicina Familiar y Comunitaria; MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; MT: Mesa Técnica.

## RESULTADOS

### PARTICIPACIÓN Y COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL INTERNACIONAL

Es necesario reconocer el proceso de la VIII Cumbre como parte del resultado. Las estadísticas de participación dan cuenta de ello, aunque solo parcialmente, pues hay elementos intangibles que no es posible sistematizar en esta publicación, pero que han permeado la vida institucional y el proceso transformador encaminado en Guatemala. Se trata del enriquecimiento de las personas y el pensamiento en torno a la esencia, la formación y el quehacer de la MF/MFyC en Iberoamérica a través del trabajo compartido en un entorno de participación colaborativa internacional, el cual fue alimentado con experiencias y perspectivas diversas.

Para la fase I fueron designadas 138 personas (37 de los Países Andinos, 36 del Cono Sur, 8 de Iberia, 22 de Mesoamérica, 8 de Guatemala y 27 jóvenes del movimiento Waynakay). Participaron efectivamente de los grupos de trabajo de la cumbre 126 personas de 18 países (17 de ellas pertenecientes a la CIMF más las de Guatemala). Ecuador y Paraguay no alcanzaron a integrarse en esta fase. No obstante, Paraguay estuvo presente en el Comité Especial y Ecuador contaba con participantes en los GdT CIMF, quienes, como se ha comprobado, realizaron aportes que se incorporaron en la fase II. Por otro lado, se había previsto la posibilidad de que participaran las personas jóvenes de la subregión de Iberia, pero esto no se concretó.

En la fase II el número de participantes en los grupos de trabajo aumentó a 219, y eran procedentes de 19 países (18 personas de la CIMF y Guatemala). De estas, 17 realizaron tareas de coordinación, 12 fueron personas jóvenes (residentes o especialistas con hasta cinco años de graduados) y 25 fueron de Guatemala. La distribución de los participantes en las cuatro consignas fue la siguiente:

- 72 personas en la consigna 1.
- 49 en la consigna 2.



- 45 en la consigna 3.
- 53 en la consigna 4.

Además de los participantes directos en los grupos del encuentro, participaron 18 personas a través de los GdT de la CIMF elaborando aportaciones específicas para las consignas de trabajo. La tabla con la distribución de los participantes por países se encuentra en el [anexo 4](#).

Por último, la fase III se desarrolló en la ciudad de Guatemala durante los días 10 y 11 de noviembre. Participaron en el evento 171 personas de forma presencial y 602 lo hicieron de forma remota siguiendo la transmisión en vivo. A las personas especialistas y jóvenes de la MF/MFyC regional, integrantes de los grupos de trabajo de la cumbre, se sumaron algunos funcionarios de las instituciones gubernamentales y sanitarias de Guatemala, así como referentes académicos convocados por estos, particularmente de la USAC. El evento, además, contó con la presencia de las máximas autoridades del MSPAS y el IGSS y la Representación de la OPS en Guatemala, así como de la CIMF e incluso de WONCA World, a través de su presidenta Anna Stavdal, quien llegó desde Noruega para participar en el encuentro. El programa de la VIII Cumbre (ver [anexo 1](#)) contó con destacados expositores y tiempo de trabajo en el taller. Finalmente, el tramo final se reservó para la síntesis de los grupos de trabajo, quienes expusieron las recomendaciones consensuadas en cada una de las consignas.

## DOCUMENTOS

La Carta de Guatemala constituye el principal documento de la VIII Cumbre. Sintetiza conceptos y recomendaciones elaborados durante todo el proceso de trabajo participativo y colaborativo. Además de esta, se emitió otro documento de síntesis suscrito por la CIMF junto con las autoridades de Guatemala: la Declaratoria de Guatemala, en la que se suscriben compromisos para avanzar hacia la instalación de la especialización en MFyC y el fortalecimiento de la APS. En los [anexos 25 y 26](#) puede leerse una copia de los originales de ambos documentos.

Además de la carta y la declaratoria, otros cuatro documentos forman parte de los resultados de la VIII Cumbre, uno por cada eje temático, con sus respectivas recomendaciones y propuestas:

1. Actualización del perfil del personal médico Especialista en MF/MFyC (competencias y habilidades esenciales de la MF/MFyC) y elaboración de recomendaciones para Guatemala.
2. Certificación en la MF/MFyC.
3. Condiciones de trabajo para la MF/MFyC.
4. Aportes de la MFyC en la transformación de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta ante las emergencias (COVID-19 y otras).

Finalmente, entre los resultados del encuentro se encuentra el documento síntesis de las primeras siete cumbres que elaboró el Comité Especial. Lo que sigue a continuación, y completa la presentación de los resultados, son estos siete documentos en el mismo orden que han sido mencionados.



## BIBLIOGRAFÍA

1. OPS, OMS. Guatemala [Internet]. 2025. Disponible en: [www.paho.org/es/guatemala](http://www.paho.org/es/guatemala)
2. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN). Informe Agua y Saneamiento 2020-2023 [Internet]. Guatemala: Gobierno de Guatemala; 2023 [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: [https://apps.snip.gt/sinip/snipgt/Informe\\_Agua\\_Saneamiento\\_2020-2023.pdf](https://apps.snip.gt/sinip/snipgt/Informe_Agua_Saneamiento_2020-2023.pdf)
3. PAHO, OPS. Perfil de país – Guatemala [Internet]. Salud en las Américas. 2024. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/guatemala>

**PARTE II**

**DOCUMENTOS  
RESULTADO  
DE LA VIII CUMBRE**



## CARTA DE GUATEMALA

*(Texto del documento firmado en Guatemala el día 11 de noviembre de 2022)*

Durante los días 10 y 11 de noviembre de 2022 en la ciudad de Guatemala, Centroamérica, se realizó la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria bajo el lema: «Medicina Familiar y Comunitaria, especialidad esencial para la transformación de los sistemas de salud en el siglo XXI».

Este magno evento organizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA Iberoamericana - CIMF) y la Representación en Guatemala de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), tuvo el objetivo conjunto de definir lineamientos para el desarrollo de la especialidad de Medicina Familiar /Medicina Familiar y Comunitaria y así contribuir a la definición de políticas públicas en salud y en formación de especialistas para el sistema de salud, acorde a las necesidades de cada territorio, de cada población, a la complejidad y los problemas emergentes en el siglo XXI. Estos objetivos, planteados en relación con Iberoamérica y cada uno de sus países, tienen especial énfasis para Guatemala, país que cuenta con una firme voluntad política para la transformación de los servicios de salud en un modelo que coloca a la Medicina Familiar y Comunitaria como protagonista fundamental del sistema de salud.

La Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria (MF/MFyC) ha sido pilar de la atención integral a las personas. Ofrece eficientes servicios de salud a todas las personas y poblaciones y en todos los escenarios sociales. Favorece el desarrollo de los principios de la Atención Primaria en Salud (APS) en el sistema de salud y cultiva a lo largo del tiempo un vínculo de confianza con personas y familias, lo cual constituye la esencia de la atención a la salud.

Integrantes de 19 asociaciones nacionales miembros de WONCA Iberoamericana - CIMF, integrantes de los grupos de trabajo permanentes de la CIMF, representantes y consultores de OPS/OMS, se dieron a la tarea de procesar discusiones basadas en tres objetivos específicos: 1. Favorecer el intercambio creativo que permita reconocer los caminos y procesos que Guatemala puede seguir para instalar la especialización de MF/MFyC en el país, con calidad adecuada y acorde a las necesidades de salud de su población; 2. Favorecer la actualización de las definiciones regionales sobre competencias, calidad y perfil de las y los especialistas de MF/MFyC de Iberoamérica; y 3. Contribuir a visibilizar la importancia de la MF/MFyC para el cuidado de la salud en los diferentes contextos, problemas complejos y sistemas de salud de Iberoamérica en el siglo XXI.

Para alcanzar estos objetivos, se estableció una ruta de trabajo en tres fases (dos virtuales y una presencial) bajo cuatro consignas de trabajo: 1. Actualización del perfil del médico de familia y comunidad (competencias y habilidades esenciales de la MF/MFyC) y elaboración de recomendaciones para Guatemala; 2. Certificación en la MF/MFyC; 3. Condiciones de trabajo para la MF/MFyC, y 4. Aportes de la MFyC a la transformación de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta ante emergencias (COVID-19 y otras).



## DESTINATARIOS

Particularmente destinada a profesionales, residentes y asociaciones de profesionales de MF/MFyC, ministros de salud de Iberoamérica e integrantes de sus equipos técnicos; secretarías de salud de los niveles estatal, provincial y municipal, representantes de WONCA World, WONCA Iberoamericana - CIMF y sus países miembros, decanos y autoridades de universidades y facultades de medicina, coordinadores de posgrados y programas de residencia de MF/MFyC, colegios médicos, consejos de certificación y recertificación, integrantes de los equipos de salud e integrantes de la comunidad organizados en torno al derecho a la salud, estudiantes de medicina; esta Carta de Guatemala está dirigida a todas las personas interesadas en la salud, los sistemas y servicios de salud y la MF/MFyC.

Como resultado de este intenso proceso participativo que ha sido la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, que culmina en Guatemala los días 10 y 11 de noviembre de 2022, se establecen las siguientes definiciones y recomendaciones:

## CAPÍTULO I: PERFIL

La Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad esencial para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud. Brinda cuidados centrados en la persona en su contexto familiar y comunitario de forma longitudinal. Reconoce dimensiones física, psicológica, espiritual, cultural, ambiental, social y económica de las personas y sus problemas de salud, en contextos territoriales y procesos históricos. Responde a la complejidad de los problemas con integralidad y humanismo; con desempeño clínico resolutivo y capacidad de gestión. Desarrolla su práctica considerando el contexto cultural. Acuerda con el paciente la acción más apropiada para cada problema. Orienta su accionar con la perspectiva de derechos establecida por la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) y los valores de la profesión médica (*primum non nocere* y profesionalismo). Actúa como primer contacto del paciente con el sistema de salud, facilitando el acceso y abordando los problemas de salud sin distinción de edad, sexo o cualquier otro atributo de la persona. Utiliza con pertinencia los recursos terapéuticos, humanos y tecnológicos a su alcance, articulando y desarrollando equipos y redes asistenciales y sociales. Considera la estructura y dinámica familiar y el modo en que afecta y es afectada por la enfermedad. Analiza e interviene en los diferentes tipos de crisis familiares. Lidera el análisis de la situación de salud con metodología participativa y la planificación estratégica en salud para cada territorio. Contribuye a la promoción de la salud, el fomento del bienestar y la prevención de la enfermedad y accidentes en la comunidad a su cargo. Realiza intervenciones basadas en la evidencia. Maneja con pertinencia, oportunidad, continuidad y resolutividad, todo problema de salud con enfoque intercultural, de género y basado en derechos. Desarrolla investigación aplicada, tanto cuantitativa como cualitativa, con enfoque bioético y pensamiento crítico, basada en problemas de la comunidad, el territorio y la atención primaria de salud. Actúa como modelo de rol para la formación de pares y otros profesionales en formación. Gestiona su desarrollo profesional continuo mediante estrategias de educación permanente, trabajo en equipo y recertificación.

Reconociendo la pertinencia de este perfil profesional para el siglo XXI se recomienda:

Incorporar y posicionar la Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria en los sistemas de salud como servicio fundamental para la atención de las personas como seres integrales vinculadas a un contexto familiar, social, cultural y comunitario concreto.

Hacerlo de forma tal que se pueda llevar a cabo la atención longitudinal, en diferentes momentos del ciclo vital, desde antes de nacer; para elevar el nivel de salud, curar en la enfermedad, cuidar, aconsejar y paliar cuando no sea posible la recuperación de la salud y acompañar el bien morir.

Definir el perfil profesional por competencias con niveles de prioridad y de responsabilidad, con evaluaciones de carácter formativa y sumativa.



## CAPÍTULO II: FORMACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN

Los países de Iberoamérica tienen diferentes normativas para el reconocimiento de las especialidades médicas. Esto establece diferencias en la modalidad de certificación, entre las cuales la más notable surge de la participación o no de universidades en este proceso. No obstante ello, es posible hacer recomendaciones generales para la región, para todos sus países y para Guatemala —abocada a la instalación de la especialidad— en particular.

Para la formación de especialistas, su certificación y la recertificación que garantice el mantenimiento de las competencias se recomienda:

Implementar programas formativos basados en la modalidad de residencia médica (formación en ejercicio de un cargo desempeñado en el sistema de salud, supervisado y remunerado) con la figura de un tutor de residencia.

Organizar el currículum y la residencia a partir de la realidad y las necesidades de cada país, bajo un modelo integrado de competencias que incluya atención centrada en la persona orientada al individuo, su familia y su comunidad; tomando en cuenta la multiculturalidad y la perspectiva de género, siguiendo el perfil de especialidad definido en el capítulo I.

Incluir planes de certificación para médicas y médicos generales que se han desempeñado durante años en el primer nivel de atención. Implementar programas de formación en ejercicio que incluyan supervisión y tutoría, el reconocimiento de las competencias, su perfeccionamiento, complementación y evaluación, de tal modo que se favorezca su acceso a la certificación como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en el ámbito institucional que cada país tenga dispuesto a tal fin.

Realizar la certificación en la especialidad con base en las competencias contempladas en un currículum formativo orientado por el perfil de la especialidad, reglamentado por instituciones educativas y de salud correspondientes.

Implementar programas de desarrollo profesional continuo y recertificación a cargo de las asociaciones profesionales. Generalizar la recertificación a todos los países donde aún no se realiza.

Potenciar el papel de la WONCA Iberoamericana - CIMF con miras a conformar su Comité de Certificación/Recertificación, para acompañar los procesos y orientar a las mejores prácticas.

## CAPÍTULO III: CONDICIONES DE TRABAJO DE LA MFYC

La MFyC podrá desplegar su potencial en la medida en que se cuente con las condiciones de trabajo adecuadas. También depende fuertemente de ello la sostenibilidad del modelo. Cuando las condiciones de trabajo para la especialidad no son óptimas, tiende a decaer la atracción por la especialidad y los programas de formación pierden posibilidad de impacto por baja afluencia de aspirantes. Es de gran relevancia para asegurar un buen desempeño:

Políticas públicas que establezcan sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud, como forma de asegurar la sostenibilidad y continuidad del modelo.

La MFyC, integrada en equipos multidisciplinarios de base comunitaria, ha de liderar la gestión de la atención, las estrategias preventivas y los procesos de las personas con enfermedades crónicas.

Autonomía de gestión en base a un presupuesto asignado, de tal forma que se cuente con flexibilidad para adecuar la organización de la actividad asistencial, el trabajo en equipo, la gestión, el desarrollo profesional continuo y las acciones comunitarias de acuerdo con las necesidades y características del territorio.



Espacio físico adecuado, dotación tecnológica básica para exploración semiológica completa y de calidad, acceso a las exploraciones complementarias o exámenes paraclínicos que permitan el diagnóstico de las patologías prevalentes. Disponibilidad del arsenal farmacológico adecuado y suficiente para atender las patologías prevalentes e incorporación de un programa de alimentación complementaria enfocado en la población más vulnerable especialmente en las zonas alejadas, aisladas o económicamente deprimidas.

Disponer siempre de un sistema de registro de la atención, idealmente electrónico, que permita la comunicación dinámica y efectiva con otros niveles de atención, posicionando la MFyC como elemento clave de la Red Integrada de Servicios de Salud, unificar exploraciones complementarias y evitar duplicidades y el exceso, o la falta, de intervenciones. Facilitar medios de comunicación, consulta e interconsulta remota y sistemas de traslado, con especial énfasis en las áreas alejadas o de difícil acceso.

Las condiciones contractuales y laborales que hagan de la MFyC un espacio atractivo mediante contratos claros y coherentes, que ofrezcan estabilidad, un salario atractivo con complementos (según destino, antigüedad, trabajo en equipo, población a cargo) e incentivos (económicos o beneficios sociales en casos de zonas de difícil cobertura, horarios penalizados).

Se recomienda revisar y mejorar continuamente las condiciones de trabajo de la Medicina Familiar / Medicina Familiar y Comunitaria en cada uno de los países de la región e iniciar acciones para las adecuaciones que permitan aproximarse a estos criterios identificados como necesarios.

## CAPÍTULO IV: MFYC EN LOS SISTEMAS DE SALUD

El perfil de los/las profesionales de la Medicina Familiar y Comunitaria, como integradores de las diversas dimensiones que hacen a los procesos de salud y enfermedad, sus competencias clínicas, así como el conocimiento de la población y el territorio (entendido este como un espacio de relaciones sociales, económicas y políticas) y su permanencia a través del tiempo en ese vínculo hacen que, tanto en la cotidianeidad de los sistemas de salud como en la respuesta ante un desastre o emergencia sanitaria, la integración de esta especialidad dotará de mayor calidad y eficacia las acciones y permitirá mejores resultados en el cuidado y atención a las personas y comunidades.

**Se recomienda enfáticamente la consolidación de la MFyC como componente fundamental de los sistemas de salud del siglo XXI.**

Incorporar en la planificación estratégica del sistema de salud, sus recursos y redes. Diseñar en base a ello la planificación estratégica que permita contar con el número necesario de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en el menor tiempo posible.

Sean que se trate de un sistema de salud universal y público, con servicios privados o basado en la seguridad social, en todos ellos tiene cabida la Medicina Familiar y Comunitaria como recurso fundamental.

Del mismo modo, tanto a nivel urbano como rural, en áreas densamente pobladas o remotas, en todas ellas la MFyC cuenta con las herramientas óptimas para desempeñar la labor de atención cercana y adecuada a las necesidades de personas y familias.

La forma de trabajo de la MFyC garantiza que, aún durante emergencia sanitaria, se pueda sostener la atención de niños/as, las consultas de salud sexual y reproductiva, la atención a las personas con problemas agudos y crónicos y otras necesidades que no se pueden postergar, con la máxima efectividad que ofrece el conocimiento de la población y el territorio, la confianza y las competencias integrales que la especialidad provee.



En situaciones de emergencia y desastre, la MF/MFyC debe ser llamada a participar en los comités de emergencia, comités de personas expertas para diseñar la estrategia de respuesta y los ámbitos de decisión.

Finalmente, y teniendo en cuenta la oportunidad que ofrece la transformación del sistema de salud a la que se encamina el país anfitrión de la VIII Cumbre, para asegurar la consolidación de un cambio que, con la presencia de la MFyC en el sistema de salud cuente con los atributos de la APS y la sostenibilidad deseada, se recomienda a Guatemala:

Avanzar hacia la transformación del sistema de salud, un sistema de salud cuyo objetivo sea la universalización de la protección en salud y reoriente los servicios de salud a la Atención Primaria en Salud, las redes integrales de salud y la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad necesaria e imprescindible.

Incorporar progresivamente la MFyC y equipos de salud familiar en todos los diferentes niveles de atención.

Coordinación interinstitucional e integración de los servicios de salud del MSPAS y el IGSS.

Mejorar el financiamiento de la salud en Guatemala con la asignación presupuestaria adecuada para la implementación de las políticas de salud, de modo tal que se garantice la calidad, la profesionalización y la sostenibilidad a lo largo del tiempo.

Guatemala, 11 de noviembre de 2022

---

**Rosa Villanueva.** Vicepresidenta de la CIMF Países Andinos

**Marcela Cuadrado.** Vicepresidenta de la CIMF Cono Sur

**María Fernández García.** Vicepresidenta de la CIMF Países Ibéricos

**Sonia Ortiz Flores.** Vicepresidenta de la CIMF Mesoamérica

**Gabriela Di Croce.** Representante de jóvenes

**Dora Bernal.** Presidenta electa

**Marina Almenas.** Tesorera de la CIMF

**Thomas Meoño.** Coordinador ejecutivo de la CIMF

**Jacqueline Ponzó.** Presidenta de la CIMF

**Anna Stavdal.** Presidenta de la WONCA. Testigo de honor



## DECLARATORIA DE GUATEMALA

(Texto del documento firmado en Guatemala el día 11 de noviembre de 2022)

### «Medicina Familiar y Comunitaria, especialidad esencial para la transformación de los sistemas de salud en el siglo XXI»

Durante los días 10 y 11 de noviembre de 2022 se dieron cita representantes de asociaciones nacionales miembros de la WONCA Iberoamericana - CIMF, el Comité Ejecutivo e integrantes de los grupos de trabajo permanentes de la CIMF, el movimiento de residentes y jóvenes especialistas de Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria, la presidencia de la organización mundial de médicos de familia, WONCA World, integrantes de universidades y otras instituciones académicas de la región, consultores y representante de OPS/OMS en Guatemala, instituciones gubernamentales, instituciones académicas, gobiernos locales y sociedad civil, de XXX países de Iberoamérica para desarrollar la **VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria**, un evento de trascendencia para la salud de las poblaciones de los países de Iberoamérica y en particular para el fortalecimiento de la aspiración de Guatemala de transformar su sistema de salud.

En el marco de los objetivos trazados para esta Cumbre, se alcanzó el desarrollo de cuatro consignas de trabajo, que en su esencia favorecen el desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en los países de Iberoamérica con mayor énfasis a las acciones que Guatemala ha emprendido, estas son: 1. *Actualización del perfil del médico de familia y comunidad (competencias y habilidades esenciales de la MF/MFyC) y elaboración de recomendaciones para Guatemala*; 2. *Certificación en la MF/MFyC*; 3. *Condiciones de trabajo para la MF/MFyC* y 4. *Aportes de la MFyC en la transformación de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta ante emergencias (COVID-19 y otras)*. Cada una de estas consignas aportan un extenso marco teórico y una serie de recomendaciones específicas para Guatemala, que serán de utilidad para la reorientación del sistema de salud y la incorporación de la MF/MFyC.

Respaldados en los resultados de la Cumbre y en particular de las cuatro consignas, nosotros, las autoridades de salud de Guatemala y la alta dirección de la WONCA y la CIMF declaramos lo siguiente:

#### Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y presidente de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

1. Nuestro compromiso y firme decisión de impulsar la Medicina Familiar y Comunitaria en el país, la que junto con otras estrategias como la Red Integrada de Servicios de Salud y la Atención Primaria en Salud, configuren un nuevo orden político estratégico que resulte en la transformación del sistema de salud guatemalteco.
2. Aprovechar al máximo los productos de la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, propiciando las condiciones político-estratégicas y técnicas para la discusión e implementación del contenido de los documentos e instrumentos generados en la Cumbre.
3. Continuar en el corto plazo la revisión y discusión con perspectiva nacional de los elementos conceptuales y operativos de la Medicina Familiar y Comunitaria para que, junto con otras estrategias, permita en el mediano plazo construir e implementar el Modelo de Atención de la Salud para Guatemala, que responda a las demandas sociales y económicas y que con visión prospectiva permita resolver en el largo plazo los problemas de salud de los guatemaltecos.



4. Promover esquemas de trabajo conjunto con diversos sectores del contexto nacional para impulsar los procesos e iniciativas necesarias para la implementación de la Medicina Familiar y Comunitaria en el país, prioritariamente con la academia, para la formación de los especialistas necesarios.

#### **WONCA World y WONCA Iberoamericana - CIMF:**

1. Reconocemos y valoramos la decisión política de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, quienes en una visión de sistema de salud han decidido implementar estrategias orientadas a transformar la atención de la salud en el país. Es en este marco donde se inscribe la importancia del desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en Guatemala, vista como la estrategia de mayor viabilidad e impacto para la salud de las poblaciones.
2. El compromiso de WONCA Iberoamericana - CIMF, por respaldar plenamente la decisión y aspiración de Guatemala, poniendo a disposición su experiencia, conocimiento y estructura organizativa para este fin, tal como se vio reflejado en el trabajo de más de 200 expertos en Medicina Familiar y Comunitaria, los que, a lo largo de cuatro meses de trabajo intenso, desarrollaron el andamiaje técnico para concretar las cuatro consignas de trabajo.
3. La importancia de propiciar los mecanismos para la participación de Guatemala en los procesos y actividades que en el marco de la planificación de la CIMF se desarrollen. Esta incorporación, significa la valoración del trabajo y el compromiso demostrado de los técnicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para desarrollar instrumentos pertinentes y útiles al país.
4. El compromiso de WONCA Iberoamericana - CIMF de seguir en el análisis, revisión y propuesta de elementos técnicos que fortalezcan o permitan la evolución adaptada al contexto, necesidades o situaciones coyunturales de la Medicina Familiar en los países de Iberoamérica. En este sentido, declaramos nuestro compromiso para promover la implementación o un mayor desarrollo de la Medicina Familiar /Medicina Familiar y Comunitaria en aquellos países donde en la actualidad no existe o se encuentra en una fase de rezago.
5. Dar continuidad a los resultados de la presente Cumbre, mediante la generación de estrategias e instrumentos; desarrollo de actividades formativas, generación y socialización de conocimiento científico y técnico, así como la articulación entre países para la instalación de espacios para compartir buenas prácticas y experiencias exitosas.

Los elementos que configuran la presente Declaratoria encuentran su soporte técnico y operativo en una serie de documentos e instrumentos, productos de la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, los cuales, por su naturaleza técnica, serán actualizados periódicamente y adaptados a las particularidades de los países de Iberoamérica. Esto conlleva el compromiso de continuar con el trabajo de los grupos especializados, establecidos en el marco de la presente Cumbre y auspiciados por WONCA Iberoamericana - CIMF, haciendo énfasis a las demandas y requerimientos que Guatemala haga para la transformación de su sistema de salud.

---

**Jacqueline Ponzo.** Presidenta de la WONCA Iberoamericana - CIMF

**Francisco José Coma Martín.** Ministro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**José Adolfo Flamenco Jau.** Presidente de Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Anna Stavdal.** Presidenta de la WONCA World. Testigos de Honor



## ACTUALIZACIÓN DEL PERFIL DEL O LA ESPECIALISTA EN MFYC

### COMPETENCIAS Y HABILIDADES ESENCIALES DE LA MFYC Y ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA GUATEMALA. NOVIEMBRE DEL 2022

#### Editoras y editores

Eros Angeletti, Sandra Fraifer, Karin Kopitowski, Sonia Ortiz Flores, Ana Bertha Pérez Villalva, Rosa Villanueva Carrasco y Alejandra Zarzúa

#### Autoras y autores<sup>a</sup>

Jorge Alvarado, Eros Angeletti, María Dolores Arceo, Cecilia Astegiano, Alberly Belliard, Lilian Barillas, Dakira Camarena, Verónica Casado Vicente, María de la Caridad Casanova Moreno, Jascemine Xiomara de La Riva Sandoval, Ysabel Díaz, Cecilia Drimer, Florencia Ducoin, Anna Fernández, Sandra Fraifer, Luis Felipe García Ruano, Angelica Girón, Lilia Turquina González Cárdenas, Otto Hamann, Jennifer Hoock, Milagritos Fernández Larrauri, Karin Kopitowski, Maira Alejandra León, Laura Llampá, Roberto Martínez Cabrera, Wendy Rosario Medina, Cesar Alejandro Mendoza García, Ana Lucia Meyer Lorenzo, Said Sinue Montufar González, Francisca Moronta, Gustavo Musetti, Carmen Nadal, Sonia Ortiz Flores, Verónica Palomino Najarro, Tania Peña Arriaga, Teresa Pérez Díaz, Ana Bertha Pérez Villalva, Robert Quirós Castillo, Yeritza Rosillo, Sarah Tapia, Jhunny Tasejo, Ludvick Torres López, Marco Tulio, Angela Tulipano, Jorge Adalberto Ulloa González, Rosa Villanueva Carrasco, Mirian Villca, Liliána Villegas Baldomero y Alejandra Zarazúa.

## INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS), desde la Declaración de Alma-Ata en 1978, es una estrategia fundamental para que los sistemas de salud puedan garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar de la población. En esta línea, dentro de sus compromisos está garantizar el derecho a la salud, la justicia, la equidad, la solidaridad y la participación social<sup>1</sup>. Dicha declaración luego se ratificó y reafirmó con la Declaración de Astaná en el 2018, la cual generó un movimiento mundial que ha llevado a una mayor inversión en la APS. El propósito principal ha sido lograr una cobertura universal que permita la configuración de sistemas de salud más sólidos, integrados e integrales para disminuir, así, las brechas e inequidades de salud existentes en la mayoría de los países.

Esto resulta importante, dado que la APS, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la base fundamental de los sistemas de salud sostenibles, en los que la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) resulta esencial para el desarrollo e instauración de la estrategia<sup>2</sup>.

En este marco, la MFyC es una rama clave para conseguir el desarrollo pleno de los objetivos y actividades propios de la APS. Su importancia radica en que permite tener una asistencia práctica, científica y socialmente aceptable que está al alcance de todas las personas y familias de una comunidad durante

<sup>a</sup> Cabe un especial agradecimiento a los profesionales que participaron en las mesas de trabajo en la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC.



cada una de las etapas de su desarrollo. Esto permite, también, la plena participación en los ambientes de autocuidado, lo que puede conseguir que las dependencias de gobierno de cualquier país tengan un costo en salud razonable que puedan soportar.

Así, en este sentido, la MFyC propicia una atención médica preventiva, continua e integral a la persona<sup>4</sup>, su familia y la comunidad tomando en cuenta los factores sociales y los distintos espacios geográficos en los que se desarrollan. Esta especialización integra las ciencias biológicas, clínicas, del comportamiento y sociales abarcando a todas las personas sin distinción de edad, género, religión o enfermedad. Igualmente, se encarga de acompañar a los usuarios a lo largo de su vida en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, la rehabilitación y los cuidados paliativos<sup>2</sup>. Esto es posible, sobre todo, cuando el equipo de profesionales trabaja con otros especialistas de la salud a través de la formación de grupos multidisciplinares, que trabajan de manera interdisciplinar y construyen procesos terapéuticos transdisciplinares<sup>5</sup>.

El personal médico de la MFyC también es el gestor de recursos por excelencia que busca la eficacia, la eficiencia, la efectividad<sup>6</sup> y la viabilidad de los sistemas de salud. Esto le permite tener un sustento en la APS, en la que ofrece un servicio de salud completo y coordinado ejecutando las funciones esenciales de la salud pública, solucionando las brechas en la salud por medio del diálogo y el empoderamiento a nivel personal, familiar y comunitario<sup>7</sup>.

## DESARROLLO HISTÓRICO

En términos de evolución, esta especialidad se originó en Inglaterra en los años 40 con la formación del Servicio Nacional de Salud británico en 1948<sup>8,9</sup>. Este pretendía restituir el valor del médico y formar especialistas para otorgar cierta atención en el primer nivel de salud con un enfoque preventivo y curativo. Es decir, con una atención integral en la que destacara poseer conocimientos y habilidades que permitieran al personal médico dar una atención según las características sociodemográficas de la comunidad, las enfermedades más frecuentes y los servicios y recursos disponibles de la misma.

Esta corriente fue adoptada primero por Canadá en 1954<sup>10</sup>, donde se formó el Colegio de Médicos de Familia, y, más tarde, en los Estados Unidos de América se consideró a la MFyC como especialidad en 1969<sup>11,12</sup>. Posteriormente, a inicios de los años 70, fue adoptada en algunos países de Iberoamérica, por ejemplo, México lo hizo en 1971<sup>13</sup>.

A partir de esta década comenzó la fundación de las diferentes organizaciones y asociaciones de la MFyC. Por un lado, en 1972 se estableció la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA, por sus siglas en inglés)<sup>14</sup>, que contaba con 18 organizaciones iniciales (actualmente con 132 organizaciones en 110 países y 500.000 MFyC)<sup>15</sup>. Por otro lado, en 1981<sup>16</sup> se fundó en Caracas (Venezuela) el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) con el fin de desarrollar y fortalecer la MFyC en los diversos países de Iberoamérica. Luego, en 1996, en Granada (España)<sup>17</sup>, el anterior CIMF se transformó en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, manteniendo las mismas siglas (CIMF). En ese mismo año, en Buenos Aires (Argentina) se reunieron algunas autoridades académicas y científicas, de organismos internacionales y gubernamentales de la región, a fin de promover la inserción de la MFyC en los servicios de salud.

Esta, sin duda, fue una etapa importante para el crecimiento de la MFyC, dado que se caracterizó por la difusión de su filosofía-praxis, la creación y organización de asociaciones nacionales de esta disciplina y la sensibilización de líderes de salud en los países de la región.

En los años subsiguientes, la CIMF fue logrando un creciente desarrollo en la región y asumió un importante desafío junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Además, participó en la ejecución de la llamada I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar: Comprometidos con la Salud de la Población, que se celebró en



Sevilla (España) en mayo del 2002<sup>18</sup>. La celebración de este encuentro produjo la elaboración de algunos consensos: la formación de recursos humanos para la MFyC, la vinculación entre esta disciplina y los procesos de reforma de los sistemas de salud y el rol de esta rama en el mejoramiento de la calidad de atención de las personas. Esto generó el espacio necesario para la publicación de diversos documentos técnicos en el marco de la Declaración de Sevilla<sup>19</sup>, hito indiscutible en la elaboración de una agenda regional para la especialidad.

En noviembre del 2003, en la isla de Margarita (Venezuela)<sup>20</sup>, siguiendo estos compromisos, un equipo de expertos del campo de la educación médica y científicos de la MFyC de Iberoamérica formuló los criterios para la formación de residentes en la especialidad, la acreditación de programas de educación médica continua y la certificación de especialistas en la región. Este proceso concluyó con la publicación de nuevos documentos técnicos y recomendaciones expuestas en la Declaración de Margarita, como Mejorando la Calidad Profesional de los Médicos de Familia en Iberoamérica.

En el 2004, en el marco del Congreso Mundial de la WONCA en Orlando (Florida)<sup>17</sup>, se constituyó formalmente la WONCA Iberoamericana - CIMF como la sexta región mundial de esta organización, conformada por 20 países.

Durante los siguientes años la CIMF continuó forjando dos estrategias fundamentales para el desarrollo de la MFyC en esta región: las cumbres y los congresos regionales iberoamericanos. En el caso de las primeras, y con posterioridad a las Cumbres de Sevilla y la isla Margarita, se celebraron:

- En el 2005 la Cumbre de Santiago de Chile.
- En el 2008 la de Fortaleza (Brasil).
- En el 2011 la de Asunción (Paraguay).
- En el 2014 la de Quito (Ecuador).
- En el 2016 la de San José (Costa Rica).
- En 2018 la de Cali (Colombia)<sup>17,21-26</sup>.

En cada uno de los mencionados encuentros la CIMF continuó trabajando en coordinación con la OPS/OMS y con el Ministerio de Salud del país anfitrión. Esto ha permitido un diagnóstico situacional de la zona en diferentes temas, tales como: la formación de recursos humanos en la MFyC, la investigación, la organización de los servicios de salud, la prevención cuaternaria y la certificación y acreditación de especialistas, entre otros. Además de la correspondiente Declaración o Acta de la Cumbre, que en general muestra los acuerdos, compromisos y estrategias planteados para los siguientes años, y están enfocados al desarrollo de la MFyC y APS en la región.

Actualmente la CIMF incluye las asociaciones de diecinueve países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Paraguay, Uruguay, Costa Rica, México, Nicaragua, Cuba, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, Ecuador, Perú, Venezuela, España y Portugal<sup>27</sup>.

## INICIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR EN GUATEMALA

El 19 de octubre del 2018 se firmó en Guatemala el Convenio de Coordinación entre el MSPAS y el IGSS, gracias a lo que se estableció una MT de Coordinación Interinstitucional MSPAS-IGSS con el objeto de definir, en conjunto, acciones estratégicas que permitan avanzar gradualmente hacia el acceso universal a la salud y a la cobertura universal. En respuesta a esto, se identifica que la MFyC es la mejor estrategia para la transformación del sistema de salud. Para reforzar esto, se inició una relación colaborativa con la CIMF para el acompañamiento y óptimo desarrollo de la especialidad en Guatemala<sup>28,29</sup>.

El 15 de junio del 2022 el MSPAS firmó el Acuerdo Ministerial 177-2022 para la institucionalización de la especialidad de la MFyC en el Ministerio en coordinación con el IGSS. Ese mismo mes Guatemala recibió la



invitación de la CIMF para desarrollar la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC en el país con el objeto de fortalecer el desarrollo de esta rama en Guatemala y en la región<sup>30</sup>.

El encuentro surgió con la convicción compartida por las instituciones de Guatemala y la CIMF sobre la importancia que tiene la implementación de la especialización en este país para dotar al sistema de salud de su mejor capacidad en favor de las personas y las comunidades. Para el país que acogió este evento, el proceso constituyó un aporte icónico a la transformación del sistema de salud.

## OBJETO DEL DOCUMENTO

El objetivo de este documento es la actualización del perfil del equipo médico de MFyC. Por tanto, pretende ser una contribución dedicada a Guatemala con el propósito de impulsar la residencia de la especialidad de MFyC con el aporte de todas la sociedades y asociaciones de MF de Iberoamérica, y que funcione como referente en el fortalecimiento de la rama con miras a la transformación del sistema de salud mediante un enfoque integral e integrado.

## MARCO TEÓRICO

### PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE MFYC

De un modo esencial, es el de un profesional cuyo objeto de conocimiento es la persona como un todo, el cual está integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar, social, cultural y comunitario concreto. Este enfoque permite que el personal médico lleve a cabo una atención continuada del colectivo de personas que atiende para, así, elevar el nivel de salud de las que están sanas e intentar curar a las que están enfermas, así como cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad cuando no es posible la recuperación de la salud<sup>31</sup>.

Estas características específicas del perfil profesional de la MFyC constituyen un cuerpo propio de conocimientos derivado, fundamentalmente, del ámbito de actuación específico: el de la APS y de una forma propia de llevar a cabo dicha atención a través de un enfoque biopsicosocial. En este adquiere un verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de promoción, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos<sup>31</sup>.

Así pues, su desempeño profesional debe adaptarse al contexto sociocultural con la misión de liderar, desde la APS, la atención de la salud de las personas, las familias y las comunidades bajo un enfoque longitudinal y con una lógica de continuidad del cuidado<sup>32</sup>.

En este sentido, para cumplir con la estrategia de la APS, el personal médico de MFyC debe<sup>33</sup>:

- Ser la puerta de entrada al sistema de salud al velar por la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
- Recibir a personas con cualquier problema de salud sin considerar su edad, género, condición social o complejidad.
- Resolver los problemas de salud más frecuentes y coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellas personas que lo necesiten.
- Hacer un uso eficiente de los recursos de la APS.



- Abordar los problemas de salud de la persona y la familia en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial priorizando lo comunitario como su campo de acción.
- Mantener una relación de continuidad en el tiempo con la persona y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida.
- Realizar actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación de los problemas agudos y crónicos.
- Promover la calidad de vida de las personas durante su ciclo vital individual y familiar.
- Mantener y coordinar el cuidado integral procurando el bienestar de las personas en los diferentes escenarios (la comunidad, la consulta, el servicio de urgencias o la hospitalización, entre otros).
- Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en red.
- Desarrollar actividades docentes y de investigación en su ámbito de ejercicio.

El personal médico de MFyC no solamente es una parte integrante del sistema de salud, sino que en su rol y desempeño profesionales se constituye como un eje vertebrador, como una piedra angular del sistema. No en vano, se encarga de abordar la globalidad y el contexto de las diferentes situaciones de salud/enfermedad que pueden ocurrir a lo largo de la vida de una persona y en las comunidades que forman parte de esta<sup>34,35</sup>.

## FORMACIÓN DEL MÉDICO DE MFYC

Debido a la importancia que reviste la formación de los futuros especialistas en esta rama, esta debe basarse en valores y competencias clínicas-técnicas que se encuentren fundamentadas en una serie de compromisos éticos y profesionales: con las personas y la sociedad en su conjunto, sí como con la especialidad y el sistema sanitario<sup>31</sup>. Sumado a esto, debe ser capaz de desarrollar habilidades que le permitan la construcción de una mirada empática hacia las personas que atiende, ganar habilidades en la comunicación, lograr cierta destreza en el manejo de las nuevas tecnologías y otros aspectos que puedan contribuir al ejercicio profesional con experticia y calidad<sup>31</sup>. Estas responsabilidades, de forma explicativa, adoptan diversos enfoques<sup>31</sup>:

- Las personas y la sociedad: desde la singularidad, en su contexto familiar y social, a lo largo de toda su vida.
- La equidad y la justicia: mejorando las condiciones de vida de la población, capitalizando los recursos en salud, haciendo un uso eficiente de ellos y evitando activamente la discriminación en el acceso a los servicios de salud.
- La ética: garantizando principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, confidencialidad y veracidad.
- La ciencia: con la formación, la docencia, y la investigación.

## APORTES METODOLÓGICOS

En relación con el sistema de residencias médicas, la formación del equipo profesional de MFyC debe darse dentro de un marco educacional que sea formal y estructurado, con un serio enfoque de capacitación en el servicio bajo una supervisión adecuada, y con una autonomía creciente acorde a las competencias que se van adquiriendo, de forma adjunta a una universidad o al sistema sanitario (esto depende de cada país/sistema)<sup>36,37</sup>. En este sentido, resulta importante, mencionar en relación a dichas competencias, que es el mismo equipo de especialistas quien define sus objetivos de aprendizaje para el ejercicio profesional, ya que la MFyC no es la sumatoria de pequeñas porciones de otras ramas, sino que se constituye como una especialización en sí misma con contenidos que le son propios. En ocasiones,



dado que hay aspectos de la formación que son brindados por el colectivo de especialistas lineales, hay cierta tentación por parte de estos de delimitar, demarcar y opinar sobre los objetivos de enseñanza y aprendizaje del equipo médico de MFyC en formación. Por ello, es fundamental que en el cuerpo docente haya médicos especialistas en la MFyC que puedan constituirse en un modelo de seguimiento para los profesionales en formación<sup>38-45</sup>. Idealmente, además de que los formadores de MFyC posean esta especialidad, es muy recomendable la creación de servicios/unidades/departamentos en esta rama que den pertenencia tanto a los residentes como a los docentes. En este sentido, el equipo de especialistas debe tener un lugar físico y un organigrama que le sea propio.

## PROGRAMA FORMATIVO

La enseñanza de la MFyC se ha visto amenazada a nivel mundial por diferentes factores como: la dependencia de las tecnologías de atención secundaria y terciaria, la tendencia predispuesta de las escuelas de medicina a formar especialistas y subespecialistas de hospitales, la falta de compromiso institucional para la atención integral, preventiva y curativa, la ausencia de reconocimiento de la MFyC como especialidad y el hecho de no integrarla desde el pregrado a los servicios clínicos-prácticos, y, en algunas ocasiones, la carencia de liderazgo y figuras representativas de la MFyC a nivel global<sup>39-41</sup>.

Debido a esto, se requiere de un programa que permita contemplar estas dificultades, así como coordinar e integrar elementos y experiencias de aprendizaje para promover el desarrollo progresivo de las competencias propias de la especialidad. Algunos de estos elementos son el autoaprendizaje dirigido, el aprendizaje de campo, las clases y trabajos grupales y el desarrollo de talleres, según se trate de adquirir conocimientos nuevos, aprender habilidades o mejorar las actitudes<sup>31</sup>.

En este sentido, todo programa formativo puede plasmarse en un proceso complejo de aprendizaje cuya validez, y dinamismo, serán una realidad en la medida en que se asienten criterios de evaluación y de control de calidad de todos los elementos que intervienen en dicho proceso a fin de detectar, mejorar y corregir sus deficiencias<sup>31</sup>. Los elementos de evaluación comprenden criterios de idoneidad respecto al propio residente, al personal docente que interviene en su formación y a la estructura que posibilita el proceso, y debe incluir la valoración anual mediante comités y otra final al terminar el período de residencia<sup>31</sup>.

Además de los aspectos evaluativos, cada programa debe definir un cronograma y cada sistema de residencia debe contar con una unidad docente. En relación con el cronograma, este reviste importancia porque permite establecer el tiempo destinado a las diferentes actividades formativas contempladas en el plan de estudios, lo que incluye: las horas asistenciales, las horas de formación académica, las horas destinadas a la investigación y las rotaciones internas y externas, entre otras. Entre el 50% y el 70% de la residencia debería realizarse en el centro de salud manteniendo un tiempo de estancia formativa en los mismos durante todos los años<sup>31</sup>. A su vez, es conveniente contar con unidades docentes en los lugares donde se desarrolle la formación. Estas implican el conjunto de los recursos humanos, físicos y materiales, en el seno de los cuales se forman las promociones de residentes. Por su parte, las unidades docentes son las responsables de la formación de calidad de los futuros equipos de especialistas y del impulso de su perfil docente e investigador.

En los centros de salud el tutor principal, especialista en MFyC, es la persona responsable de facilitar la progresión de la formación de los y las residentes durante todo el período formativo. A su vez, esta labor se complementa con las colaboraciones docentes en los diferentes entornos formativos en los que se desarrolla la formación sanitaria especializada.

El objetivo de la tutoría es identificar las necesidades formativas y guiar al residente para que logre convertirse en un profesional, especialista en MFyC, capacitado para dar respuesta a las necesidades de salud de la población que atiende. Esto se logra, de forma segura para las personas, a través de la asunción progresiva de responsabilidades mediante una adecuada supervisión por los tutores y cola-



boradores docentes, y una supervisión decreciente a lo largo de su formación, hasta convertirse en un profesional autónomo<sup>31</sup>.

El objetivo final del programa, como se ha estado señalando, es la adquisición de competencias por parte de la promoción de residentes de MFyC.

## ÁREAS DE COMPETENCIA

A efectos didácticos, este perfil profesional comprende ocho áreas de competencias<sup>38-44,46,47</sup>.

### Transversales

- La relación médico-persona
  - ▶ Desarrollar un proceso de atención centrado en la persona, su familia y la comunidad.
  - ▶ Establecer una relación con la persona atendida longitudinal a lo largo del tiempo.
  - ▶ Establecer y mantener un vínculo con la persona atendida y su familia cercano, basado en la confianza, empático, reflexivo y potenciador.
  - ▶ Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada.
  - ▶ Desarrollar la práctica médica considerando el contexto cultural en el que está inserto.
  - ▶ Conocer a la persona atendida y su familia realizando la práctica clínica, jerarquizando los controles y la atención de problemas de salud prevalentes, agudos y crónicos y de abordaje ambulatorio y domiciliario.
  - ▶ Identificar y perfilar los problemas de salud que presenta la persona asistida.
- La comunicación y la entrevista clínica
  - ▶ Utilizar herramientas para la comunicación efectiva.
  - ▶ Acordar con la persona atendida la acción más apropiada para cada problema.
  - ▶ Comunicar de manera clara y comprensible para confirmar que la otra persona entiende la información.
  - ▶ Informar y educar según las necesidades de la persona asistida.
  - ▶ Utilizar adecuadamente el tiempo y los recursos.
- La gestión de la atención
  - ▶ Actuar como el primer contacto de la persona atendida con el sistema de salud prestando atención a todos los problemas de salud independientemente de la edad, sexo u otra característica.
  - ▶ Conocer los fundamentos de la APS.
  - ▶ Gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, la familia y la comunidad. Esto implica situarse y formalizar las relaciones en el marco del equipo de salud y en el sistema sanitario.
  - ▶ Conocer la estructura histórica y jurídica institucional del sistema de salud en el que se desempeña la labor.
  - ▶ Ofrecer una continuidad y coordinación del cuidado integral de la salud.
- La bioética
  - ▶ Actuar justificando las razones que soportan la decisión del equipo especialista en MFyC ante conflictos morales en relación con la atención de salud que ofrece.
  - ▶ Orientar su comportamiento por los principios bioéticos declarados por la Unesco y los valores propios de la profesión médica (*primum non nocere* y profesionalismo).



- ▶ Demostrar cierto respeto por la dignidad de las personas y su autonomía, así como por la protección de la confidencialidad de los datos personales a los cuales tiene acceso.
- ▶ Acompañar a la persona atendida en el proceso de obtención de un consentimiento informado basado en la información, comprensión de la competencia y su voluntad o de quien le subroga.
- ▶ Prescribir medicamentos de modo prudente y libre de conflictos de interés.
- ▶ Realizar la gestión equitativa de los recursos, la adecuación de las terapias en el fin de vida, el oportuno y pertinente acompañamiento en el buen morir y los cuidados paliativos integrales.

### **Atención a la persona**

- ↘ Actuar como el primer contacto de la persona con el sistema de salud facilitando el acceso y abordando los problemas de salud sin distinción de edad, género o cualquier otra característica.
- ↘ Abordar la atención de la salud de todas las personas que se presenten en la consulta ambulatoria.
- ↘ Manejar simultáneamente los problemas agudos y crónicos de salud de las personas y grupos apoyados en un concepto ampliado de salud.
- ↘ Definir, priorizar y planificar soluciones para los problemas de salud de las personas mediante el procesamiento de datos, su registro y su comunicación.
- ↘ Realizar una entrevista clínica centrada en la persona y un examen físico pertinente y oportuno según el motivo de la consulta, la etapa del ciclo vital, el aspecto cultural, el momento de la atención y la situación de su salud.
- ↘ Valorar el riesgo biopsicosocial y epidemiológico de las personas y familias, en su contexto, planteando un diagnóstico integral.
- ↘ Desarrollar un proceso de toma de decisiones y razonamiento clínico determinado por la mejor evidencia disponible, así como la prevalencia e incidencia de las enfermedades en la comunidad.
- ↘ Desarrollar la práctica considerando el contexto cultural en el que se inserta.
- ↘ Integrar y/o conformar un sistema de cuidado y manejo médico que articule a la persona, a la familia, sus redes y al equipo de salud atendiendo a la complejidad del problema de salud.
- ↘ Operacionalizar el plan de cuidado y manejo médico en las intervenciones costo efectivas, basadas en la evidencia y con pertinencia cultural, atendiendo a los principios de la bioética.
- ↘ Utilizar con pertinencia los recursos terapéuticos, humanos y tecnológicos a su alcance articulando y desarrollando equipos y redes asistenciales y sociales.
- ↘ Guiar y evaluar el plan de cuidado y manejo médico manteniendo una relación médico-paciente continua y empoderadora.
- ↘ Realizar acciones preventivas y de mantenimiento de la salud para las personas y la comunidad.
- ↘ Reconocer e incorporar las variadas dimensiones involucradas para mantener la salud, prevenir la enfermedad y crear el plan de tratamiento para las personas atendidas.

### **Relacionadas con la atención a la familia**

- ↘ Realizar entrevistas e intervenciones familiares.
- ↘ Considerar la estructura y la dinámica familiar y el modo en que afecta y es afectada por la enfermedad.
- ↘ Aplicar instrumentos de evaluación familiar con la pertinencia y participación de las personas y su familia.
- ↘ Comprender el contexto familiar y comunitario de las personas asistidas.
- ↘ Conocer y considerar las distintas tipologías familiares y su evolución en el tiempo.
- ↘ Analizar e intervenir en los diferentes tipos de crisis familiares.

### **Relacionadas con la atención a la comunidad**

- ↘ Construir diagnósticos contextualizados de los problemas de salud biopsicosociales a través de una metodología participativa.



- Contribuir al fomento del bienestar y la prevención de problemas de salud de la comunidad a su cargo realizando intervenciones basadas en la evidencia.
- Manejar con pertinencia, oportunidad, continuidad y resolutivez todo problema de salud con un enfoque intercultural, de género y basado en los derechos.
- Tener en cuenta variables epidemiológicas de prevalencia e incidencia de enfermedades en la comunidad, así como los valores predictores de signos, síntomas y pruebas diagnósticas.
- Gestionar proactiva y colaborativamente el desarrollo y fortalecimiento continuo de un sistema de cuidado en la población a cargo articulando los recursos de la red asistencial con los de la red comunitaria presente en su territorio.
- Planificar, diseñar, ejecutar y evaluar técnicas de educación sanitarias acordes a los conceptos y principios de la andragogía.
- Identificar necesidades y problemas ante emergencias sanitarias a nivel local para actuar con oportunidad y pertinencia.
- Preparar material educativo para la salud destinado a los pacientes y las comunidades.

### **Relacionadas con la formación e investigación**

- Realizar una lectura crítica de los artículos científicos.
- Participar en las investigaciones de los principales problemas de salud que afectan a la población a cargo.
- Realizar investigaciones en seres humanos respetando los estándares éticos y acuerdos internacionales que protegen a la persona participante según los principios de dignidad, vulnerabilidad, beneficencia, no maleficencia y justicia.

### **Relacionadas con la docencia**

- Actuar como modelo a seguir en la formación de los futuros especialistas y las personas en proceso de aprendizaje.
- Actuar como docente, supervisor y supervisora en la práctica clínica.
- Realizar presentaciones orales.

### **Relacionadas con la diversidad y perspectiva de género<sup>b</sup>**

- Capacidad para la promoción de la igualdad y equidad en los equipos de salud, y la población a la que atiende, con sensibilidad y comunicándose en un lenguaje libre de sexismo y misoginia.
- Habilidad para contrarrestar prejuicios, costumbres y todo tipo de prácticas que se basen en la premisa de inferioridad de acuerdo con el género, o en los roles estereotipados que mantienen o exacerban la violencia contra las mujeres.
- Capacidad para promover el ejercicio de la masculinidad saludable, la erradicación de las violencias y de los micromachismos.
- Habilidad para realizar la docencia garantizando la utilización de un lenguaje no sexista que proteja los derechos de las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Sensibilidad y formación suficientes para actuar desde la práctica clínica en la prevención, atención y erradicación de las violencias contra las mujeres.
- Desarrollar las destrezas en la investigación educativa, la investigación básica y la investigación clínica con perspectiva de género.
- Aplicar de manera transversal el enfoque de género en la práctica clínica, comunitaria, asistencial, académica y administrativa.
- Dominar y poner en práctica los protocolos para la prevención y protección de la violencia en las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.

<sup>b</sup> El contenido de este apartado ha sido extraído de Mujeres Médicas Familiares, realizado por la CIMF (2022).



- » Capacidad de gestión, coordinación y trabajo interdisciplinario e interinstitucional para la atención integral y libre de la violencia contra las niñas, adolescentes, mujeres y grupos históricamente vulnerados.

### **Pertinencia cultural<sup>48</sup>**

- » Capacidad para reconocer y respetar la diversidad cultural favoreciendo el desarrollo de interacciones horizontales y sinérgicas.
- » Lograr un posicionamiento ético y político en el marco de la interculturalidad para el desarrollo de prácticas respetuosas con los pueblos originarios.
- » Comprender los factores culturales, socioeconómicos e histórico-políticos que operan como facilitadores y/o barreras de la práctica profesional y de la salud de las poblaciones y su diversidad cultural.
- » Conformar y ser una parte integrante de equipos interdisciplinarios con una perspectiva intercultural que permita el reconocimiento, seguimiento y abordaje de las problemáticas de salud de los pueblos originarios.

En relación con esto, en cada área de competencia es conveniente definir tres niveles de prioridad y otros tres de responsabilidad<sup>31</sup>:

- » Niveles de prioridad
  - ▶ Prioridad I: «indispensable». Las competencias deben ser adquiridas por toda la promoción de residentes. Su ausencia condiciona su aptitud.
  - ▶ Prioridad II: «importante». Las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de la promoción de residentes.
  - ▶ Prioridad III: «de excelencia». La adquisición de estas competencias, si los anteriores niveles se han alcanzado, pueden ser un criterio de alta calidad.
- » Niveles de responsabilidad
  - ▶ Nivel primario: el equipo médico de MFyC debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin el apoyo de otro nivel asistencial en el 90% de los casos.
  - ▶ Nivel secundario: una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de este tipo de problemas.
  - ▶ Nivel terciario: el diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros equipos especialistas, pero los médicos y médicas de MFyC deben ser capaces de informar, apoyar al paciente y a la familia y asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

## **RECOMENDACIONES<sup>c</sup>**

Cuando se avanza hacia una reforma del sistema de salud orientada a un primer nivel de atención fortalecido, suelen aparecer resistencias a pesar de la evidencia consistente de que estos sistemas tienen mejores indicadores sanitarios, independientemente del gasto per cápita en salud y del nivel de desarrollo de los países.

Estas resistencias están vinculadas a cuestiones ideológicas, de mercado y corporativas, y a un paradigma en la salud biomédico que es predominante en la formación médica, entre otras causas. Es habitual escuchar voces que critican la figura del equipo especialista en MFyC argumentando que, para la aten-

<sup>c</sup> Las siguientes recomendaciones relacionadas con el perfil del personal médico especialista en MFyC se basan en los documentos técnicos citados de los Ministerios de Salud de la región, las entidades académicas y las sociedades científicas de MFC. El marco teórico sustenta los fundamentos de las sugerencias del siguiente apartado.



ción de una criatura el mejor recurso médico es el pediatra, de una persona con diabetes un nutricionista, y de otra persona gestante con un embarazo de bajo riesgo un obstetra.

También se esgrime la defensa de la existencia del personal de MFyC en las áreas rurales, no así en las urbanas. Algo así como «es preferible que lo atienda un médico o médica de familia y comunidad antes de que no lo atienda nadie», pero, habiendo otros especialistas lineales, la MFyC no es la mejor rama.

Por último, esta línea de pensamiento no se condice con la evidencia existente acerca de cómo impacta la presencia de los médicos y médicas de MFyC en la salud de las personas en todos los ámbitos.

## RECOMENDACIONES GENERALES

### Pautas para la puesta en marcha de un sistema de salud basado en la APS y la MFyC

- El liderazgo fuerte del ente rector en salud, con el empoderamiento de quienes lleven el proyecto a cabo, concordante con el apoyo en el máximo nivel de la toma de decisiones del gobierno.
- El alineamiento de todas las entidades involucradas en la formación y contratación de los recursos humanos en salud para la valorización del primer nivel de atención y del enfoque familiar y comunitario en los equipos de salud, y en especial en los de MFyC.
- La regulación de perfiles de recursos humanos en salud priorizando los que tengan un enfoque de salud familiar y comunitaria, e incentivando su inserción continua en el sistema de salud hasta el cierre de las brechas.
- Las alianzas con otras especialidades médicas lineales, aliados y consustanciados en el programa de formación con el acompañamiento continuo de un o una profesional de MFyC que haga de tutor o profesora titular.
- La estrategia de comunicación para la población y los actores del sistema de salud. Para esto último, de acuerdo con la realidad local, se deberá trabajar con colegios profesionales, sociedades científicas, entidades académicas y asociaciones de pacientes.
- El conocimiento, la difusión y la apropiación de la evidencia disponible, respecto a las mejoras en la salud de las poblaciones, que introduce la existencia de equipos de salud familiar cercanos a las personas, en los cuales el médico o la médica que los integra debe ser de la MFyC.
- Los contenidos de la especialidad, que deben ser incluidos de manera longitudinal en el currículum del grado en Medicina para la promoción y posicionamiento de la rama como una opción a la hora de optar por una residencia. Idealmente, se debería propiciar un plan de estudios con un perfil de egresado concordante con la MFyC.
- La puesta en marcha de un sistema de salud basado en la APS, para lo que es necesario garantizar la conformación de equipos interdisciplinarios. Además de formar equipos de MFyC, se deben capacitar otros recursos humanos en salud, tales como: personal de enfermería, trabajadores y trabajadoras sociales, psicólogos y psicólogas, agentes sanitarios y otros profesionales de la salud acordes con las necesidades de salud de la población.
- Acordar con la persona atendida la acción más apropiada para cada problema basada en la toma de decisiones compartidas.

#### Por lo tanto, esto requiere:

- Buscar un alto grado de consenso y participación.
- Apoyar la factibilidad legal, política, económica, organizativa y social en el país.
- Generar un financiamiento acorde con los objetivos.
- Propender a que el 50% de los equipos médicos del sistema de salud sean de MFyC.



- Establecer condiciones básicas en el primer nivel de atención, en el contexto de las redes integradas, para que puedan realizarse espacios de formación. El primer nivel de atención debe contar con los requisitos para el desarrollo de la MFyC.
- Medir el impacto del programa sobre la efectividad, la eficiencia, la equidad y la viabilidad.

## PROGRAMAS

- Diseñar un programa sólido y consensuado con las entidades de formación y administración sanitarias y educativas que cuente con un perfil de egreso validado, y cumpla con los estándares de calidad establecidos por la WONCA.
- Adaptar el plan al perfil profesional de acuerdo con el contexto cultural y social del país y a los valores de la MFyC.
- Basar el proyecto en la pluripotencialidad y la flexibilidad, y establecer un tiempo definido de formación de al menos tres años de duración, e incrementos de tiempo formativos paulatinamente a medida que se vaya consolidando el programa.
- Adaptar el plan para fortalecer las competencias de los médicos y médicas que se encuentran en el primer nivel de atención previniendo la movilización del profesional y la formación centralizada, y promoviendo la formación del personal médico lo más cerca posible de sus espacios de ejercicio laboral.
- Definir contenidos genéricos, transversales y específicos en función de su prevalencia en las siguientes áreas: el enfoque centrado en la persona, la salud familiar, la salud comunitaria, la gestión y gerencia de servicios y la docencia.
- Definir el perfil profesional por competencias, y según los niveles de prioridad y de responsabilidad y las evaluaciones de carácter formativo y sumativo.
- La formación debe tener como objetivo que el egresado pueda resolver el 90% de los problemas de salud más prevalentes en la población, por lo que se deben establecer indicadores que permitan medir el impacto de las intervenciones de salud realizadas con integralidad (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos).
- Los programas deben contemplar la formación en servicio con una supervisión constante y adecuada a los niveles de autonomía que se van adquiriendo hasta alcanzar el objetivo al culminar la formación.
- Los programas deben contemplar la formación en servicio con un tiempo protegido para el desarrollo de la docencia e investigación.
- Considerar escenarios de formación en diferentes niveles de complejidad, así como ámbitos comunitarios, para desarrollar las competencias.
- Apoyar la factibilidad legal, política, económica, organizativa y social de los programas de residencia del personal médico de MFyC.

## RESIDENCIA

- Constituir un sistema de formación en modalidad de residencia médica.
- Considerar prioritaria la formación a cargo del equipo médico de MFyC.
- Conformar las unidades docentes de la MFyC.
- Conformar los servicios/unidades/departamentos de la MFyC.
- Generar una estructura con cierta capacidad formativa en el primer nivel de atención.



## CONDICIONES LABORALES

- Asignar población nominal a cargo con equipos multidisciplinares de salud acordes con parámetros poblacionales tales como: densidad o concentración poblacional, ruralidad o urbanidad, dispersión, entre otros. El equipo médico de MFyC debería tener un cupo o población asignada (hasta 500 familias por equipo de salud), lo que favorece la relación longitudinal y el mejor conocimiento de las personas para una mayor eficiencia clínica y claridad en las decisiones en salud.
- Distribuir el trabajo asistencial acorde a la población que cuida integralmente y las normas laborales existentes en el país.
- Establecer un sistema de remuneración coherente con el perfil establecido, para esto cabe tener en cuenta los incentivos a asignar al equipo profesional de MFyC que tenga un cupo poblacional rural o disperso, o con mayor vulnerabilidad en salud.
- Diseñar e implementar indicadores que permitan medir las actividades de salud integral en la persona, la familia y la comunidad.
- Acceder a un sistema seguro de registro de la historia clínica y familiar (idealmente un expediente electrónico) que permita una continuidad en la atención de salud de la persona y de la familia en todo el sistema sanitario.
- Favorecer la inclusión en el acceso al sistema de salud.
- Implementar un medio que le permita la referencia y contrarreferencia de manera ágil y segura para sus pacientes.
- Garantizar cierto tiempo protegido para las actividades de educación continua, la discusión de casos, el aprendizaje basado en problemas y la actualización en gestión e investigación.
- Contar con una red de especialistas lineales consustanciados con el programa, a fin de facilitar el acceso de sus pacientes al segundo y tercer nivel de atención.
- Acceder a la información y retroalimentación del equipo incluyendo los indicadores establecidos.
- Disponer de guías de práctica clínica consensuadas, basadas en la evidencia y de alta calidad.
- Desarrollar el enfoque de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria como actividades de alto valor.
- Tener libertad para el ejercicio profesional, lo que incluye ordenar pruebas diagnósticas y prescribir medicamentos con criterios de calidad, efectividad, eficiencia y ética.
- Disponer de evaluaciones periódicas para el equipo de salud y para el equipo médico de MFyC, lo que permite tener oportunidades de mejora y estímulo.



## BIBLIOGRAFÍA

1. The Pan American Health Organization (PAHO), Promoting Health in the Americas. Declaración de Alma-Ata [Internet]. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
2. OMS. Atención primaria de salud [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
3. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>
4. Martín-Zurro A, Jodar Solá G. Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. España: Editorial Elsevier; 2011. pp. 3–5.
5. OPS. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS [Internet]. 2008. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)
6. George RS, Laborí R, Bermúdez LA, González I. Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud. Revista Información Científica [Internet]. 2017; 96(6): 1153–63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551764135018/html/>
7. Acuña IM, Guevara H, Flores M. El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2014; 40(3): 353–61. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n3/spu05314.pdf>
8. Abril-Collado RO, Cuba-Fuentes MS. Introducción a la Medicina Familiar. Acta Médica Peruana [Internet]. 2013; 30(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172013000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006)
9. NHS England. The history of the NHS in England [Internet]. Disponible en: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1948.aspx>
10. The College of Family Physicians of Canada. College History [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.cfpc.ca/en/about-us/college-history>
11. Ramírez López B. Apuntes históricos sobre del proceso de formación del médico general integral en Cuba. MEDISAN [Internet]. 2022; 26(2): 475–87. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368470822022/html/>
12. AAFP. About the American Academy of Family Physicians [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.aafp.org/about/who-is-the-aafp/history-aafp.html>
13. Varela-Rueda CE, Reyes-Morales H, Albavera-Hernández C, Díaz-López HO, Gómez-Dantés H, García-Peña C. La medicina familiar en México: presente y futuro. Gac Med Mex [Internet]. 2016; 152:135–40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gm161s.pdf>
14. WONCA Global Family Doctor. Twenty year perspective [Internet]. 2001. Disponible en: <https://www.globalfamilydoctor.com/aboutwonca/brief/20year.aspx>
15. WONCA Global Family Doctor. WONCA in brief [Internet]. Disponible en: <https://www.globalfamilydoctor.com/aboutwonca/brief.aspx>
16. Aguilera L. Wonca Iberoamericana-CIMF. Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica. Aten Primaria [Internet]. 2017; 49(1): 1–3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.12.001>
17. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Historia [Internet]. 2017. Disponible en: <http://cimfwonca.org/acerca-de-cimf/breve-resena-historica/>
18. Comprometidos con la salud de la población. Educ Med Super [Internet]. 2003; 17(1): 69–74. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412003000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000100009&lng=es)
19. SemFYC. Declaración de Sevilla. «Comprometidos con la salud de la población». I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar [Internet]. Sevilla; 2002. Disponible en: [https://pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos\\_declaracion.pdf](https://pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos_declaracion.pdf)



20. WONCA/CIMF, OPS. I Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas en Medicina Familiar. Mejorando la Calidad Profesional de los Médicos de Familia Iberoamericana [Internet]. Isla Margarita; 2003. Disponible en: [http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/Acreditacion-de-programas-de-formacion-en-MF\\_Reunion-de-expertos\\_IslaMargarita\\_2003.pdf](http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/Acreditacion-de-programas-de-formacion-en-MF_Reunion-de-expertos_IslaMargarita_2003.pdf)
21. WONCA/CIMF, SOCHIMEF, MINSAL, OPS/OMS. II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. «El Médico de Familia garantía de calidad y equidad en los Sistemas de Salud de Iberoamérica» [Internet]. Santiago; 2005. Disponible en: <http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/Dosier-II-Cumbre-IBA-de-MF-Stgo-Chile-oct-05.pdf>
22. WONCA/CIMF. III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar [Internet]. Fortaleza; 2008. Disponible en: [http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/Carta\\_de\\_Fortaleza\\_Español.pdf](http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/Carta_de_Fortaleza_Español.pdf)
23. WONCA/CIMF, OPS/OMS, Ministerio de Salud de Paraguay et al. IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. «Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud Renovada: Pensamiento y Acción en beneficio de la Salud Familiar» [Internet]. Asunción; 2011. Disponible en: <http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/Carta-de-Asuncion.pdf>
24. WONCA/CIMF, OPS/OMS, SEMF et al. V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. «Cobertura Universal. Medicina Familiar y Participación Social» [Internet]. Quito; 2014. Disponible en: <http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/Carta-a-Quito.pdf>
25. Meoño TM, Anderson MIP, Ángel MF. VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016; 11(Suppl 2): 1–3. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1397](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1397)
26. Tranche S, Bueno JM, Fernández M, Polentinos E. Cumbre de Cali. VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Elsevier [Internet]. 2018; 50(5): 261–263. doi: 10.1016/j.aprim.2018.04.001
27. CIMF. Estatutos. Capítulo I. Generalidades [Internet]. 2017. Disponible en: <http://cimfwonca.org/acerca-de-cimf/estatutos/>
28. Abrego B. El Gobierno celebra convenio MSPAS-IGSS que mejorará las condiciones para el acceso universal a la salud [Internet]. Diario de Centro América; 2018. Disponible en: <https://dca.gob.gt/noticias-guatemala-diario-centro-america/gobierno-celebra-convenio-mspas-igss-que-mejorara-las-condiciones-para-el-acceso-universal-a-la-salud/>
29. IGSS. Firma de convenio interinstitucional entre el IGSS y el Ministerio de Salud [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.igssgt.org/noticias/2018/11/21/firma-de-convenio-interinstitucional-entre-el-igss-y-el-ministerio-de-salud/>
30. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo Ministerial Número 177-2022. Guatemala; 2022. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/acuerdos-ministeriales-2022?task=download.send&id=3086&catid=632&m=0>
31. Comisión Nacional de la Especialidad de MFC, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Barcelona: semFYC Ediciones; 2005. Disponible en: [https://amf-semfyc.com/upload\\_fck/files/Programa%20Especialidad.pdf](https://amf-semfyc.com/upload_fck/files/Programa%20Especialidad.pdf)
32. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open [Internet]. 2018; 8: e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161
33. Henríquez R, Sánchez Galo. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso. Rev Med Vozandes [Internet]. 2011; 22(1). Disponible en: <https://revistamedicavozandes.com/media/2011/RMV2011v22n1-Editorial.pdf>
34. Macinko J, Guanais FC, De Fátima M, De Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2006 Ene; 60(1): 13–9. doi: 10.1136/jech.2005.038323. PMID: 16361449; PMCID: PMC2465542.
35. Macinko J, Starfield B, Erinosho T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. J Ambul Care Manage [Internet]. 2009; 32(2): 150–71. doi: 10.1097/JAC.0b013e3181994221. PMID: 19305227.
36. Ministério da Educação do Brasil. Matriz de competências em Medicina de Família e comunidade [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/3SnvUFE>



37. Ministerio de Salud de la Nación. Marco de referencia para la formación en residencias médicas especialidad Medicina General y/o Familiar [Internet]. 2010. Disponible en: <https://bit.ly/3rjgDJZ>
38. Borges Costa L, Esteche FF, Fernandes Augusto Filho R, Benevides Bomfim, AL, Aguiar Mourão Ribeiro MT. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. Revista Brasileira de Medicina de Família E Comunidade [Internet]. 2018; 13(40): 1–11. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1632>
39. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS Framework [Internet]. [consultado 30 septiembre 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3fv2EhF>
40. Ministerio de Salud. Competencias del especialista en Medicina Familiar [Internet]. Chile; 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3y164zd>
41. Ministério da Educação do Brasil. Matriz de competências em Medicina de Família e comunidade [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/3SnvUFE>
42. Ministerio de Salud de la Nación. Marco de referencia para la formación en residencias médicas especialidad Medicina General y/o Familiar [Internet]. 2010. Disponible en: <https://bit.ly/3rjgDJZ>
43. Ruilova GA, Caspi LV, García LA, Vicente VC, Hierro GS, Durán S A. Programas de formación en medicina familiar en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11: 47–60. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbm-fc13\(40\)1858](http://dx.doi.org/10.5712/rbm-fc13(40)1858)
44. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade-SBMFC. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/2HqDOU>
45. Comisión Nacional de la Especialidad de MFC, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Barcelona: semFYC Ediciones; 2005. Disponible en: [https://amf-semfyc.com/upload\\_fck/files/Programa%20Especialidad.pdf](https://amf-semfyc.com/upload_fck/files/Programa%20Especialidad.pdf)
46. Casajuana J, Gervás J (dir.). La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2012.
47. Hospital Italiano. Programa de Residencia en Medicina Familiar. Disponible en: <https://bit.ly/3SJSrFM>
48. Ascanio C, Ortiz Y, Ariza J, Ortiz, L. Construcción participativa de orientaciones para la formación del talento humano: un aporte a la consolidación del enfoque en salud familiar y comunitaria del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Papeles en Salud. [Internet]. 2017;13. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Construccion-participativa-orientaciones.pdf>



# CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN EN MFYC

## Editoras

Jacqueline Ponzo y Alejandra Zarazúa

## Autoras y autores

Thomas Meoño, Gabriela Di Croce, Diana Cáceres, Tania Marisol Peña Arriaga, Elizabeth Hernández Portilla, Karen Muñoz-Chamorro, Alejandra Zarazúa, Beatriz Gutiérrez Muñoz, Raúl Urquiza, Carolina Reyes, Andrea Didier, Macarena Moral, Luis García Ruano, Marcela Cuadrado, Rosa Villanueva Carrasco, Paul Muñoz Aguirre, Juan Carlos Chunga Rodríguez, Mirtha Aquino Tupacyupanqui, Laura Jaramillo Otoy, Ada Vedilei, Edwin Rubén Rodríguez Lanchipa, Rolando Herrera Gutiérrez, Carlos Cruz, Emmily Ortiz, Gisela Galindo Ortego, Andre Reis, Sonia Ortiz Flores, Dolly E. Lugo, Carol Lopes de Lima Reigada, Claudia Marcela Flores Guerrero, Daniela Cortez, Paola Carranza Cepeda, Paola Mónica Álvarez Jaramillo, Lilia Turquina González Cárdenas, Jenny Patricia Villa Fajardo, Lusy Paulyna Orellana Navarrete, Amarantha Nieto Trujillo, Dulce Paola Salinas Espinosa, Maritza Morayma Ortiz Arica, Zoila Romero Albino, Carolina Arbelo, Mariana Pacheco Juárez, Zitlalli Portillo García, Minerva Hernández, Miguel López Lozano

## Colaboradoras y colaboradores

Carlos Alonso Rivero López, Dibelka Hernández Aquino, Rubén Vásquez Ortiz, Ana Laura Deus Dauron, Carolina Jurado, Cristina Silvera Cedeño, Homero Ramírez, Gary Reyes y Sonia Oroxom

## INTRODUCCIÓN

El surgimiento de la certificación y acreditación de Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria (MF/MFyC) se remonta a 1970 en Chicago, en el marco de la IV Conferencia Mundial de Médicos Generales, donde se estableció la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Médicos de Familia (WONCA, por sus siglas en inglés). Posteriormente, algunos países de Latinoamérica con sistemas de salud basados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), como Brasil, México, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela, reconocieron el desarrollo de la MF/MFyC e iniciaron los procesos de reforma sanitaria y programas de formación posgraduada<sup>1</sup>.

En la actualidad la profesión médica no debe estar ajena a este proceso, ya que la certificación profesional garantiza los estándares de calidad de cuidados para quienes son usuarios en los servicios de salud<sup>2</sup>. Dada la relevancia que tienen los médicos de esta especialidad como piedra angular en los sistemas de salud, es importante resaltar que la presencia de profesionales no cualificados constituye una debilidad para dichos ámbitos<sup>3</sup>.

A través de la revisión bibliográfica realizada por este grupo de trabajo sobre los documentos emitidos en los últimos veinte años por las asociaciones y sociedades de MF/MFyC de Iberoamérica, se ha descrito que existe una gran diferencia dentro de la región y una disparidad respecto a los avances en certificación, en el proceso y su metodología, si es voluntario u obligatorio, y también en la existencia o no de organismos específicos encargados del proceso<sup>2</sup>.

De la misma forma, se resalta la importancia de la certificación y recertificación como mecanismo fundamental para garantizar la seguridad y la capacidad resolutoria de la atención médica integral con calidad, basada en la evidencia y actualizada, que responda a las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad<sup>4</sup>. Por lo tanto, es de suma importancia fomentar el desarrollo de un marco robusto que incluya las leyes, reglamentaciones y normativas que avalen y empujen los procesos de certificación y recertificación.



## OBJETIVOS

### PROPÓSITO GENERAL

Analizar los procesos de certificación en MF/MFyC de Iberoamérica para alcanzar estándares de calidad óptimos en las médicas y médicos familiares de los países que conforman la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA Iberoamericana - CIMF).

### PROPÓSITOS ESPECÍFICOS

- Describir los antecedentes históricos de los procesos de certificación en MF/MFyC de Latinoamérica.
- Identificar el panorama actual de la certificación en MF/MFyC de Iberoamérica.
- Elaborar recomendaciones para Hispanoamérica en general, y Guatemala en particular, para avanzar en los procesos de certificación y recertificación en MFyC.

## METODOLOGÍA

Se conformaron ocho grupos de trabajo para la primera fase, llevada a cabo entre agosto y septiembre del 2022, en la que se integró información obtenida de la revisión sistemática de la literatura relacionada con el eje temático de certificación y recertificación en MF/MFyC. Para ello, se utilizaron buscadores académicos como Scielo, Dialnet, Latindex y Redalyc. Los documentos fueron organizados en carpetas, por título y subregión, y luego concentrados en un documento almacenado en Google Drive. Por último, se seleccionaron los artículos más relevantes que abordan las ideas y aspectos clave relacionados con el tema.

Como parte de las actividades de los equipos de trabajo, se generó un instrumento para conocer el panorama actual de la certificación en MF/MFyC en Iberoamérica utilizando como herramienta un formulario de Google Forms, que fue difundido por vía WhatsApp a través de las presidencias de todas las asociaciones que conforman la WONCA Iberoamericana - CIMF. En este proceso, se consideró como fecha límite para la recepción de la respuesta el último día del mes de septiembre del 2022. El instrumento digital constaba de nueve ítems y se obtuvieron un total de dieciséis respuestas de las diecinueve esperadas. En ese sentido, el análisis de la información obtenida arrojó que once de los dieciséis países (Paraguay, Bolivia, Ecuador, Colombia, Uruguay, México, Costa Rica, Panamá, Portugal, Nicaragua, Perú, Argentina, Puerto Rico, Cuba, Chile y España) confirmaron la existencia de un organismo que realiza procesos de certificación, y consta de un rango de fundación o creación que va desde 1971 al 2011. Sin embargo, se comprobó que en gran parte de estos procedimientos no existe la obligatoriedad para la certificación, y, más allá de eso, se evidencia una disparidad sobre la existencia o ausencia de los procesos de recertificación.

La segunda fase de este trabajo se realizó entre octubre y noviembre de 2022, y consistió en la fusión de los productos elaborados en la primera fase. Para ello, se tuvieron en cuenta las aportaciones de los integrantes de cada grupo, para lo que se realizaron reuniones virtuales por medio de plataformas Zoom y Google Meet. Los participantes pudieron interactuar de forma asincrónica y sincrónica, y lograron poner en común la información requerida mediante la utilización del método Delphi. Gracias a este proceso, desarrollaron los puntos relacionados con el eje temático de certificación y recertificación en MF/MFyC armonizando el lenguaje para la construcción del documento final.



## MARCO TEÓRICO

La certificación se define como: «La operación que asegura las competencias y las habilidades de un individuo en relación con una norma formalizada. Se concreta en un documento que tiene valor jurídico»<sup>5</sup>.

Por su parte, la certificación del médico y la médica especialista es un proceso de evaluación que ayuda a dar certidumbre a la población de que la persona especializada cumple con los estándares nacionales de educación, conocimientos, experiencias y habilidades (competencias). A la par, la recertificación (o vigencia de certificación) es un acto periódico diseñado para demostrar que el médico y la médica certificados permanecen actualizados en los avances de su campo de conocimiento, y que han desarrollado las mejores prácticas demostrando su compromiso con el desarrollo profesional continuo a largo plazo en su especialidad. Se realiza en períodos de tiempo establecidos según la normativa de cada país mediante una evaluación curricular o un examen<sup>6</sup>.

## MEJORES PRÁCTICAS DE EVALUACIÓN

Las mejores prácticas en la implementación de acciones de evaluación son parte de un proceso de aprendizaje colegiado que permite a las organizaciones tener un modelo, o punto de referencia institucional, que les muestra que es factible mejorar su desempeño en la evaluación. De esta forma, se garantiza la medición continua de los resultados considerando el momento histórico, los avances tecnológicos, la evolución de la medicina, la aparición de nuevas enfermedades y las necesidades sanitarias, tanto como el nivel de desarrollo social y cultural de la población.

Estas prácticas evaluativas deben permitir acercarse de manera real a los médicos y médicas tratando de comprender la lógica de apropiación de los conocimientos y la forma en la que van construyendo sus saberes. A este respecto, quienes se someten al proceso de certificación/recertificación son informantes clave, ya que identifican sus propias estrategias de aprendizaje en un acto analítico-introspectivo, lo que les permite recuperar y hacer conscientes los distintos procesos que ponen en juego al aprender y reflexionar sobre estos.

La competencia profesional clínica de la persona especialista en MF supone un conjunto de conocimientos y valores que, basados en el razonamiento clínico, el juicio crítico acertado y de conformidad con el estado actual del avance científico, el médico o la médica aplica para tener un desempeño profesional eficiente en la solución de los problemas de salud individuales y colectivos de la sociedad en un contexto específico<sup>7</sup>.

El trabajo de evaluación incluye la valoración integral de los conocimientos, las habilidades, las destrezas, las actitudes y las aptitudes, es decir, las competencias que se encuentran asociadas al desarrollo de la MF/MFyC. Se espera que, a partir del análisis de las evaluaciones, los resultados obtenidos generen aportaciones que permitan vincular los conocimientos teóricos con los prácticos tanto para las instituciones universitarias como para las instituciones de salud de cada país.

Esta metodología de evaluación se considera auténtica porque requiere que los y las profesionales a certificar apliquen sus conocimientos y habilidades de manera que reflejen el mundo real. Dicho de otra manera, que relacionen los contenidos y habilidades que han aprendido en la formación como médicos familiares con los problemas típicos que enfrentan en el mundo laboral<sup>8,9</sup>.

En el caso particular de la MF, actualmente es posible realizar la evaluación de distintas maneras a través del uso de múltiples herramientas, entre las que se mencionan:

- **Examen:** evaluación de conocimientos teóricos relacionados con la disciplina como acreditación, que debe contar con un análisis psicométrico, por áreas y reactivos, lo que determina su confiabilidad<sup>10</sup>.



- **Estudio de Salud Familiar (ESF):** permite hacer una caracterización y valoración de un grupo familiar en el contexto de la atención sanitaria dando seguimiento a la persona y a su familia. Facilita la evaluación de las habilidades en la entrevista familiar<sup>10</sup>.
- **Evaluación curricular:** revisión y actualización de las actividades de los últimos años de vida profesional, con un período de tiempo definido en cada país, que incluye actividades asistenciales (públicas o privadas), académicas, de educación médica continua, docencia e investigación. Se realiza una vez que se cuenta con la certificación<sup>10</sup>.
- **Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOE):** tiene el objetivo de evaluar el desempeño ante situaciones clínicas simuladas, lo que pone de manifiesto el razonamiento clínico, las habilidades y la comunicación médico-persona atendida de forma presencial<sup>11,12</sup>.
- **Web del ECOE:** tiene el objetivo de evaluar el desempeño ante situaciones clínicas simuladas poniendo de manifiesto su razonamiento clínico, sus habilidades y la comunicación entre el médico y la persona atendida a través de una plataforma en línea<sup>13</sup>.

También se pueden utilizar otros métodos para evaluar las competencias clínicas adquiridas, como ejercicios de trabajo en equipo, la evaluación por pares y portafolios de cintas de vídeo<sup>14</sup>.

## MARCO HISTÓRICO

La Subregión Andina está integrada por Bolivia, Perú, Colombia, Ecuador y Venezuela. En esta se observa la necesidad de crear organismos que hagan constar que los médicos y médicas familiares poseen los conocimientos, la experiencia y las destrezas necesarias para ejercer la especialidad de la manera más eficiente, segura y actualizada. Por lo anterior, se cuenta con el antecedente de distintas recomendaciones dirigidas a promover e incentivar al médico y la médica de familia a demostrar el mejor desempeño de su desarrollo profesional. Esto puede suceder mediante la constante y permanente actualización de los conocimientos para alcanzar la certificación profesional correspondiente, y posteriormente continuar con la vigencia de la certificación, que idealmente debe ser periódica para garantizar la sustentabilidad de este proceso a largo plazo.

La Subregión Mesoamérica está conformada por Cuba, Panamá, Costa Rica, Puerto Rico, Nicaragua, la República Dominicana y México (este último es el país que cuenta con un Consejo de Certificación bien estructurado, avalado por la Academia Nacional de Medicina). Su funcionalidad radica en los estatutos que lo rigen desde 1988. Cada dos años se selecciona a médicos y médicas especialistas en MF de toda la República Mexicana, que son elegidos mediante voto y un proceso de escrutinio. Estos equipos de profesionales se desempeñan en diferentes comités, con funciones bien definidas y claridad en el proceso de certificación y recertificación de las competencias laborales en MF/MFyC.

La Subregión Iberia comprende a España y Portugal. En este sentido, es preciso subrayar que, en España, el título oficial de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria fue creado en 1978 a través del Real Decreto 3303/1978 de 29 de diciembre, por el cual además se estableció como sistema ordinario y habitual para la obtención de la especialidad la formación mediante residencia (Formación Sanitaria Especializada en la actualidad).

Con el Real Decreto 853/1993 de 4 de junio, a partir del 1 de enero de 1995 es un requisito indispensable tener el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria para desempeñar plazas de médico de familia (denominación que adopta la medicina general con este Real Decreto) en centros o servicios sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Para evitar el perjuicio de los médicos Licenciados en Medicina y Cirugía antes del 1 de enero de 1995, dicho real decreto contempla que estos médicos puedan solicitar al Ministerio de Sanidad una certificación acreditativa que les permita desempeñar las actividades propias de los médicos de familia en el SNS.

En la actualidad, existe un plan de recertificación del ejercicio profesional de todas las especialidades médicas, según marca la Directiva Europea de Cualificaciones Profesionales, que insta a los Estados de



la Unión Europea a impulsar el desarrollo profesional continuo. De esta manera, se proyecta un proceso de recertificación que debería ser obligatorio para todo el personal médico que trabaja en el ámbito asistencial, aunque aún está pendiente su puesta en marcha en España.

Hasta hoy, ha habido diferentes marcos normativos que establecen la necesidad de una evaluación o acreditación continuada que aborde los conocimientos, las competencias profesionales (ética y profesionalismo), la actividad docente y la investigadora. Respecto a la recertificación de los conocimientos, las habilidades y las competencias de cada especialidad, el desarrollo corresponde a las sociedades científicas en colaboración con la Organización Médica Colegial (OMC) y las administraciones sanitarias en períodos de seis años. Para ello, se han firmado diferentes convenios, entre los que destaca el de las tres sociedades de medicina de familia. En este sentido, la semFYC tiene ya elaborada una herramienta basada en un documento técnico del SNS que haría posible la recertificación de sus socios y socias, e incluye dos componentes: la actividad asistencial y la no asistencial (formación, docencia e investigación).

La Subregión Cono Sur está integrada por Argentina, Uruguay, Brasil, Paraguay y Chile. En el caso de Argentina, la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFYG) ha implementado el proceso de certificación (voluntaria) como una manera de jerarquizar la especialidad y de garantizar la calidad de los profesionales que quieran utilizar este título en su ejercicio laboral. De acuerdo con el estatuto de la federación, esta es responsable de «definir e implementar el otorgamiento de certificados de Especialista en Medicina Familiar y General y las modalidades de certificación y recertificación periódica». En 2009, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina delegó en la federación la certificación del personal especialista en Medicina Familiar y General en todo el territorio del país.

La Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar (SPMF) se fundó en 1990, marcando el inicio de sus actividades, principalmente enfocadas en formación y actualización en la especialidad. Alrededor del año 2010, la SPMF actualizó sus estatutos, confeccionó y aprobó el Reglamento de Certificación y Recertificación de la especialidad y en marzo del 2012 realizó la primera recertificación en MF. A partir de ese momento quedó establecido que cada 5 años los médicos de familia deberán pasar por el proceso. Actualmente la SPMF realiza la certificación y recertificación en la especialidad dos veces al año. Este proceso es voluntario y no es excluyente, pues existen profesionales que, sin estar certificados por la SPMF, ejercen legítimamente su especialidad. Sin embargo, el estar certificado significa que cuenta con el reconocimiento oficial de la especialidad, por sus pares especialistas, sobre su idoneidad para ejercer en la MF.

La Comisión Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) aceptó la MF en Chile como especialidad en 1999. En el año 2001, dicha comisión aprobó los requisitos generales para certificar especialistas en MF.

El 10 de octubre del año de 1987 la MF emerge en Uruguay como un programa del Ministerio de Salud Pública sin que existiera la formación en la especialidad. En ese momento, para acceder a un cargo de médico de Familia se requería realizar y aprobar un curso breve dictado por el Ministerio de Salud Pública (MSP). La convocatoria para realizar dicha formación contaba con la única condición de tener el título de doctor en Medicina registrado en el MSP. Fue en el año 1996 cuando la Medicina Familiar ingresó al Programa Nacional de Residencias Médicas. Entonces, la residencia se puso en práctica un año más tarde, pero no fue hasta el 2001 cuando fue reconocida como especialidad por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (Universidad de la República). Desde entonces, cumplidos los requisitos curriculares, se habilitó la rendición de la prueba final de especialidad con la que la Escuela de Graduados otorga el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. En la actualidad no existe un programa de recertificación, aunque esta no es obligatoria para ninguna especialidad en Uruguay. En este sentido, es cierto que existe un ámbito interinstitucional abocado a promover su instalación y existen algunas experiencias de recertificación voluntaria en algunas especialidades, camino que es posible que sea adoptado en el futuro por la MFyC.

En Brasil, la certificación en MFyC fue implementada por la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC) en el 2003. Para el año 2005 se creó la Comisión Nacional de Acreditación y se determinó que aquellos especialistas con el título expedido a partir del 2006 debían reconocerlo cada cinco años. En el 2012, no obstante, esta última decisión fue revocada por el Consejo Federal de Medicina y quedó sin efecto, sin que exista recertificación alguna hasta la actualidad.



## RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

### PARA IBEROAMÉRICA EN GENERAL

- Establecer y mantener un programa de certificación y recertificación de los médicos y médicas especialistas en MF/MFyC.
- Concientizar y difundir sobre la importancia de realizar el proceso certificación y recertificación del personal especialista en MF/MFyC.
- Generar espacios de reflexión en torno al proceso de educación médica continua y continuada en pro del desarrollo de la calidad e integralidad de la atención, así como el mantenimiento de la salud de las personas, sus familias y las comunidades, a través del trabajo interdisciplinario e interinstitucional.
- Realizar la certificación y recertificación con base en las competencias contempladas en un currículo formativo, reglamentado a su vez por instituciones educativas y de salud, en el que se engranen las sociedades científicas, los colegios médicos, los organismos de salud gubernamentales y no gubernamentales, la WONCA Iberoamericana - CIMF y otras organizaciones.
- Adaptar y adecuar las mejores prácticas basadas en la metodología y los instrumentos de evaluación en el marco del proceso de certificación y recertificación descritos en este documento.
- Potenciar el papel del Grupo de Trabajo de Certificación y Recertificación de la WONCA Iberoamericana - CIMF con miras a conformar, a largo plazo, el Comité de Certificación/Recertificación para acompañar en los procesos y orientar a las mejores prácticas.

### Para Guatemala, en su etapa de implementación de la formación de personal especialista en MF/MFyC

- Establecer una ruta crítica para trabajar paralelamente la especialidad de MF y la política de certificación alumnado egresado del programa de formación académica en MF/MFyC, e identificar a las médicas y médicos que se han especializado en el exterior del país.
- Fomentar y dar continuidad a la realización de encuentros académicos y científicos con la finalidad de visibilizar a la MFyC en el alumnado de Medicina, además de en las médicas y médicos de especialidades troncales/básicas, como una opción de formación académica sustentada en las competencias.
- Crear un grupo de trabajo local para diseñar el programa de certificación y recertificación de las médicas y médicos especialistas en MF/MFyC considerando las orientaciones del Grupo de Trabajo homónimo de la WONCA Iberoamericana - CIMF, una vez iniciado el proceso de implementación del posgrado.
- Realizar la certificación y recertificación con base en las competencias contempladas en un currículo formativo reglamentado por distintas instituciones educativas y de salud. En este deben articularse las sociedades científicas, el colegio médico, los organismos de salud gubernamentales y no gubernamentales, la WONCA Iberoamericana - CIMF y otras organizaciones para considerar la certificación como un mecanismo orientado a asegurar un ejercicio profesional que responda a criterios homologados de calidad.

## CONCLUSIONES

Finalmente, el trabajo realizado por las comisiones que se integraron en el grupo 2 de la VIII Cumbre ha permitido ampliar el panorama en relación con los procesos de certificación y recertificación en Hispanoamérica. Además, mediante esta actividad se pueden identificar las diferencias en el desarrollo de la MF/MFyC en los países que conforman la WONCA Iberoamericana - CIMF.



La revisión de los antecedentes históricos sobre el surgimiento de este proceso en distintos países permite comprender, por otro lado, que cada país determina sus criterios de certificación. Por lo tanto, la búsqueda dirigida del estado actual de los procesos de certificación y recertificación conduce a la construcción de las recomendaciones genéricas para los países de Iberoamérica, además de consejos específicos para la generación de los programas formativos en MFyC en Guatemala.

Este trabajo engloba las distintas aportaciones que cada uno de los integrantes de los grupos de trabajo han vertido favorablemente de acuerdo con su experiencia, y con la debida fundamentación en la literatura científica considerando los trabajos más relevantes hasta la actualidad.

De esta manera, es posible avanzar hacia un proceso unificado y respaldado por todas las organizaciones académicas, científicas, gubernamentales y no gubernamentales que están ligadas a las sociedades científicas que conforman la WONCA Iberoamericana - CIMF.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera Alcázar VR, Presno Labrador MC, Torres Esperón JM, Fernández Díaz IE, Martínez Delgado DA, Machado Lubián M del C. General considerations on the evolution of family medicine and Primary Health Care in Cuba and other countries. *Rev Cuba med gen integr* [Internet]. 2014; 30(3): 364–74. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010)
2. Vargas P, Reyes HC, Vázquez JM, Vásquez N del RL, Pacheco ER, Mohrbach DY, et al. Análisis comparativo de la certificación, recertificación y acreditación en Latinoamérica para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2016;11 (Suplemento 1-V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar): 61–70. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfcl\(0\)1275](https://doi.org/10.5712/rbmfcl(0)1275)
3. González Calbano A, Padula Anderson MI, Tamez Rodríguez AR, Godoy AC, Barreto Quintana HM, Martins I, et al. Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018;42:1–5. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.149>
4. Cabrera Reyes H, Yuruhán Mohrbach D, Vargas P, López Vásquez N del R, Montalvo Vázquez J. Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2016;11(Suplemento 2–VI Cumbre):55–63. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfcl\(0\)1386](https://doi.org/10.5712/rbmfcl(0)1386)
5. Bertrand O. Evaluación y certificación de competencias y cualificaciones profesionales [Internet]. París: UNESCO, Instituto Internacional de Planificación; 1997. Disponible en: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000108523\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000108523_spa)
6. Portillo-García Z, Palacios-Hernández A, Tecuanhuey-Tlahuel H, Figueroa-Chavira AR, López-Salas S de J, Huerta-González JL, et al. ¿Por qué es importante la certificación vigente? El caso de medicina familiar. *Rev Mex Med Fam* [Internet]. 2022;9(2):59–62. doi: 10.24875/RMF.22000026
7. Gómez-Clavelina FJF, Hernández-Torres I, Grijalva MG. La competencia profesional clínica del especialista en medicina familiar. *Atención Fam* [Internet]. 2014;21(4):101–2. doi: 10.1016/S1405-8871(16)30028-1
6. Brown R. Authentic assessment: Using assessment to help students learn. *Reli - Rev Electron Investig y Eval Educ* [Internet]. 2015;21(2):1–8. doi: <https://doi.org/10.7203/relieve.21.2.7674>
7. Gulikers JTM, Bastiaens TJ, Kirschner PA, Kester L. Relations between student perceptions of assessment authenticity, study approaches and learning outcome. *Stud Educ Eval* [Internet]. 2006;32(4):381–400. doi: <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2006.10.003>
8. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. Inicio [Internet]. Disponible en: [www.certificacionmedicinafamiliar.org/](http://www.certificacionmedicinafamiliar.org/)



9. Ticse R. El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo en los programas de especialización en Medicina. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2017;28(3):192. doi: <https://doi.org/10.20453/rmh.v28i3.3188>
10. FAMFyG. Especialidad [Internet]. [citado 9 de noviembre 2022 Nov 9]. Disponible en: [www.famfyg.com.ar/certificacion-especialidad](http://www.famfyg.com.ar/certificacion-especialidad)
11. Rivero-López CA, Pompa-Mansilla M, Trejo-Mejía JA, Martínez-González A. Examen clínico objetivo estructurado en línea (Web-ECO): percepción de los pacientes, evaluadores y residentes. *Investig en Educ Médica* [Internet]. 2022;11(42):9-18. Doi: <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.42.21383>
14. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* [Internet]. 2002;287(2):226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226



## CONDICIONES DE TRABAJO DE LA MFYC

### Editora

Jacqueline Ponzo

### Autoras y autores

Brando Javier Cantú Lozano, María Yessenia Rojas Torres, Gisela Galindo Ortego, Roxana Sepúlveda Morales, Zitlalli Portillo García y Alejandra Zarazúa

### Colaboradoras y colaboradores

Yovana Argote Casachagua, Vanessa Janette Carrillo Sarmiento, Eugenia Franca Torres, Miriam Rey Seoane, Roberto Martínez Cabrera, Nuno Jacinto, Ada Vargas, María Fernández García, Pablo Tesolin y Silvia Texeira

## INTRODUCCIÓN

Este documento tiene dos finalidades principales: por un lado, exponer las condiciones laborales básicas necesarias para garantizar una práctica adecuada y de calidad de la MF/MFyC, así como presentar un documento de utilidad a Guatemala en su esfuerzo para la implementación de la especialidad.

La AP es la forma más eficiente, equitativa y segura de prestar asistencia sanitaria cuando se cuenta con una AP fuerte, resolutiva y con cobertura universal<sup>1,2</sup>.

Las características que definen la esencia de la AP<sup>d</sup> y le confieren su inigualable valor son: la integralidad (atención centrada en la persona y no solo en la enfermedad), la longitudinalidad (mantenida a lo largo del tiempo por el mismo profesional), la accesibilidad (alcanzable para el conjunto de la población, acorde con las necesidades) y la continuidad (coordinación entre los niveles asistenciales y los profesionales del primer nivel asistencial y otros especialistas).

En Guatemala, país sede de la VIII Cumbre de MF/MFyC, el sistema de salud tiene como propósito el fortalecimiento y desarrollo de la AP, así como instaurar la formación de especialistas en MFyC. En su sistema de salud actual, la mayoría de sus acciones se centran en recuperar la salud y en reducir o compensar la incapacidad generada. La mayoría de los centros se concentran en las áreas urbanas y las poblaciones rurales, que cuentan con menos recursos económicos, tienen un menor acceso a la atención sanitaria. Además, las condiciones contractuales hacen poco atractivo el desempeño en los territorios y no favorecen la retención de profesionales especializados en el sistema público de salud.

La falta de capacitación, la percepción de una paga insuficiente y la falta y mala calidad de los insumos a los que accede cualquier profesional de desempeño rural tienen una relación directa con las siguientes consecuencias: la baja satisfacción laboral, la presencia de síndrome de *burnout* y la alta rotación en los lugares de trabajo por la salida hacia otros con mayores herramientas y estabilidad laboral. Por ello, estos son elementos para el momento de diseñar las estrategias de mejora.

Los países de la Subregión Andina destacan ciertas características comunes que dificultan las condiciones laborales: a) la falta de coherencia entre la normatividad y la oferta laboral real; b) la escasa consolidación de escenarios laborales con una pobre articulación público-privada; c) el desconocimiento

<sup>d</sup> Con el enfoque de la APS renovado, estrategias presentadas en capítulos previos.



de la esencia de la MF/MFyC como especialidad en los territorios; y d) la falta de reconocimiento de la especialidad como efectora de la APS por parte de los Gobiernos de la zona. Estas dificultades no son extrañas en otros países de la región.

El desarrollo de la AP ha tenido desaciertos en muchos lugares de Iberoamérica. La formación de especialistas es un gran desafío, pero eso no es suficiente si no se garantiza su integración en los sistemas de salud. Por tanto, esta cumbre se presenta como una oportunidad para elaborar consensos actualizados en torno al papel del personal especialista en MF/MFyC y su desempeño. Este trabajo presenta los aportes consolidados en relación con las condiciones de trabajo necesarias que el diseño de los sistemas y servicios de salud deben contemplar.

## MARCO TEÓRICO

La MF/MFyC puede ser la respuesta a la especialización masiva. La rama pretende una relación estrecha y prolongada que recupere los vínculos de afecto y confianza. En el primer nivel de atención (PNA) el médico familiar es un recurso imprescindible. Desarrolla actividades de promoción de la salud, el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos frecuentes, evalúa las circunstancias y necesidades de la persona atendida y su familia, identifica los riesgos, previene los daños y realiza el seguimiento cuando las personas son derivadas a otros niveles de atención, con lo que atiende el 95% de las necesidades sanitarias de la persona atendida. El segundo y el tercer nivel de atención solamente manejan temporalmente a las personas referidas.

La AP representa el primer nivel de contacto con las personas, la familia y la comunidad con los sistemas de salud de cada país, lo que acerca las prestaciones al territorio donde los individuos se desarrollan personal, laboral y socialmente<sup>1</sup>. Además, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria a la población<sup>2</sup> y propugna la universalidad de la cobertura de los servicios de salud, meta que los países miembros de la ONU han acordado alcanzar, a más tardar, en el año 2030<sup>3</sup>. Para ello, hace falta avanzar hacia un cambio de paradigma en la atención, desde la asistencia sanitaria ambulatoria a la APS, lo que implica cambios en la concepción y el modelo de provisión de cuidados. En ese sentido, la **tabla 1** resume las principales diferencias entre estos paradigmas.

**Tabla 1.** Cambios necesarios en las características de los sistemas y servicios de salud para un cambio de paradigma desde la asistencia ambulatoria a la APS

	Asistencia ambulatoria	Atención Primaria de Salud
Objetivo	De la visión de la enfermedad	A la orientación a la salud
	Curación	Y también prevención y cuidado
Contenido	Del tratamiento	A la promoción de la salud
	Del cuidado esporádico	Al cuidado continuo
	De la orientación a problemas específicos	A una orientación al cuidado global
Organización	Del personal especialista (focales)	Al personal especializado en MF/MFyC
	De los equipos de médicos y médicas	A los equipos de médicos y médicas y otros y otras profesionales
	De la práctica individual en consulta	Al trabajo en equipo
Responsabilidad	Del sector sanitario aislado	A la colaboración intersectorial
	Del dominio profesional	
	De la recepción pasiva de los cuidados	A la participación comunitaria

MF/MFyC: Medicina Familiar / Medicina Familiar y Comunitaria.

Modificada de: Martín Zurro A4.



Es relevante establecer las siguientes definiciones, de referencia para este trabajo:

- **Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria (MF/MFyC):** especialidad médica para la AP o el PNA que brinda una atención integral a la persona y la familia en el contexto de la comunidad<sup>5</sup>. Constituye una disciplina académica y científica que cuenta con contenidos pedagógicos y de investigación, así como una evidencia fundamentada y actividad clínica propia orientada, principalmente, a los cuidados otorgados en el nivel primario de atención<sup>6</sup>.
- **Atención Primaria de Salud (APS):** asistencia sanitaria esencial basada en métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables. Está al alcance de todas las personas y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación<sup>7</sup>. Se trata de una estrategia que involucra a los sistemas y servicios de salud, y más allá de estos.
- **Atención Primaria (AP)/Primer Nivel de Atención (PNA):** es el componente del sistema de salud responsable de la provisión de atención y cuidados médicos en la proximidad de las personas. Recae sobre la AP y el PNA la tarea de ofrecer servicios en los territorios alejados y las poblaciones rurales, donde constituye un elemento básico y estratégico en los sistemas de cuidados sanitarios, especialmente en los países en vías de desarrollo<sup>1</sup>.
- **Equipo de Atención Primaria (EAP):** estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan, de forma continuada y compartida, las funciones y actividades de la APS en el seno de una comunidad determinada<sup>4</sup>. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población. Es, más bien, la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades de la persona, la familia y la comunidad, por lo que su composición debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende<sup>8</sup>.
- **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS):** red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve<sup>9</sup>. Se trata de una estrategia recomendada por los organismos internacionales de salud para avanzar hacia la cobertura universal.

La disponibilidad de profesionales técnicamente competentes, formando equipos multidisciplinares que conozcan las determinantes locales de salud, es fundamental para el éxito de estas estrategias<sup>10</sup>. Además de las habilidades mencionadas, se necesitan recursos tecnológicos e infraestructuras adecuadas que permitan generar acciones promocionales, preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación<sup>11</sup>.

Por su parte, los centros de salud han de tener la capacidad de dar respuesta a las necesidades derivadas de las patologías más habituales de la zona, como son las de origen infectocontagioso (parasitosis, enfermedades infecciosas virales y bacterianas), la salud mental (síntomatología ansiosa y depresiva) y las condiciones crónicas (artrosis, hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, entre otras), comunes a países de distinto nivel de desarrollo<sup>12</sup>. En Guatemala, así como en diversos lugares de América Latina, se incluye la desnutrición crónica de la población infantil y juvenil<sup>13</sup>. Dentro de la capacidad de atención por parte de los centros de salud, es imprescindible el acceso a los fármacos básicos para tratar las patologías más habituales del área, contar con una pertinencia territorial y cultural, catalogar los estudios complementarios para permitir una mayor resolutivez, minimizar la derivación a niveles de mayor complejidad, y favorecer la aplicación del modelo de atención integral a la salud durante el ciclo vital individual y familiar de manera oportuna y eficiente<sup>11,12</sup>.

La APS no se centra solo en las patologías, sino también en la prevención de condiciones mediante acciones sobre el ambiente, la educación para la salud y la promoción sanitaria. También se enfoca en evitar la cronificación de condiciones agudas y las complicaciones de los problemas agudos y crónicos (prevención secundaria). Por todo ello, un sistema de salud orientado por la estrategia de la APS, adecuadamente implementado, y con un PNA fuerte, puede ser capaz de resolver cerca del 95% de los principales motivos de consulta de la población general<sup>14</sup>. Sumado a esto, la estabilidad del equipo de la AP, y especialmente del mismo médico, durante los años puede reducir hasta un 30% las visitas a urgencias, los ingresos hospitalarios y la mortalidad general de la población a cargo<sup>15</sup>.



El desarrollo de la APS y el fortalecimiento del PNA y sus equipos debe ir de la mano de lo siguiente: obtener condiciones dignas de trabajo, proveer una capacitación continua para mantener, fortalecer y desarrollar competencias, y promover relaciones de cuidado estables en el tiempo, así como desarrollar un sentido de pertenencia territorial y cultural que permita la colaboración en la mejora de la salud de la población atendida<sup>15</sup>.

Dentro de las condiciones de trabajo, la inestabilidad laboral, la falta de derechos (licencias de enfermedad y maternidad, vacaciones y Seguridad Social), el bajo reconocimiento de otros profesionales sanitarios o por parte de la institución para la que trabaja y la falta de crecimiento profesional se encuentran relacionados con el síndrome de *burnout* y una mayor intención de cambio de centro de trabajo, así como un menor compromiso con el modelo de la APS<sup>16,17</sup>.

Las políticas de salud basadas en la APS serán sostenibles en el tiempo en caso de existir un trasfondo de gobernanza global que fomente su desarrollo y perdurabilidad. Dicho de otro modo, lo que la OMS define como la «implementación de políticas y prácticas que promuevan sistemas de salud equitativos, que en el proceso de toma de decisiones reflejen valores como la atención centrada en el paciente y basada en evidencia, en el cual intervienen todos los actores del sistema de salud: desde los proveedores hasta los usuarios»<sup>18</sup>.

A nivel iberoamericano, algunos países han construido sus modelos de salud sobre esta visión con heterogeneidad, y una tendencia global a los sistemas fragmentados<sup>20</sup>, respecto a la regulación, el contexto de las RISS, la participación de entes públicos y privados o los procesos políticos y sociales de cada territorio.

Algunos países definen la APS y el PNA como los ejes centrales del sistema, sin embargo, en la práctica muestran falencias en su implementación. También se observan deficiencias respecto a las recomendaciones internacionales de dotación de cuidados, así como en las condiciones laborales para los equipos de profesionales, especialmente los de los especialistas en MF/MFyC.

Por ejemplo, en Perú, a pesar de existir la rama y estar reconocida, no se cuenta con directrices claras respecto a su reconocimiento como persona especialista altamente capacitada, además de un grado de inversión bajo respecto al PIB<sup>21</sup>. En Chile, un sector de la comunidad profesional, dentro del modelo de salud familiar, no reconoce al médico de Familia como especialista en el PNA y no se cuenta con una cartera optimizada de medios técnicos para su desempeño. Esto conlleva el deterioro de la condición laboral y favorece una alta rotación del personal<sup>22</sup>. El modelo de las RISS no presenta una implementación adecuada, aun cuando existen numerosas definiciones políticas en este sentido en distintos países. En el 2017 se estableció la necesidad de desarrollar una gestión de herramientas para la derivación y seguimiento de los pacientes que requieren atención de otros especialistas, o intervenciones en centros hospitalarios, a fin de que la atención sanitaria esté centrada en las personas y que se logre su continuidad<sup>23</sup>.

En México, en 1943 se fundó el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) para asegurar el acceso a la salud y la promoción de la salud para los trabajadores y sus familias. En 1995 se creó el Sistema Médico Familiar, con el enfoque del médico de cabecera que atiende a toda la familia; posteriormente, se publicó el primer instructivo para normar las actividades del médico Familiar dentro de la institución. A partir del año 2000 se desarrolló el Proceso de Mejora de Medicina Familiar, que culminó en 2006 con la implementación de avances en los procesos, así como la implantación de tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el 99% de las unidades de Medicina Familiar. Dentro de este proceso, se definieron programas prioritarios para la atención de la demanda de MF a nivel nacional con la implementación de indicadores de salud y productividad<sup>24</sup>. Se prevé que el personal especialista en MF ofrezca atención a la salud a través de acciones sistematizadas de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación, con un enfoque biopsicosocial en cualquier etapa de la enfermedad, y orientado, por último, a la atención a la persona adscrita a un sistema sanitario y su familia de acuerdo a su edad, género o actividad laboral.

El médico o la médica de familia debe coordinar el proceso de atención integral a la salud de la población adscrita a su consultorio, o, en su caso, de la persona atendida que le sea referida de la población adscrita a la unidad. La atención integral sanitaria deberá otorgarse, con el apoyo del personal auxiliar de diagnóstico y tratamiento, a través de los procesos de atención preventiva, la consulta de la medi-



cina familiar, la atención médica continua o las urgencias, la planificación familiar, la estomatología, la nutrición y dietética, la salud en el trabajo, la vigilancia epidemiológica, el trabajo social, la psicología, la medicina física y la rehabilitación. El y la especialista en MF en México participa en actividades de educación para la salud enfocadas a las personas beneficiarias de un sistema de salud, y las que no, para desarrollar estilos de vida saludables y responsabilidad compartida en el manejo de la salud y la enfermedad. Además, participa en actividades de educación continua para el mejoramiento de su desempeño profesional con el propósito de elevar la calidad y seguridad en la atención, la satisfacción propia y de la población adscrita al sistema de salud de acuerdo con la normatividad vigente<sup>25,26</sup>.

En el ámbito académico, la MF integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento. Su alcance no está limitado por la edad, el sexo, el órgano, el sistema o la entidad mórbida. Además:

- Contempla un amplio campo de las ciencias biomédicas, comprende los conocimientos y habilidades sobre aspectos sociales, antropológicos y psicológicos que le permiten responsabilizarse de la atención médica integral a todos los miembros de un núcleo familiar.
- Trata a la familia como unidad básica de observación y trabajo médico.
- Tiene como eje integrador la salud de la colectividad, situaciones individuales, familiares y comunitarias.
- Identifica la probabilidad de que ciertas características de las personas, o el medio en el que viven, produzcan problemas a la salud.
- Integra las acciones curativas con las medidas preventivas en grupos expuestos<sup>27</sup>.

En España, la especialidad se realiza vía Ministerio de Sanidad, independientemente de las universidades, las unidades docentes son las encargadas de la formación y de cumplir el programa de la especialidad (reformado en 2005), y se gestiona a nivel opositor estatal una vez al año. Es la rama que ofrece más plazas de formación especializada y la más desconocida dada su poca visibilidad a nivel universitario. En el 2023 se ofrecieron 2.455 plazas y en el 2022 se quedaron sin cubrir más de 200 plazas, pese a realizarse una segunda vuelta de elección. A nivel laboral, y desde el 2008, se realiza un contrato específico de trabajo/formación para los médicos/as residentes por el que se especifican las horas mínimas y máximas de trabajo, las libranzas y los derechos tipo permisos de maternidad/paternidad, las excedencias, los días personales y las vacaciones. Pese a que conste por escrito, en muchos servicios se cuenta con la promoción de residentes como personal estructural del servicio, y no como recurso en formación. Esto ha generado múltiples demandas y sentencias del Tribunal Supremo sobre los derechos laborales de las personas residentes en los últimos años.

Desde la creación de la especialidad en MFyC en España en 1978<sup>9</sup>, hasta el reconocimiento europeo en 1995, se mantuvieron en el sistema público médicos generales y médicos de familia. En ese espacio, a partir del 10 de enero de 1995 entró en vigor el requisito del título de especialista en MFyC para desempeñarse en centros o servicios integrados en el Sistema Nacional de Salud.

Esto motivó una nueva normativa (transitoria) para la obtención del título de especialista (el Real Decreto 1753/1998)<sup>28</sup>. Según esta, aquellas personas que acreditasen (antes del 2008) la licenciatura en Medicina previa a 1995, cinco años de experiencia profesional, 300 horas de formación continuada en consonancia con las áreas de la especialidad de la MFyC y superasen unas pruebas de evaluación de competencias podían obtener el título de la especialidad<sup>29-31</sup>.

Durante el siglo XX en Uruguay se produjo la misma tendencia que a nivel mundial: una excesiva especialización del cuerpo médico y prácticamente la extinción del médico de cabecera. Contando con una financiación externa, en el contexto del impulso a las reformas sanitarias a nivel regional, el MSP promovió la creación del cargo de Medicina Familiar en la órbita pública. El 10 de octubre de 1987, con la Ley 15.903, se creó el cargo de Médico de Familia del Ministerio de Salud. En la misma ley se crea un organismo

<sup>9</sup> El título oficial de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria fue creado a través del Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, norma que, asimismo, estableció como sistema ordinario y habitual para su obtención la formación mediante residencia en los centros sanitarios.



desconcentrado: la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), dependiente del MSP. Dentro de sus competencias, se estableció la administración de los establecimientos y servicios de atención médica de dicho ministerio, así como la organización de la atención del primer nivel de sus beneficiarios con base en el equipo médico de familia supervisados en la forma que determine la reglamentación. Un año después, el MSP aprobó el Reglamento de Funcionamiento de los Médicos de Familia, con lo que se creó así el marco legal en el cual se desarrollarían las actividades de estos profesionales. Este, a su vez, establece explícitamente los derechos y deberes del personal médico de familia en el contexto de su profesión, con la obligación de brindar asistencia a todos los usuarios del MSP que tuvieran domicilio en su área geográfica de influencia<sup>32</sup>.

No obstante, este camino iniciado tenía numerosas debilidades. La primera de ellas radicó en que, en Uruguay, a diferencia de lo que ocurría en España, por ejemplo, las especialidades médicas no estaban administradas por el Ministerio de Salud, sino que pertenecían a la órbita universitaria. Así, la mera creación del cargo con el nombre médico de familia no constituía la instalación de la especialidad. Los profesionales transitaban instancias de capacitación breves, menores a un semestre, con lo cual quedaban habilitados a asumir un cargo que, por otra parte, generalmente no era concursado. A lo largo de diez años el Programa de Medicina Familiar del MSP llegó a contar con un máximo de 120 puestos distribuidos en todo el país, pero concentrados mayoritariamente en Montevideo.

El Programa Nacional de Residencias Médicas en Uruguay está gestionado por un órgano multiinstitucional, en el que por entonces participaban el MSP y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, responsable de la formación del personal especialista y su titulación. En el año 1996 se produjo en este ámbito una decisión que condujo finalmente a la instalación de la especialización en Uruguay: se incluyeron cuatro plazas para la MFyC en el llamado anual de residencias médicas. Aún no se había creado la rama en el ámbito universitario, pero la residencia ofrecía la oportunidad para la formación en ejercicio durante tres años, con una carga horaria semanal de 48 horas, en vinculación con otros ámbitos académicos de pediatría, ginecología, medicina interna, salud mental, entre otros. Igualmente, permitía el acompañamiento de un tutor o tutora, asignado por la Comisión Nacional de Residencias, que consideraba para esta tarea a profesionales con reconocida trayectoria y prestigio por su desempeño en el primer nivel de atención. Desde entonces, la MFyC forma parte de la oferta anual de cargos de residencia en forma ininterrumpida. Ante esto, se puede confirmar que la residencia permitió reposicionar a la MFyC a la par de otras especialidades en cuanto a las exigencias y calidad de su formación, y desencadenó los procesos que llevaron a la creación de la carrera de Especialista en MFyC en el ámbito universitario (aprobada en el año 2002), administrada, como las demás especialidades, por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

A partir del año 2005 se gestó la reforma sanitaria en Uruguay, que tuvo en el 2007 la Ley 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), sistema que inició su implementación al año siguiente. La ley establecía a la APS como base del sistema, y además señalaba la necesaria priorización del PNA con una orientación familiar y comunitaria. Si bien la reforma constituyó un gran avance para el país, las acciones no han sido suficientes aún para materializar plenamente el cambio del modelo de atención acorde con el enfoque previsto. El número de especialistas aún resulta insuficiente, y las condiciones de trabajo en el PNA mantienen desventajas en relación con las condiciones a las que acceden otro tipo de personal especialista.

A pesar de estos déficits se han acumulado logros importantes, particularmente en el diseño de estrategias para la implementación del modelo. La mayoría de los cargos de MFyC se encuentran en ASSE con una carga horaria mínima de 30 horas, la cual incluye horas preservadas para la actividad comunitaria. Esto permite realizar el trabajo en red, la coordinación interinstitucional y las acciones educativas y de promoción de salud a nivel comunitario. La figura de los «cargos de alta dedicación» en todas las instituciones del SNIS, con una estimación horaria que puede oscilar entre las 40 y 48 horas semanales, se vio afectada por la MFyC, que permitió fortalecer la presencia en el territorio en vinculación con la población. Otra estrategia desarrollada a partir del 2010 fueron las Unidades Docentes Asistenciales (UDA), instaladas a partir de un acuerdo entre la Facultad de Medicina y ASSE en todo el país. Las UDA permitieron consolidar espacios de práctica óptimos, así como el desarrollo de la rama, con trabajo en



equipo, un vínculo estable con la población, la enseñanza del grado y posgrado a nivel comunitario y la investigación. Más allá de los logros, la precariedad en las condiciones de trabajo y la infraestructura del PNA constituyen un problema que puede estar en la base de la caída de la aspiración a los cargos de residencia, en los cuales se reitera la acumulación de vacantes.

La implementación de modelos de salud basados en la AP (PNA) y orientados por la APS, particularmente en el modelo de salud familiar, deben contemplar múltiples condiciones a distintos niveles para un desarrollo adecuado: condiciones humanas y técnicas adecuadas para su desempeño, una normativa que favorezca su desarrollo e implementación en todos los niveles de prestaciones (que considere su adaptabilidad a los requerimientos epidemiológicos y sociales que vaya presentando la población a cargo), una infraestructura y unos recursos adecuados, una organización sanitaria acorde al modelo y unas condiciones de trabajo (incluida la remuneración) que favorezcan la integración de equipos estables que logren un vínculo longitudinal con la población.

## OBJETIVOS

- Explorar las condiciones laborales de la MF/MFyC en Iberoamérica e identificar la distancia con las condiciones básicas necesarias para garantizar una práctica adecuada y de calidad.
- Elaborar recomendaciones en relación con las condiciones de trabajo necesarias para el desempeño adecuado de la MF/MFyC.
- Contribuir con estos aportes a todos los países de la región, y particularmente al proceso que desarrolla Guatemala hacia la implementación de la especialidad.

## METODOLOGÍA

Diseño de estudio: observacional, descriptivo.

Población: equipos de profesionales que ejercen la MF/MFyC en países de Iberoamérica. Muestreo no probabilístico, de tipo voluntario.

Metodología: en el marco de la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC, durante la fase I (la cual comprendió del 1 al 25 de septiembre del 2022) se conformaron diversos grupos de trabajo (por subregión y jóvenes) orientados a cuatro consignas de trabajo, donde una de ellas era: «Condiciones de trabajo para la MF/MFyC». Estos grupos estuvieron compuestos por residentes de MFyC, médicos familiares y otros profesionales de la salud pertenecientes a los organismos de salud de Guatemala participantes del encuentro. Cada uno de los grupos tuvo como objetivo la elaboración de un documento investigativo respecto al eje de trabajo. En estos, además, se establecieron distintas actividades, entre las cuales destacan las revisiones bibliográficas, el uso de las TIC, las bases de datos compartidas, la subdivisión de carpetas, la cronicidad de las reuniones, la representatividad, la diversidad, entre otras.

Durante la fase II (desde la segunda mitad de octubre hasta el 6 de noviembre del 2022) se agruparon en cada eje las personas que habían estado trabajando cada tema en los grupos anteriores junto con los respectivos documentos de revisión bibliográfica acordes al eje asignado. Así, se definieron los coordinadores de grupo y se procedió a la elaboración de un documento integrador del trabajo de la fase I.

Durante la integración documental y de trabajo de esta etapa se elaboró un instrumento para explorar las condiciones de trabajo en la región. Se realizó una lluvia de ideas acerca de las características del entorno que rodeaban a la MFyC en su área de trabajo. Como resultado, se realizó un cuadro de variables donde se identificó para cada una lo siguiente: nombre, tipo, definición conceptual, definición



operacional y escala de medición. También se tuvieron en cuenta las características del instrumento elaborado, si la modalidad de la encuesta era digital, o una autoevaluación.

El instrumento fue revisado por las autoridades del CIMF y fue autorizado para su aplicación con el objetivo de generar conocimiento y aportar al desarrollo final de este documento. Una vez integrados los documentos de la fase II se identificaron nuevas variables, por lo que se operacionalizaron y se agruparon, junto con las definidas inicialmente, en las siguientes dimensiones:

1. Condiciones de contratación de la MF/MFyC.
2. Capacitación y mejora continua.
3. Condiciones para el desempeño profesional.
4. Investigación.
5. Atención médica.
6. Aspectos mejorables en las condiciones de trabajo.

También se ajustó la encuesta, que fue sometida nuevamente a evaluación, o sea, contó con dos revisiones sucesivas previamente a su aplicación. Como resultado, la versión final aplicada consta de 82 ítems que buscan identificar las características del ejercicio de la MF/MFyC en Iberoamérica.

Las propuestas y recomendaciones a Iberoamérica, y específicas para Guatemala, son producto de la integración de los documentos elaborados en la fase I, así como la información relevante obtenida de la encuesta.

## RESULTADOS

Entre el 27 y 31 de octubre de 2022 se obtuvieron 278 respuestas a la encuesta, las cuales fueron incluidas en el análisis. Por su parte, las personas participantes de la encuesta abarcaban diecisiete países de la Región Iberoamericana y pertenecían a 134 organizaciones o dependencias públicas y privadas (**tabla 2**).

Las encuestas realizadas permitieron recabar información importante para conocer las condiciones en las cuales se ejercía la MF/MFyC en Iberoamérica. Por otro lado, los resultados obtenidos se sintetizaron de acuerdo con los componentes evaluados. Existía un porcentaje reducido de respuestas de la categoría «no sabe/no contesta», lo que permitió omitir su mención en cada ítem evaluado. Algunos aspectos de las condiciones de trabajo se resumen en la **tabla 3**.

### CONTRATACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO DE MFYC

Respecto a las condiciones de contratación, pudo observarse que existía un promedio de horas semanales trabajadas en tiempo ordinario de 38,9, y 9,7 en tiempo extraordinario. Esto indicaba una alta carga horaria semanal promedio próxima a las 50 horas semanales.

En cuanto al contrato laboral, el 64% indicó que trabajaba de lunes a viernes, mientras que un 15% laboraba de lunes a domingo y un 8% de lunes a sábado. Los datos reflejaban que existía una cantidad significativa de médicos con contrato que les permitía disponer de los fines de semana. Respecto al derecho a faltar a sus labores por causas justificables con goce de salario, el 69% respondió que su contrato lo permitía, sin embargo, existía un 21% de encuestados que no disfrutaban de esto.

El reconocimiento de la especialidad en MF/MFyC es un aspecto importante que debería de existir, y consecuentemente una remuneración significativamente similar a las demás especialidades médicas. Sin embargo, únicamente el 62% de los médicos informaron que les era reconocida, y el 70% indicó que les era



**Tabla 2.** Caracterización de las personas participantes en la encuesta (n: 278)

<b>Edad</b>	
Menor de 30 años	9,5%
Entre 31 a 45 años	57,5%
Entre 45 a 60 años	27,3%
Más de 60 años	5,8%
<b>Género</b>	
Femenino	66,5%
Masculino	33,1%
No binario	0,4%
<b>Formación profesional</b>	
Personal especialista en MF/MFyC	72,0%
Personal residente de MF/MFyC	24,7%
Personal especialista en otras ramas	1,8%
Otros	1,4%
<b>País de residencia</b>	
Rep. Dominicana	30,6%
México	25,9%
Chile	7,9%
Perú	6,5%
Costa Rica	5,4%
Uruguay	5,4%
Ecuador	4,7%
Bolivia	4,0%
Colombia	1,8%
España	1,8%
Nicaragua	1,8%
Argentina	1,4%
Brasil	1,1%
Cuba	0,7%
Panamá	0,4%

**Tabla 3.** Vinculación laboral y condiciones de trabajo en la práctica de la MF/MFyC en los países de Iberoamérica. Variables seleccionadas (n: 278)

<b>Nivel de atención sanitaria donde laboran</b>	
Atención Primaria/primer nivel	56,9%
Atención especializada/segundo nivel	24,8%
Atención hospitalaria/tercer nivel	16,8%
No sabe/no contesta	1,5%
<b>Cantidad de horas semanales trabajadas</b>	
<b>Horas ordinarias</b>	
Promedio	38,9
Rango	6-92
<b>Horas extraordinarias</b>	
Promedio	9,7
Rango	0-72
<b>Días de la semana en los cuales trabajan</b>	
De lunes a viernes	64%
De lunes a domingo	15%
De lunes a sábado	8%
Otra modalidad	9%
Días intermitentes	5%
<b>Cuentan con una historia clínica electrónica</b>	<b>86,3%</b>
<b>Tienen tiempo asignado para cada consulta</b>	<b>240 (86,3%)</b>
Más de 20 minutos	18,0%
Entre 10 a 20 minutos	69,6%
Menos de 10 minutos	5,8%
<b>Cuentan con un área para descanso o alimentación en el trabajo</b>	<b>240 (86,3%)</b>
<b>Han sufrido violencia por parte de los jefes o compañeros de trabajo</b>	<b>100 (36,0%)</b>



remunerada como las otras especialidades. Esto hace considerar que existe una brecha significativa a cerrar en cuanto a posicionar la rama en los sistemas de salud a la par de otras especialidades sea en el ámbito privado o público. Además, a pesar de las características de la MFyC, se evidenció que la mayoría de los encuestados no contaba con alguna retribución adicional con beneficios especiales. Solamente el 12% indicó que gozaban de más de algún beneficio contra un 83%, que indicó no tenerlos. En cuanto a la remuneración promedio (estimada en dólares americanos) se observaron grandes diferencias entre los países, las cuales no eran comparables entre sí porque estaban relacionadas con las condiciones económicas de cada zona geográfica, el costo de vida y la cotización del dólar, moneda en la que se solicitó el dato. El país que informó la mayor remuneración promedio para los profesionales de la MF/MFyC fue Brasil (con 4.443 dólares mensuales), mientras que Nicaragua informó la retribución más baja (con 893 dólares mensuales).

## CAPACITACIÓN Y MEJORA CONTINUA

La MFyC demanda estar cada vez más en constante capacitación, es por ello que importa conocer el tiempo que las organizaciones e instituciones invierten en ello. El resultado de la encuesta permitió notar que existen significativas diferencias, pues se reportó que un 32% tenía más de 15 días al año, mientras que un 28% tenía entre 5 a 15 días. El resto se encontraba por debajo de 5 días para la capacitación en el año, con un 13% que no recibía capacitación alguna. Es relevante, además, observar que solamente el 43% de los encuestados indicaron que la capacitación recibida les permitía mantenerse vigentes en lo que corresponde a la MF/MFyC.

## CONDICIONES DE DESEMPEÑO DE LA MF/MFyC

El reconocimiento especial de esta rama permite incentivar al personal médico y su equipo a seguir mejorando la salud de la población que atiende, sin embargo, únicamente el 39% de los encuestados indicó que recibía algún tipo de reconocimiento.

En general, el ambiente laboral es un espacio donde existe cierto riesgo de sufrir algún tipo de hostigamiento, abuso, acoso, violencia de género, discriminación u otro daño hacia la integridad de las personas. Las y los especialistas de MF/MFyC no están exentos de ello. Un 37% indicó haber sufrido alguna situación de este tipo ocasionada por los pacientes, y un 36% (35% de las mujeres y 38% de los varones) por los compañeros de trabajo o patronos. Dichos datos reflejan un problema a atender que no parece estar ligado al género. No es posible saber con estos datos si esto es diferente entre la MF/MFyC y otras especialidades o disciplinas. Por lo pronto, es un problema presente en el ámbito laboral de la salud, lo que en sí mismo constituye una preocupación no solo en relación con la salud y bienestar de sus trabajadores.

El conocer si el personal médico de familia dispone de condiciones para descansar e ingerir alimentos en forma adecuada es un aspecto relevante por la importancia de su salud mental y física. Del total de encuestados, el 69% respondió afirmativamente, sin embargo, un 39% indicó que no contaba con esas condiciones adecuadas.

En cuanto al nivel de responsabilidad que asume el equipo de MF/MFyC, se conoció que tiene la oportunidad de laborar en puestos de coordinación y dirección en las unidades o establecimientos del sistema de salud. Más del 90% indicó que sí, y únicamente el 7% indicó que no.

La integralidad de la atención demanda disponer de una red eficiente que permita la derivación o referenciación de las personas atendidas de una manera oportuna. Es por ello que, al cuestionar este aspecto, el 88% de los médicos y médicas informaron que disponen de un sistema de referencia/derivación, lo que dejó un 12% que refería no tenerlo.



Por otro lado, el tiempo de consulta es un factor que impacta de manera directa en la calidad de la atención integral que debe proveerse a las personas atendidas. Es por ello que conocer las condiciones en las que se desarrolla la atención es relevante. Del total de encuestados, 240 (86,3%) informaron tener un tiempo asignado para cada consulta. De estos, se pudo observar que solamente un 20,8% de los profesionales en MF/MFyC disponían de más de veinte minutos para atender a las personas, mientras que el 69,2% las atendían entre diez y veinte minutos, y un 6,3% en menos de diez minutos. Lógicamente, esto puede limitar la calidad de la atención.

Además, esta situación está estrechamente vinculada con la oportunidad de la atención en los casos que requieran el traslado a otros niveles de atención. Sin embargo, la encuesta mostró que más del 75% del personal médico debía esperar más de 30 minutos para el traslado de las personas que atendían. Esto muestra oportunidades de mejorar la eficiencia de las redes de los servicios de salud.

Por otra parte, la asignación territorial es una característica deseable de la organización asistencial para la práctica de la MF/MFyC. Esto permite proveer una atención no solo a nivel individual, sino también a la familia y la comunidad. La encuesta mostró que el 67% de los médicos y médicas trabajaban con un territorio asignado, mientras que el 29% no. Si bien es mayoritaria la modalidad recomendada, el porcentaje en el cual no ocurre no es despreciable y señala un aspecto a mejorar.

Otro aspecto del sistema de salud de gran relevancia es la cobertura. En este sentido, solamente el 58% del equipo médico indicó que la población de referencia tenía cobertura universal.

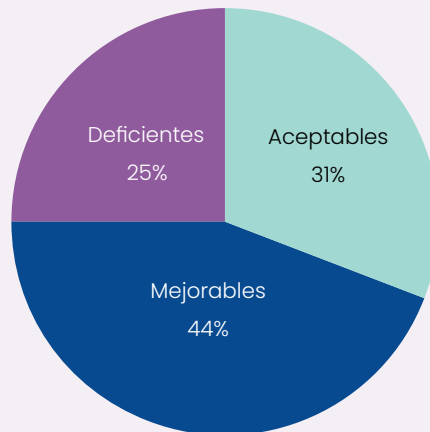
En cuanto a la inserción del especialista en la MF/MFyC en el sistema de salud público, el 74% de encuestados identificó una oportunidad laboral en dicho sector. Aun siendo un alto porcentaje, resulta preocupante que la cuarta parte de las personas encuestadas no identifiquen esta posibilidad, lo cual puede traducir un desconocimiento de la especialidad en algunos de los sistemas de salud públicos de la región.

Conocer la situación de la salud de la población es fundamental para la práctica. Esto permite orientar las acciones para mantenerla y mejorarla, y también favorece los procesos de diagnóstico. La participación de los profesionales de la MF/MFyC en el sistema de vigilancia epidemiológica permite mantener actualizado su propio conocimiento. A su vez, puesto que son profesionales que conocen su territorio, pueden generar información oportuna y de calidad. En ese aspecto, la encuesta mostró que el 69% participaban del sistema de vigilancia de su territorio.

En cuanto a la gestión, el 44% indicaron que asumían responsabilidades de este tipo. Esto muestra el potencial de la especialidad para involucrarse en el sistema de salud más allá de la actividad asistencial o de salud comunitaria.

Las condiciones de las instalaciones impactan en la calidad del ejercicio que se puede desplegar. Para ello, de modo genérico se efectuó una consulta sobre cómo consideraba la persona encuestada la calidad de las instalaciones. La respuesta obtenida muestra un déficit importante en este aspecto: el 31% expresó que se encontraba en condiciones aceptables, el 44% las calificó como mejorables y un 25% como deficientes (figura 1).

En cuanto a la integración de la actividad de enseñanza en la labor del personal especialista en MF/MFyC, se encontró que la amplia mayoría de los encuestados cuenta con la oportunidad de contribuir en las tutorías y la docencia para el pregrado o posgrado. Un 84% afirmó tener la oportunidad de hacer docencia, y el 78% de hacer tutoría, en tanto la participación en el sistema de residencias fue confirmada por el 62%



**Figura 1.** Condiciones de los establecimientos de salud donde trabajan los y las especialistas de MF/MFyC en 17 países de Iberoamérica (n: 278)

## INVESTIGACIÓN

Solamente un 35% de los encuestados tiene como parte de sus funciones la tarea de investigación, no obstante, si se suma a quienes realizan esa labor de manera voluntaria, sin que esto sea mandatorio en su cargo, el porcentaje se incrementa al 75%. Esto denota la capacidad e interés del personal profesional de MF/MFyC en la producción de conocimiento. Si bien esta actividad constituye una contribución valiosa para los sistemas de salud, posiblemente no esté siendo adecuadamente valorada.

## ATENCIÓN MÉDICA

La MF/MFyC cumple una importante función para la población dentro de su territorio a través de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, accidentes y otros daños a la salud. En ese sentido, se relevó dónde realiza el personal especializado este tipo de actividades. Como resultado de dicha consulta, se evidenció que de los 278 encuestados el 39% llevaba a cabo la promoción en el consultorio, domicilio, lugar de trabajo y otros lugares de su comunidad, mientras que el 49% solamente la realizaba en su consultorio o domicilio. Una situación similar se evidenció tanto en la promoción de la salud como en la prevención de enfermedades y accidentes.

En la atención de las personas y su familia se obtuvieron resultados muy alentadores. Más del 88% del personal médico encuestado indicó que atendía tanto a las personas como a sus familias. También realizaban un porcentaje de la atención en el domicilio y por medio de la teleconsulta. Esta última representaba un porcentaje menor, pero estaba siendo utilizada. La importancia del uso de este recurso radica principalmente en la posibilidad de llegar a más población de ese territorio, así como en las posibilidades que ofrece para la atención de personas con enfermedades crónico-degenerativas, según lo indicó más del 88% del personal médico encuestado.

No obstante, se detectó que un 15,5% manifestaba no tener la posibilidad de realizar el seguimiento de sus pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Esto es de particular importancia, ya que la MF/MFyC cuenta con las competencias para realizar esa actividad, las personas lo necesitan y además está comprobado el beneficio de la atención longitudinal sanitaria en la reducción de la morbimortalidad. El desempeño de la rama resulta incompleto si no incluye esta posibilidad, al mismo tiempo, desde



una perspectiva de gestión, constituye un desaprovechamiento de los recursos y las oportunidades con potencial de impacto real en la salud de la población.

La atención integral que ofrece la MF/MFyC se ve potenciada con la participación en un equipo multidisciplinario de AP. En la consulta al respecto, el 67% de los médicos y médicas indicaron que contaban con equipo de este tipo, mientras que el 29% indicó que no. Este aspecto, por tanto, demanda cierta atención. La presencia de profesionales en trabajo social, nutrición y odontología es insuficiente aún en los equipos de AP, pero el servicio de consejería familiar es más escaso aún, y solo el 31% de las personas encuestadas cuenta con este recurso.

Para poder proveer una atención oportuna y adecuada se debe contar con los fármacos que la terapéutica apropiada requiere. El personal médico familiar cuenta con las capacidades para atender diagnósticos que ameriten medicamentos de primero, segundo e incluso tercer nivel. Por ello es relevante su disponibilidad. Sin embargo, los resultados de la encuesta hicieron notar que, si bien en el 52% de los casos contaban con fármacos de todos los niveles, era elevado también el porcentaje que no accedía. Independientemente del tipo de medicamento disponible en el vademécum, otro problema frecuente era la insuficiente cantidad de medicamentos para atender las necesidades de la población. En relación con esto, solo el 45% contaba con fármacos suficientes para la comunidad asignada. En cuanto a la disponibilidad de farmacia, la mayoría (83%) contaba con el recurso dentro del mismo establecimiento donde laboraba, y se llegaba al 90% si se incluía a quienes disponían de farmacia fuera del establecimiento. Aunque es un porcentaje menor, el 8% que no contaba con una farmacia accesible debía afrontar una carencia relevante para su práctica y las personas que atendía.

Otro aspecto en el cual la MF/MFyC afronta restricciones que afectan a los procesos de atención es en el acceso a algunos estudios paraclínicos, pues no siempre se pueden resolver en el centro de salud u otro establecimiento accesible para las personas que atiende. El acceso a los estudios de imagen ilustró estas limitaciones: 70% contaba con rayos X y el 57% con acceso a ecografías en el establecimiento donde laboraba.

El 62% de los encuestados informó que los programas de residencia incluían la formación en servicios de urgencias y servicios postoperatorios o salas de recuperación. En el desempeño profesional se encontró que existía la participación del personal de MF/MFyC en los servicios de urgencias, pero no se visualizaba en la misma cantidad en los servicios postoperatorios. Esto podría deberse a diferentes motivos, como los tipos de contratación o el interés del profesional por otras ocupaciones, es por ello que esto requiere un análisis con más profundidad.

En cuanto al equipamiento más específico de las unidades y clínicas médicas, entendiendo por esta última el espacio donde se ofrece la atención a la persona, se entiende que debe contar al menos con: un consultorio (espacio privado para la clínica), una farmacia, un área de almacén de insumos de clínica, un área de cambio de vestuario para pacientes, una camilla adecuada acorde a las necesidades de las personas, un escritorio, sillas para las personas atendidas y el personal médico, una computadora y un medio de transporte en caso de requerirse por urgencia. Sobre esto, la encuesta mostró que existían unidades que no contaban con lo indicado, situación que seguramente impactaba en la calidad de la atención y las posibilidades de desempeño de la rama. De igual manera, al consultar si se disponía de equipo médico básico, como un fonendoscopio, oftalmoscopio, otoscopio, esfigmomanómetro o tensiómetro y diapasón, los resultados de la encuesta reflejaron que existían amplias áreas de mejora en cuanto a las existencias. Situación muy similar fue la observada al consultar la disponibilidad de equipo básico para la valoración ginecológica y pediátrica, el equipo de cirugía menor y las curaciones, el cual, aunque se disponía en mayores porcentajes, seguía existiendo una cantidad significativa de médicos que indicaban no contar con ellos (tabla 4).

A partir de la tabla 3 se grafican los porcentajes de disponibilidad y carencia identificados por la encuesta en los procesos y recursos seleccionados (figura 2). Si bien existen aspectos en los que se pueden identificar algunos logros y avances, se evidencian porcentajes de no disponibilidad con los que los y las profesionales de la MF/MFyC conviven a diario en los países de Iberoamérica. Estos no deberían ser admisibles tanto por la preservación de las condiciones de trabajo como —y fundamentalmente— por la calidad de la atención que corresponde ofrecer a la población.

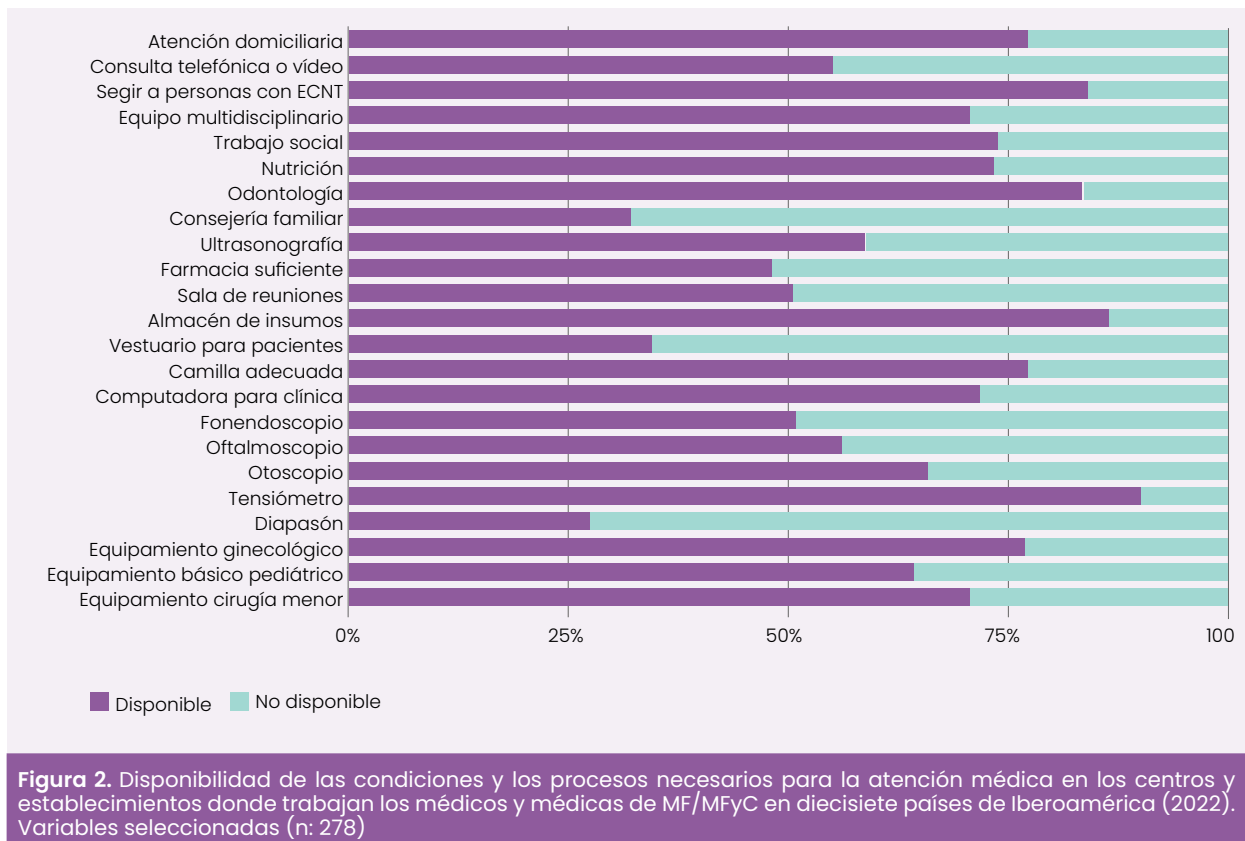


Los recursos y procesos que tienen menor disponibilidad según la encuesta son el diapasón, el vestuario para las personas atendidas, la consejería familiar y la consulta telefónica o videollamada. No obstante, otros procesos y recursos con un porcentaje menor de no disponibilidad deben generar preocupación por la importancia que tienen para una práctica adecuada y de calidad, por ejemplo, la atención domiciliaria, la posibilidad de seguimiento a personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) o la falta de disponibilidad de un tensiómetro o equipamiento básico para la exploración ginecológica. La carencia de sala de reuniones es un dato que marca la falta de adecuación de los establecimientos para el trabajo en equipo.

**Tabla 4.** Condiciones y procesos disponibles para la atención médica en centros y establecimientos donde se ejerce la MF/MFyC en diecisiete países de Iberoamérica (2022). Variables seleccionadas (n: 278)

	Número de profesionales que disponen del recurso o proceso	Porcentaje (sobre el total de encuestados, n: 278)	Porcentaje ajustado (sobre el total que responden sí o no) <sup>a</sup>
<b>Procesos de atención y equipo profesional del centro o establecimiento donde se ejerce la MF/MFyC</b>			
Participación en la atención domiciliaria	208	74,8	77,0
Posibilidad de realizar consulta telefónica o por videollamada	148	53,2	55,2
Posibilidad de realizar seguimiento de personas con ECNT	226	81,3	84,0
Equipo multidisciplinario	186	66,9	70,2
Profesional de trabajo social en el centro	198	71,2	74,2
Profesional de nutrición en el centro	200	71,9	73,8
Profesional de odontología en el centro	226	81,3	83,7
Consejería familiar en el centro	86	30,9	32,2
<b>Posibilidades físicas y prestaciones del centro o establecimiento</b>			
Ultrasonografía en el mismo centro de salud	160	57,6	58,8
Farmacia en el mismo centro con medicamentos suficientes	125	45,0	48,3
Sala de reuniones para el trabajo en equipo y sesiones académicas	134	48,2	50,6
Espacio para el almacenaje de insumos para la atención médica	232	83,5	86,9
Espacio de vestuario para las personas atendidas separado del espacio clínico	92	33,1	34,7
<b>Disponibilidad de equipamiento básico para la actividad clínica</b>			
Consultorio con una camilla adecuada a la persona atendida	209	75,2	77,7
Computadora en condiciones para uso exclusivo de la clínica	195	70,1	71,7
Fonendoscopio	133	47,8	50,8
Oftalmoscopio	150	54,0	55,8
Otoscopio	177	63,7	65,8
Tensiómetro	246	88,5	90,1
Diapasón	73	26,3	27,2
Equipamiento básico para la valoración ginecológica	205	73,7	76,5
Equipamiento básico para la valoración pediátrica	169	60,8	64,3
Equipamiento básico para la cirugía menor	189	68,0	70,5

<sup>a</sup> Para el cálculo del porcentaje ajustado se excluyen del total las respuestas «no sabe/no contesta», no obstante que son muy bajas, con un valor promedio de 10 y rango entre 5 y 19 en las variables seleccionadas. Nunca alcanzan el 10% de las respuestas. ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles; MF/MFyC: Medicina Familiar / Medicina Familiar y Comunitaria.



## ASPECTOS MEJORABLES EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LA MF/MFYC

A través de la encuesta se pudo conocer cuáles eran los aspectos mejorables desde la propuesta de los médicos encuestados, lo cual reafirmaba y complementaba lo que surgió de los datos numéricos.

- Mejorar el reconocimiento de la especialidad dentro y fuera del sistema de salud incentivando una remuneración similar a las otras especialidades médicas, y que a nivel privado se reconozcan las capacidades de la MFyC.
- Asignar una adecuada y justa cantidad de personas por médico de familia contemplando tiempos para otorgar una atención integral, y otros para la formación e investigación.
- Ampliar los equipos de AP y reducir la población y el territorio bajo responsabilidad sanitaria de los especialistas en MFyC.
- Mejorar las instalaciones y el equipamiento para otorgar unos servicios adecuados de consulta ambulatoria, AP y sistema de referencia a urgencias.
- Mejorar de arsenal farmacológico y técnico para potenciar la capacidad resolutoria del personal médico de familia.
- Fortalecer con el equipo multidisciplinario necesario para proveer la atención de forma integral.
- Mejorar la capacitación continua del equipo médico de familia.
- Mejorar el equipamiento, el monitoreo/seguimiento y la continuidad de la atención entre los niveles.
- Mejorar el posicionamiento de la MFyC en los sistemas de salud.
- Mejorar la infraestructura considerando la inclusión de espacios para la gestión administrativa, la climatización y la iluminación, así como espacios para la docencia, espacios de descanso y consideración de la tercera edad y las personas con discapacidades.



- Implementar espacios para un trabajo multidisciplinario incluyendo salas situacionales (para comentar casos, acceso a los estudios, etc.)
- Realizar una investigación y lectura críticas para hacer más reflexivos a los médicos y médicas.
- Fortalecer las capacidades para la prevención y estrategias de educación para la persona atendida con patologías crónicas.
- Fortalecer los mecanismos para que las personas intervenidas reconozcan la MF como la puerta de entrada hacia la atención sanitaria, donde se la valora integralmente.
- Realizar acciones con apego al abordaje familiar para afianzar las redes de apoyo, en especial a las personas adultas mayores.
- Reconocer la capacidad de trabajo en distintos escenarios, como las emergencias y la hospitalización.
- Fortalecer la red de servicios para acortar los tiempos de espera a citas de consultas externa con otras especialidades.
- Mejorar las capacidades físicas y técnicas para el desarrollo de la atención y las actividades domiciliarias.
- Mejorar las capacidades para el control de situaciones de violencia, abuso y acoso laboral, y dar alcance a establecer medidas de protección para los damnificados y punitivas para los que ejercen esa violencia.
- Mejorar el sistema de referencia y coordinación público-privado para compartir territorios con otros prestadores de salud.
- Instalar incentivos y apoyos para desarrollar todo lo relacionado a la investigación, incluso estímulos económicos.
- Considerar el tiempo de descanso para el personal médico dentro del horario de trabajo evitando horarios continuos que provocan estrés, fatiga mental y depresión, además de predisponer a alteraciones visuales y mecánicas.
- Fortalecer la implementación y el uso de sistemas informáticos para el registro de las personas atendidas para contar con información integrada.
- Promover incrementos en las asignaciones presupuestales del Estado para el mejoramiento de la AP.
- Mejorar la docencia y formación de los recursos humanos en las modalidades presencial y virtual, en pre y posgrado, en particular para el personal médico y el equipo de enfermería.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La muestra no probabilística, de conveniencia, limita la extrapolación de los resultados cuantificados. La modalidad de participación voluntaria resultó en una participación mayoritaria de la República Dominicana y México. Ambos países concentraron más de la mitad (56%) de las encuestas recabadas. Así, el porcentaje complementario se distribuyó entre los quince países restantes. Esto probablemente produjo un sesgo en los resultados, con mayor influencia de los modelos de salud y educativos de dichos países. No obstante, los aspectos cualitativos del trabajo permitieron confirmar coincidencias en las necesidades y debilidades identificadas en las condiciones de trabajo, comunes a toda la región, que en mayor o menor grado se expresaban en todos los países.

Otra limitación del estudio estaba dada por el análisis univariado. La característica de la muestra no era favorable para el análisis multivariado, por lo que no se profundizó en ese sentido. Los datos obtenidos ofrecen pistas útiles para encaminar futuros estudios con un muestreo probabilístico que permita ahondar en el conocimiento de las condiciones de trabajo de los y las especialistas y residentes de MF/MFyC en la región. Mientras tanto, se cuenta con esta primera aproximación, que resulta de utilidad para constatar una realidad deficitaria que requiere acciones urgentes para su mejora.



## PROPUESTAS

1. La forma más sostenible de dar cobertura sanitaria a la población es mediante sistemas sanitarios con modelos basados en una APS fuerte. La AP ha de ser resolutiva y debe contar con una cobertura universal por equidad, eficiencia y sostenibilidad. Para una asistencia de calidad a las personas, las familias y la comunidad debe incluir equipos multidisciplinares. La AP, por su parte, ha de liderar la gestión estratégica de la atención y de los procesos de las personas enfermas crónicas, y debe dotarse de autonomía de gestión con base en un presupuesto.
2. Las condiciones técnicas mínimas necesarias implican un espacio físico adecuado, una dotación tecnológica básica y el acceso a las exploraciones complementarias o exámenes paraclínicos que permitan el diagnóstico de las patologías más prevalentes del entorno. Debe disponer de un arsenal farmacológico suficiente para atender a las patologías prevalentes y la incorporación de un programa de nutrición enfocado en la población más vulnerable, especialmente en las zonas alejadas, aisladas o económicamente en vías de desarrollo.
3. Para la atención y el seguimiento de las personas atendidas hay que disponer de un sistema de registro de la atención idealmente electrónico, que permita la comunicación con otros niveles de atención, unificar las exploraciones complementarias y evitar duplicidades y el exceso, o la falta, de intervenciones. Se debería considerar el facilitar medios de comunicación o sistemas de traslado especialmente en áreas alejadas o de difícil acceso.
4. Las condiciones contractuales y laborales deberían dar lugar a un entorno atractivo mediante unos acuerdos claros y coherentes que ofrezcan estabilidad, un salario atractivo con complementos (por destino, antigüedad, u otros) e incentivos (económicos o beneficios sociales en casos de zonas de difícil cobertura o peores horarios) a todo el cuerpo de profesionales que trabaja en los equipos de salud.
5. Hay que garantizar el desarrollo profesional y el mantenimiento de las competencias con el acceso a la educación continua y la formación en investigación, así como facilitar que tanto la formación como la investigación se realicen dentro del horario laboral. Los programas de formación continuada y la investigación en AP han de estar respaldados por los departamentos/Ministerios de Salud y los establecimientos de educación superior/universidades, y se ha de fomentar la creación de departamentos de MFyC en las universidades para la formación desde el pregrado.

## RECOMENDACIONES PARA IBEROAMÉRICA

En primer lugar, crear un organismo encargado de vigilar que se propicie un trabajo digno, entendido este como un espacio donde se respete plenamente la dignidad humana del médico y la médica familiar, de todo el personal de AP y de las personas que se atienden.

Siguiendo esta línea, desarrollar lineamientos, leyes o pactos de Estado para la AP. Que garantice, tanto para las personas atendidas, los médicos y médicas familiares y el resto del personal del equipo:

- Un ambiente laboral sin discriminación por origen, género, edad, discapacidad, condición social y de salud, religión, opinión, preferencia sexual o estado civil.
- El acceso a la seguridad social de todos los y las profesionales del equipo y a percibir un salario acorde a su responsabilidad.
- La educación continua y en servicio para que los equipos profesionales mantengan las competencias.
- Optimizar las condiciones de seguridad e higiene para prevenir los riesgos laborales, y el derecho a disfrutar de al menos 36 horas de descanso ininterrumpido a la semana, descansos después de las guardias y derecho a vacaciones remuneradas.



- Los mismos derechos y libertades fundamentales en el ámbito laboral, con las mismas oportunidades a todos los miembros de los equipos, considerando las diferencias biológicas, sociales y culturales de las mujeres y los hombres.
- La provisión de unas estructuras físicas suficientes con las condiciones necesarias para el trabajo de los equipos multidisciplinarios adaptados a la categoría, disposición del material y ropa de trabajo, fármacos, exploraciones complementarias y salas suficientes para las actividades que se prevean para dar respuesta las necesidades.
- Fomentar los consentimientos informados, compatibles en red, entre los diferentes niveles que presten servicios a las personas.
- Promover las bases para un contrato de trabajo firmado por las autoridades correspondientes que delimite el campo de acción de los médicos y médicas familiares, y de todos los y las profesionales de la AP:
  - ▶ Con mecanismos de promoción para desempeñar funciones gerenciales y administrativas.
  - ▶ Que defina el horario laboral, las guardias, las horas adicionales y el pago por las mismas. Además de los permisos, las vacaciones y los descansos, así como las pensiones.
  - ▶ Que contemple la indemnización en relación con los riesgos y daños laborales.
  - ▶ Promover la creación de departamentos universitarios de MF/MFyC que acerquen la especialidad a la formación de pregrado, y para fomentar la investigación.

## RECOMENDACIONES PARA GUATEMALA

- Adecuar y ofrecer al médico y médica familiar un entorno adecuado para ofrecer una práctica médica de calidad al individuo, la familia y la comunidad que lo solicite ante el cambio epidemiológico y demográfico de Guatemala.
- Promover a los médicos y médicas especialistas en MF un alto grado de compromiso por su disciplina y su país fundamentado en la bioética.
- Brindar al personal médico familiar un entorno virtual en donde pueda acceder al conocimiento universal de la disciplina para llevar a cabo una práctica profesional con los más altos estándares de calidad.
- Dotar al médico y médica familiar de material y equipo de calidad para brindar el servicio que se merecen las personas que acudan para ser atendidas.
- Ofrecer becas y estímulos para la formación médica continua, la investigación y la certificación/recertificación en la rama.
- Permitir a las médicas y médicos familiares contar con un permiso de maternidad/paternidad, guardería, asistencia médica/psicológica y dental para cuidar de su propia familia.
- Contribuir al desempeño no solo laboral, sino ser partícipe en las actividades culturales, recreativas y deportivas.
- Realizar periódicamente encuestas de satisfacción laboral para conocer el punto de vista del personal médico, y así mejorar las condiciones laborales.
- Trabajar en un ambiente amigable y saludable para el mejor desempeño profesional.
- Ser tomados en cuenta para la mejora de su propio entorno.
- Las condiciones de contratación del médico y médica de MFyC en un promedio de horas trabajadas por semana preferentemente no deben exceder las 40 horas de trabajo semanales, y considerar de uno a dos días de descanso.
- Presentar una oferta laboral con diversos turnos (matutino, vespertino, nocturno) en intervalos de lunes a viernes, lunes a sábado, jornadas de 24 horas y turnos ABC.
- El reconocimiento de la especialidad en MFyC es un aspecto importante, por lo que debe existir, consecuentemente, una remuneración equiparable a las demás ramas médicas.



- Invertir tiempo en la educación continua mediante la capacitación del personal con un compromiso institucional para ello. Y desarrollar actividades de manera semanal, o quincenal, mediante cursos presenciales o mediante el uso de las TIC para mantenerse vigente en las competencias de la especialización.
- Garantizar la seguridad en el ambiente laboral. Particularmente, disminuir el riesgo de cualquier tipo de hostigamiento, abuso, acoso, violencia de género, discriminación u otro daño hacia la integridad.
- Contar con un lugar destinado para la ingesta de alimentos, así como una sala de reposo temporal.
- Contar con una red establecida y normada de derivación al segundo y tercer nivel de atención.
- Considerar que el tiempo disponible para la consulta al paciente no puede ser nunca menor a diez minutos, y que en ocasiones son necesarios más de veinte minutos.
- Contar con acceso a alguna unidad de traslado hospitalario para las personas atendidas que presenten esta necesidad.
- Normar el procedimiento para el escalonamiento del desarrollo del médico y médica de MF, dentro del centro laboral, para posiciones de jefaturas o administrativas.
- Participar del proceso de enseñanza y aprendizaje de los médicos y médicas residentes de MF/MFyC desde el espacio laboral mediante la docencia y la tutoría.
- Promover oportunidades de participación en procesos y protocolos de investigación.
- Desarrollar las competencias e infraestructura para la implementación de la telemedicina tanto para la atención a personas con condiciones agudas como con procesos crónico-degenerativos para su seguimiento.
- Considerar la integración de equipos multidisciplinarios que cuenten con personal de enfermería, psicología, nutrición, odontología y trabajo social junto con especialistas en MF/MFyC.
- Contar con un cuadro básico de medicamentos dentro de las unidades médicas de atención familiar, acorde con las condiciones más frecuentes que demandan atención médica a este nivel.
- Asegurar, por parte de los centros de salud, los espacios, la indumentaria y los insumos suficientes que permitan desarrollar la atención médica con calidez y calidad.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Chalker J, Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2018;6(11):e1163–75. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30398-X
2. OMS. Atención primaria de salud [Internet]. 2023. Disponible en: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care)
3. OMS. Cobertura sanitaria universal (CSU) [Internet]. 2021. Disponible en: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
4. Martín Zurro A & Cano Pérez FJ. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Elsevier; 2008. pp. 20–41.
5. Abril-Collado RO, Cuba-Fuentes MS. Introducción a la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2013;30(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172013000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006)
6. WONCA Europe. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia. Barcelona: semFYC ediciones; 2008.
7. The Pan American Health Organization (PAHO), Promoting Health in the Americas. Declaración de Alma-Ata [Internet]. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>



8. OPS. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud-Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington D. C.: OPS/OMS; 2008. Disponible en: [www.paho.org/sites/default/files/APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](http://www.paho.org/sites/default/files/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)
9. Barragán Bechara JC, Riaño Casallas MI, Martínez M. Redes integradas de servicios de salud: hacia la construcción de un concepto. *Universidad y Salud* [Internet]. 2012;14(2):186-96. Disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/reus/v14n2/v14n2a08.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v14n2/v14n2a08.pdf)
10. LaForge K, Gold R, Cottrell E, Bunce AE, Proser M, Hollombe C, et al. How 6 Organizations Developed Tools and Processes for Social Determinants of Health Screening in Primary Care: An Overview. *J Ambul Care Manage* [Internet]. 2018;41(1):2-14. doi: <https://doi.org/10.1097/jac.0000000000000221>
11. Khan MS, Hashmani FN. Political and technical barriers to improving quality of health care. *The Lancet* [Internet]. 2018;392(10160):2146-7. Disponible en: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32075-0/full-text](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32075-0/full-text)
12. Finley CR, Chan DS, Garrison S, Korownyk C, Kolber MR, Campbell S, et al. What are the most common conditions in primary care?: Systematic review. *Canadian Family Physician* [Internet]. 2018;64(11):832-40. Disponible en: [www.cfp.ca/content/64/11/832](http://www.cfp.ca/content/64/11/832)
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Gobierno de Guatemala/OPS, Sede de Guatemala. Desigualdades en salud en Guatemala. 2016.
14. Clèries Costa X, Josep Sarrado Soldevila J, López Vicente P. La atención primaria y el poder resolutivo del sistema de salud: un estudio desde los profesionales. *Atención Primaria* [Internet]. 2007;39(8):411-6. doi: <https://doi.org/10.1157/13108615>
15. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2022;72(715):e84-90. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0340>
16. Bass C, Ruiz M. Identificación de factores relacionados con la rotación laboral de los médicos que trabajan en centros de salud de atención primaria del Gran Santiago. Santiago: Sociedad Chilena de Políticas Públicas, Centro de Políticas Públicas UC; 2010.
17. Wang H, Jin Y, Wang D, Zhao S, Sang X, Yuan B. Job satisfaction, burnout, and turnover intention among primary care providers in rural China: results from structural equation modeling. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2020;21(1):12. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1083-8>
18. Karuna C, Palmer V, Scott A, Gunn J. Prevalence of burnout among GPs: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2022;72(718):e316-24. doi: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0441>
19. Domínguez-López ML, Torres-Ávila D. Gobernanza en salud pública. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina* [Internet]. 2022;10(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2308-01322022000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-01322022000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
20. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: ISAGS; 2012.
21. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 030-2020-MINSA que aprueba el documento técnico «Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)» [Internet]. Lima; 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/414755>
22. Bass del Campo CG. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resoluntividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? [Internet]. 2012;12(11):e5571. doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571
23. Ministerio de Salud de Chile. Informe de Implementación. Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el Sistema Público de Salud. Período 2014-2017. Santiago de Chile; 2018.
24. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley del Seguro Social. México; 2015.
25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Organización de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención. México; 2017.



26. Instituto Mexicano del Seguro Social. Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002. México; 2012.
27. Huerta González JL. Medicina Familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad. México D. F.: Editorial Alfil; 2007.
28. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio. Boletín Oficial del Estado Español. 1998. Disponible en: [www.boe.es/eli/es/rd/1998/07/31/1753/con](http://www.boe.es/eli/es/rd/1998/07/31/1753/con)
29. Jefatura del Estado. Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2006;34864-70. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-17498>
30. Comisión Nacional de la Especialidad de MFC, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Barcelona: semFYC Ediciones; 2005. Disponible en: [https://amf-semfyc.com/upload\\_fck/files/Programa%20Especialidad.pdf](https://amf-semfyc.com/upload_fck/files/Programa%20Especialidad.pdf)
31. Ministerio de Presidencia del Gobierno. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del Título de Médico Especialista. BOE [Internet]. 1984; 2524-8. Disponible en: [www.boe.es/boe/dias/1984/01/31/pdfs/A02524-02528.pdf](http://www.boe.es/boe/dias/1984/01/31/pdfs/A02524-02528.pdf)
32. Ciriacos Copanesos C, Pietrafesa Favale D, Pérez Roca M, et al. Historia de la Medicina Familiar en Uruguay. Bol Mex His Fil Med [Internet]. 2006; 9(2): 75-80. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2006/hf062g.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2006/hf062g.pdf)



# LA MFYC EN LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y SU CAPACIDAD DE RESPUESTA ANTE LAS EMERGENCIAS (COVID-19 Y OTRAS): APORTES PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA

## Editoras

Jacqueline Ponzo y Alejandra Zarazúa

## Autoras y autores

**Cono Sur:** Mariela Quiroz, Humberto Berríos, Camilo Bass, Valeria Santillán, Virginia Cardozo, Leonardo Savassi y Marcela Cuadrado

**Grupo de jóvenes:** Julieta Bitler y Eliana M Vesga Céspedes

**Iberia:** Elena Polentinos Castro, Gil Correia, Verónica Casado Vicente y María Fernández García

**Mesoamérica:** Roberto Martínez Cabrera, Marina Almenas, Ginnette Sánchez, Gad Gamed y Georgina Farfán

**Ministerio de Salud Pública y de Asistencia Social de Guatemala:** Moisés Mayen, Verónica Castellanos y Julio Lone

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Guatemala:** Edgar González, Ada Vargas, Jorge Alvarado, Alejandra Zarazúa y Beatriz Rivas

## INTRODUCCIÓN

La especialidad de MF/MFyC se constituyó como tal ante la necesidad de jerarquizar la atención sanitaria integral, centrada en el ser humano de manera multidimensional, en su familia y en su comunidad, y fundamentada científicamente.

En ese sentido, la estrategia de APS se posicionó a nivel mundial a partir de la Conferencia Internacional de APS celebrada en Alma-Ata en el año 1978 y la Declaración resultante<sup>1</sup>. Consiste en un abordaje integral del proceso salud-enfermedad estrechamente relacionado con los aspectos socioculturales de las personas, familias y comunidades. Este enfoque es coincidente con los elementos o principios de la especialidad en MF/MFyC tales como la atención integral, la longitudinalidad, el énfasis en la prevención y la promoción de la salud, la atención apropiada, la gestión de los recursos y la participación activa en las políticas de salud. La aplicación de esta estrategia ha mejorado la eficiencia de diversos sistemas de salud, lo que ha reducido las desigualdades y logrado notables resultados sanitarios, como la disminución de la mortalidad y la mejora de la expectativa de vida.

La MF/MFyC es parte fundamental del equipo del primer nivel de atención, donde cumple funciones asistenciales adaptando su práctica a la comunidad donde actúa, y a las características concretas del sistema para desplegar sus componentes familiares y comunitarios. La rama ha desempeñado un importante papel en las agendas de políticas de salud de varios países, lo que ha fortalecido el debate sobre la necesidad de una atención a la salud basada en la APS, además de su integración en otros niveles



de complejidad como los hospitales y en la gestión en ministerios o secretarías para el establecimiento de estrategias nacionales y locales.

Por estas características de la especialización, así como el contexto de este trabajo (la VIII Cumbre en Guatemala, país encaminado a la instalación de la especialización en MFyC), resulta primordial tener un conocimiento del sistema de salud de Guatemala. Esto contribuirá a visualizar posibles aportes de la introducción de la rama, así como posibles caminos para la implementación y el desarrollo en dicho país.

## EL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA

Su sistema sanitario puede definirse como tripartito, segmentado y fragmentado. El principal proveedor de servicios de salud es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); en segundo lugar, tomando en cuenta el porcentaje de población a cargo, se ubica el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). En tercer lugar se encuentra el subsector privado<sup>2</sup>.

El MSPAS, por mandato constitucional, es el rector del sector sanitario y está obligado a atender a toda la población del país. Sin embargo, cuenta con fuertes limitaciones presupuestarias que condicionan su capacidad de respuesta. Se estima que brinda cobertura únicamente a una parte de la población, que oscila entre el 57% y el 70%. El MSPAS es, además, el encargado de liderar el desarrollo de políticas de salud y de regular la prestación de servicios de salud a nivel nacional. Su modelo de atención está enfocado principalmente a la atención materno-infantil y se fundamenta en un enfoque de salud bio-médico, curativo y centrado en la enfermedad, con limitados esfuerzos en materia de prevención de enfermedades y promoción de la salud<sup>2</sup>.

El IGSS es una institución autónoma de derecho público con personería jurídica propia y con capacidad de adquirir derechos y obligaciones. Se basa en los principios de la seguridad social y brinda cobertura a aproximadamente el 18% de la población del país. Se financia a través de la contribución tripartita entre el Estado, los trabajadores y los empleadores. Cubre, en materia de salud y de prestaciones pecuniarias, a las y los trabajadores del sector formal de la economía, sus cónyuges y criaturas menores de siete años. También brinda cobertura a los pensionados que aportaron a la Seguridad Social y a los jubilados del Estado. En este sistema, los y las trabajadores y empleadores aportan a la Seguridad Social un porcentaje de su salario mensual.

Por su lado, el subsector privado o lucrativo atiende a la población con un seguro privado y a aquella que accede a los servicios de salud mediante el pago directo. Este sector se financia principalmente con el gasto de bolsillo de las personas. En general, el gasto de bolsillo en el sistema de salud de Guatemala se estima en un 56,3% del gasto corriente en salud<sup>2</sup>.

Además de estos tres grandes subsectores constitutivos del sistema de salud guatemalteco, se reconoce el subsector comunitario, el cual, desde el modelo de Medicina Indígena Maya, brinda servicios de atención a la salud. También ofrece servicios la Sanidad Militar del Ministerio de la Defensa y Gobernación, que atiende a miembros de las Fuerzas Armadas y la Policía y a sus familias (algo menos del 0,5% de la población). Finalmente, existen asociaciones y organizaciones de la sociedad civil o religiosas que operan sin fines de lucro y municipalidades que prestan servicios de salud a nivel nacional.

Ante la ausencia de enlaces funcionales o una distribución de funciones entre los subsistemas, la provisión de servicios de salud en Guatemala no logra alcanzar la cobertura universal de salud. La población se ve afectada por esta organización, con grandes limitaciones en el acceso y servicios diferenciados que no garantizan la equidad. Estas condiciones han llevado al país al continuo deterioro de los indicadores sanitarios, y, sobre todo, al desgaste de la calidad de vida de la población, problemática que es urgente resolver. En respuesta a esto, el MSPAS, en conjunto con el IGSS, busca ampliar la cobertura y el acceso de la población a la salud, principalmente en el primer nivel de atención. Esto ha motivado la instalación de un ámbito de trabajo coordinado para fortalecer el sistema de salud. En ese sentido, en ese proceso se identificó como paso clave y necesario la implementación de la especialización en MFyC.



## LA MF/MFYC ANTE LA COVID-19 Y OTRAS EMERGENCIAS SANITARIAS

En el contexto epidemiológico de pandemia por COVID-19, el papel del personal especialista en MFyC fue destacado en contribuciones como:

- Identificación y seguimiento oportuno de los casos: aplicación de definiciones de caso, detección de signos de alarma en las personas atendidas para poder decidir el tratamiento domiciliario o el traslado a otro nivel de atención.
- Rastreo de contactos con un abordaje biopsicosocial e integral.
- Tratamiento de complicaciones o secuelas inherentes a la COVID-19.
- Atención y seguimiento de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles y otras infecciosas emergentes, sea que padecieran o no COVID-19, así como en respuesta a problemas de salud originados por desastres naturales concomitantes.
- Difusión de información acorde a la vigilancia epidemiológica activa promoviendo la articulación, coordinación y complementación con equipos multidisciplinarios.

El afrontamiento a la pandemia llevó a reevaluar la preparación que existía ante las emergencias sanitarias, lo que hizo concluir que esta era dispar en los distintos países. Por ejemplo, Chile, desde el año 2005, ejecutaba estrategias para afrontar las emergencias y los desastres como los terremotos, frecuentes por su disposición geográfica, mediante planes de capacitación orientados a la respuesta integral a través de equipos multidisciplinarios, simulaciones y ejercicios con participación del área clínico-asistencial y de salud pública. En España, el SNS tiene como eje la AP. El territorio está organizado en Áreas de Salud, cada una de las cuales cuenta, al menos, con un hospital. Cada área se subdivide en zonas básicas sanitarias, que tienen un centro de atención, donde trabaja el equipo de AP, el cual incluye siempre especialistas en MFyC. En el 2020, durante la pandemia, se atendieron un total de 379 millones de consultas, lo cual representa un aumento de la actividad de 12,3 millones respecto al 2019 (+3%). Además, se notó un aumento de la actividad domiciliaria (13,5 millones de visitas) y un incremento considerable en las labores de vacunación antigripal y antineumocócica.

## LA MF/MFYC MÁS ALLÁ DE LAS EMERGENCIAS SANITARIAS

Ambas, como especialidades esenciales para la transformación de los sistemas de salud, cumplen un papel fundamental en la AP en salud, con evidencias científicas contundentes en las que destacan los mejores indicadores sanitarios en los países donde se desarrolla. Es necesario que los Gobiernos puedan reconocer la necesidad de tener sistemas de salud sostenibles, y la importancia que para ello tiene que estén basados en el primer nivel de atención y la estrategia de APS articulada, integrada y coordinada. Para ello, deben asegurar su financiamiento sobre la base de la protección económica de las familias y la equidad en el acceso y el uso de los recursos.

Con el objeto de presentar el papel que ha jugado la especialidad en MF/MFYC para la transformación de los sistemas de salud de la región, con énfasis en la estrategia de APS, en este trabajo se analizan las orientaciones generales que caracterizan a la rama en los diferentes modelos que adoptan los sistemas de salud, así como la atención longitudinal y continua dentro y fuera de situaciones de emergencia sanitaria.

Se pretende que este estudio sea transparente y preciso, y produzca aportes accesibles a diferentes actores de los sistemas y servicios de salud, tanto para los usuarios y usuarias como para la comunidad organizada, los proveedores de atención médica, los investigadores y los responsables de la formulación de políticas de salud.



## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Analizar los aportes de la MF/MFyC en la transformación de los sistemas de salud, sus aportes a la AP y su papel en contextos de emergencias sanitarias.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el papel que la especialidad MF/MFyC ha desarrollado en todas las regiones para la implementación de sistemas de salud basados en la APS.
- Destacar el papel de las y los especialistas en MF/MFyC en los diferentes sistemas de salud e identificar los posibles aportes al sistema de salud de Guatemala.
- Evaluar el modelo de atención de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias.
- Reconocer la participación activa de la MF/MFyC en la emergencia sanitaria por COVID-19 en los países de la Región Iberoamericana.
- Describir los aportes de la MF/MFyC en otras emergencias sanitarias, como las enfermedades crónicas no transmisibles, infecciosas y los desastres relacionados con fenómenos naturales.
- Identificar la importancia del uso de las TIC en la práctica de la MF/MFyC.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática, cualitativa/narrativa sin metaanálisis. Este tipo de revisión identifica, analiza, valora e interpreta el conocimiento sobre un tema específico. Además, permite resumir los aspectos clave del conocimiento sobre un tema en un momento dado y produce una opinión experta apoyada por datos o evidencia científicos.

Para ello, se realizó la revisión de la literatura tomando como criterio de inclusión que los estudios analizaran variables que pudieran aportar o vincularse al tema «Aportes de la MFyC en la transformación de los sistemas de salud y sus capacidades de respuesta ante emergencias sanitarias». Se llevaron a cabo dos estrategias de búsqueda, una para la delimitación del tema de las contribuciones de la MF/MFyC a la transformación de los sistemas de salud, y otra para las capacidades de respuesta ante las emergencias y la COVID-19. Tanto a través de la lectura del título como de la lectura crítica completa de los trabajos se procedió a la focalización de las variables de interés para decidir su inclusión en el estudio. Pocos después, los autores llevaron a cabo este proceso de forma independiente. La revisión se hizo en cada una de las subregiones que conforman la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA Iberoamericana - CIMF): Cono Sur, Iberia, Mesoamérica y Países Andinos, y el movimiento de jóvenes especialistas y residentes (Waynakay) entre agosto y septiembre del año 2022. Los documentos que resultaron de esta primera etapa se integraron durante octubre de 2022 (fase II de la VIII Cumbre). En esta fase el grupo de trabajo fue regional y estaba integrado por las personas que habían participado de la revisión inicial. La narrativa incluía las experiencias de los países registradas en los documentos subregionales, algunas de las cuales no estaban documentadas en publicaciones previas, sino que fueron protagonizadas por los autores.

A partir de los resultados se elaboraron recomendaciones, orientadas particularmente para Guatemala, que en sus conceptos generales se consideran válidas para todos los países de la región.



## RESULTADOS

Se siguen tres formas de presentación de los resultados: la narrativa que integra los conceptos y evidencias, la presentación descriptiva de la evidencia relevante y la sistematización de algunos aspectos clave presentada en cuadros.

### LA MF/MFYC EN LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El modelo de salud familiar y comunitaria constituye una ruta para avanzar hacia la equidad en el acceso a la salud de la población. Este es un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención que afectan, especialmente, a grupos socialmente excluidos que acumulan ciertas vulneraciones de sus derechos. Ante esto, es necesario responder a las necesidades y expectativas a fin de ofrecer una atención integral con calidad, calidez y respeto, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad y solidaridad.

La atención que ofrece la MF/MFYC es integral y próxima. Está centrada en las personas y está enfocada en cada etapa del ciclo de vida para el cuidado de la salud, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades prevalentes y emergentes. Se ocupa tanto de la reparación del daño como de la rehabilitación con un enfoque preventivo amplio. Además, incorpora en esta atención el enfoque familiar. Conoce ese contexto, integra el análisis del ciclo familiar, sus crisis normativas y paranormativas, así como la estructura y funcionalidad del núcleo familiar. La orientación comunitaria de la atención permite integrar momentos de promoción de salud y prevención de enfermedades en una perspectiva colectiva, así como acciones dirigidas al ambiente. También permite la integración de la participación comunitaria en los servicios de salud a diferentes niveles de acuerdo con las posibilidades.

A partir de la Declaración de Alma-Ata de 1978<sup>1</sup>, la APS se adoptó como estrategia central para alcanzar la «Salud para Todos». Esta meta, planteada para el año 2000, no se alcanzó entonces y aún sigue pendiente. Sucesivamente se han realizado revisiones del tema y profundización en las limitaciones para lograrlo. En el año 2003, en ocasión de los 25 años de Alma-Ata, se inició un proceso con el propósito de revitalizar la capacidad de todos los países y organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permitiese resolver los problemas de salud prevalentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. En la reunión del Consejo Directivo de la OPS de dicho año, los Estados miembros de la OPS emitieron un mandato para fortalecer la APS (Resolución CD44.R6). Esto dio lugar a una consulta regional que se celebró en Montevideo en el año 2005, y tuvo como resultado la Declaración de Montevideo, aprobada en la Asamblea Regional de la OPS/OMS de dicho año<sup>3</sup>. Por último, el proceso de construcción de lineamientos culminó con el documento La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: un Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), publicado en el año 2007<sup>4</sup>.

Este documento reafirmaba la Declaración de Alma-Ata y al mismo tiempo planteaba su renovación al ubicar en el centro a los sistemas de salud para la implementación efectiva de la estrategia de APS, que, según afirma, es válida para todos los países. Organiza sus componentes en valores, principios y elementos e incorpora la sostenibilidad y el énfasis en la calidad como aspectos fundamentales. Los valores que plantea como rectores de estos sistemas de salud necesarios son el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad. Entre los principios se destacan: la orientación de los sistemas de salud a las necesidades de las personas, la justicia social, la participación, la intersectorialidad, la responsabilidad de los Gobiernos y la sostenibilidad y orientación a la calidad, ya mencionadas. Los elementos que incluye son: acceso y cobertura universal, atención integral, integrada y continua (capaz de responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, la prevención, el diagnóstico precoz, la atención curativa, rehabilitadora y paliativa y el apoyo para el autocuidado), orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción de la salud y prevención, atención apropiada, mediante la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes, mecanismos activos de participación (la APS como parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioe-



conómico, involucrando la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles), marco político e institucional sólidos, programas proequidad, organización y gestión óptimas, recursos humanos adecuados, recursos adecuados y sostenibles y acciones intersectoriales<sup>4</sup>.

Los elementos que destaca La Renovación de la APS están muy relacionados con el enfoque de la MF/MFyC, lo cual permite señalar que la incorporación de la especialidad en los sistemas de salud y su papel protagónico en la red de servicios del PNA es un elemento clave y favorecedor del avance necesario. La MF/MFyC es una especialidad clínica con capacidad resolutoria para la atención de una amplia gama de problemas de salud en distintas etapas del ciclo vital. No obstante, su desempeño no se limita al ámbito asistencial. Es destacada la participación de especialistas en MF/MFyC en diferentes áreas que se vinculan con la implementación de la APS y la transformación de los sistemas de salud:

- **Actividad asistencial:** el y la especialista tienen una acción predominantemente extrahospitalaria que cuenta con un enfoque integral del proceso salud-enfermedad y aborda la problemática sanitaria con la comunidad. La estrategia de APS y la priorización del PNA permiten realizar la atención en estrecha relación con los aspectos sociales y culturales de las personas, familias y comunidades. Exige, por tanto, competencias disciplinares específicas del área social y de salud pública. Por tanto, la MF/MFyC permite el desarrollo de una medicina con conocimientos, habilidades y actitudes certificadas, adecuadas para proporcionar un cuidado integral y longitudinal a las personas, familias y comunidades trabajando en equipos de salud multiprofesional, de manera ordenada y racional, en coordinación con los otros niveles de atención, lo que elevará la calidad.
- **En la gestión:** esta especialidad se ha incorporado en muchos países de esta región en diversos niveles de gestión, nacionales y subnacionales. Esto ha logrado fortalecer el desarrollo de programas y servicios de salud basados en la APS. Su aporte en este aspecto ha repercutido en un esfuerzo por reducir las inequidades en salud. Así, la apuesta de transformación del sistema de salud tiene como objetivo avanzar hacia la universalización de la protección social en materia de salud. Iberoamérica —y América Latina en particular— se caracteriza por la diversidad de sus sistemas de salud, siendo algunos altamente fragmentados, con duplicación de servicios y otros con mayores avances para superar la fragmentación e incorporar la APS. No obstante, los avances no aseguran logros definitivos. En la Subregión Iberia, España y Portugal, con sistemas de salud consolidados y basados en la AP y la especialidad en MF/MFyC, actualmente se acumulan amenazas para su continuidad y calidad. Esto advierte que esta construcción es un proceso continuo, aun cuando se alcanzan objetivos de transformación.
- **Participación en la organización del PNA:** Implica el uso de estrategias que permitan resolver con eficiencia la gestión de los recursos en un amplio territorio. Un aspecto clave en este punto es la gestión de la base territorial con una definición de áreas de responsabilidad vinculadas a equipos de salud estables. Esto permite definir la cantidad de especialistas en MF/MFyC y otros perfiles profesionales necesarios según la densidad, las necesidades de la población y las características del territorio (p. ej.: urbano, suburbano, rural, remoto; disponibilidad de infraestructura y otro tipo de recursos, etc.). El trabajo para fortalecer la inserción de la especialidad en los equipos y servicios del PNA ha tenido avances en diferentes países, pero aún presenta dificultades. Una de ellas está relacionada a la disponibilidad de especialistas, pero también es necesario ampliar su visibilidad y valoración social.
- **Participación de la agenda política:** un papel importante que ha cumplido la especialidad ha sido fortalecer el debate en los países sobre la necesidad de una atención basada en la APS, con un fuerte primer nivel de atención y una atención a la salud con integralidad basada en un enfoque familiar y comunitario. Las sociedades científicas de MF/MFyC se han convertido en unos interlocutores válidos para los gobiernos. Este aspecto se da tanto en las acciones de incidencia sobre los decisores en salud como en el crecimiento del papel activo de las comunidades y su empoderamiento, que redundan en la demanda de estos aspectos que permiten la atención de calidad.

Esta inserción de la MF/MFyC en el nivel político también ha contribuido al avance de la perspectiva de derechos en la agenda de salud y en la cartera de servicios brindada desde el PNA. Destaca el acceso a los derechos sexuales y reproductivos (entre ellos la gestión de riesgos y la reducción del daño por una interrupción voluntaria del embarazo), la atención integral a las personas trans y a toda la diversidad



sexual, así como la accesibilidad de la atención de personas que viven con VIH, la atención a personas privadas de libertad, la perspectiva comunitaria de la salud mental, la atención a migrantes desde la perspectiva de interculturalidad y la profundización de la perspectiva de género en la atención a la salud. La creatividad de los equipos en el territorio, incluida la coordinación interinstitucional, forma parte de los procesos de micro y mesogestión que afrontan y resuelven cada día desde la especialidad.

Un aspecto central es la importancia de la rectoría de los sistemas de salud desde los Ministerios de Salud. Cuando esto se ve debilitado, aumentan las lógicas de mercado que debilitan la atención a la salud como derecho de las personas. A esto se suman las dificultades debido a la libre competencia con sistemas privados de prestaciones sanitarias, y la perpetuación de la percepción de la comunidad de lo público como equivalente a mala calidad. Son necesarias fuertes políticas públicas en salud para proteger el derecho de la población a una atención de calidad, promover la equidad y limitar la lógica de mercado en la salud.

Existe cierta diversidad en el grado de participación social alcanzado en diferentes países y sus formas de incidencia. La MF/MFyC incentiva que las y los usuarios sean parte de la gestión de los servicios de salud, aunque se necesita un mayor desarrollo de este aspecto en los países.

## EVIDENCIAS DE LOS APORTES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS DE LA AP (O PNA) Y DE LA MF/MFYC

Son sólidas las evidencias que demuestran el potencial de la atención médica basada en la APS y la MF/MFyC para obtener mejores resultados en salud y reducir la morbilidad y mortalidad. La presencia en los sistemas de salud del PNA o la AP<sup>f</sup> fuerte está asociada con una mejor salud de la población, una mejor salud autopercebida y menos hospitalizaciones innecesarias. El número de los médicos y médicas MF/MFyC en AP cada 10.000 habitantes se relacionan con una reducción de la mortalidad por todas las causas y la mortalidad específica por cáncer, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la reducción de la mortalidad infantil, el bajo peso al nacer y la mala salud autopercebida. La variable de la AP que más se relaciona con la variación de los indicadores de salud es el número de los médicos y médicas de MF/MFyC en la AP y el PNA.

También se ha observado que las personas que sufren enfermedades crónicas, que en gran parte pueden ser tratadas en la AP por los médicos y médicas de MF/MFyC (personas con multimorbilidad, fragilidad, problemas de salud mental, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC, asma, cardiopatías, entre otras) pierden menos años de su esperanza de vida total. En definitiva, existe evidencia de que las personas que reciben cuidados, preferentemente de especialistas en MF/MFyC, son más saludables. En Europa, los países con mejor AP tienen una población más sana.

Farmer *et al.* (1991) fueron los primeros en demostrar con datos obtenidos de todos los condados de los EE. UU. que las tasas de mortalidad más bajas (ajustadas por edad) eran aquellas con mayor densidad de personal médico de familia<sup>9</sup>. Asimismo, otros estudios han demostrado el impacto que los médicos de familia y la AP tienen sobre la accesibilidad, la longitudinalidad, la relación médico-persona asistida y la integralidad; y la relación que estas características tienen sobre los niveles de salud<sup>6-13</sup>.

Starfield encontró, por su parte, que la calidad de la AP se relaciona con mejores resultados en salud<sup>14</sup>, mientras que otros estudios demuestran el impacto positivo que la MF/MFyC y la AP tienen sobre la ac-

<sup>f</sup> En algunos países se utiliza la expresión Atención Primaria (AP) en el mismo sentido que Primer Nivel de Atención (PNA). En los países de América Latina es predominante el uso de PNA, mientras que en España está fuertemente arraigada la expresión AP, muchas veces abreviada como «la Primaria». En este texto se mantienen ambas expresiones para dar lugar a la forma usual de denominación de las prácticas en la región Iberoamericana. Es necesario señalar que la AP no es equivalente a la APS, lo cual suele ser una confusión habitual. La AP, en cambio, debe leerse como sinónimo de la PNA. Además, es importante señalar que tanto la APS fuerte como la AP fuerte en los sistemas de salud se asocian con unos mejores resultados en el bienestar, lo cual puede contribuir a aumentar la confusión.



cesibilidad, la longitudinalidad y la relación medicina-persona atendida, así como sobre la integralidad y la relación que estas características tienen sobre los niveles de salud. A continuación, se presentan cronológicamente las principales evidencias identificadas:

- Farmer F, Stokes S, Fiser R, Papini D, Poverty P. Primary care and age-specific mortality. J Rural Health [Internet]. 1991;7(2):153–69. (Pobreza, atención primaria y mortalidad específica por edad). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.1991.tb00716.x>
- Shi L. The relationship between primary care and life chances. J Health Care Poor Underserved. 1992;3(2):321–35. doi: 10.1353/hpu.2010.0460.PMID: 1420668. (La relación entre la atención primaria y las oportunidades de vida).
- Shi L. Primary care, speciality care and life chances. Int J Health Serv [Internet]. 1994;24(3):431–58. (Atención primaria, atención especializada y oportunidades de vida). doi: <https://doi.org/10.2190/bduu-j0jd-bvex-n90b>

Este primer grupo de estudios ubicados en los inicios de la década de 1990<sup>15-17</sup> mostraron que, en Estados Unidos, los estados con una mayor proporción de médicos de AP por población tenían mejores indicadores de salud, incluidas las tasas más bajas de todas las causas de fallecimiento: mortalidad por enfermedades cardíacas, cáncer o accidentes cerebrovasculares; mortalidad infantil; bajo peso al nacer; y mala salud autodeclarada, incluso después de controlar las variables sociodemográficas (porcentajes de personas mayores, urbanas y de minorías, educación, ingresos, desempleo y contaminación). También se tuvieron en cuenta los factores relacionados con el estilo de vida (uso del cinturón de seguridad, obesidad y tabaquismo):

- Starfield B. Is primary care essential? Lancet [Internet]. 1994;344(8930):1129–33. (¿La atención primaria es esencial?). doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(94)90634-3)

En ese sentido, Barbara Starfield es una autora clave para entender la pertinencia y necesidad de la AP y su relación con la MFyC. En este estudio comparativo de once países, ya mencionado, observó las características que confieren calidad a la AP. Al mismo tiempo, midió la satisfacción, el gasto per cápita, los indicadores de salud y la medicación per cápita. Concluyó que aquellos países que tenían mejor calificada su AP contaban con mayores niveles de satisfacción de la población, mejores indicadores de salud, menos gasto y medicación per cápita<sup>14</sup>:

- Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Politzer R. Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States: a longitudinal analysis, 1985–1995. Stroke [Internet]. 2003;34(8):1958–64. (Atención primaria, desigualdad de ingresos y mortalidad por accidente cerebrovascular en los Estados Unidos: un análisis longitudinal, 1985–1995). doi: 10.1161/01.STR.0000082380.80444.A9. Epub Jul 3 2003. PMID: 12843344.

En este estudio de Leiyu Shi, James Macinko, Barbara Starfield *et al.*, publicado en 2003<sup>18</sup> la AP se asoció negativamente con la mortalidad por accidente cerebrovascular en los modelos que incluían todas las covariables ( $p < 0,0001$ ), o sea que a mayor AP se correspondió menor mortalidad. El impacto de la desigualdad de los ingresos en la mortalidad por ictus se redujo en presencia de la AP ( $p < 0,0001$ ), pero desapareció al añadir las covariables ( $p > 0,05$ ):

- Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and cancer mortality in US counties: a comparison between urban and non-urban areas. Public Health [Internet]. 2005;119(8):699–710. (Atención primaria, desigualdades sociales y mortalidad por todas las causas, enfermedades cardíacas y cáncer en los condados de Estados Unidos: una comparación entre áreas urbanas y no urbanas). doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2004.12.007>

Dos años más tarde, el mismo grupo de autores del estudio citado previamente analizó la mortalidad y la AP en las áreas urbanas y no urbanas de los condados de Estados Unidos en forma comparativa. Los resultados muestran que, en los condados no pertenecientes al área metropolitana, el aumento de la oferta de médicos de AP podría ser una forma de abordar las necesidades sanitarias de las poblaciones rurales. En los condados del área metropolitana, la asociación entre la AP y los resultados sanitarios parece ser más compleja, y es probable que requiera una intervención centrada en múltiples frentes<sup>19</sup>:



- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502. (Contribución de la atención primaria a los sistemas de salud y a la salud). doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145.

En estos trabajos los autores realizaron un recopilatorio de evidencias y establecieron la contribución de la AP y de la MF/MFyC a los sistemas sanitarios y a la salud. Incluyeron los estudios de la oferta de médicos de AP, los estudios de personas que identificaron la AP como su fuente habitual de atención, y estudios que relacionaban la atención por los servicios de AP de alta calidad con el estado de salud. De hecho, la evidencia sobre la influencia de la AP en la salud se ha ido acumulando desde que los investigadores han podido distinguir la AP de otros aspectos del sistema de prestación de servicios sanitarios. Se ha demostrado que la AP ayuda a prevenir la enfermedad y la muerte, independientemente de que la atención se caracterice por la oferta de los médicos y médicas de AP, la relación con una fuente de AP o la recepción de características importantes de la AP. La evidencia también muestra que la AP (en contraste con la atención especializada hospitalaria) está asociada con una distribución más equitativa de la salud en las poblaciones, un hallazgo que se mantiene tanto en los estudios transnacionales como dentro de los países. Estos autores indagaron también en las formas por las cuales la AP mejora la salud. Los hallazgos sugieren que el efecto poblacional se produce a través de mejorar la salud en general y reducir las diferencias de salud entre los principales subgrupos de población. Vale la pena recordar que la equidad es uno de los principios recomendados para los sistemas de salud. Según estos resultados, la AP lograría mejores resultados en salud, así como en equidad<sup>20,21</sup>.

Se ha examinado la relación entre la AP y la salud después de considerar otras variables potencialmente confusas. Uno de estos factores de desorden es la desigualdad de ingresos, es decir, el grado en que los salarios se concentran en determinados grupos sociales en lugar de estar distribuidos de forma equitativa. En 1999, Shi y sus colegas señalaron que tanto la AP como la desigualdad de ingresos tenían una influencia fuerte y significativa en la esperanza de vida, la mortalidad total, la mortalidad por accidentes cerebrovasculares y la mortalidad posneonatal a nivel estatal<sup>22</sup>. También descubrieron que las tasas de tabaquismo estaban relacionadas con estos resultados, pero el efecto de la oferta de médicos de la AP persistía después de que se controlara el tabaquismo<sup>22</sup>. Un estudio posterior (Shi y Starfield, 2000) confirmó estos resultados, esta vez utilizando la salud autoevaluada como resultado de salud<sup>23</sup>. Estas relaciones siguieron siendo significativas después de controlar por edad, sexo, raza/etnia, educación, trabajo remunerado (empleo y tipo), el salario por hora, los ingresos familiares, el seguro médico, la salud física y el tabaquismo.

## AP, SU IMPACTO Y SU RELACIÓN CON LA ESPECIALIDAD DE MF/MFyC

Luego de los estudios realizados a principios de la década de 1990<sup>5,16,17</sup> comentados anteriormente, Vogel y Ackerman<sup>24</sup> demostraron que la oferta de médicos de la AP se asociaba con un aumento de la esperanza de vida y con la reducción de las tasas de bajo peso al nacer.

Starfield *et al.* demostraron que el médico de AP debería contar con un perfil concreto, que es el del especialista en MF/MFyC, y que estos, en comparación con los médicos y médicas generales sin formación de posgrado, pediatras e internistas, obtienen mejores resultados en salud<sup>25</sup>.

Shi *et al.* analizaron la influencia del número de médicos de AP a nivel estatal, donde tuvieron en cuenta también la oferta de otros médicos especialistas. En estos análisis se observó, tanto en el mismo año, así como en los análisis con desfase temporal (en más de una década), que una mayor oferta de personal médico especialista en AP se asociaba con una menor mortalidad por todas las causas, mientras que una mayor oferta de médicos especialistas hospitalarios (focales) se asociaba con una mayor. Cuando la oferta de médicos de AP se desglosó en médicos y médicas de familia, internistas generales y pediatras, solo la oferta de personal médico de familia mostraba una relación significativa con la reducción de la mortalidad<sup>26</sup>.



Por otro lado, la mortalidad atribuida a los accidentes cerebrovasculares también se vio influida por la oferta de los médicos y médicas de AP. Utilizando once años de datos a nivel estatal, y ajustando por la desigualdad de ingresos, el nivel educativo, el desempleo, la composición racial/étnica y el porcentaje de residentes urbanos, la oferta de médicos de AP seguía estando significativamente asociada a la reducción de la mortalidad, e incluso anulaba el efecto adverso de la desigualdad de ingresos<sup>18</sup>. Igualmente, la mayor oferta de médicos de AP se asoció con una menor mortalidad infantil, y se mantuvo después de controlar varias características socioeconómicas y la desigualdad de ingresos<sup>27</sup>.

En esta línea, los análisis a nivel de condado en Estados Unidos confirmaron la influencia positiva de una adecuada proporción de médicos y médicas de AP al mostrar que la mortalidad por todas las causas, la mortalidad por enfermedades cardíacas y la mortalidad por cáncer eran menores cuando la oferta de profesionales de AP era mayor<sup>19</sup>. Cuando se examinaron por separado las zonas urbanas (condados que incluyen una ciudad con al menos 50.000 habitantes) y las zonas no urbanas, los condados no urbanos con un mayor número de personal médico de AP experimentaron un 2% menos de mortalidad por todas las causas, un 4% menos de mortalidad por enfermedades cardíacas y un 3% menos de mortalidad por cáncer que los condados no urbanos con un menor número de médicos y médicas de AP. En las zonas urbanas, sin embargo, la relación parecía más compleja, posiblemente como resultado del menor grado de desigualdad de los ingresos y de mayores diferencias étnico-raciales en las zonas urbanas.

La relación entre la oferta de profesionales de AP y la mejora de la salud no se limita a los estudios realizados en Estados Unidos. En Inglaterra, Gulliford documentó que la tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas entre los 15 y los 64 años era menor en las zonas con una mayor oferta de médicos de cabecera (en Inglaterra los pediatras y los internistas no se consideran ni funcionan como profesionales de AP). Cada médico y médica generalista adicional por cada 10.000 habitantes (un aumento del 15% al 20%) se asociaba con una disminución de la mortalidad de aproximadamente un 6%<sup>28</sup>. En estudio posterior (Gulliford *et al.*) descubrió que la proporción de médicos de cabecera por población estaba significativamente asociada a una menor mortalidad por todas las causas, mortalidad por infarto agudo de miocardio, mortalidad evitable, ingresos hospitalarios agudos (tanto crónicos como agudos) y embarazos de adolescentes. No obstante, la significación estadística desapareció tras controlar la privación socioeconómica y el tamaño de la asociación, lo que los autores interpretaron como que las características estructurales de las consultas de AP podían tener un mayor impacto en los resultados sanitarios que la mera presencia de los médicos y médicas de AP<sup>29</sup>. En ese sentido, los estudios posteriores han ido confirmando las evidencias recopiladas tempranamente.

- Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* [Internet]. 2007; 37(1): 111–26. (Cuantificación de los beneficios sanitarios de la oferta de médicos de atención primaria en Estados Unidos). doi: <https://doi.org/10.2190/3431-g6t7-37m8-p224>

Este estudio de Macinko, Starfield y Shi<sup>30</sup> aborda la siguiente pregunta: «¿El aumento del número de médicos de atención primaria mejoraría los resultados sanitarios en Estados Unidos?». Una búsqueda en la base de datos PubMed de artículos que contenían «primary care physician supply» o «primary care supply» en el título, publicados entre 1985 y 2005, identificó diecisiete estudios, y diez cumplieron todos los criterios de inclusión. Los resultados se volvieron a analizar para evaluar el tamaño del efecto de la AP y el efecto previsto en los resultados sanitarios de un aumento de una unidad de médicos y médicas de AP por cada 10.000 habitantes. Así, la oferta de personal médico de AP se asoció con la mejora de los resultados de salud, incluida la mortalidad por todas las causas, el cáncer, las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y la mortalidad infantil, el bajo peso al nacer, la esperanza de vida y la salud autocalificada. Esta relación se mantuvo independientemente del año (1980–1995) o del nivel de análisis (estado, condado, área estadística metropolitana (MSA y niveles no MSA)). Los resultados agrupados para la mortalidad por todas las causas sugieren que un aumento de un médico de AP por cada 10.000 habitantes se asocia con una reducción media de la mortalidad del 5,3%, o 49 por 100.000 al año.

- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007 Feb–Mar; 21(2/3). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7891>



Este artículo<sup>31</sup> es una publicación relacionada con el documento publicado por la OPS/OMS también en 2007 bajo este mismo nombre, con el agregado Documento de Posición de la OPS/OMS<sup>4</sup>. Macinko, Montenegro y Nebot, autores de este artículo, fueron los responsables de la elaboración de aquel documento oficial. Para ello, trabajaron en diálogo con el Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud en las Américas (integrado por Starfield, entre otros) durante la gestión de Etienne como directora general de la OPS. En esta publicación, realizada en la *Revista Panamericana de Salud Pública*, los autores destacaban que los datos científicos habían demostrado que la APS era un componente clave de los sistemas de salud eficaces y podía adaptarse a la gama de condiciones sociales, culturales y económicas diversas que existían en los países de la región. Además, plantearon el tema en términos de renovación en relación a la declaración original, enfatizando la necesidad de revisar la aplicación de la APS ante un nuevo paradigma sanitario que demandara adaptaciones de los servicios y sistemas de salud para hacer frente a los problemas actuales. Para el objetivo primordial de desarrollar y fortalecer los sistemas de salud basados en la APS en la Región de las Américas, señala la necesidad de que los profesionales de la salud, los ciudadanos, los Gobiernos, las asociaciones y los organismos internacionales hicieran esfuerzos importantes. Entre los valiosos aportes de este trabajo, se destaca la presentación de estrategias y la sistematización de los desafíos en la gestión de recursos humanos para sistemas de salud basados en la APS, lo cual se presenta en la **tabla 1**.

Los desafíos enumerados en la **tabla 1** dejan en claro que para la transformación de los sistemas de salud hacia modelos basados en la APS no serán suficientes las definiciones políticas en el campo de la salud. Se requiere prestar atención a los recursos humanos, tanto en relación con su formación como a la organización del trabajo.

- ↘ Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010 Mar;10:65. (La amplitud de la atención primaria: una revisión bibliográfica sistemática de sus dimensiones fundamentales). doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>

El estudio de Kringos *et al.*<sup>10</sup> es una revisión sistemática de la literatura sobre la AP restringida a las revistas en lengua inglesa, que informaban de investigaciones originales o revisiones sistemáticas. Se buscaron estudios publicados entre 2003 y julio de 2008 en MEDLINE, Embase, Cochrane Library, CINAHL, King's Fund Database, IDEAS Database y EconLit. Como resultado, se identificaron 85 estudios. Este repaso pudo aportar una visión de la complejidad de la AP como sistema multidimensional al identificar diez dimensiones básicas, agrupadas en tres niveles:

- ↘ Estructura: 1. gobernanza; 2. condiciones económicas y 3. desarrollo del personal.
- ↘ Proceso de atención: 4. acceso; 5. longitudinalidad; 6. coordinación y 7. integridad.
- ↘ Resultado de un sistema de atención primaria: 8. calidad de la atención; 9. eficiencia de la atención y 10. equidad en la salud.

**Tabla 1.** Desafíos de la gestión de recursos humanos en la Región de las Américas ante la transición a sistemas de salud basados en la AP

1. Los y las profesionales sanitarios en la AP (primer nivel de atención) tienen menor motivación y remuneración que otros especialistas.
2. El número de trabajadores y trabajadoras de la salud con la adecuada calificación es insuficiente para proveer una cobertura universal.
3. El trabajo en equipo no tiene el desarrollo ni el estímulo suficientes.
4. El personal profesional calificado prefiere trabajar en hospitales y en grandes urbes.
5. No hay un adecuado sistema de apoyo y supervisión en la AP.
6. La formación de pregrado y posgrado del personal de salud no responde a los requerimientos de la práctica de la AP.
7. La migración de los trabajadores y trabajadoras de la salud más capacitados hacia países de mayor desarrollo (fuga de cerebros) obstaculiza la aplicación de estas reformas en muchos países de la región.

APS: Atención Primaria.

Modificada de: Macinko J *et al.*<sup>31</sup>.



Existe una considerable base de evidencias que demuestran que la AP contribuye, a través de sus dimensiones, al rendimiento global del sistema sanitario y a la salud.

- Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2013 Nov;63(616):e742–50. (La solidez de la atención primaria en Europa: un estudio comparativo internacional). doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp13x674422>

A menudo se considera que los sistemas con una AP fuerte son la base de los sistemas sanitarios que proporcionan una atención de alta calidad, pero las pruebas que apoyaban esta opinión eran inicialmente algo limitadas. En este trabajo, Kringos *et al.*<sup>32</sup> tomaron datos comparativos de la AP recogidos en 2009–2010 como parte de un proyecto financiado por la Unión Europea, el Primary Health Care Activity Monitor for Europe. Su análisis demostró que una AP sólida estaba asociada a una mejor salud de la población, a tasas más bajas de hospitalizaciones innecesarias y a una desigualdad socioeconómica relativamente menor, medida por un indicador que relaciona los niveles de educación con la salud autocalificada. El gasto sanitario global era más elevado en los países con estructuras de AP más sólidas, quizá porque el mantenimiento de las estructuras de AP sólidas era costoso y promovía avances, como la descentralización de la prestación de servicios. Sin embargo, la AP integral también se asoció a un crecimiento más lento del gasto sanitario. Los autores recomendaron investigar más a fondo estas asociaciones, aunque cada vez hay más pruebas de que una AP sólida en Europa favorece la consecución de importantes objetivos del sistema sanitario.

- Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, De Belvis AG, Groenewegen PP. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2013 Sep;25(4):381–93. (Cómo lograr una organización óptima de la prestación de servicios de atención primaria a nivel de sistema: lecciones de Europa). doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt020>

En todos los países europeos existe una eficiencia relativamente razonable a la hora de prestar el mayor número posible de procesos en un nivel determinado de estructura de la AP. Es especialmente importante invertir en las condiciones económicas para lograr un equilibrio eficiente entre la estructura y el proceso. En ese sentido, solo cinco países tienen sistemas de AP totalmente eficientes a la hora de convertir la prestación de sus servicios en resultados de alta calidad utilizando una combinación similar de acceso, continuidad y amplitud, aunque difieren en las formas de adopción de la coordinación de servicios. Existe una gran variación en los niveles de eficiencia obtenidos por los países con una AP ineficiente a la hora de convertir su prestación de servicios en resultados de calidad. En el trabajo de Pelone *et al.*<sup>33</sup> se relacionan los índices de eficiencia entre la estructura y los procesos, y los procesos y los resultados. Algunos de los países con una AP fuerte no están entre los más eficientes en términos relativos. Un ejemplo de ello es España. Maximizar las funciones de la AP sin tener en cuenta la coherencia dentro del sistema de atención sanitaria no era suficiente desde el punto de vista de los responsables políticos cuando se pretendía lograr la eficiencia. Este hallazgo sugirió a los autores que, si se perseguía eficiencia y fortaleza, era clave el peso y valor que se le concedía a la AP en relación al resto del sistema, en cuanto a la financiación y el poder de regulación.

- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. *Observatory Studies Series*. 38. Copenhagen: OMS; 2015. (Construyendo atención primaria en una Europa en transformación. Serie de Estudios del Observatorio). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/>

Este trabajo<sup>34</sup> presenta resúmenes estructurados del estado de la AP en 31 países europeos. Estos resúmenes explican el contexto de la AP en cada país: la gobernanza y condiciones económicas, el desarrollo de la fuerza laboral de la AP, cómo se prestan los servicios de AP y la calidad y eficiencia de la AP. Publicado como libro, este trabajo se basa en el proyecto financiado por la Unión Europea (UE) y editado por la OMS como Observatorio de la actividad de la AP en Europa. Fue dirigido por el Instituto Holandés para la Investigación de Servicios Sociales NIVEL y cofinanciado por la Comisión Europea. Con 115 indicadores de estructura (gobernanza, condiciones económicas y desarrollo de los recursos humanos), proceso



(accesibilidad, continuidad, coordinación y resolutivez) y resultados (calidad, eficiencia y equidad) analizaron 31 paíes europeos. España estaba situada en tercer lugar, después de Reino Unido y Países Bajos en cuanto a criterios de estructura-proceso. En términos de proceso-resultados, los paíes más destacados fueron Dinamarca, España y Reino Unido.

- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract [Internet]*. 2022; 72(715): e84-90. (La longitudinalidad como determinante de la mortalidad, del uso de servicios de urgencias y de ingresos hospitalarios agudos). doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0340>

Sandvik *et al.*<sup>13</sup> realizaron el aporte significativo más reciente en este tema. Se trata de un estudio observacional basado en el registro de Noruega que abarca a 4.552.978 habitantes inscritos con su respectivo *general practitioner* (GP). Los autores analizaron la asociación entre la atención longitudinal por GP nombrado y el uso de servicios fuera del horario (OOH: *out of hours*), el ingreso hospitalario agudo y la mortalidad. La duración de la relación GP-paciente se asoció significativamente con un menor uso de los servicios de urgencias, menos ingresos hospitalarios agudos y una menor mortalidad. La presencia de una relación dosis-respuesta entre la continuidad y estos resultados indicaba que las asociaciones eran causales.

## APORTES DE LA MF/MFYC ANTE EMERGENCIAS SANITARIAS

Los paíes de la región tienen experiencias dispares en el afrontamiento de las emergencias sanitarias. La pandemia de la COVID-19 tuvo la particularidad de someter a todos los paíes y todos los sistemas de salud a la tensión y el desafío de afrontar la misma situación, más allá de la evolución diversa que la epidemia tuvo en cada lugar. Esto, unido al desconocimiento general en el tema y la incertidumbre asociada, hizo de la pandemia un espacio de aprendizaje compartido a escala nacional, regional y global, del cual quedaron lecciones aprendidas. La referencia a la COVID-19 en este texto no se trata de una vuelta al pasado, sino de lo contrario. Las circunstancias planetarias hacen previsible el aumento del alcance y la frecuencia de eventos climáticos graves, así como la emergencia y reemergencia de agentes infecciosos productores de enfermedades. Las crisis y emergencias sanitarias ya son parte de la cotidianidad o amenaza cierta en cualquier país. Así pues, los sistemas de salud deben incluir, de modo ineludible e impostergable en sus competencias y capacidades, la preparación para dar respuesta en estas situaciones. La COVID-19 se toma, entonces, como un «caso» que permitirá analizar el comportamiento de los sistemas de salud, el papel del PNA y los aportes de la MF/MFYC en su afrontamiento para extraer aprendizajes, conclusiones y recomendaciones.

La capacidad de respuesta del PNA y de la especialidad en MF/MFYC en situaciones de emergencia sanitaria ya era conocida<sup>35</sup>. Algunos estudios previos señalaron la importancia de la participación del primer nivel en la atención durante las epidemias, con una mirada integral que incluyera la prevención, detección precoz y rehabilitación. Durante estos episodios críticos, los equipos del PNA, además de atender la enfermedad epidémica, sostenían la atención de otros problemas de salud prevalentes que siguen presentes y podían agravarse durante la emergencia sanitaria. En la pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 emergente en el 2019, la mayoría de los casos fueron asintomáticos o leves. Al 31 de mayo de 2022, se habían reportado 6,9 millones de muertes por la COVID-19, pero el total estimado superaba el doble de esta cifra (17,2 millones)<sup>35</sup>. El déficit de datos afectó aún más a la información sobre las hospitalizaciones, de hecho, no se cuenta con datos globales sobre este parámetro de gravedad. No obstante, los datos disponibles en diferentes paíes confirman que solo una minoría de casos requería el ingreso hospitalario. A modo de ejemplo, se citaban datos de Uruguay de febrero del 2021, donde la tasa de incidencia acumulada era de 122,8 por 100.000 habitantes, la hospitalización de 5 por 100.000 habitantes, y la mortalidad de 1,73 por 100.000 habitantes<sup>37</sup>. Esta distribución evoca el clásico estudio de White *et al.*, que mostró que por cada mil personas solo el 0,9% se hospitalizaba, el 0,5% era remitido a otros especialistas, y únicamente el 0,1% era remitido a hospitales de mayor complejidad, señalando así que la mayor parte de los problemas y necesidades de salud transcurrían fuera del hospital<sup>38</sup>.



Estos datos muestran no solo la importancia de la atención calificada en el PNA, sino también la necesidad de preservarla y fortalecerla para una respuesta adecuada. Además, esta última pandemia dejó manifiesta la importancia de la gestión de recursos y la capacidad de la atención del PNA. Este fue primordial en la respuesta. Cuando contó con recursos y disposiciones que permitieron su desempeño, actuó con capacidad para diagnosticar, evaluar la severidad y derivar oportunamente a los siguientes niveles de atención, así como en el seguimiento pertinente de los casos que no requerían internación, y el mantenimiento de la comunicación y la vigilancia epidemiológica a nivel comunitario<sup>39, 40</sup>.

La MF/MFyC también cumplió un papel fundamental en el desarrollo de estrategias para mantener el marco integral e integrado de la salud en el contexto de pandemia para el seguimiento y tratamiento de otro tipo de problemas de salud, por ejemplo, de las enfermedades crónicas no transmisibles. Otro aspecto en el que aportó el PNA, y particularmente la MF/MFyC, fue en la contención de personas y familias en la situación de crisis e incertidumbre, la restricción de la movilidad y el estrés derivado de la situación general tanto como de la afectación particular de las personas y familias que padecieron la enfermedad. El vínculo longitudinal que ofrece la MF/MFyC constituye un soporte clave para las crisis derivadas de las situaciones de enfermedad. Aún más, en situaciones de emergencia este beneficio se potencia. La asistencia sanitaria brindada por la MF/MFyC garantiza, además, la atención de los niños y niñas y adolescentes y las consultas de salud sexual y reproductiva, la prevención primaria y secundaria, y otras necesidades que se convertirán rápidamente en morbimortalidad evitable de no recibir respuesta adecuada y oportuna.

Tanto la pandemia como las medidas de salud pública para su contención fueron una fuente de problemas de salud no abordables desde la distancia del segundo o tercer nivel de atención, ni desde la reorganización de las prestaciones ambulatorias basada en el cierre de los servicios, la pérdida del vínculo territorial y de la relación médico-paciente, médico-comunidad. Dada la capilaridad de los servicios del PNA en los distintos países, era de esperar la asignación de un papel importante de estos servicios en la producción de salud, la prevención de complicaciones, la detección temprana y el mantenimiento de la atención de diferentes condiciones en la situación de emergencia sanitaria. No obstante, el diseño de la respuesta sanitaria en la mayoría de los países no tuvo en cuenta al PNA. En algunos casos (Argentina, Uruguay y Brasil) la reacción inicial de las autoridades sanitarias o institucionales fue la retracción de los servicios de salud del PNA (obras sociales en Argentina, policlínicas barriales en Uruguay) con destino de los y las especialistas en MF/MFyC a tareas y locaciones alejadas de su población, el cierre de servicios o la reducción del personal y el horario de disponibilidad en servicios del PNA.

En Brasil la experiencia fue principalmente de ausencia de orientaciones, lo cual también redundó en el debilitamiento de las prestaciones en AP. Estas medidas (o la omisión) determinaron una concentración de los médicos y médicas en centros urbanos, el cierre de centros periféricos y el traslado de profesionales a áreas centrales, así como la designación de los y las profesionales en áreas que no eran de su experticia y traslado de la MF/MFyC hacia otras áreas descuidando su población a cargo. En una segunda etapa se fue revalorizando este nivel de atención para la respuesta, no solo a la emergencia sanitaria, sino al resto de las necesidades de atención a la salud (por ejemplo, utilizando dispositivos de atención ambulatoria con «doble entrada», una para las personas atendidas con síntomas respiratorios y otra para las que tenían necesidades de otro tipo). Chile logró un mayor liderazgo de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) en respuesta a la COVID-19, aunque en la primera etapa suspendió la atención a problemas no respiratorios.

A pesar de las orientaciones consolidadas en el año 2007, que colocaron a la AP (PNA) en el centro de los sistemas de salud, durante la pandemia de la COVID-19 y en todos los países de la región el énfasis de la respuesta asistencial se centró en el área de cuidados intensivos, lo que promovió el aumento del número de camas en este tipo de unidades. La desatención inicial al PNA debió revisarse y cambiarse en el camino, y, aunque esto se logró con diferencias según el país, permaneció muy deficitaria en algunos casos. La demora en la reacción de las autoridades sanitarias para dar el justo lugar a la AP (PNA) y la MF/MFyC motivó un documento de posicionamiento de la CIMF que fue emitido en enero del año 2021 (disponible en el anexo 7).



A nivel de gestión, en la mayoría de los países de la región la MF/MFyC no fue llamada a participar de las decisiones centrales desde los Gobiernos ni desde los comités de personas expertas para diseñar la estrategia de respuesta<sup>42</sup>. Sin embargo, en las secretarías municipales, provinciales o estatales de salud que contaban con la especialidad en sus cuadros de gestión fueron más exitosos en controlar la pandemia, y las decisiones que soportaron su presencia en las unidades de PNA tuvieron capilaridad a las acciones. Las debilidades en la rectoría en salud por parte de los Ministerios de Salud de varios países de la subregión fue una debilidad en la capacidad de respuesta generando inequidades mayores en salud. Por otro lado, las innovaciones a nivel local, de los equipos, fueron responsables de experiencias exitosas, como el uso de la telemedicina, las herramientas de comunicación a través de agentes comunitarios de salud, la vigilancia a distancia, el mantenimiento de la atención domiciliaria para casos seleccionados y las estrategias de acceso diferenciado por condición de salud.

Como aprendizaje para la atención de situaciones de emergencia, se destaca la reafirmación de la permanencia de los especialistas en MF/MFyC en el territorio, en sus lugares de trabajo habitual como forma de respuesta óptima. Esto permite el mantenimiento del vínculo con la población de referencia, atender las necesidades derivadas de la pandemia y otras continuas o emergentes<sup>43</sup>, así como las acciones comunitarias de educación y vigilancia epidemiológica. Al mismo tiempo, la inclusión de la especialidad en los ámbitos de gestión y la planificación de la respuesta permite contemplar mejor las necesidades y tener en cuenta la dinámica de trabajo habitual del PNA, de gran importancia para una respuesta adecuada<sup>42</sup>.

La desatención al PNA durante la pandemia tuvo consecuencias en la respuesta a la crisis, pero en algunos casos esa desatención afectó negativamente a los planes estratégicos de salud que se encontraban en marcha. Un ejemplo de ello ocurrió en Argentina. En el 2017 se había iniciado la tercera etapa de las Redes de Salud<sup>41</sup>, el Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), con el objetivo de incrementar el alcance de las redes al menos al 70% de la población, enfocado particularmente en personas con este tipo de patologías que necesitan tener un seguimiento de su condición, así como de los tratamientos. Para el logro de esta meta, con el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), desarrollado por la OPS<sup>43</sup>, y las prioridades de la política sanitaria nacional como marco de referencia, el Programa Redes de Salud trabajó en cinco dimensiones: nominalización de la población a cargo, PNA como puerta de entrada al sistema de salud y con capacidad resolutoria, oferta de los servicios coordinada e integrada, atención especializada, preferentemente extrahospitalaria, y atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.

Para la implementación del programa las jurisdicciones iniciaron un proceso de diagnóstico, en el cual identificaron y priorizaron las problemáticas y necesidades para el fortalecimiento de las distintas dimensiones de las RISS. Para hacer frente a la pandemia, dentro de un conjunto de medidas, se establecieron modificaciones presupuestarias del Ministerio de Salud, de los institutos y hospitales, así como la reorganización de los recursos humanos, con lo cual la prestación de algunos efectores y servicios de salud se vieron afectadas temporalmente. A su vez, por el lado de las personas, las medidas de aislamiento social preventivo y las restricciones a la movilidad provocaron una disminución en las consultas y la concurrencia a los controles de salud. Todo ello impactó en la planificación y funcionamiento de las redes de salud, lo que interfirió en las líneas de intervención de la tercera etapa del Programa Redes de Salud, cuyo foco principal estaba en la resignificación del PNA.

Las medidas aplicadas para el control de la pandemia, en muchos casos, tuvieron un fuerte impacto en la pandemia de la COVID-19 a nivel mundial, favorable en este caso fue el impulso al uso de las TIC. Su uso ya se había iniciado en algunos países e instituciones, pero las circunstancias potenciaron el desarrollo masivo, particularmente por el aumento en el número de personas que se hicieron usuarias de estos recursos. La telemedicina es el principal ejemplo. Si bien la OMS en el 2010 ya impulsaba la telemedicina, los avances fueron lentos hasta el 2020. De este modo, el uso de las TIC permitió en muchos casos mantener la continuidad de la atención individual y comunitaria a través de consultas telefónicas, correos electrónicos, videollamadas, videoconferencias, mensajes de texto y redes sociales, entre otros. A su vez, trajo desafíos de infraestructura y recursos, como el acceso a internet y la necesidad de dispositivos electrónicos suficientes y adecuados en los servicios de salud, así como en la capacitación del



personal. El uso de la telemedicina permitió visualizar el potencial de su uso más allá de la COVID-19 o las situaciones de emergencia. De hecho, ofrece posibilidades para la atención integral de las poblaciones rurales o remotas, así como para potenciar el desempeño habitual en cualquier contexto, lo que puede facilitar la atención longitudinal y continua.

Desde la CIMF, en las etapas iniciales de la pandemia se contribuyó a la sistematización de las medidas preventivas para las cuales se contaba con evidencia. El documento Aportes desde la Medicina Familiar/ Medicina Familiar y Comunitaria en el Contexto de la Pandemia de la COVID-19, presentado el 19 de mayo de 2020, día mundial de la MF/MFyC, se encuentra en el **anexo 7**. A su vez, en cada uno de los países las asociaciones de MF/MFyC se involucraron en la difusión de información y diseño de actividades educativas para los y las especialistas, los equipos del PNA y la población.

- Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R, Párraga Martínez I. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [Internet]. 2021;14(2):85–92. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2021000200008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200008)
- Del Cura-González I, Polentinos-Castro E, Fontán-Vela M, López-Rodríguez JA, Martín-Fernández J. ¿Qué hemos dejado de atender por la COVID-19? Diagnósticos perdidos y seguimientos demorados. Informe SESPAS 2022. *Gac Sanit* [Internet]. 2022 Ene;36:S36–43. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#1/content/journal/1-s2.0-S0213911122000991#refInSitu0235>
- Satué de Velasco E, Gayol Fernández M, Eyaralar Riera MT, Magallón Botaya R, Abal Ferrer F. Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022. *Gac Sanit* [Internet]. 2022 Ene;36(Suppl 1):S30–S35. doi: 10.1016/j.gaceta.2022.05.004
- Stengel S, Roth C, Breckner A, Cordes L, Weber S, Ullrich C, et al. Resilience of the primary health care system - German primary care practitioners' perspectives during the early COVID-19 pandemic. *BMC Prim Care* [Internet]. 2022 Ago;23(1):203. (Resiliencia del sistema de atención primaria de salud: perspectivas de los profesionales de atención primaria alemanes durante el comienzo de la pandemia de COVID-19). Disponible en: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-022-01786-9>

Estos estudios identifican puntos fuertes en el desempeño de la AP y la MF/MFyC durante la pandemia de la COVID-19, los cuales se presentan en la **tabla 2**.

También existieron puntos débiles y adversidades que afrontó la AP durante la pandemia, como el hospitalocentrismo en la respuesta sanitaria (ya comentado antes), la sobrecarga, el *burnout* y otros males-tares psicológicos (agotamiento, desencanto) en los equipos de AP. Hubo déficit de personal, invisibilización del trabajo en la AP y variabilidad en la información que se difundió de la actividad diaria realizada en la AP<sup>42,46</sup>.

La pandemia de la COVID-19 y la emergencia de salud pública asociada afectaron a las personas atendidas y los servicios de salud en lo que respecta a las patologías no relacionadas con la COVID-19. Para volver a los niveles prepandémicos de diagnóstico y seguimiento de la patología no COVID-19, particularmente en las enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes y la salud mental, el sistema sanitario requería reorganizarse y contemplar acciones específicas para atender esta situación con énfasis en las personas y los grupos más afectados. Las exigencias del período y el desgaste de los equipos tensionaron a la AP hasta una preocupante situación actual de saturación y agotamiento<sup>42</sup>.

Entonces, se requirió un esfuerzo extraordinario para la atención de los casos leves de COVID-19 y la detección precoz de los casos potencialmente graves por parte de los centros de salud. Se resalta la importancia de contar con criterios centrales que permitan mantener la AP como fundamento del Estado de derecho, y aporten los recursos acordes a las necesidades y el reconocimiento de competencias de la AP. La atención longitudinal, la resolutivez, la accesibilidad y la coordinación y continuidad asistencial son atributos que caracterizan a la AP en los sistemas de salud basados en la APS. La AP mostró, en general, una gran capacidad de adaptación y resiliencia, aunque con gran variación en la velocidad y el alcance de las respuestas. No siempre fue posible desplegar el potencial debido a las limitaciones y adversidades que la gestión de la pandemia impuso a la AP en muchos países<sup>46</sup>.



**Tabla 2.** Puntos fuertes en el desempeño de la AP (PNA y MF/MFyC durante la pandemia de COVID-19)<sup>42, 45-47</sup>

1. Gestión de las crisis médicas no solo individuales, sino también sociales.
2. Perfil profesional de los médicos y médicas de MF/MFyC (flexibilidad, manejo de la incertidumbre, manejo de la complejidad biopsicosocial).
3. Capacidad de adaptación (consulta telefónica, circuitos asistenciales, desburocratización).
4. Resiliencia (a la incertidumbre, no disposición de tratamientos, primera línea con medios limitados de protección, protocolos cambiantes, etc.).
5. Nuevas funciones: contención de la pandemia: rastreo epidemiológico (contactos).
6. Avances digitales importantes: app, web, portales de salud, profesional conectado, telemedicina, atención online, monitorización online.
7. Cobertura universal: accesibilidad y conocimiento de su población de referencia (muy importante, por ejemplo, en la campaña de vacunación al hacerse una priorización según la edad o la patología previa).
8. Capacidad de atender a la mayoría de los casos (leves, moderados y también a los graves que no fueron hospitalizados).
9. Atención domiciliaria (eco domicilio, seguimiento, atención paliativa en los casos que lo precisaron).
10. Atención en las residencias de personas mayores (ámbito particularmente crítico en esta pandemia).
11. Atención simultánea a las patologías no-COVID.
12. Cercanía y conocimiento del territorio y de las problemáticas contextuales (pobreza, aislamiento, ruralidad, centros sociosanitarios).
13. Atención a la comunidad, atención a problemáticas de tipo social (personas que viven solas, personas mayores, problemas de acceso a la alimentación o medicamentos de uso crónico).
14. Vacunación.
15. Atención holística de las personas (muy importante incluso después de la pandemia, período de alta prevalencia de cierto malestar psicológico de la población).

AP: Atención Primaria; MF/MFyC: Medicina Familiar / Medicina Familiar y Comunitaria; PNA: primer nivel de atención.

En la **tabla 3** se presentan las características y contribuciones de la MF/MFyC y la AP a los sistemas de salud identificadas. Estas características y evidencias fundamentan la recomendación de su implementación, desarrollo y sostenimiento en los sistemas de salud de Iberoamérica. Los aportes identificados están sistematizados en dos ejes: potencial transformador del sistema de salud y aportes a la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias (COVID-19 y otras).

## RECOMENDACIONES PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y FORTALECER SUS CAPACIDADES DE RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS SANITARIAS (COVID-19 Y OTRAS)

**Recomendación 1:** Guatemala debe avanzar hacia la transformación del sistema de salud, cuyo objetivo sea la Universalización de la Protección en Salud, reorientando los sistemas de salud a la APS, las RISS y la especialidad de MFyC como rama necesaria e imprescindible.

- **Propuesta 1:** incorporar a la MFyC como pilar fundamental en la prestación de los servicios de salud a las personas, familias y comunidades. El objetivo a corto y mediano plazo debe ser ofrecer una atención a la población accesible, continua y de calidad en los establecimientos de atención del MSPAS y el IGSS.
- **Propuesta 2:** reorientar los servicios de salud del MSPAS y el IGSS hacia un abordaje a la salud a través de equipos interdisciplinarios que consideren los aspectos sociales y culturales de las personas, familias y comunidades.



**Tabla 3.** Contribuciones de la MF/MFyC y la AP en la transformación de los sistemas de salud y la respuesta ante emergencias sanitarias

Contribuciones de la MF/MFyC	
En la transformación de los sistemas de salud	En la respuesta ante emergencias sanitarias (COVID-19 y otras)
<p><b>Procesos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Amplitud de la cartera de servicios brindada desde el PNA</li> <li>➤ Integralidad de la atención en el PNA</li> <li>➤ Longitudinalidad de la atención</li> <li>➤ Mejor capacidad de respuesta a la demanda en los servicios de salud</li> <li>➤ Enfoque de APS en los equipos del PNA</li> <li>➤ Incorporación de aspectos del área social y la salud pública en el PNA</li> <li>➤ Participación en los niveles de gestión nacionales y locales, lo que ha contribuido al desarrollo de la estrategia de APS en los sistemas de salud</li> <li>➤ Contribución a la gestión territorial de los servicios de salud y la asignación de áreas de responsabilidad a equipos estables</li> <li>➤ Manejo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en el PNA y la AP</li> <li>➤ Promoción de la salud</li> <li>➤ Conformación de Redes Integradas de Salud (RISS)</li> </ul> <p><b>Resultados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reducción de la morbimortalidad de la población en la atención longitudinal</li> <li>➤ Reducción de las desigualdades: distribución más equitativa de la salud en las poblaciones</li> <li>➤ Avance en derechos en la agenda de salud</li> <li>➤ Reducción de la mortalidad en los sistemas de salud con un mayor número de médicos en el PNA y la AP</li> <li>➤ Reducción de las hospitalizaciones en la población con médico de cabecera</li> <li>➤ Reducción de las hospitalizaciones en los sistemas de salud con una AP fuerte</li> </ul>	<p><b>Procesos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gestión de las crisis sanitarias a nivel individual (con orientación familiar) y social</li> <li>➤ Atención médica integral con capacidad resolutoria para problemas prevalentes e indefinidos</li> <li>➤ Capacidad de adaptación y resiliencia ante una contingencia o situación de emergencia</li> <li>➤ Adaptación a nuevas funciones: detección precoz y vigilancia epidemiológica</li> <li>➤ Atención de casos leves y de moderada gravedad a través de la atención domiciliaria</li> <li>➤ Seguimiento cercano de los casos confirmados (COVID-19 u otras emergencias) y de sus contactos</li> <li>➤ Implementación de la vigilancia centinela</li> <li>➤ Servicios en línea de calidad utilizando plataformas virtuales de atención médica</li> <li>➤ Atención domiciliaria a pacientes y familias en la comunidad</li> <li>➤ Vacunación: orientación, promoción, implementación</li> <li>➤ Competencia para responder a otras necesidades de salud concomitantes a las derivadas de la emergencia</li> <li>➤ Competencia para la comunicación oportuna y adecuada con la comunidad</li> <li>➤ Competencia para la educación para la salud orientada a las personas atendidas y la comunidad</li> <li>➤ Participación en la organización y respuesta de los servicios de salud a nivel nacional</li> <li>➤ Aporte de la perspectiva territorial y comunitaria en la planificación de la respuesta a nivel nacional</li> </ul>

AP: Atención Primaria; MF/MFyC: Medicina Familiar / Medicina Familiar y Comunitaria; PNA: primer nivel de atención.

- **Propuesta 3:** reorganizar la prestación de los servicios de salud con base en la población y el territorio y una orientación familiar y comunitaria. Esto implica georreferenciar los usuarios y usuarias en los territorios y la adscripción poblacional a un establecimiento de salud. Este debe contar con un equipo básico de salud familiar y un médico o médica de familia, así como una comunidad liderando.
- **Propuesta 4:** construir bases sólidas en la transformación del sistema de salud con un marco jurídico a favor de la APS y la inserción de la especialidad de MFyC para asegurar la atención integral a las personas con un enfoque de curso de vida, género, familia y comunidad. Esto implica la creación de políticas nacionales e institucionales que lo avalen y lo aseguren.
- **Propuesta 5:** el Ministerio de Salud de Guatemala debe elaborar un Plan Sectorial de salud a corto, mediano y largo plazo que incorpore los procesos de gestión en salud para la implementación de la



Atención Integral en la Red de Servicios de Salud con los equipos operativos y los y las profesionales de MFyC trabajando en todo el territorio del país.

- **Propuesta 6:** el IGSS debe reorientar sus servicios de salud para introducir la MFyC como elemento central de sus servicios de salud, lo que puede cambiar el modelo de atención actual, que se enfoca en la enfermedad y no en la persona. Deben a su vez reorientar su enfoque hacia una atención que tome a la familia como una unidad de atención revisando los obstáculos para que esto sea posible (ejemplo: límite de edad de siete años en la cobertura de hijos e hijas de un trabajador o trabajadora formal). Se les exhorta a avanzar en esta ruta.
- **Propuesta 7:** la CIMF, a través de sus asociaciones integrantes, podría recomendar a algunos países iberoamericanos la distribución presupuestaria en APS.
- **Propuesta 8:** la equidad en salud debe ser un aspecto central en el desarrollo de un modelo de atención basado en la MFyC y la APS. Para esto se deben generar las reformas estructurales en la forma de gobernanza que regule por igual las prestaciones brindadas por el MSPAS y el IGSS, e igualmente hay que apostar a la complementación de los servicios de salud con base territorial, e igualar las prestaciones brindadas por ambos a las personas. Para eso no se deben discontinuar las mesas de trabajo como mecanismo a corto plazo que permita avanzar en este aspecto.

**Recomendación 2:** incorporar progresivamente la MFyC y los equipos de salud familiar en los diferentes niveles de atención.

- **Propuesta 1:** el sistema de salud debe priorizar el trabajo del profesional de MFyC para lograr la inserción de la especialidad y que se desarrolle tanto en el subsector público de salud como en el privado. Además, debe distinguir entre la figura del médico o médica general, actualmente trabajando en el PNA, y la MFyC como los y las especialistas en personas, con un cuerpo de conocimiento y acción particular.
- **Propuesta 2:** desarrollar un plan rector de recursos humanos para el sistema de salud con incentivos laborales, programas curriculares, puestos de trabajo e incentivos económicos distintivos para hacer de la MFyC una especialidad atractiva para ser elegida. Igualmente, cabe reforzar la organización del sistema de salud con base en el PNA como puerta de entrada al mismo.
- **Propuesta 3:** las universidades, en coordinación con el Colegio de Médicos, la Oficina de Servicio Civil, el MSPAS y el IGSS, deberán comprometerse con el desarrollo de la especialidad de MFyC, la reorientación, la certificación y la recertificación de los médicos y médicas generales, así como otros profesionales y técnicos que trabajen previamente en el PNA. A su vez, se recomienda capacitar a los y las profesionales en salud que no sean médicos en salud familiar y comunitaria para reconocer su cuerpo de conocimiento especial. En este sentido, se recomienda incorporar la rama como materia desde la carrera de grado para los profesionales de salud tanto médicos como no médicos.
- **Propuesta 4:** promover grupos de trabajo de entidades específicas de la MFyC como: prevención cuaternaria, medicina rural, de diversidad sexual y derecho a la salud, educación y enseñanza, investigación, entre otros. Esta recomendación se vería reforzada en la organización de las sociedades científicas de MFyC que trabajen en conjunto al Colegio de Médicos de Guatemala. Con esto se podrá continuar en el desarrollo de herramientas e involucramiento con otros líderes de la especialidad en Iberoamérica, como también en el intercambio de experiencias de los médicos y médicas y las promociones de residentes en MFyC. También incluye la organización de congresos y cumbres, como así grupos de investigación propios del cuerpo de conocimiento de la especialidad.

**Recomendación 3:** coordinación e integración de los sistemas y servicios del MSPAS y el IGSS.

- **Propuesta 1:** el MSPAS y el IGSS deberán formular, en un marco de política de Estado, el Modelo Nacional de Atención a la Salud que promueva la reorientación del sistema de salud a la APS, a las RISS y a la MFyC como pilares fundamentales.
- **Propuesta 2:** promover la implementación de una mesa técnica colegiada en la que participen representantes del MSPAS, el IGSS y el Colegio Médico de Guatemala para la revisión y modificación a las normativas que permitan la convergencia de la legislación en salud.



- **Propuesta 3:** fortalecer la elaboración común entre el MSPAS y el IGSS de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, la actuación clínica y la calidad en la atención. Para ello puede incentivarse la participación del MFyC, así como otras especialidades y otros y otras profesionales del PNA, estableciendo guías claras, accesibles y prácticas para las personas de las comunidades.
- **Propuesta 4:** desde la CIMF y sus organizaciones de MF/MFyC, apoyar metodológica y técnicamente al MSPAS y al IGSS a emprender acciones coordinadas para el impulso de una política y un modelo nacional de salud que promueva la reorientación del sistema de salud a la APS, las RISS y la MFyC como pilar fundamental. Este proceso debe contar con un abordaje multidisciplinar, involucrando a profesionales de psicología, trabajo social, entre otros, y transdisciplinar, que considere los aspectos sociales y culturales de las personas, familias y comunidades, así como establecer en conjunto las herramientas de evaluación y seguimiento.

**Recomendación 4:** mejorar el financiamiento de la salud en Guatemala.

- **Propuesta 1:** las políticas de salud producto del proceso de transformación deben incluir la asignación presupuestaria para la implementación de estas, y así garantizar su calidad, profesionalización y sostenibilidad en el tiempo.
- **Propuesta 2:** destinar un 6% del Producto Bruto Interno de Guatemala al gasto público en salud, y que el 30% de este sea destinado a la APS siguiendo las recomendaciones de los organismos internacionales, como la OPS y la OMS.
- **Propuesta 3:** se considera de importancia el trabajo en conjunto del Ministerio de Salud y el IGSS para lograr objetivos sostenibles en el tiempo para la salud de Guatemala.
- **Propuesta 4:** estas medidas deben ir de la mano con mecanismos que colaboren en disminuir el gasto de bolsillo, lo que asegura el acceso universal a las prestaciones de salud que se requieran para responder a las necesidades en salud de las personas.
- **Propuesta 5:** Desarrollar herramientas que evidencien la costo-efectividad de implementar un sistema de salud basado en la APS demostrando el impacto con el análisis de indicadores de salud poblacional.

**Recomendación 5:** los equipos de salud del PNA trabajan cerca de la gente y el papel preponderante de estos es responder a los problemas y necesidades que tienen las comunidades donde están insertos. Por eso se recomienda la permanencia de los y las especialistas en MFyC en el territorio como primera línea de combate en las emergencias sanitarias, y defender el PNA como el espacio de resolución del mayor número de casos.

- **Propuesta 1:** la asistencia sanitaria brindada por el equipo de salud y el personal especialista de MFyC es la que garantiza la continuidad de la atención sanitaria integral, incluyendo la atención a los niños y niñas, la salud sexual y reproductiva y las personas con problemas agudos y crónicos, ante lo que cabe dar respuesta adecuada para que no se convierta en causa de morbimortalidad evitable.
- **Propuesta 2:** la MFyC debe ser llamada a participar de las decisiones centrales desde los Gobiernos y los comités de personas expertas para diseñar la estrategia de respuesta ante una emergencia sanitaria.
- **Propuesta 3:** las personas tomadoras de decisiones deberán incorporar al especialista en MF en los procesos de planificación, gestión, ejecución y seguimiento de los planes y las estrategias de respuesta a eventuales emergencias sanitarias. La especialidad en MFyC debe jugar un papel preponderante y ser integrada por sus competencias.
- **Propuesta 4:** la MFyC y los equipos de salud del PNA están llamados a articular en conjunto con las comunidades los planes de preparación ante las emergencias y los desastres.
- **Propuesta 5:** es importante que la academia incluya los conocimientos y capacidades básicas de medicina de desastres en el pre y posgrado para una mejor preparación y respuesta ante estas situaciones.



## BIBLIOGRAFÍA

1. The Pan American Health Organization (PAHO), Promoting Health in the Americas. Declaración de Alma-Ata [Internet]. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
2. OPS. Perfil de los sistemas de salud de Guatemala [Internet]. Washington D. C.: OPS, 2007. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Guatemala\\_2007.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala_2007.pdf)
3. OPS/OMS, 46.º Consejo Directivo. Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo) [Internet]. Washington D. C.: OPS/OMS; 2005. Disponible en: [www.paho.org/sites/default/files/APS\\_CD46-Declaracion\\_Montevideo-2005.pdf](http://www.paho.org/sites/default/files/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf)
4. PAHO (ed.). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) [Internet]. Washington, D. C.: OPS, Oficina Regional de la OMS; 2007. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primeria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf)
5. Farmer F, Stokes S, Fiser R, Papini D. Primary care and age-specific mortality. J Rural Health [Internet]. 1991; 7(2): 153–69. (Pobreza, atención primaria y mortalidad específica por edad). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.1991.tb00716.x>
6. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. Br J Gen Pract [Internet]. 2001 Abr;51(465):303–9. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313982/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313982/)
7. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization. Southern Medical Journal [Internet]. 2003 Ago;96(8):787–95. Disponible en: <http://sma.org/southern-medical-journal/article/primary-care-quality-community-health-center-and-health-maintenance-organization>
8. Saltman RB, Bankauskaite V. Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective. Health Econ Policy Law [Internet]. 2006 Abr;1(Pt 2):127–47. doi: <https://doi.org/10.1017/s1744133105001209>
9. Boerma WGW, Dubois CA. Mapping primary care across Europe. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, editors. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press; 2006. pp. 22–49.
10. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van de Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res [Internet]. 2010 Mar; 10: 65. (La amplitud de la atención primaria: una revisión bibliográfica sistemática de sus dimensiones fundamentales). doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>
11. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Aff (Millwood) [Internet]. 2013 Abr;32(4):686–94. doi: [10.1377/hlthaff.2012.1242](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1242)
12. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. Social Science & Medicine [Internet]. 2013; 99:9–17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2013.09.017>
13. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract [Internet]. 2022;72(715):e84–90. (La longitudinalidad como determinante de la mortalidad, del uso de servicios de urgencias y de ingresos hospitalarios agudos). doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0340>
14. Starfield B. Is primary care essential? Lancet [Internet]. 1994 Oct; 344(8930): 1129–33. (¿La atención primaria es esencial?). doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(94)90634-3)
15. Farmer F, Stokes S, Fiser R, Papini D. Primary care and age-specific mortality. J Rural Health [Internet]. 1991;7(2):153–69. (Pobreza, atención primaria y mortalidad específica por edad). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.1991.tb00716.x>
16. Shi L. The relationship between primary care and life chances. J Health Care Poor Underserved. 1992;3(2):321–35. doi: [10.1353/hpu.2010.0460](https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0460). PMID: 1420668. (La relación entre la atención primaria y las oportunidades de vida).



17. Shi L. Primary care, speciality care and life chances. *Int J Health Serv* [Internet]. 1994;24(3):431–58. (Atención primaria, atención especializada y oportunidades de vida). doi: <https://doi.org/10.2190/bduu-j0jd-bvex-n90b>
18. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Politzer R. Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States: a longitudinal analysis, 1985–1995. *Stroke* [Internet]. 2003 Ago;34(8):1958–64. (Atención primaria, desigualdad de ingresos y mortalidad por accidente cerebrovascular en los Estados Unidos: un análisis longitudinal, 1985–1995). doi: 10.1161/01.STR.0000082380.80444.A9. Epub Jul 3 2003. PMID: 12843344.
19. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and cancer mortality in US counties: a comparison between urban and non-urban areas. *Public Health* [Internet]. 2005 Ago; 119(8): 699–710. (Atención primaria, desigualdades sociales y mortalidad por todas las causas, enfermedades cardíacas y cáncer en los condados de Estados Unidos: una comparación entre áreas urbanas y no urbanas). doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2004.12.007>
20. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
21. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502. (Contribución de la atención primaria a los sistemas de salud y a la salud). doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145.
22. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* [Internet]. 1999;48(4):275–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10229252/>
23. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Serv* [Internet]. 2000;30(3):541–55. doi: <https://doi.org/10.2190/n4m8-303m-72ua-plk1>
24. Vogel RL, Ackermann RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *Int J Health Serv* [Internet]. 1998;28(1):183–196. doi: <https://doi.org/10.2190/3bix-ee5t-t7gr-kgud>
25. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The Effects of Specialist Supply On Populations' Health: Assessing The Evidence. *Health Affairs* [Internet]. 2005 Ene [citado 9 de abril de 2025];24(Suppl):W5–97. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.W5.97>
26. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980–1995. *J Am Board Fam Pract* [Internet]. 2003 Sep–Oct;16(5):412–22. doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.16.5.412>
27. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2004;58(5):374–80. doi: <https://doi.org/10.1136/jech.2003.013078>
28. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *J Public Health Med* [Internet]. 2002 Dic;24(4):252–4. doi: <https://doi.org/10.1093/pubmed/24.4.252>
29. Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2004 Jun;4(1):12. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-4-12>
30. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* [Internet]. 2007; 37(1): 111–26. (Cuantificación de los beneficios sanitarios de la oferta de médicos de atención primaria en Estados Unidos). doi: <https://doi.org/10.2190/3431-g6t7-37m8-p224>
31. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne CF. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007 Feb–Mar;21(2/3). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7891>
32. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013 Nov; 63(616): e742–50. (La solidez de la atención primaria en Europa: un estudio comparativo internacional). doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp13x674422>
33. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, De Belvis AG, Groenenwegen PP. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe. *Int J Qual Health Care*. 2013 Sep; 25(4): 381–93. (Cómo lograr una organización óptima de la prestación de servicios de atención primaria a nivel de sistema: lecciones de Europa). doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt020>



34. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series. 38. Copenhagen: OMS; 2015. (Construyendo atención primaria en una Europa en transformación. Serie de Estudios del Observatorio). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/>
35. Fernandes GCM, Treich RS, Maria Fernanda Baeta Neves A da C, de Oliveira AB, Kempfer SS, Abeldaño. Atención primaria a la salud en situaciones de desastres: revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2019;43:e762019. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51518/v43e762019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Sachs JD, Karim SSA, Akinin L, Allen J, Brosbøl K, Colombo F, et al. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. The Lancet [Internet]. 2022 Oct;400(10359):1224–80. Disponible en: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01585-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01585-9/fulltext)
37. Alemán A, Alonso L, Cabana Á, Etcheverry L, Fiori M, Gambini R, et al. Informe. Situación de la epidemia de COVID-19 en Uruguay y recomendaciones [Internet]. Mordecki E, editor. Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), Presidencia de la República, Uruguay; 2021. Disponible en: [https://medios.presidencia.gub.uy/lp\\_portal/2021/GACH/INFORMES/informe\\_situacion\\_epidemiaCovid19.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/lp_portal/2021/GACH/INFORMES/informe_situacion_epidemiaCovid19.pdf)
38. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med [Internet]. 1961;265(18):885–92. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2359390/>
39. Fajardo-Dolci G. Importancia de la Medicina Familiar en la pandemia por covid-19 y más allá de ella. Aten Fam [Internet]. 2020;27(1-2). doi: <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2020.0.77309>
40. Palomino V, Cahuina-Lope P. La Medicina Familiar y Comunitaria en la Pandemia por COVID-19: Contribuciones y desafíos. Peruvian Journal of Health Care and Global Health [Internet]. 2020 Jun [citado 9 de abril de 2025];4(1):24–7. Disponible en: <https://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/59>
41. Laspiur S. Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación; 2014 [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://iah.ms.gov.ar/doc/Documento147.pdf>
42. Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R, Párraga Martínez I. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]. 2021; 14(2): 85–92. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2021000200008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200008)
43. OPS. Reseña #1: Las enfermedades no transmisibles en la era de la COVID-19 y la reconstrucción de los programas contra las enfermedades no transmisibles para mejorarlos [Internet]. 2022. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56442/OPSNMHN210039\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56442/OPSNMHN210039_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
44. OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington D. C.: OPS/OMS; 2010. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas).
45. Del Cura-González I, Polentinos-Castro E, Fontán-Vela M, López-Rodríguez JA, Martín-Fernández J. ¿Qué hemos dejado de atender por la COVID-19? Diagnósticos perdidos y seguimientos demorados. Informe SESPAS 2022. Gac Sanit [Internet]. 2022 Ene; 36: S36–43. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0213911122000991#refInSitubib0235>
46. Satué de Velasco E, Gayol Fernández M, Eyaralar Riera MT, Magallón Botaya R, Abal Ferrer F. Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022. Gac Sanit [Internet]. 2022 Ene; 36(Suppl 1): S30–S35. doi: 10.1016/j.gaceta.2022.05.004
47. Stengel S, Roth C, Breckner A, Cordes L, Weber S, Ullrich C, et al. Resilience of the primary health care system – German primary care practitioners’ perspectives during the early COVID-19 pandemic. BMC Prim Care [Internet]. 2022 Ago; 23(1): 203. (Resiliencia del sistema de atención primaria de salud: perspectivas de los profesionales de atención primaria alemanes durante el comienzo de la pandemia de COVID-19). Disponible en: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-022-01786-9>



## OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Akbari A, Mayhew A, Grimshaw JM, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2005 Jul; (3): CD005471. doi: 10.1002/14651858.CD005471
- Anderson MIP, León E. V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y La Carta de Quito. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2016;11(Suppl 1):1-3. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1314](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1314)
- Anderson MIP, Savassi LCM (org.). 45 años de Medicina Familiar y Comunidad y 40 años de la Sociedad Brasileña de Familia y Comunidad: papel, desafíos y perspectivas en el proceso de fortalecimiento y calificación de la Atención Primaria y del Sistema Único de Salud en Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2021;16(Suppl 1):7-17. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(Suppl1\)3244](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(Suppl1)3244)
- Ayuso C, Escobar F, Boix C, Navarro P, Ramos C. La Práctica de la Medicina de Familia en el National Health Service. *Rev Clín Med Fam* [Internet]. 2011;4(1). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000100009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000100009)
- Barber P, González B. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025) [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2009. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/13-NecesidadesMEspecialistas\(2008-2025\).pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/13-NecesidadesMEspecialistas(2008-2025).pdf)
- Belló M, Becerril-Montekio Victor M. Sistema de salud de Argentina. *Salud pública Méx* [Internet]. 2011 Ene [consultado: 25 septiembre 2022]; 53(Suppl 2):s96-s109. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es)
- Bigoni A, Malik AM, Tasca R, Martins Carrera MB, Cesar Schiesari LM, Dianezi Gambardella D, et al. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *The Lancet Regional Health – Americas* [Internet]. 2022 Jun [consultado: 24 septiembre 2022];10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100222>
- Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004 Nov-Dec;2(6):576-82. Disponible en: <http://www.annfammed.org/cgi/reprint/2/6/576>
- Brizzi A, Whittaker C, Servo LMS, Hawryluk I, Prete Jr CA, de Souza WM, et al. Factors driving extensive spatial and temporal fluctuations in COVID-19 fatality rates in Brazilian hospitals. Imperial College COVID-19 Response Team [Internet]. doi: <https://doi.org/10.25561/91875>
- Buchel TL, Edwards FD. Characteristics of effective clinical teachers. *Fam Med*. 2005 Jan; 37(1):30. Disponible en: [www.stfm.org/fmhub/fm2005/January/Tamara30.pdf](http://www.stfm.org/fmhub/fm2005/January/Tamara30.pdf)
- Cabral U. Despesas com saúde em 2019 representam 9,6% do PIB [Internet]. Brasil: IBGE; 2022 Abr. Disponible en: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33484-despesas-com-saude-em-2019-representam-9-6-do-pib>
- Casado Vicente V. Appraisal of Family and Community Medicine. *Aten Primaria* [Internet]. 2010 Dic; 42(12):601-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.07.001>
- CIMF (WONCA Iberoamericana-CIMF). 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. Declaración.
- Conselho Federal De Medicina. Proc. Consulta CFM 29/86. Brasília, 11 junho 1986. Disponible en: [http://www.cremesp.org.br/legislacao/pareceres/parcfml/29\\_1986.html](http://www.cremesp.org.br/legislacao/pareceres/parcfml/29_1986.html)
- Conselho Federal De Medicina. Resolução CFM n.º 1232/86: Reconhece a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica para efeito de Registro de Qualificação de Especialista nos Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União de 23 de outubro de 1986. página 15.949.
- Conselho Federal De Medicina. Resolução CFM W 1.666/2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo " da Resolução CFM n.º 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CRM. Brasília, 7 de maio de 2003.



- Correia LCL, Sette C, Santos M, Magliano CAS, Toscas FS. Brazil's COVID-19 guidelines: political hijack of public health. *The Lancet* [Internet]. 2022 Mar [consultado 24 septiembre 2022]; 399(10331): 1223. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00338-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00338-5)
- Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff.* 2010;29(8):1489–95. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>
- Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2004 Nov [consultado: 17 de septiembre 2022];1(1):5–10. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2>
- Fernandes LMM, Pacheco RA, Fernandez M. How a Primary Health Care Clinic in Brazil Faces Coronavirus Treatment within a Vulnerable Community: The Experience of the Morro da Conceição area in Recife. *NEJM Catalyst* [Internet]. 2020 Sep. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0466>
- Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da atenção primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. *APS em Revista* [Internet]. 2022;2(2):74–82. doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.128>
- Harispe E, Ponzó J, Cavalleri F, León I. Funciones de los médicos de familia y comunidad en los equipos del Primer Nivel de Atención en Uruguay. *Rev. Méd. Uruguay.* [Internet]. 2022 [citado 25 septiembre 2022];38(1):e911. Disponible en: <https://doi.org/10.29193/rmu.38.1.10>.
- Hernán Sanz Iglesias F, Clavería Fontán A, Gervas Camacho J, Álvarez-Dardet Díaz C, (eds.). *La Atención Primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria. Informe SEPAS 2012.* *Gac Sanit* [Internet]. 2012;26 Supl 1:1–176. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.05.017.
- Holland WW *European Community Atlas of «Avoidable Death».* Commission of the European Communities Health Services Research. 2nd. 1991, 1993; 1–2(6,9). Oxford: Oxford University Press.
- Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M, (eds.). *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas.* Montevideo: OPS; 2011.
- López S. *Sistemas de salud comparados. Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90.* FTS-UNLP; 2005. Disponible en: [www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez\\_\\_sistemas\\_comparados\\_de\\_salud\\_.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez__sistemas_comparados_de_salud_.pdf)
- Meoño TM, Anderson MIP, Ángel MF. VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2016;11(Suppl 2):1–3. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1397](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1397)
- Ministério da Educação. e-Gestor Atenção Primária à Saúde [Internet]. [consultado 19 septiembre 2022]. Disponible en: <https://egestorab.saude.gov.br/>
- Ministério da Educação – SESu. Resolução CNRM n.º 05/2002: Atualiza as Especialidades credenciáveis pela CNRM e a exigência para cada uma, incluindo a Medicina de Família e Comunidade já com esse novo nome. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
- Ministério da Educação – SESu. Resolução CNRM n.º 07/81: Inclui o Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária entre as Especialidades Médicas credenciáveis pela CNRM. Brasília: Diário Oficial da União; 1981. página 11.436.
- Ministerio de Salud de la Nación. Impacto del COVID-19 en el abordaje de Enfermedades Crónicas No Transmisibles: Un análisis desde el programa de Redes de Salud. Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Vigilancia epidemiológica de ENT [Internet]. Guatemala; 2021. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/2021/salas-situacionales/enfermedades-no-transmisibles/ENT-2021.pdf>
- Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Chile. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030. Subsecretaría de salud pública/División de Planificación Sanitaria/Departamento Estrategia nacional de salud; 2022.



- OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20>
- OMS. La atención primaria en salud, más necesaria que nunca [Internet]. Suiza; 2008. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf)
- OMS. Declaración de Astaná sobre la atención primaria de salud: De Alma-Ata a la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Ginebra; 2018. Disponible en: [www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=323-declaracion-astana-2018-version-preliminar&category\\_slug=desarrollo-de-politicas-sistemas-y-servicios&Itemid=624](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=323-declaracion-astana-2018-version-preliminar&category_slug=desarrollo-de-politicas-sistemas-y-servicios&Itemid=624)
- OMS. Coronavirus disease (COVID-2019). Situation Report-136 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200604-covid-19-sitrep-136.pdf>
- OPS. Informe anual 2020. La salud universal y la pandemia. Sistemas de salud resilientes [Internet]. Guatemala. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54809?show=full>
- OPS. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS [Internet]. Washington, D. C.; 2008. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)
- OPS. Cuánto gasta Argentina en Salud: un análisis de las cuentas en el sector público, privado y de la seguridad social [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/3-12-2019-cuanto-gasta-argentina-salud-analisis-cuentas-sector-publico-privado-seguridad>
- Placeres Hernández JF. Treinta y cinco años del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 [citado 25 mayo 2020]; 41(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242019000401042](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000401042)
- Ponzó J. La Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay de 1997 a 2019: ¿cuántos kilómetros faltarán para llegar al pueblo aquel? Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2020 Mar; 25(4):1205-14. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.29332019>
- Salvador MR, Krane S, Schelling J, Regife V. Diferencias y similitudes en la Medicina de Familia de los sistemas sanitarios en Alemania y España. Atención Primaria [Internet]. 2016;48(2):131-135. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877819/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877819/)
- Sam Colop B. Análisis de Situación de Enfermedades No Transmisibles 2018. Vigilancia epidemiológica de ENT [Internet]. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Disponible en: [https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/GTM\\_B3\\_PLAN%20ESTRATÉGICO%20NACIONAL%20PARA%20PREVENCIÓN%20Y%20CONTROL%20DE%20ENTs%20170715.pdf](https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/GTM_B3_PLAN%20ESTRATÉGICO%20NACIONAL%20PARA%20PREVENCIÓN%20Y%20CONTROL%20DE%20ENTs%20170715.pdf)
- Savassi LCM, Dias Bedetti A, Abreu ABJ, Costa AC, Perdigão RMC, Ferreira TP. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2020 Oct [consultado: 19 septiembre 2022];12:1-13. doi: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1006>
- Scheffer M (ed.). Demografía Médica no Brasil 2020 [Internet]. São Paulo, SP: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Federal de Medicina; 2020. Disponible en: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/acoes-em-educacao-em-saude/cfm-e-usp/07-relatorio-demografia-medica-no-brasil\\_2020-5.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/acoes-em-educacao-em-saude/cfm-e-usp/07-relatorio-demografia-medica-no-brasil_2020-5.pdf)
- Silberman P, Medina A, Díaz J, López E, Dursi C. Políticas de planificación y gestión del talento humano del Ministerio de Salud de Argentina durante la pandemia de COVID-19. Rev Argent Salud Pública [Internet]. 2020; 12: e11. Disponible en: [https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12sup1/IS\\_Silberman\\_e11.pdf](https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12sup1/IS_Silberman_e11.pdf)
- Sociedad Chilena de Medicina Familiar. La Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria es imprescindible para una respuesta adecuada a la pandemia COVID-19 – Sociedad Chilena de Medicina Familiar [Internet]. 2021. Disponible en: [www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/2021/01/29/la-medicina-familiar-medicina-familiar-y-comunitaria-es-imprescindible-para-una-respuesta-adecuada-a-la-pandemia-covid-19/](http://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/2021/01/29/la-medicina-familiar-medicina-familiar-y-comunitaria-es-imprescindible-para-una-respuesta-adecuada-a-la-pandemia-covid-19/)
- Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria. Mirada de SUMEFAC en el rol del primer nivel de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud en el marco del plan de contingencia de Covid-19. 2020.



- Staloff J, Jabbarpour Y. Reflections from Family Medicine Residents on Training During the COVID-19 Pandemic. *Family Medicine* [Internet]. 2022;54(9):694–9. doi: 10.22454/FamMed.2022.492688
- Starfield B, Chang HY, Lemke K, Weiner JP. Ambulatory Specialist Use by Nonhospitalized Patients in US Health Plans Correlates and Consequences. *J Ambulatory Care Manage* [Internet]. 2009 Jul;32(3):216–25. doi: 10.1097/JAC.0b013e3181ac9ca2
- Suárez Cuba MA. Razón de ser y ventajas de la medicina familiar: realizaciones y retos en Bolivia. *Rev. Méd* [Internet]. La Paz. 2011;17(2). Disponible en: [www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582011000200009](http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000200009)
- Teixeira CP, Favoreto CAO, Dantos dos Santos DV, Savassi L. COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROF SAÚDE). Ied. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
- The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?”. *The Lancet* [Internet]. 2020; 395(10235): 1461. 2020 May. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)
- Tseng V. As our friends and colleagues brave the front lines, we must also get ready for a series of aftershocks. It’s very hard to plan this far ahead while we’re in survival mode. We must prepare early and strategize our response to the collateral damage of #COVID19. [Internet]. Disponible en: <https://twitter.com/VectorSting/status/1244671755781898241?s=20>
- Vance C, Barrera A, Kidd M, Peña M, Padula MI, León E. Carta de Quito: cobertura universal, medicina familiar y participación social. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2016 Abr;11. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfcl\(0\)1315](https://doi.org/10.5712/rbmfcl(0)1315)



# LA HISTORIA DE LAS CUMBRES IBEROAMERICANAS DE MF/MFYC: SU LEGADO EN ESTOS 20 AÑOS

## Autoras y autores<sup>9</sup>

María Ángeles Ortiz Camúñez, Óscar Fernández, María Inez Padula Anderson, Wesley Schmidt, Edgar León, Thomas Meoño, Liliana Arias y Dora Patricia Bernal

## INTRODUCCIÓN

Las cumbres, en general, han tenido como objetivo contribuir al intercambio y fortalecimiento de las políticas, los indicadores y las herramientas de gestión en el ámbito de la AP y la MF/MFyC en la Región Iberoamericana.

## OBJETIVOS

Reflexionar sobre los sistemas de salud en la región. Contribuir al establecimiento de un proceso de desarrollo más sostenido y planificado de la MF/MFyC en el marco de la estrategia de APS.

## LA HISTORIA

- ✦ I CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF. Declaración de Sevilla (España), 2002. «Comprometidos con la salud de la población». Presidenta: María Ángeles Ortiz Camúñez.
- ✦ MINICUMBRE MARGARITA. Declaración de Margarita (Venezuela), 2003. «Primera Reunión Iberoamericana de Expertos en **Certificación y Acreditación en Medicina Familiar**». Presidente: Adolfo Rubinstein.
- ✦ II CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF. Declaración de Santiago de Chile, 2005. «El médico de familia, **garantía de calidad y equidad en los sistemas de salud de Iberoamérica**». Presidente: Óscar Fernández
- ✦ III CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA DE FAMILIA. Declaración de Fortaleza (Brasil), 2008. «Misión y desafíos para la **MF y la AP en el siglo XXI: equidad, integralidad y calidad para nuestros sistemas de salud**». Presidenta: María Inez Padula Anderson.
- ✦ IV CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF. Declaración de Asunción (Paraguay), 2011. «**MF y AP en Salud Renovada: pensamiento y acción en beneficio de la salud familiar**». Presidente: Wesley Schmidt.
- ✦ V CUMBRE IBEROAMERICANA DE MFyC. Declaración de Quito (Ecuador), 2014. «Cobertura Universal, **MF y Participación Social**». Presidente: Edgar León.
- ✦ VI CUMBRE IBEROAMERICANA DE MFyC. Declaración de San José (Costa Rica), 2016. «**Universalidad, Equidad y Calidad en los Sistemas de Salud: La MFyC como eje**». Presidente: Thomas Meoño.
- ✦ VII CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF. Declaración de Cali (Colombia), 2018. «**Cuarenta años de Alma-Ata: MF y salud familiar, un camino para la paz**». Presidenta: Liliana Arias Castillo.

<sup>9</sup> Integrantes del Comité Especial de la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC (Guatemala, 2022).



## CONTEXTOS QUE GENERARON LA NECESIDAD DE CADA CUMBRE

### SEVILLA (ESPAÑA, 2002): I CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF. «COMPROMETIDOS CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN»

Presidenta: María Ángeles Ortiz Camúñez.

.....

La APS enfrentaba cambios que condicionaban su desarrollo:

- Transformaciones epidemiológicas por la evolución demográfica española, tendiente a un envejecimiento importante de la población, y, por tanto, con un aumento de patologías crónicas y discapacidad.
- Cambios en el contexto social por los movimientos migratorios.
- Aumento de la incidencia de problemas de salud mental y nuevos retos en la salud sexual y reproductiva, etc.
- Cambios por el impacto de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, con influencia en la resolución de problemas de salud, en las que se reflejaban intereses de mercado condicionando la actuación de los profesionales y las expectativas generadas en la población.
- La idealización del poder de la medicina por parte de los ciudadanos, con tendencia a un uso creciente de la asistencia sanitaria para todo tipo de problemas.
- La existencia de expectativas de prevención no sustentadas por la evidencia.
- La necesidad de adecuar el gasto sanitario a la riqueza del país y el escaso desarrollo de la red sociosanitaria ejercían una presión importante en el sistema.

#### Objetivos

- Analizar los sistemas de salud y las necesidades y demandas de los ciudadanos.
- Crear estrategias para la mejora de la calidad de los servicios de salud: aportación de la MF.
- Formar médicos en el pregrado. Formación de posgrado y programas de capacitación para médicos de AP.

#### Carta de Sevilla

Los poderes públicos deben garantizar el aseguramiento en salud de todos los ciudadanos, principalmente, mediante sistemas de salud con una rectoría pública bien desarrollada asegurando una atención longitudinal, integrada, global y eficiente. El primer nivel de atención debe estar a cargo de los equipos de AP multidisciplinares, en ese sentido, los médicos y médicas de familia son el integrante activo que atiende a las personas no solo en su dimensión individual, sino en su contexto familiar y comunitario con una orientación biopsicosocial. Se propone fomentar y desarrollar un modelo innovador de APS en la región introduciendo elementos como el de la certificación profesional, la medicina basada en la evidencia, la medición de la calidad de la práctica, la coordinación con otros niveles de atención y el intercambio continuo de conocimientos. Es necesario acelerar la incorporación de la formación de la MF en el pregrado en toda la región, así como la formación de profesores y líderes docentes en MF e introducirla en las estructuras académicas de las facultades y escuelas de medicina iberoamericanas. Es necesario incrementar los programas de formación de posgrado en MF en toda la región a la vez que se establecen unos requisitos mínimos comunes para todos ellos que garanticen cierta calidad y utilidad para una futura acreditación internacional. Igualmente, cabe establecer programas de capacitación para los médicos y médicas sin especialidad y desarrollar programas de educación continua.



## Perspectivas

En concreto para España, si bien por aquellos tiempos la APS, en general, y la MF/MFyC en particular, gozaban de un aceptable desarrollo, la cumbre permitió especialmente ponerlas en valor y servir de evento mediático para este objetivo. Puso de manifiesto el liderazgo de la semFyC y su papel como sociedad científica de la MF, y se convirtió en el referente consultor para las instituciones sanitarias. Así, y en el contexto referido en el punto I, en 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo propuso el desarrollo del Proyecto AP2I de Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI, en el que la semFyC participó activamente.

Muchos años han pasado desde entonces y, por tanto, muchos han sido los acontecimientos y caminos recorridos por la MF/MFyC y la APS. La actual crisis económica y la pandemia de COVID-19 han supuesto un «hachazo» en el desarrollo de esta, y en estos momentos la AP sufre un período de crisis. Sin embargo, sí cabe resaltar, como un elemento de gran valor, el importante crecimiento que ha tenido el número de profesionales formados en posgrado en MFyC en España. Llega en estos momentos a alcanzar casi las 2.500 plazas MIR al año.

### SANTIAGO DE CHILE (CHILE, 2005): II CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF. «EL MÉDICO DE FAMILIA, GARANTÍA DE CALIDAD Y EQUIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE IBEROAMÉRICA»

*Presidente: Óscar Fernández.*

La dictadura militar por 20 años (1973-1990) estancó el desarrollo de la APS. Además, el modelo político económico, basado en la libre competencia, desarrolló sistemas de salud privados dejando fuera del alcance de estos a la mayor parte de la población con menores recursos (70%). Así, el sistema de salud dejó de ser un sistema de público universal, creó una brecha marcada por las desigualdades en los accesos y las oportunidades progresivas que no existían previamente.

Luego del retorno a la democracia, la administración de la APS se trasladó progresivamente a las municipalidades excluyéndose de la administración hospitalaria centralizada. A los profesionales existentes en la APS, llamados «consultorios», se les agregaron otros profesionales sanitarios. También se desarrolló una amplia red del sistema de prestación de servicios en todas las regiones urbanas y rurales, incluso en las remotas, y toda la población contaba con un centro de APS o rondas periódicas de atención de equipos de salud en las más apartadas. Igualmente, se formaron los Centros de Salud Familiar (CESFAM), los Centros Comunitarios de Salud Familiar con atenciones básicas de salud más cerca de la población bajo el alero del Centro De Salud Familiar local. Por otro lado, se crearon los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, orientados a las prestaciones del área de salud mental y psiquiatría de apoyo. Simultáneamente, las especialidades médicas, cada vez más fragmentadas en conocimientos específicos, sufrieron la influencia de grupos académicos externos, que con el desarrollo de otros sistemas de salud basados en la atención del médico de familia, o *general practitioner*, como el del NHS en Inglaterra, basados en el modelo de salud familiar, motivaron la implementación de los primeros programas de formación de médicos de familia, y de otros profesionales de salud capacitados en el modelo de Salud Familiar (SF).

Los cambios señalados lograron una APS de primera línea de alta calidad para la mayor parte de la población del sistema público, pues daba respuesta y solución a la mayor parte de los problemas de salud. El sistema privado de salud llevaba un camino paralelo basado en la atención por los especialistas, con un alto costo y tecnología de punta, no necesariamente costo-efectivo, lo que creó una gran diferencia entre ambos sistemas tanto en el acceso como en la oportunidad de atención.



## Objetivos

- El médico familiar en la AP: salud y equidad.
- La revisión de experiencias exitosas del médico de familia y del modelo de SF en Iberoamérica.

## Carta de Santiago

Los Servicios de Salud basados en la APS deben estar disponibles y accesibles para toda la población. La MF es el actor más apropiado para realizar las intervenciones médicas necesarias en la estrategia de la APS. Hay que incentivar formas de pago de la actividad médica más favorables al desarrollo de la APS. Estimular la adopción de formas de trabajo en equipo. Desarrollar métodos y medidas uniformes para evaluar el desempeño de los sistemas de APS. Estimular las sinergias entre el sector público, la Seguridad Social y el sector privado. Además de realizar esfuerzos para facilitar la incorporación de la enseñanza de la Medicina Familiar en los currículos de pregrado. Los Gobiernos, sociedades científicas, colegios profesionales y universidades deben facilitar la implementación de procesos de certificación de médicos de familia en todos los países de la región. Y aumentar el número de programas de residencia de MF. También promover el desarrollo de programas y proyectos de Investigación en APS.

## Perspectivas

La II Cumbre de MF en Chile incentivó el desarrollo de la especialidad y del modelo de SF local e indirectamente, aún varios años después, la de otros países como la experiencia de Paraguay, anotada más adelante. Fortaleció el rol de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar (SOCHIMEF) y consolidó los aportes de la WONCA Iberoamericana - CIMF al desarrollo de la especialidad. La congruencia de los factores políticos e incrementos sostenidos en los presupuestos de salud orientados a la APS en los Gobiernos siguientes resultaron fundamentales para la implementación del modelo y el desarrollo de la especialidad. Así surgen los Centros de Salud Familiar y los centros anexos de APS descritos, se incrementa el número de programas de formación de MF, que llega a trece en la actualidad, dependiendo de varias universidades públicas y privadas. Además, se implementan diplomados y pasantías en el extranjero de SF para los equipos de APS, con un crecimiento sostenido de los centros de AP en todo el país atendidos por equipos de SF, lo que posicionó el concepto en la población.

Cada vez hay más médicos familiares en puestos estratégicos de toma de decisiones en la salud local o gubernamental, y la SOCHIMEF está cada vez más considerada para opinar respecto a problemas de salud de la población. Los desafíos actuales están en aumentar el número de especialistas por habitantes, fomentar y desarrollar la investigación en APS, incentivar la permanencia de los médicos de familia en sus lugares de trabajo, y desarrollar estrategias para enfrentar los nuevos desafíos y problemas en salud. Como son los relacionados a la población migrante, la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias, la prevención cuaternaria y los problemas asociados a la contaminación y el cambio climático. Como oportunidad, el actual Gobierno respalda el desarrollo de la APS y la SF como ejes fundamentales en las políticas de salud del país.

## FORTALEZA (BRASIL 2008). III CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF. «MISIÓN Y DESAFÍOS PARA LA MF Y LA AP EN EL SIGLO XXI: EQUIDAD, INTEGRALIDAD Y CALIDAD PARA NUESTROS SISTEMAS DE SALUD»

*Presidenta: Inez Padula.*



Esta cumbre coincide con el 30.º Aniversario de la Declaración de Alma-Ata (1978), la histórica Conferencia Internacional sobre APS promovida por la OMS. Luego de tantos años, aún era «lamentable la



situación de salud de gran parte de la humanidad, pues ella aún no goza de una atención a la salud integral, equitativa o ni siquiera básica» (Declaración de Buenos Aires: de Alma-Ata a la Declaración del Milenio, 2007). Sin un sistema de salud con base en la APS, en el ámbito de los servicios, en las instancias de gestión o en el medio académico, se sabía que no era posible constituir políticas de salud equitativas, eficientes y efectivas; que sin una APS calificada, los sistemas de salud se vuelven progresivamente más fragmentados e iatrogénicos, además de acumular costos elevados e innecesarios. La evolución e implementación de la APS de calidad, con valoración de la MF/MFyC, aún estaba estancada en la gran mayoría de los países de América Latina.

## Objetivos

- Evaluar la situación actual de los países iberoamericanos en relación con las recomendaciones establecidas en las cumbres ya realizadas.
- Contribuir al desarrollo, calificación y consolidación de la MF y la AP en los países de Iberoamérica.
- Estimular políticas de salud que garanticen mínimamente el acceso de toda la población a la MFyC y a la APS (como derecho de todos y deber del Estado).
- Estimular la colaboración, el intercambio y el establecimiento de pares entre los países de Iberoamérica en relación con acciones de formación, capacitación, asistencia e investigación en MFyC y APS.
- Conocer la experiencia brasileña en la implantación de la Estrategia de Salud y otras experiencias de éxito de implementación de políticas de APS y MFyC en países de Iberoamérica, y entonces identificar sus logros de éxito e identificar su aplicabilidad en otros escenarios iberoamericanos.
- Promocionar la ubicación y la valoración de la MFyC como una especialidad fundamental para los sistemas de salud transformándola en una política pública.
- Evidenciar y fortalecer, junto con los gestores de salud, la importancia y la necesidad de una inversión en educación, formación y valoración de la MF, así como en infraestructura y en las condiciones de trabajo en la APS, para que se pueda calificar y que los sistemas de salud logren resultados más grandes y mejores de eficiencia y de efectividad.
- Establecer acuerdos, recomendaciones, estrategias y metas que puedan impulsar la formación y la capacitación de la MFyC y de los formadores en MFyC. Especialmente en la contribución para el intercambio de acciones que busquen la formación del personal especialista en MF, así como los mecanismos de conversión de otros y otras especialistas, los procesos de certificación y recertificación profesional en MFyC de manera a contribuir para el intercambio de acciones.
- Orientar y perfeccionar los mecanismos de conversión de otros especialistas en MF. Fomentar la inserción académica de la MF y de la APS y de las políticas para el desarrollo de la investigación y producción científica de la MF y de la APS.
- Promocionar la inclusión de la MFyC en la gestión de los sistemas de salud y el intercambio de residentes de la MFyC.

## Carta de Fortaleza

Insertar y valorar la MF en las políticas de salud. Asegurar la calidad de los cuidados de las personas y comunidades atendidas en los servicios de APS: certificación y calificación; telesalud, telemedicina y educación a distancia en el contexto de la formación y calificación en APS, e integración de instituciones/integración en la formación en servicio. Inserción académica de la MF: formación y capacitación docente; reorientación curricular y perfeccionamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje y calificación de la red de servicios. Fomentar la práctica de la investigación en MF y AP.

## Perspectivas

Pasados unos catorce años, se puede evaluar que la cumbre fue un marco para los países involucrados, asimismo para la propia organización de la CIMF, la WONCA y las asociaciones nacionales pertenecientes a la CIMF.



En términos de un impacto más objetivo, los cambios traídos, a la época, para el sistema de salud de Uruguay merecen destacarse.

Para la CIMF, se puede evaluar que esta cumbre, así como todas las otras, ha contribuido para la constitución de una identidad colectiva acerca de la MF, su papel e importancia para los sistemas de salud y, muy importante, para planear todo lo que debemos hacer para superar los desafíos y seguir adelante.

## ASUNCIÓN (PARAGUAY 2011). IV CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF. «MF Y AP EN SALUD RENOVADA: PENSAMIENTO Y ACCIÓN EN BENEFICIO DE LA SALUD FAMILIAR»

*Presidente: Wesley Schmidt.*

Es un período de profundos cambios en la salud pública. El Ministerio de Salud desarrolló una dirección general de APS que estableció novedosas Unidades de Salud Familiar siguiendo las recomendaciones de la OPS, Renovación de la APS en las Américas (2007). El plan del Ministerio contempló un Equipo de Salud Familiar con un médico familiar en cada unidad; aunque no se tenía una oferta adecuada de MF. En general había una percepción negativa desde el gremio médico hacia la especialidad de MF y hacia las Unidades de Salud Familiar, más específicamente en la función de MF en el PNA de las Unidades de Salud Familiar. También había cierta desconfianza a nivel académico, se esperaba sensibilizar a los docentes de la Facultad de Medicina haciendo un esfuerzo de incluir profesionales clave en las ponencias y los grupos de trabajo. Es importante resaltar que la experiencia en la Cumbre de Chile (2005), en la que participaron la ministra de salud y el director de Previsión Social, impactó en forma muy positiva en estas instituciones.

### Objetivos

- ↳ Resaltar la presencia de la Sociedad Paraguaya de MF como actor principal en la renovación de la APS.
- ↳ Afirmar el reconocimiento de la MF como especialidad en el gremio médico.
- ↳ Avanzar en la implementación de una renovación de la APS con una fuerte participación de la especialidad de MF.

### Carta de Asunción

La formación y capacitación de los Equipos de Salud Familiar. Calidad de la práctica de la MF. Formación de investigadores en el PNA. Políticas de Salud y la expansión del PNA a través de la MF.

### Perspectivas

Poco tiempo después de esta cumbre hubo un cambio de Gobierno por un juicio político, y el proceso de renovación de la APS en el Ministerio de Salud Pública (MSP) se vio estancado. La SPMF tuvo un crecimiento sostenido. Al mismo tiempo, los programas de residencia se afianzaron con un programa único y un posgrado ordenado. En 2018 una nueva administración en el MSP estableció un crecimiento significativo con 22 programas de residencia y un fuerte énfasis en la APS, en los cuales se van formando especialistas en MF que respondan a las necesidades de las Unidades de Salud Familiar que se encuentran a lo largo y ancho del país. El Consejo Nacional de Residencias Médicas ofrece anualmente un examen para concurso a las residencias en todo el país. Actualmente, de las 600 plazas para todas las especialidades, 150 van para la promoción de residentes en MF. De esa manera se ve que la especialidad de MF es la que más lugares ofrece, y se espera que en unos años llegará a ser la especialidad más numerosa.



## QUITO (ECUADOR, 2014). V CUMBRE IBEROAMERICANA MFYC. «COBERTURA UNIVERSAL, MF Y PARTICIPACIÓN SOCIAL»

Presidente: Edgar León.



Se iniciaba un período de Gobierno del llamado Socialismo Siglo XXI, el Estado mantenía una estructura y constitución política nuevas con un incremento de la inversión en las instituciones del área social, educativa y sanitaria. Se inició la formación de especialistas de MF a gran escala, con un posgrado único en todo el país, y con la participación de múltiples universidades, pénsum único y la participación de cooperación internacional, especialmente con el Gobierno cubano. Igualmente, se inició el posgrado con la cohorte más grande de MF, que con cerca de 400 alumnos constituyó un reto en la formación. En la política sanitaria se adelantó la despenalización y la formación de equipos de salud fundamentados en el modelo de atención integral en salud, para la atención a la persona, la familia y su comunidad con la creación de unidades de primero, segundo y tercer nivel y la reorganización de la gestión del Sistema Nacional de Salud; así como la creación de tarifarios únicos de atención para todos los niveles en el sistema público y privado.

### Objetivos

- La cobertura universal.
- La MF en la APS.
- Las competencias en MF.

### Carta de Quito

Reconocer el concepto de cobertura universal. Desarrollo y mantenimiento de las competencias, los valores y el equilibrio personal de la MF. Con una cobertura universal que trascienda los aspectos de financiamiento sanitario e incorpore principios de equidad, igualdad y solidaridad. La generación de políticas que promuevan la cobertura universal. Posicionar la especialidad de MF como el integrante fundamental en los sistemas de salud para implementar la estrategia de AP en Iberoamérica. Establecer unos indicadores que midan el avance de la cobertura universal, relacionados con el fortalecimiento del PNA, la inversión pública, el acceso a los servicios, la calidad de los servicios, el número de equipos de salud y el número de especialistas en MF con formación y capacidad calificadas acordes a las realidades de cada nación.

### Perspectivas

Tras la cumbre se hizo la promoción de que la proporción de personal especialista en MF fuese el 50% en relación con el total como indicador de cobertura universal.

Se consolidó la participación ciudadana como derecho de los actores sociales para la facilitar la articulación sectorial con los agentes comunitarios.

Hubo un fortalecimiento de la certificación y acreditación profesional, la formación de la investigación y el fortalecimiento de la Red iberoamericana de Investigación en MF.

Se promocionó el uso de diferentes niveles de las TIC para incentivar la coparticipación en el financiamiento, la generación y la difusión del conocimiento.

Se promocionó el involucramiento de las sociedades de MF en los procesos técnico-políticos del fortalecimiento del PNA en los países, así como la sugerencia de creación del Observatorio de Medicina Familiar.



Pese a esto, tuvo poco impacto en el futuro de las decisiones políticas del Ecuador, se continuó la formación de médicos familiares, pero no se implementó en su totalidad el desarrollo de equipos de atención, ni el fortalecimiento del primer nivel de atención. En los años sucesivos el sistema fue deformándose, incluso llegó a retornar al sistema hospitalocentrista, lo cual lamentablemente tomó fuerza con la epidemia del 2020 de COVID-19.

## **SAN JOSÉ (COSTA RICA, 2016). VI CUMBRE IBEROAMERICANA DE MFYC. «UNIVERSALIDAD, EQUIDAD Y CALIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD: LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMO EJE»**

*Presidente: Thomas Meoño.*

En Costa Rica, el Programa de Residencia en MFyC se inicia en 1986 y la primera promoción de residentes en el año 1987, con una duración de tres años, período que se amplió a cuatro años a partir del 2004. El programa está acreditado por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, y está coordinado por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social de la Caja Costarricense de Seguro Social (CENDEISSS).

Los médicos de MFyC han participado y liderado el desarrollo de diferentes elementos para la prestación de servicios de salud de la CCSS, con énfasis en el PNA. El Modelo de Atención de MF fue adaptado, como parte de la Reforma del Sector Salud y del Componente de Readecuación del Modelo de Atención en 1993, para extenderse a la prestación de servicios de salud de la CCSS por medio de la organización en Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y las Áreas de Salud. Algunas de las contribuciones más recientes incluyen el diseño del Modelo de Prestación de Servicios de Salud (2013-2015), la planificación de la Prestación de Servicios de Salud (2007 y 2011), la evaluación del desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (2010-2015) y la evaluación de las Tecnologías de Salud, así como el diseño y ejecución del sistema de incapacidades médicas en la prestación de servicios de salud. Además, ha contribuido significativamente en el desarrollo y puesta en práctica del perfil del equipo de salud del PNA, las normas y guías clínicas, así como los lineamientos de práctica clínica en la CCSS.

Sin embargo, la cantidad formada de médicos y médicas especialistas en MFyC dista de ser la indicada para cubrir las necesidades de la población y alcanzar el impacto demostrado con la inserción de la especialidad de forma masiva, pues cuenta con una población de especialistas de 207 (inscritos en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica).

### **Objetivos**

- Revisar los conceptos de universalidad, calidad y equidad en los sistemas de salud y del papel que ejerce la MFyC en cada uno de ellos.
- Incorporar el modelo de MF como mecanismo de instrumentación de la APS, en el PNA, con la incorporación de especialistas en MFyC liderando el equipo transdisciplinario, manteniendo el enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en las actividades de promoción, prevención y educación para la salud.

### **Carta de San José**

Se presentó el diagnóstico situacional que guardan los países de la región al respecto de los ejes temáticos referidos. Se conformaron cinco mesas de análisis integradas con expertos y representantes de los diferentes países e instituciones de educación, salud y sociedades médicas civiles. Tras esto, se obtu-



vieron como productos 7 definiciones centrales y 22 recomendaciones, que constituyen la Carta de San José, además de los diagnósticos situacionales de los 20 países que constituyen la WONCA Iberoamericana - CIMF. Estos se publicaron en el suplemento 2, volumen 11, de la *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* (RBMFC) en tres idiomas (español, portugués e inglés) con el fin de proporcionar información relevante a la comunidad médica y a los tomadores de decisiones, acerca de las fortalezas y oportunidades que presentan los países de Iberoamérica sobre temas centrales para el desarrollo de Sistemas de Salud más justos y eficientes, con base en la MFyC y APS.

## Perspectivas

Ocho años después de realizada la cumbre, se cuenta con el compromiso adquirido con la firma de la Carta de San José por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social de tener a un médico o médica de MFyC integrando los equipos multidisciplinarios de apoyo en las 105 Áreas de Salud distribuidas a nivel nacional, con una cobertura actual cercana al 70%, y aplicando un criterio complementario de priorización de dotar de una oferta mínima (es decir, al menos un especialista) a las Áreas de Salud. Se mantiene aún una brecha de 31 especialistas para alcanzar esta meta.

La formación de especialistas se encuentra bajo la tutela del sistema de estudios de posgrado de la Universidad de Costa Rica (pública) y la Unidad de Posgrados de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED, privada), con una distribución del 50% de las plazas que se abren por año para la promoción médicos y médicas residentes de MFyC; las que en promedio en los últimos tres años has sido ocho por año.

Cada vez se incrementa la visualización y participación de los médicos y médicas de MFyC en proyectos de impacto nacional y toma de decisiones en las instituciones de salud. Durante la pandemia por COVID-19, el cuerpo de residentes de MFyC estuvo a cargo del Programa Nacional de Monitoreo Telefónico de Pacientes Positivos, y un grupo de veinte especialistas estuvo laborando en la atención hospitalaria directa de los pacientes por COVID-19.

Si bien el volumen de residentes en formación, así como la cantidad de los y las especialistas incorporados, no es el idóneo para lograr un impacto real en los indicadores de salud de Costa Rica, se está por presentar un proyecto con la solicitud de formación de 350 especialistas en MFyC para asegurar una distribución aproximada de un médico de MFyC por cada 10000 habitantes.

## CALI (COLOMBIA, 2018). VII CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF. «CUARENTA AÑOS DE ALMA-ATA: MF Y SALUD FAMILIAR, UN CAMINO PARA LA PAZ»

*Presidente: Liliانا Arias Castillo.*

En el marco de los 40 años de Alma-Ata y en un momento clave para el país, se estaba construyendo el camino para la paz. Entre otros temas se planteó la estrategia de inclusión de la política pública de salud, en la que se declara la salud como un derecho fundamental a través de la Ley Estatutaria de la Salud (2017). Se requería una reflexión y un debate en torno al desarrollo y al mejoramiento de la AP y de la MF con base en los objetivos de desarrollo sostenible, en torno a aspectos como: los cambios demográficos, la transición epidemiológica, los desastres naturales, el incremento de los problemas de salud mental, los cambios en el clima, el consumo y los hábitos de vida, como determinantes de la salud. Y fenómenos como la migración, la prevención cuaternaria, la investigación, el trabajo comunitario y la distribución de la población por cada médico familiar, el acceso universal a la salud, la distribución y disponibilidad del recurso humano, la articulación entre sectores y la formación del recurso.



## Objetivos

- ↘ La investigación aplicada a los territorios.
- ↘ El impacto económico de la MF en los sistemas de salud.
- ↘ La MFyC como fuente de atención en salud mental.
- ↘ La prevención cuaternaria: cómo hacer y cómo enseñar.
- ↘ La MFyC y la salud de los migrantes.

## Carta de Cali

Se establece la inclusión obligatoria de los programas académicos de pregrado y posgrado en MF. Y también políticas de financiamiento que fomenten la investigación en el campo de la MFyC. Cabe identificar posibilidades concretas de financiación, y enfatizar que cada médico familiar tenga una población asignada y un territorio específico, así como recomendar un mínimo de 30 médicos de familia por cada 100.000 habitantes. Por otro lado, difundir el concepto de prevención cuaternaria, fortalecer y empoderar el trabajo comunitario. Diseñar estrategias comunes para los Estados miembros que permitan obtener indicadores estandarizados que evalúen el desempeño profesional y el impacto económico del médico y médica de familia. Gestionar alianzas estratégicas con el fin de aplicar los principios de la prevención cuaternaria. Incorporar y/o fortalecer la formación en salud mental y comunitaria, necesaria para los espacios de atención en los que se desenvuelven los médicos y médicas de familia. Reconocer el derecho a la salud de las personas migrantes y sus familias, y crear un Observatorio de la Salud de la Migración.

## Perspectivas

La VII Cumbre de MF en Cali, realizada en el mes de marzo de 2018, venía precedida por los lineamientos de política pública, en los cuales se establecía el derecho a la salud de la población colombiana en el marco de la Ley 1751, más conocida como Ley Estatutaria en Salud, el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, la Ley 1438 de 2011 y el objetivo de consolidar la Política de Atención Integral en Salud (PIAS). Además de esto, se estaba cursando la implementación del currículo único de MF para implementar el número de programas en el país, el número de personal médico especialista en MF, y en consecuencia la cobertura territorial con estos y estas especialistas. En agosto del mismo año se surtió el cambio presidencial y varios procesos quedaron detenidos en el tiempo.

En el 2019 se retomaron varios temas de la política en salud, con algunos cambios en el modelo, persistiendo el objetivo de los equipos básicos en salud, la necesidad de formación, los prestadores primarios, que incluían a los médicos generales, y los especialistas en MF y los prestadores secundarios.

Había ocho programas de MF en el país, a la fecha hay doce y dos pendientes de iniciarse. Las unidades de salud familiar o los centros de MF aún no son una realidad en la política del país. También hay una mayor adherencia a la MF por parte del sector privado y debe destacarse la importancia del papel de la medicina y la salud familiar, que los tiempos de pandemia 2020–2022 demostraron.

## ¿QUÉ HAY A FUTURO?

### CIUDAD DE GUATEMALA (GUATEMALA)

La convergencia de las fuerzas políticas, académicas y sociales son necesarias para dar un impulso al desarrollo de la salud familiar en cada país. En los países de Iberoamérica, como debiera verse reflejado en las experiencias de cada país y en estos informes de los encuentros anteriores, se han dado en



las últimas décadas las coincidencias necesarias de las voluntades, incluyendo las reformas sanitarias, para lograr el desarrollo del modelo de salud familiar y de la formación de médicos y equipos con esta orientación. Esto ha tenido una notable expansión en sus territorios y ha dado cuenta de una APS de calidad, cerca de las familias y poblaciones, idealmente universal, equitativa, eficiente y sin discriminaciones.

Para Guatemala se espera que esta cumbre le dé el impulso necesario a través de las experiencias en la Región Iberoamericana, para un pronto y amplio desarrollo del modelo de salud familiar, de la formación de especialistas en MF/MFyC y equipos de salud familiar, que les permitan afrontar sus problemas de salud prioritarios con un acceso universal de gran calidad y costo-eficientes. Para esto resulta imprescindible el apoyo sistemático y continuo de las autoridades políticas, académicas y de salud, con incrementos significativos en el presupuesto sanitario orientado a la APS, como necesariamente ha ocurrido en todos los países que lo han implementado y desarrollado.

PARTE III

ANEXOS



# ANEXO I. PROGRAMA DEL I CONGRESO NACIONAL E INTERNACIONAL DE MFYC (GUATEMALA, 2021)



## I CONGRESO NACIONAL E INTERNACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



DÍA 1 8 de noviembre 2021 14 a 16 horas		Contexto Nacional de Salud y la Medicina Familiar y comunitaria Moderación: Dr. Julio Valdez (IGSS)	
Tiempo	Tipo	Tema	Expositor
10 minutos		Bienvenida	IGSS, MSPAS, USAC, WONCA
30 minutos	Conferencia	El sistema de Salud de Guatemala. La APS, las RISS y la Medicina Familiar y Comunitaria como la gran apuesta para lograr Salud Universal	Dr. Gustavo Estrada
50 minutos	Foro	¿Es posible y necesaria la MF en Guatemala?	Gerente del IGSS: Dra. Marylin Ortiz Ministro de Salud: Dr. Francisco Coma Decano de la FCCMM-USAC: Dr. Jorge Orellana
30 minutos		Preguntas y discusión	Plenaria
DÍA 2 10 de noviembre 2021 14 a 16 horas		Valoración de la Medicina Familiar y Comunitaria Moderación: Dra. María Cuba, (Perú)	
Tiempo	Tipo	Tema	Expositor
30 minutos	Conferencia	¿Qué es medicina familiar?	Dra. Jaqueline Pozzo Presidente de Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar
1 hora	Foro	Experiencias de formación y desarrollo de la medicina familiar y comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uruguay</li> <li>• México</li> <li>• EEUU</li> <li>• España</li> <li>• Ecuador</li> </ul>
30 minutos		Preguntas y discusión	Plenaria
DÍA 3 12 de noviembre 2021 14 a 16 horas		Perspectivas de la Medicina Familiar y comunitaria en el País Moderación: Dr. Orlando Cano (MSPAS)	
Tiempo	Tipo	Tema	Expositor
30 minutos	Conferencia	Modelo de atención de la salud en Guatemala, el rol de la medicina familiar y comunitaria	Dr. Edwin Montufar Viceministro APS
1 hora	Foro	MSPAS: Perspectiva Institucional IGSS: Perspectiva Institucional USAC: Currículo en Proceso	MSPAS: Dra. Jhunny Tasejo IGSS: Dr. Homero Ramírez USAC: Dra. Patricia Vélez
30 minutos		Preguntas y discusión	Plenaria



Escanear el código QR para acceder al formulario de inscripción.  
O Ingresar al siguiente enlace:  
<https://us02wbn6.zoom.us/j/96824174411?pwd=SUh1bWZ0R1R0M0ZUeUw4MDEA>

El camino de la  
**Atención Primaria**  
en Salud para Guatemala









## ANEXO 2. NÓMINA DE INTEGRANTES DEL COMITÉ ORGANIZADOR DE LA VIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF/MFYC

La comisión estuvo integrada por WONCA Iberoamericana - CIMF, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); y contó con participación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Representación en Guatemala y la Universidad de San Carlos (USAC).

<b>Presidenta</b>	Jacqueline Ponzo (Pta. CIMF)
<b>Copresidentes</b>	José Adolfo Flamenco Jau (Pte. Junta Directiva IGSS) Francisco Coma (ministro de Salud Pública y Asistencia Social)
<b>Secretaria</b>	Lisbeth Hernández (IGSS)
<b>Integrantes (organizados en subcomités)</b>	Alejandra Zarazúa (IGSS) Lisbeth Hernández (IGSS) Julio Valdés (IGSS) Thomas Meoño (CIMF) Marina Almenas (CIMF) Gabriela Di Croce (CIMF) Rosa Villanueva (CIMF) Marcela Cuadrado (CIMF) María Fernández García (CIMF) Sonia Ortiz (CIMF) Dora Bernal (CIMF) Lilián Barrillas (MSPAS) Diego Solís (MSPAS) Andrea Sierra (MSPAS) Boris Bolaños (MSPAS) Gerardo Alfaro (OPS Guatemala) Arnoldo Sáenz (USAC)



## ANEXO 3. OBJETIVOS Y LINEAMIENTOS DE LA CIMF PARA LA VIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF/MFYC

### OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

- Ofrecer una base para la discusión y elaboración colectiva.
- Recoger lo expuesto en la primera reunión del Comité Organizador.
- Esperar un resultado: documento guía para el desarrollo de la Cumbre Iberoamericana, de acuerdo con la CIMF de Guatemala.

**Nota:** Este documento fue realizado por el Comité Ejecutivo WONCA Iberoamericana - CIMF en julio del 2022. Debido a una resolución de la CIMF aprobada por el Comité Ejecutivo en el 2018, y refrendada por la Junta Directiva en el 2021, la denominación utilizada en documentos oficiales expone las dos alusiones más frecuentes de la especialidad en la región: MF/MFyC. A los efectos de la cumbre, de existir un posicionamiento en Guatemala por una de las denominaciones se podrán considerar propuestas que favorezcan la comunicación.

### INTRODUCCIÓN

La posibilidad de desarrollar la VIII Cumbre Iberoamericana de MF/MFyC en Guatemala es el resultado de una confluencia de circunstancias diversas. La pandemia de COVID-19 ha marcado nuestra vida, la de nuestros países e instituciones desde marzo de 2020. La suspensión de la VIII Cumbre, prevista para su realización en Puerto Rico en abril de 2020, así como la reiteración de la suspensión en abril de 2022 y el establecimiento, es parte de ello. Mientras tanto, durante el año 2021, a solicitud de la Mesa Técnica (MT) instalada en Guatemala, con la participación del IGSS y el MSPAS, se estableció una colaboración desde la CIMF para la implementación de especialización en medicina familiar y comunitaria en este país. Desde el Comité Ejecutivo de la CIMF, con la interlocución principal a cargo de su presidenta, se participó de numerosas reuniones con esta mesa y del Congreso Internacional de MFyC convocado por Guatemala en 2021. Además, se revisaron documentos y se emitieron recomendaciones.

Más allá de estas circunstancias, de por sí muy relevantes, el hecho fundamental en la base de este proyecto es la siguiente convicción compartida por las instituciones de Guatemala y la Confederación Iberoamericana de MF: la importancia que tiene la instalación de la especialidad en este país para dotar al sistema de salud de su mejor capacidad en favor de las personas y comunidades.

La CIMF es una confederación constituida por veinte asociaciones nacionales organizadas en cuatro subregiones, Andina, Cono Sur, Iberia y Mesoamérica. Forma parte de WONCA, la organización mundial de asociaciones de medicina familiar.

Organizar una Cumbre en un país que no cuenta con una asociación nacional integrante de CIMF constituye una excepción tal que ni siquiera está contemplada en el reglamento de eventos, pero es una iniciativa totalmente consistente con la misión de CIMF, organización «dedicada al desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud en los países de Iberoamérica».



Con el entusiasmo de contribuir a este desarrollo necesario en Guatemala y la convicción de que el evento redundará en beneficio del desarrollo de la especialidad y la Atención Primaria de la Salud en la región, es que se ha dispuesto encaminar el trabajo de toda la organización para concretar la VIII Cumbre Iberoamericana en Guatemala, en la fecha sugerida desde este país, acorde con la agenda posible para la CIMF, 10 y 11 de noviembre.

## TÍTULO DE LA CUMBRE

Se sugiere el siguiente título: «Medicina Familiar/Familiar y Comunitaria: especialidad esencial para la salud en el siglo XXI».

Este título logra, en un texto breve, destacar a la Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria (con su doble denominación reconocida por la CIMF) en varios aspectos:

- Como especialidad, lo cual es relevante cuando en varios países se considera adecuado un primer nivel de atención sin necesidad de un equipo especialista.
- Porque implícitamente coloca en el seno de la cumbre el tema de la formación del personal especialista en la MFyC. Esto atiende al objetivo central de Guatemala y una de las necesidades de la CIMF y de nuestros países: la de profundizar en aspectos relativos a la formación en MF/MFyC y la producción de expertos.
- Porque es de una importancia tal que resulta esencial como recurso para la salud, y no solo para los sistemas y servicios de salud, lo cual ofrece un alcance muy amplio al campo del conocimiento y la acción, tal como ocurre en la realidad.
- Porque tiene perspectiva de futuro, vocación de futuro, y, además, implícitamente señala la urgencia de este cambio. El siglo XXI va a alcanzar pronto su primer cuarto y queda mucho por hacer para reconocer el carácter indispensable de esta especialidad.
- Otro fundamento surge de un aspecto práctico. Este título fue incluido en la carta enviada a las autoridades de Guatemala (de modo provisional, claro, como todo lo relativo a la cumbre hasta este momento), cuando se hizo llegar el interés en que consideraran la posibilidad de ser sede de la cumbre.
- Finalmente, la brevedad del texto resulta favorable para la apropiación de este título por todas las personas e instituciones que participen de una forma u otra de la cumbre, e incluso de quienes no formen parte, pero constituyan la población objetivo de los mensajes.

## OBJETIVOS DE LA CUMBRE

### *Objetivo general:*

Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de la formación de personal especializado en MF/MFyC en la región Iberoamericana dentro del contexto de complejidad que ofrece el siglo XXI, con especial énfasis en el proceso de Guatemala.

### *Objetivos específicos:*

- Favorecer un intercambio creativo que permita reconocer los caminos, y procesos, que Guatemala puede seguir para instalar la especialización de MF/MFyC en el país con una calidad adecuada y acorde a las necesidades de salud de su población.
- Favorecer la actualización de las definiciones regionales sobre las competencias, la calidad y el perfil del personal especializado de MF/MFyC de Hispanoamérica.
- Contribuir a visibilizar la importancia de la MF/MFyC para el cuidado de la salud en los diferentes contextos, problemas complejos y sistemas de salud de Iberoamérica en el siglo XXI.



## INTEGRACIÓN DEL COMITÉ ORGANIZADOR Y REPRESENTANTES DE LA CIMF

En su artículo 32, el *Reglamento para eventos científicos y cumbres WONCA* de la CIMF establece que el Comité Organizador está integrado, a su vez, por el Comité Ejecutivo de esta.

Por otro lado, la ausencia de una asociación nacional de MF/MFyC en Guatemala era una situación inédita en la organización de las cumbres iberoamericanas. Las instituciones interlocutoras, el IGSS y el MSPAS, aparecían como integrantes naturales de este comité. Para impulsar los trámites, se pidió, mediante una solicitud de designación el pasado 11 de julio, que al menos tres personas por cada institución integraran dicho comité.

Por su parte, la OPS también fue invitada a ser parte de la organización, y en la reunión del 8 de julio el representante manifestó su voluntad de participar como colaborador. Tanto la OPS como el MSPAS y el IGSS participaron activamente de la reunión de instalación del Comité Organizador el pasado viernes 15 de julio.

En cuanto a la presidencia, al ser la cumbre el máximo evento regional de carácter político-técnico de la CIMF, y en ausencia de una asociación nacional, debería recaer en esta la dirección del encuentro. No obstante, en favor de un proceso de trabajo colaborativo y participativo, se sugirió la creación de una copresidencia nacional que recayera, en parte, en una persona de Guatemala.

Desde la CIMF se acordó que su presidenta, Jacqueline Ponzo, era la persona indicada para asumir la presidencia del encuentro, esto es, la coordinación del trabajo preparatorio, del evento y el compromiso en la continuidad de las acciones poscumbre. Desde ya se solicitó a las instituciones de Guatemala considerar la posibilidad de designación de una copresidencia nacional.

Finalmente, se propuso la siguiente estructura de miembros:

- Comité Ejecutivo de la CIMF: nueve integrantes.
- IGSS: mínimo tres integrantes.
- MSPAS: mínimo tres integrantes.
- OPS: a su consideración.

Además, se propuso consolidar el Comité Organizador de Integración Multiinstitucional, que sería numeroso dada la cantidad de organismos y el entusiasmo presente en la participación. También se estudió que el Comité Académico se constituyera como un subgrupo de trabajo a partir de las personas integrantes del Comité Organizador.

Por último, se sugirió constituir otro subgrupo de trabajo dedicado a la comunicación tanto institucional como de difusión del evento a través de las redes y otros medios.

## PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO PREPARATORIO. RÉGIMEN DE TRABAJO DEL COMITÉ ORGANIZADOR Y DE OTROS GRUPOS DE TRABAJO

Las subregiones de la CIMF<sup>4</sup>, más un quinto grupo que incluyera a promociones de residentes y jóvenes médicos y médicas de MF/MFyC, propusieron trabajar en la preparación de la VIII Cumbre para poder realizar intercambios de la experiencia de formación, inserción e importancia de la especialidad.

Cada uno de los cinco grupos estaría integrado por la persona que tuviera la presidencia de la asociación miembro de cada país integrante de la CIMF, o la persona que en su lugar fuera designada por la



Junta Directiva respectiva. En el caso del grupo de jóvenes, estaría integrado por los respectivos representantes de todas las subregiones.

Además de las personas miembro de la CIMF, se esperaba la integración en estos grupos de trabajo de personas designadas desde algunas instituciones de Guatemala, así como de organismos académicos de la región sugeridos por las asociaciones miembro de cada país.

Los subgrupos serían coordinados respectivamente por las vicepresidencias subregionales de la CIMF y por la representante en la CIMF de los jóvenes médicos y médicas. A su vez, las cinco personas eran integrantes del Comité Ejecutivo de la CIMF y, por tanto, también estarían en el citado Comité Organizador. Esto favorecería la consistencia del trabajo preparatorio, proceso en el que sería muy favorable establecer una coordinación de estos grupos de trabajo con la participación de Guatemala, lo cual quedó a consideración del Comité Organizador y de las propias instituciones locales.

Los cinco grupos trabajarían bajo las mismas consignas y elaborarían aportes para la construcción de documentos colaborativos. Para ello, como se ha señalado en otros documentos, se preveía hacerlo mediante trabajo virtual asincrónico y reuniones virtuales con un mínimo de tres reuniones entre agosto y setiembre. Las consignas de trabajo propuestas, e incorporadas mediante las propuestas de la reunión del 15 de julio, eran:

- Actualización del perfil del médico y médica de MFyC, así como de sus competencias y habilidades esenciales.
- Certificación en la MFyC.
- Condiciones de trabajo del personal de MFyC.
- Aportes de la MFyC a la situación de pandemia.
- Contribución de la MFyC a la transformación de los sistemas de salud.

De este modo, durante agosto y setiembre habría cinco grupos en la región trabajando en estas cinco consignas. Más tarde, para octubre se podrían reorganizar los grupos centrandolo la base en los ejes temáticos, lo que permitiría avanzar en la consolidación de los documentos en cada uno de los temas sumando los aportes de todos los grupos.

Después, durante el encuentro los grupos integrados por las personas de diferentes subregiones de la CIMF y Guatemala, así como los referentes académicos e institucionales, y otros invitados, retomarían estos documentos en forma presencial para su discusión final y validación. De esta manera, cada subgrupo acabaría profundizando en una de las consignas, en formato taller, con base en las contribuciones anteriores a la cumbre.

Para ello, sería fundamental el aporte de los docentes y tutores formadores de especialistas de MFyC en diferentes ámbitos y países. Debido a esto, era esencial asegurar su participación durante todo el proceso anterior a la cumbre y en el desarrollo de esta.

## DESIGNACIÓN DE LAS PERSONAS QUE ACTUARÍAN EN LA COORDINACIÓN DEL TRABAJO PREPARATORIO: COMITÉ ORGANIZADOR, SUBCOMITÉ ACADÉMICO, SUBCOMITÉ DE COMUNICACIÓN

La comparecencia a la reunión del 15 de julio constituyó la instalación del Comité Organizador. Para formalizar esto, era necesario formalizar la nómina de integrantes, su filiación y datos de contacto, así como generar un documento de comunicación para todas las instituciones, como paso inicial en la organización de los equipos y el trabajo.



## PROPUESTA DE DESARROLLO DE LA CUMBRE (AGENDA, CONFERENCIAS, TALLERES, GRANDES TEMAS). PROPUESTA PRELIMINAR NO PRESENTADA EN LA REUNIÓN DEL DÍA 15/07, BASE PARA LA DISCUSIÓN

### DÍA 1. 10 DE NOVIEMBRE

- Mesa de apertura: autoridades de la salud y académicas de Guatemala y de la OPS regional y local. Autoridades de la CIMF.
- Conferencia de apertura (de la importancia de la MF/MFyC como especialidad).
- Talleres de trabajo con base en los documentos elaborados antes de la cumbre.
- Almuerzo.
- Panel: perfil del personal especialista en MFyC. Competencias y habilidades esenciales.
- Conversatorio magistral de cierre del día 1: formación del médico de MF/MFyC como especialidad fundamental de la AP, el PNA y los sistemas de salud

### DÍA 2. 11 DE NOVIEMBRE

- Conferencia: los sistemas de salud y la MFyC, a cargo de la OPS.
- Panel: la MFyC en los sistemas de salud, condiciones de trabajo.
- Almuerzo.
- Panel: la certificación en MFyC.
- Clausura:
  - ▶ Presentación de los resultados del I Premio de Investigación en Medicina de Familia Salvador Tranche, dirigido a documentar los aportes de la MF/MFyC durante la pandemia de COVID-19.
  - ▶ Presentación de acuerdos: suscripción de acuerdo CIMF-Guatemala.
  - ▶ Presentación de acuerdos: suscripción de acuerdo CIMF-OPS.
  - ▶ Presentación del documento de la VIII Cumbre: Carta de Guatemala, producto del trabajo anterior y durante el encuentro.

### DÍA 3. 12 DE NOVIEMBRE (POSCUMBRE)

- Reunión del Comité Ejecutivo de la CIMF con las autoridades de Guatemala, y la OPS, para la coordinación y puesta en marcha de los acuerdos alcanzados en el encuentro.

Tomando en cuenta esta agenda, los días 8 y 9 de noviembre, antes del encuentro, deberían tener lugar en forma presencial en Guatemala las reuniones del Comité Ejecutivo de la CIMF y su Junta Directiva, lo cual debería preverse en calendario y logística.



## PROPUESTA DE PERSONAS QUE ACTUARÍAN COMO CONFERENCISTAS EN LA CUMBRE

A considerar y definir por el Comité Organizador.

## OBJETIVOS Y LINEAMIENTOS PARA UN PLAN DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA CUMBRE

A considerar y definir por el Comité Organizador. Es necesario conocer los marcos institucionales, el uso de logos, las firmas, etc.

## CRONOGRAMA

- Instalación del Comité Organizador: 15 de julio de 2022.
- Envío del documento preliminar elaborado por la CIMF como base para el desarrollo del encuentro: semana del 18 de julio.
- Disponer del material de las cumbres previas y el reglamento sobre los eventos: semana del 18 de julio.
- Acuerdo del régimen de funcionamiento del Comité Organizador en las reuniones, la secretaría y la presidencia: semana del 18 de julio.
- Confirmación de la sede, análisis del presupuesto del evento y fuentes de financiación: semana del 18 de julio.
- Instalación de los grupos de trabajo: hasta el 31 de julio de 2022.



## ANEXO 4. TABLA DE PARTICIPACIÓN EN LA FASE III DE LA VIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF/MFYC SEGÚN LOS PAÍSES, POR TEMAS Y OTRAS VARIABLES DE INTERÉS (2022)

País	Eje 1	Eje 2	Eje 3	Eje 4	Total del país	Participantes en la coordinación	Jóvenes <sup>a</sup>	IGSS	MSPAS
Argentina	7	4	2	5	18	2	3		
Bolivia	9	2	2	6	19	0	0		
Brasil	6	4	5	4	19	0	0		
Chile	1	5	4	3	13	0	0		
Colombia	3	2	1	1	7	1	1		
Costa Rica	4	1	2	0	7	1	0		
Cuba	2	1	1	1	5	0	0		
Ecuador	2	2	1	3	8	0	0		
España	2	3	3	0	8	1	0		
México	8	8	7	5	28	3	3		
Nicaragua	1	1	1	1	4	0	0		
Panamá	5	1	1	1	8	0	3		
Perú	4	3	4	3	14	1	0		
Portugal	1	1	1	1	4	0	0		
Puerto Rico	2	1	1	2	6	2	0		
Rep. Dominicana	3	3	1	4	11	0	0		
Uruguay	3	2	2	3	10	2	0		
Venezuela	1	1	1	2	5	0	0		
<b>Subtotal CIMF</b>	<b>64</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>45</b>	<b>194</b>	<b>13</b>	<b>10</b>		
Guatemala	8	4	5	8	25	4	2	10	13
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>49</b>	<b>45</b>	<b>53</b>	<b>219</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>13</b>

<sup>a</sup> Jóvenes: promociones de residentes o personal especialista que se han egresado hace menos de cinco años.

CIMF: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



## ANEXO 5. PROGRAMA DE LA VIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF/MFYC

### VIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF/MFYC: «MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, ESPECIALIDAD ESENCIAL PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL SIGLO XXI»

Guatemala, 10 y 11 de noviembre de 2022

DÍA 1: 10 de noviembre		
HORARIO	ACTIVIDAD	PONENTES
7:30 - 8:00	Inscripciones	Comité Logístico
8:00 - 9:00	<b>SESIÓN INAUGURAL</b>	
	Bienvenida a Guatemala	<b>Alejandro Giammattei</b> - Presidente de la República
	Intervención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	<b>Francisco Coma</b> - Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
	Intervención del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	<b>José Adolfo Flamenco Jau</b> - Presidente de Junta Directiva del IGSS
	Intervención de la OPS/OMS	<b>Gerardo Alfaro</b> - Representante de la OPS en Guatemala
	Intervención de la WONCA	<b>Anna Stavdal</b> - Presidenta de la WONCA
	Intervención de la WONCA Iberoamericana CIMF	<b>Jacqueline Ponzo</b> - Presidenta de la WONCA Iberoamericana CIMF
9:00 - 9:10	<b>RECESO</b>	
9:10 - 9:40	<b>CONFERENCIA INAUGURAL</b>	
	«Medicina Familiar y Comunitaria: especialidad esencial para la transformación de los sistemas de salud en el siglo XXI»	<b>Jacqueline Ponzo</b> - Presidenta de la WONCA Iberoamericana - CIMF
9:40 - 9:50	<b>PRESENTACIÓN</b>	
	Metodología de la VIII Cumbre	<b>Thomas Meoño</b> - Coordinador ejecutivo de la WONCA Iberoamericana - CIMF
9:50 - 10:00	<b>COFFEE BREAK</b>	
10:00 - 12:00	<b>PANEL DE APERTURA</b>	
	Experiencia y buenas prácticas de la transformación de los sistemas de salud a través de la APS y la MFyC	La especialización en MFyC como requisito para el ejercicio en el PNA en España. Relación entre las políticas de formación y el sistema de salud <b>Verónica Casado Vicente</b> (30 min) Presidenta de la Academia de Médicos de Familia de España (AMFE), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)



		<p>Influencia de la MFyC en la implementación del Sistema Único de Salud en Brasil. Logros y dificultades</p> <p><b>Zeliete Zambon</b> (30 min) Presidenta de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad (SBMFC)</p>
		<p>Articulación de la APS y las RISS en un contexto de diversidad cultural. La experiencia de Perú</p> <p><b>Rosa Villanueva</b> (30 min) Vicepresidenta de la CIMF de los Países Andinos</p>
		<p>Panel de discusión coordinado por el <b>MSPAS</b></p>
12:00 -13:00	<p><b>Panel:</b> «20 años de Cumbres de MF/MFyC en Iberoamérica: Lecciones aprendidas y recomendaciones vigentes»</p>	<p>Comité Especial de expresidentes de las cumbres anteriores:</p> <p><b>Wesley Smith</b> (Paraguay) <b>Liliana Arias</b> (Colombia) <b>Thomas Meoño</b> (Costa Rica)</p> <p>Coordina: <b>Dora Bernal</b> Presidenta electa de la WONCA Iberoamericana CIMF</p>
13:00 - 14:00	<b>ALMUERZO</b>	
14:00 - 17:00	<p><b>Trabajo en grupos y talleres:</b> Grupos de Trabajo – Coordina la WONCA Iberoamericana CIMF</p> <p><b>Acuerdos y recomendaciones sobre los puntos clave en cada uno de los temas</b></p>	<p>Grupo 1: <b>Actualización del perfil del personal médico de MFyC (competencias y habilidades esenciales del médico y médica de MFyC)</b> Coordinación: Rosa Villanueva (Perú), Sonia Ortiz Flores (Puerto Rico), Alejandra León (Colombia), Luis Felipe García Ruano (MSPAS, Guatemala), Alejandra Zarazúa (IGSS, Guatemala)</p> <p>Grupo 2: <b>Certificación en la MFyC</b> Coordinación: Thomas Meoño (Costa Rica), Gabriela Di Croce (Argentina), Elizabeth Hernández Portillo (México), Tania Marisol Peña (México), Gary Reyes (IGSS, Guatemala), Nineth Sigui (MSPAS, Guatemala)</p> <p>Grupo 3: <b>Condiciones de trabajo del personal médico de MFyC</b> Coordinación: Gisela Galindo Ortego (España), Brando Cantú (México), Yessenia Rojas (IGSS, Guatemala), Lilian Barillas (MSPAS, Guatemala)</p> <p>Grupo 4: <b>Aportes de la MFyC en la transformación de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta ante las emergencias (COVID-19 y otras)</b> Coordinación: Marcela Cuadrado (Uruguay), Marina Almenas (Puerto Rico), Eliana Vesga (Argentina), Edgar González (IGSS, Guatemala), Moisés Mayén (MSPAS, Guatemala)</p>
	<p><b>Diálogo político de alto nivel:</b> «La MFyC como estrategia para el fortalecimiento de los Sistemas de Salud de la región» (Sala paralela)</p>	<p><b>Reunión virtual con COMISCA y CISSCAD</b> Sesión de preguntas y respuestas con expertos. Panel: <b>Anna Stavdal, Verónica Casado Vicente</b> e integrantes del <b>Comité Especial de la VIII Cumbre</b></p>
17:00	<b>CIERRE</b>	



DÍA 2: 11 de noviembre		
HORARIO	ACTIVIDAD	PONENTES
8:00 - 9:30	<b>Panel político:</b> «Transformación del Sistema de Salud de Guatemala»	<b>Francisco Coma</b> - Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
		<b>José Flamenco Jau</b> - Presidente de la Junta Directiva del IGSS
		Moderador: <b>Gerardo Alfaro</b> - Representante de la OPS en Guatemala
9:30 - 10:00	<b>Conferencia:</b> Lecciones aprendidas a nivel mundial para la mejor implementación de la MFyC en los sistemas de salud	<b>Anna Stavdal</b> - Presidenta de la WONCA Coordina: <b>Gabriela Di Croce</b> Representante regional de la promoción de residentes y jóvenes especialistas, Movimiento Waynakay
10:00 - 11:00	<b>Mesa redonda:</b> Sostenibilidad de la estrategia o modelo de atención basado en la MFyC más allá de los cambios de Gobierno. Recomendaciones para Guatemala.	<b>Roxana Sepúlveda Morales</b> Presidenta de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar (SOCHIMEF) (15 min) <b>Otto Hamann Echeverri</b> Presidente de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF) (15 min) <b>Francisco Javier Ortiz Vargas</b> Presidente de la Asociación Costarricense de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MEDFAMCOM) (15 min) Coordinación y síntesis: <b>Sandra Fraifer</b> Consultora de la OPS (15 min)
11:00 - 11:30	COFFEE BREAK	
11:30 - 13:00	<b>Panel:</b> Implementación adecuada y eficiente de la MF: «¿Cómo compensar los 50 años de rezago en Guatemala?»	Reorientación de los Médicos Generales a Médicos Familiares - La experiencia de México <b>Octavio Pons</b> Universidad Nacional Autónoma de México, Consejo Mexicano de Certificación (15 min)
		La residencia de MFyC como camino de transformación en la República Dominicana. <b>Francisca Moronta</b> Presidenta de la Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria (SODOMEFyC) (15 min)
		Integración docente-asistencial a nivel comunitario. La experiencia de Uruguay <b>Marcela Cuadrado</b> Vicepresidenta de la CIMF Cono Sur (15 min)
		La importancia de planificar la sostenibilidad del modelo. Lecciones aprendidas en España <b>María Fernández García</b> Vicepresidenta de la CIMF Países Ibéricos (15 min)
		El posgrado nacional en Ecuador para el aumento de especialistas <b>Carmen Cabezas</b> Pontificia Universidad Católica del Ecuador (15 min)
		Coordinación y síntesis de recomendaciones para Guatemala <b>Karin Kopitowski</b> Presidenta de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) (15 min)



13:00 - 14:00	<b>ALMUERZO</b>	
14:00 - 16:00	Conclusiones y recomendaciones de los grupos de trabajo de la VIII Cumbre <b>Coordinación:</b> Alejandra Zarazúa, asesora, Subgerencia de Planificación y Desarrollo, IGSS	<b>Panel 1:</b> Actualización del perfil del médico de MFyC) (competencias y habilidades esenciales)
		<b>Panel 2:</b> Certificación en la MFyC
		<b>Panel 3:</b> Condiciones de trabajo del personal de MFyC
		<b>Panel 4:</b> Aportes de la MFyC en la transformación de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta ante las emergencias (COVID y otras)
16:00 -16:30	<b>CLAUSURA DE LA CUMBRE</b>	

**19:00 h. Firma de la Declaración de Guatemala**, Palacio Nacional de Guatemala (participación con invitación).



## ANEXO 6. DECLARACIÓN DE LA CONFEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE MF/MFYC (WONCA IBEROAMERICANA – CIMF)

### La Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria es imprescindible para una respuesta adecuada a la pandemia COVID-19

Enero 2021

Ante la situación actual instalada por la pandemia de COVID-19, desde la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), y las asociaciones nacionales de Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria (MF/MFYC) que la constituyen, queremos expresar algunas consideraciones respecto de las políticas sanitarias implementadas hasta el momento en los países de la región. A lo largo de estos meses se ha trabajado para revertir reiterados desaciertos, no obstante, aún persisten problemas en muchos países derivados de una perspectiva inadecuada en la atención y prevención para COVID-19. Entre ellos destacamos:

- El aporte económico al primer nivel de atención por parte de la mayoría de los gobiernos iberoamericanos es escaso, casi nulo en algunos países.
- Médicas y médicos especialistas en medicina familiar/ medicina familiar y comunitaria, han enfrentado/están enfrentando esta pandemia con recursos insuficientes y falta de apoyo para el abordaje clínico, preventivo y educativo, imprescindibles para la atención adecuada.
- Las estrategias predominantes están orientadas por enfoques biomédicos y abordajes centrados en la enfermedad y el hospital, que apuntan a soluciones en el corto plazo, claramente inefectivas para COVID-19.
- Gran parte de los comités o consejos de expertos convocados desde el nivel gubernamental o institucional carecen de la participación de especialistas en MF/MFYC y cuentan con escasos profesionales con formación y experiencia en salud pública, colectiva y comunitaria. Esto pone en evidencia un modelo de atención fragmentado, conducido por especialidades focales que desde su campo de saberes dan un sesgo hospitalario a la atención de la pandemia. Se perdió así visibilidad del necesario y amplio abordaje en territorio que demanda un problema que es de base comunitaria.
- Es muy escasa la participación de los equipos del primer nivel de atención en la toma de decisiones, en la planificación y en la gestión de acciones para la contención de la pandemia.
- La atención y visitas domiciliarias han pretendido ser reemplazadas por teleconsultas y telemedicina bajo el pretexto de optimización de recursos y de personal.
- Incluso se ha llegado al extremo de cerrar centros de atención primaria en varios de nuestros países para reasignar a los integrantes de sus equipos de salud a servicios de emergencia hospitalarios o a hospitales modulares. Esto reduce o bloquea la accesibilidad y corta el circuito de atención para gran cantidad de pacientes y la gran mayoría de la población vulnerable.
- La orientación hospitalocéntrica de la atención hacia personas con diagnóstico de COVID-19 llevó a desconocer y prescindir de las fortalezas y recursos estratégicos propios del primer nivel de atención para implementar y coordinar una Vigilancia Epidemiológica estrecha y eficaz desde el territorio. Se siguen perdiendo oportunidades para testear, rastrear, aislar y controlar evolutivamente



casos y contactos, y de esa forma cerrar el anillo y cortar la transmisión comunitaria del virus.

- El desmantelamiento de los servicios del primer nivel de atención sigue provocando repercusiones negativas en la atención oportuna y contención de patología prevalente NO COVID-19 y seguimiento de población; así como en el trabajo comunitario con abordaje integral, longitudinal, multidisciplinario y coordinado.
- El abandono de actividades de promoción y prevención, vacunación, tamizaje, tratamiento y seguimiento en muchos países, ha generado incremento en las exacerbaciones y falta de control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Es evidente el aumento de muertes no esperadas por patologías no relacionadas con COVID-19
- También se constatan graves repercusiones entre los integrantes de equipos de salud (profesionales, técnicos y auxiliares). En algunas áreas la afectación ha llegado a un tercio de los contagiados por COVID-19, debiendo lamentar la pérdida de numerosas vidas de compañeros/as durante la pandemia.
- En estos meses se ha visibilizado parte de las graves dificultades laborales que afrontamos los integrantes de los equipos de salud día a día: precariedad laboral y multiempleo, falta de equipos de protección personal adecuados, violencia, agotamiento físico y mental con estrés y riesgo de burnout, entre otros. No obstante, no se han generado aún cambios concretos para revertir esta realidad, ni se ha reconocido económicamente la magnitud de la labor.
- Se ha menospreciado el valor estratégico del primer nivel de atención para contener la demanda hospitalaria. Se desaprovecha su capacidad para coordinar la atención ambulatoria, redireccionar hacia otros niveles de atención, realizar el seguimiento de pacientes con alta hospitalaria y acompañar a hospitalizados y sus familias.
- La educación médica de grado y de posgrado se ha visto particularmente afectada, obligando a los docentes y tutores al desarrollo e implementación de innovadoras formas de educación y acompañamiento para alumnos universitarios, y para médicos residentes, no siempre suficientes para atender la necesidad.
- Se han pretendido realizar homologaciones de títulos de especialistas sin haber completado la formación o contar con el aval de organismos oficiales. Adicionalmente se ha propendido por formaciones exprés en grado y posgrado en detrimento de la calidad y por ende con grandes riesgos para la atención de las comunidades.
- Residentes de diferentes países están viviendo con angustia el tiempo de formación, críticamente comprometido por esta situación.

Por lo expuesto:

**WONCA-CIMF manifiesta su compromiso** con la salud de la personas y su **vocación de contribuir** al desarrollo de sistemas de salud accesibles, adecuados a las necesidades de la población en cualquier contexto, y **muy especialmente en esta pandemia**.

**WONCA-CIMF realiza un llamado** a las autoridades sanitarias, gestores y decisores políticos de los países de Iberoamérica a jerarquizar efectivamente los servicios del primer nivel de atención, poner en valor la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y fortalecer la participación de la Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria durante la pandemia, particularmente en:



- El abordaje territorial y comunitario para prevención de COVID-19 y la educación para la salud,
- La atención y seguimiento de personas con COVID-19 en el seno de su comunidad y junto con sus familias,
- La atención a las personas con otros problemas de salud, particularmente los más prevalentes, las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud mental,
- Sostener el cuidado de la salud en la niñez, el embarazo, los adultos mayores, y toda población vulnerable;
- Implementar y coordinar la Vigilancia Epidemiológica con participación de los equipos de salud en territorio que permita controlar la circulación comunitaria del virus en forma efectiva;
- Participar en la planificación de la salida progresiva de los períodos de confinamiento cuando sea necesario, así como de las acciones a implementar ante los rebrotes que vendrán.
- La labor multisectorial a nivel comunitario para el desarrollo de estrategias locales de contención y comunicación efectivas, así como el estímulo a la autoconfianza y auto-responsabilidad de las personas en contexto de pandemia.
- El trabajo en equipo, de integración multi-institucional y coordinación en redes para la mejor gestión de la pandemia.

**Para todo esto son necesarios cambios culturales y estructurales** en la organización y gestión de los sistemas de salud. **Se requieren decisiones gubernamentales e institucionales** en el sentido de:

- a. Priorizar el aporte económico de los sistemas de salud al primer nivel de atención, dotándolo de recursos suficientes, acordes a la responsabilidad y la magnitud de la población que le competen, así como al potencial de acción y respuesta ante la pandemia que este ámbito ofrece.
- b. Dotar a los servicios y equipos del primer nivel de atención de los recursos necesarios para la atención accesible y segura en consultorios, atención domiciliaria y teleasistencia (debidamente equipada y pautaada); y asegurar las condiciones ambientales y equipos de bioseguridad adecuados y suficientes.
- c. Proveer los recursos para el diagnóstico oportuno de COVID-19 y la pesquisa activa desde el primer nivel de atención; con fácil acceso a la realización de pruebas diagnósticas PCR y tests antigénicos rápidos.
- d. Dar respuesta a las necesidades, dificultades y situaciones de precariedad laboral y remuneración que enfrentan los trabajadores de la salud en muchos de nuestros países; e instalar jornadas laborales acordes, descansos remunerados, aumento de personal para soporte y reemplazos, pagos justos y oportunos.
- e. Incorporar la perspectiva comunitaria, familiar, epidemiológica y ambiental en la gestión de COVID-19 mediante la integración de profesionales de estas áreas a los comités de gestión e investigación de la pandemia.
- f. Garantizar una estrategia comunicacional efectiva que considere las diferentes identidades sociales (etarias, genéricas, raciales, socio espaciales, religiosas, escolarización), así como las tradiciones culturales, que median el modo en que las personas piensan, sienten y se comportan.
- g. Incrementar el número de plazas de residencia para la especialidad de MF/MFYC, que ha de ser la base de todo sistema nacional de salud en Iberoamerica y el mundo, por la atención integral biopsicosocial que proporciona al paciente y su familia.
- h. Mantener la formación en MF/MFYC bajo los estándares de calidad y acreditación, con el respaldo académico, administrativo, tecnológico y de recursos que requiere una especialidad.



El ámbito comunitario es decisivo en la lucha contra la enfermedad. La pandemia COVID-19 comenzó en nuestra región hace once meses. Aunque se cuenta con avances en vacunación, no se vislumbra una pronta finalización, pero aún resulta posible adecuar la respuesta de los sistemas y servicios de salud.

La Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria de la región, conciente del papel protagónico que le toca en esta pandemia, reafirma su compromiso y llama a reforzar y reformular acciones en favor de más y mejor Atención Primaria de Salud. Mientras tanto, continuamos trabajando con dedicación y compromiso en cada uno de nuestros países.

**Enero 28 de 2021, Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar  
Miembro de WONCA, Organización Mundial de Medicina Familiar**

Asociaciones Nacionales

Federación Argentina de Medicina Familiar y General  
Sociedad Boliviana de Medicina Familiar  
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
Sociedad Colombiana de Medicina Familiar  
Asociación Costarricense de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria  
Sociedad Cubana de Medicina Familiar  
Sociedad Chilena de Medicina Familiar  
Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar  
Sociedad Salvadoreña de Medicina Familiar  
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria  
Colegio Mexicano de Medicina Familiar  
Sociedad Nicaragüense de Medicina Familiar  
Sociedad Panameña de Medicina Familiar  
Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar  
Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria  
Associação Portuguesa de Medicina General e Familiar  
Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico  
Asociación Dominicana de Medicina Familiar  
Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria  
Sociedad Venezolana de Medicina Familiar

Waynakay: Movimiento de residentes y jóvenes MF/MFYC



## ANEXO 7. APORTES DESDE LA MF/MFYC EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19<sup>a</sup>

### **GT CIMF Coronavirus**

Coordinación: Francisco Molina, Gabriela Di Croce

Integrantes: Alejandro Saldaña, Otto Hamann, Elizabeth Hernández Portilla, Gabriel Córdova, Alejandra Leon, Rosario Caballé, Zorina Ortega Sosa, Brando Cantú, Diana Oviedo, Evelyn Segredo, Karla Jiménez, María Luisa Vargas, Felipe Moreno-Piedrahita, Natalia Cristoforone, Yokasta Germosén Almonte, Jacqueline Ponzó

### **GT CIMF: Salud y Ambiente**

Coordinación: Paola Rava

Integrantes: Ana Ocegueda, Amelia Mano, Enrique Barrios, Beatriz Salgado, Pedro López, Paola Merma, Dayna Moreira, Ana Gossweiler, Geanelli Villagra, Ramiro Guzmán

### **GT CIMF: Medicina en Áreas Rurales**

Coordinación: Marcela Cuadrado

### **GT CIMF: Espiritualidad y Salud**

Coordinación: Sebastián Fuentes, Martín Olivera

Integrantes: Rocío Tagle, María Beatriz Giurfa, Ximena Cruz, Yanira Rodríguez, Gastón Alcarraz, Mariana Pose, Carolina Arbelo, Cintia Márquez, Lucía Capurro, Óscar Murillo, Melissa Mustelier, Gabriel Esquinas, Dannia Robles, Germosén Almonte, Miriann Mora, Paulyna Orellana, Miriam Riveros, Domingos José Vaz do Cabo, Janaine Caramargo, Elvira Ibarra

### **COMITÉ EJECUTIVO CIMF 2018-2021**

Presidente: Jacqueline Ponzó

Coordinador Ejecutivo: Thomas Meoño

Tesorera: Marina Almenas

Vicepresidente Subregión Andina: Dora Bernal

Vicepresidente Subregión Cono Sur: Marcela Cuadrado

Vicepresidente Subregión Iberia: Jorge Brandao

Vicepresidente Subregión Mesoamérica: José Luis Huerta

Representante Waynakay: Gabriela Di Croce

Redacción: Gabriela Di Croce, Alejandra León, Jacqueline Ponzó

Colaboración: Mayara Floss, Natalia Cristoforone

Revisión: Comité Ejecutivo de la CIMF

<sup>a</sup> Este documento fue realizado el 19 de mayo de 2020 por los grupos mencionados de WONCA Iberoamericana - CIMF.



## INTRODUCCIÓN

Estamos ante un problema que era desconocido hasta finales de diciembre de 2019. Tal es la enfermedad COVID-19 y su agente, un nuevo tipo de coronavirus llamado SARS-CoV-2<sup>1,2</sup> nunca antes detectado en los humanos. Todos estamos aprendiendo. La epidemia llega a nuestra región luego de extenderse ampliamente en China y otros países de Asia. Italia, España y Portugal se encuentran entre los países más afectados de Europa, y se anticipan en la epidemia a América Latina. Desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 15 de marzo se habían notificado 39.768 casos y 1.727 muertes, con 17.750 casos y 1441 muertes solo en Italia<sup>3</sup>. A pesar de esto, un estudio realizado en China, con una muestra de 44.672 casos, identificó una tasa de letalidad del 2,3% que variaba según el grupo etario. Asimismo, la mayoría de los casos se clasificaron como leves (81%), graves (14%) y críticos (5%).

Dicha enfermedad emerge en América Latina el 26 de febrero con el primer caso confirmado en Brasil<sup>4</sup>. Más tarde, el 11 de marzo la situación es categorizada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>5</sup>. Desde el 19 de marzo, con la afectación de Haití<sup>6</sup>, último país de la región en confirmar casos positivos, ya no quedan países libres de COVID-19 en nuestra región. A finales de marzo la circulación comunitaria del virus es prácticamente generalizada, con algunas situaciones de crecimiento acelerado de la incidencia y acumulación de la mortalidad.

No obstante, al tratarse de un problema nuevo y el breve tiempo transcurrido desde el inicio, hemos acumulado mucho aprendizaje. Debido a esto, resulta de interés sistematizar algunas recomendaciones que pueden contribuir al trabajo de los equipos que se desempeñan en el PNA y los servicios de urgencia.

Se trata de un problema que no se puede abordar de forma aislada dada su magnitud y repercusión multidimensional. En ese sentido, la mirada integral, comunitaria y longitudinal que provee la MF/MFyC es necesaria. De hecho, constituye un aporte que trasciende a nuestra especialidad y se torna en un compromiso social y profesional con el colectivo de la salud y con nuestras comunidades.

Nuestra especialidad se caracteriza por adecuar su práctica y organización de acuerdo con las características y necesidades de los territorios y las poblaciones. La elaboración de este documento, con una perspectiva regional y aportes de todas las subregiones de la CIMF (Andina, Cono Sur, Iberia y Mesoamérica), se enriquece con la diversidad de miradas y busca contribuir al mejor afrontamiento de la pandemia por los equipos de residentes y los y las profesionales de MF/MFyC.

El contexto de trabajo ofrece temores, peligros y problemas desconocidos. Algunas circunstancias son nuevas para todos en el planeta, mientras que otras son habituales en nuestra práctica, que se caracteriza por desarrollarse en circunstancias de complejidad e incertidumbre. Sabemos del valor que tienen las herramientas y los principios de nuestra especialidad ante este tipo de desafíos. Ahí está nuestra gran fortaleza. Ahí, y en el trabajo integrado con nuestras comunidades.

## COVID-19, UN PROBLEMA PLANETARIO

El origen de esta pandemia está vinculado con la interfaz salud animal y salud humana, que en el último siglo se ha visto progresivamente alterada por los modos de producción, especialmente de los alimentos, la comercialización y el consumo de estos a nivel global. En las últimas décadas hemos tenido eventos similares que permiten afirmar esto<sup>7</sup>.

En este contexto facilitador de la emergencia de estos patógenos, la dispersión de este es favorecida por la transformación, en un período de tiempo similar, de las comunicaciones y la movilidad de la población mundial.

En los territorios en los que desarrollamos nuestro trabajo, las medidas de prevención y control de la pandemia han generado en sí mismas efectos negativos en la salud de los individuos, las familias y las



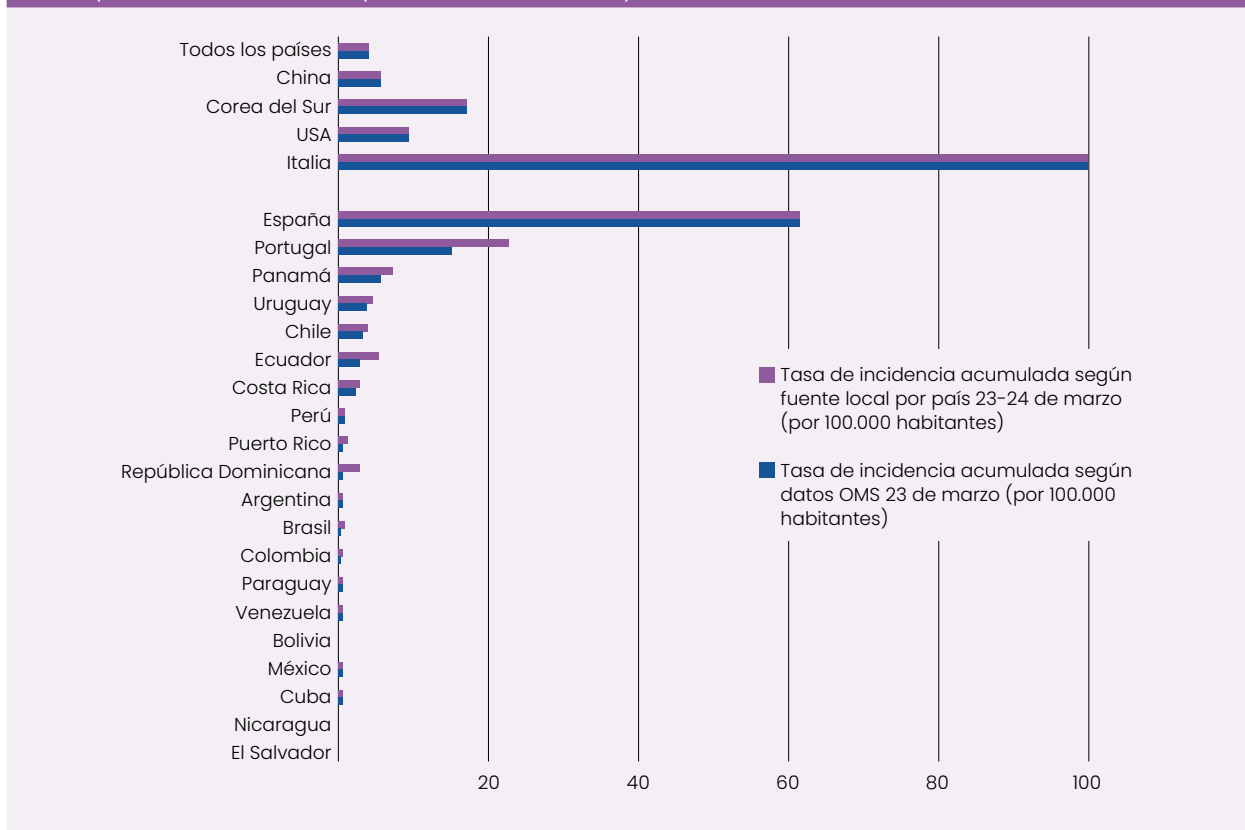
comunidades. Estos cambios, producidos en los procesos de determinación de la salud (el trabajo informal, el hacinamiento, la pérdida de contacto con las redes, el acceso pobre a los alimentos, etc.), nos exigen estar alertas como profesionales MF/MFyC, dado que afectan en forma desigual a la población. Asimismo, las cuarentenas han desacelerado la sobreexplotación y el daño al medioambiente. Al menos, esto ha generado una disminución en las emisiones de gases efecto invernadero y en la contaminación del agua y el aire en algunas regiones.

No obstante, la pandemia de COVID-19 configura un problema de salud planetaria. No solo por su dimensión y su alcance global, sino porque muestra claramente las interconexiones entre los ecosistemas biológicos que sostienen la vida y los sociales que hacen uso de estos, con la complejidad que ello significa. Igualmente, también nos ha enseñado insospechadamente, que la modificación en estas interconexiones es posible y necesaria<sup>8</sup>.

Ante el enorme sufrimiento global de esta pandemia, es imprescindible buscar cómo superarla. Es el momento de reconocernos como inter y ecodependientes, los seres humanos necesitamos de otros, así como de la naturaleza para sobrevivir. Este momento puede ser útil para reflexionar y compartir con la población, los colegas y los Gobiernos algunos aprendizajes. La salud es un asunto planetario. Cada vez resulta más ineludible pensarnos como parte de un planeta que hemos de compartir entre todos —personas y países— con equidad, y también con la naturaleza.

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA REGIONAL

**Figura 1.** Tasa de incidencia acumulada de COVID-19 desde el 31 de diciembre de 2019 al 23-24 de marzo de 2020 (casos por 100.000 habitantes) (países de Iberoamérica y otros seleccionados)





**Tabla 1.** Tasa de incidencia acumulada de COVID-19 desde el 31 de diciembre de 2019 al 23-24 de marzo de 2020 (países de Iberoamérica y otros seleccionados)

País-región-subregión	Subregión CIMF	Población total (en miles)	N.º de casos <sup>a</sup>	Tasa de incidencia acumulada <sup>a,b</sup>	N.º de casos <sup>c</sup>	Tasa de incidencia acumulada <sup>b,c</sup>
México	Mesoamérica	127.576	251	0,20	316	0,25
Costa Rica	Mesoamérica	5.048	117	2,32	158	3,13
El Salvador	Mesoamérica	6.454	1	0,02	2	0,03
Nicaragua	Mesoamérica	6.546	2	0,03	3	0,05
Panamá	Mesoamérica	4.246	245	5,77	313	7,37
Cuba	Mesoamérica	11.333	16	0,14	40	0,35
Puerto Rico	Mesoamérica	2.933	23	0,78	39	1,33
República Dominicana	Mesoamérica	10.739	72	0,67	312	2,91
Bolivia	Andina	11.513	24	0,21	27	0,23
Colombia	Andina	50.339	196	0,39	306	0,61
Ecuador	Andina	17.374	532	3,06	981	5,35
Perú	Andina	32.510	318	0,98	395	1,22
Venezuela	Andina	28.516	70	0,25	77	0,27
Brasil	Cono sur	211.050	904	0,43	1.924	,091
Argentina	Cono sur	44.781	225	0,50	266	0,59
Chile	Cono sur	18.952	632	3,33	745	3,393
Paraguay	Cono sur	7.045	22	0,31	22	0,31
Uruguay	Cono sur	3.462	135	3,90	158	4,56
España	Iberia	46.400	28.572	61,58	28.572	61,58
Portugal	Iberia	10.300	1.600	15,53	2.362	22,93
Italia		59.200	59.138	99,90	59.138	99,90
EE. UU.		329.100	31.573	9,59	31.573	9,59
Corea del Sur		51.300	8.961	17,47	8.961	17,47
China		1.420.000	81.603	5,75	81.603	5,75
<b>Todos los países</b>		<b>7.715.000</b>	<b>334.981</b>	<b>4,34</b>	<b>334.981</b>	<b>4,34</b>

<sup>a</sup> Información extraída de la Organización Mundial de la Salud (23 de marzo de 2020).

<sup>b</sup> Casos por 100.000 habitantes.

<sup>c</sup> Información extraída de fuentes locales por país (23-24 de marzo de 2020).

## RECOMENDACIONES PARA RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN MF/MFYC Y EQUIPOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Se presentan las recomendaciones en cuatro bloques que abarcan grandes áreas del quehacer profesional. Luego, un quinto bloque añade la cuestión de nuestra salud como trabajadores sanitarios. En ese sentido, no es un documento exhaustivo. Se trata de un conjunto de aportes para el trabajo de los equipos de especialistas y residentes de MF/MFYC extensivo a los médicos y médicas generales y otros integrantes de los equipos del PNA. Asimismo, se abordan los temas en los que se han detectado ma-



yores necesidades durante la marcha de la epidemia y nuestra respuesta. Los aportes surgen, en gran parte, de la sistematización de lo que en este tiempo hemos aprendido en cada uno de nuestros países, así como de la experiencia de diversos colegas en otras regiones.

## DIMENSIÓN COMUNITARIA

La perspectiva comunitaria es esencial para la atención de la pandemia, que surge y se transmite a nivel comunitario. El abordaje epidemiológico, sea para la detección de los casos en la población asintomática, o el estudio de los focos con el rastreo de contactos, también transcurre en gran medida en este nivel.

Entonces, es necesario encaminar acciones para reducir las oportunidades de contacto interpersonal, lo cual resulta en un impacto significativo en la organización de la vida comunitaria. Identificar las estrategias adecuadas para cada población, acorde con sus características culturales y posibilidades, resulta esencial para lograr la adhesión a las medidas. Diseñar estas disposiciones en forma participativa con la población, comunidad o usuarios es el camino óptimo. El trabajo en redes con el involucramiento del equipo de salud, junto con las organizaciones sociales y otras —gubernamentales y no gubernamentales— activas en el territorio, en los lugares donde la organización sanitaria permite este tipo de coordinación, es de gran valor para coordinar acciones y diseñar estrategias efectivas. Aun así, en todos los casos será necesario recomendar a la población su permanencia en el hogar lo máximo que sea posible, y tomar en cuenta las pautas sanitarias que en cada momento se encuentren vigentes según las indicaciones de la autoridad sanitaria.

Pero, al mismo tiempo que se previene la transmisión, se han de sentir también los problemas derivados del aislamiento social y las medidas de cuarentena o confinamiento. Situaciones como la soledad, la falta de acceso a alimentos y/o medicamentos, los casos de violencia intrafamiliar o violencia de género, deben ser consideradas aún en la situación de pandemia. Estos problemas pueden estar presentes en cualquier comunidad, y las circunstancias de la pandemia pueden agravarlos. El aislamiento es un factor de riesgo para todas ellas, y su prevención no debe escapar de la mirada integral con la que debemos ver a las comunidades. En ese sentido, las tecnologías de la comunicación y telemedicina son útiles para dar seguimiento en estos casos, por eso las redes comunitarias y su refuerzo son vitales.

La promoción de la solidaridad aparece en este contexto como una estrategia clave de la promoción de la salud. Estimular las redes de vecinos, y estar atentos a las oportunidades que podríamos potenciar, o contribuir a desarrollar desde los equipos de salud en el territorio, es una de las tareas a nivel comunitario para la MF. Debido a la situación de aislamiento social obligatorio, muchos nodos de las redes necesarias para el abordaje de las situaciones de violencia pueden estar desactivados momentáneamente. Frente a estos problemas se requiere conocer los circuitos actualizados para la atención en las crisis y las derivaciones oportunas en caso de ser necesarias. Por otra parte, frente a las situaciones de soledad, el relevamiento telefónico de las personas adultas mayores, y aquellas personas con movilidad reducida y que viven solas, puede organizarse con el equipo pertinente.

Las redes de profesionales a nivel territorial permiten un mejor flujo y conocimiento en tiempo real de la información epidemiológica y el seguimiento de los contactos, así como todo lo relativo a los recursos comunitarios que se reformulan y desarrollan en respuesta a la pandemia. Así, es deseable establecer cierto contacto e instalar algún tipo de comunicación regular que facilite estos procesos.

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Es ineludible insistir en la permanencia en el hogar como medida efectiva para el control de la pandemia y la prevención de la infección. En caso de no poder evitar hacer alguna salida del domicilio, cabe recor-



dar que se debe mantener la distancia con las demás personas en el exterior, que se debe usar barbijo o tapaboca, y que hay que evitar llevarse las manos a la cara. Además, es recomendable llevar la menor cantidad de objetos posible cuando se sale de la casa.

Incluso cuando las personas se mantienen confinadas es importante anticiparse en la orientación de las medidas de seguridad para el ingreso al hogar, por lo que cabe enfatizar que se requiere de cierta reorganización en las actividades familiares para salir la menor cantidad de veces a la semana. Disponer de unos bolsos, un calzado o un abrigo que se use solamente al salir de la casa, y al llegar se dejen fuera —si es posible—, o en un área interior «gris» (donde se reconoce que puede haber un déficit de desinfección) al lado de la puerta, es muy necesario dentro de la movilidad de las personas y circulación del virus. Esa misma área de la vivienda, interior o exterior, se puede adoptar para descontaminar los objetos y productos que llegan al hogar desde el exterior, ya sea usando agua y jabón o alcohol al 70%.

Del mismo modo, es importante orientar en relación con el uso del barbijo o tapabocas. Al respecto, las recomendaciones han variado a lo largo de la pandemia, pero en este momento no se discuten ya los beneficios de cuando la población general lo usa cuando toma contacto con otras personas. Por este motivo, se recomienda el uso continuo en las salidas del hogar, aunque puede ser retirado cuando se viaja en automóvil sin acompañantes, o cuando se circula al aire libre por áreas con baja densidad de personas. Asimismo, se debe orientar sobre el uso adecuado y los tipos de barbijos más adecuados para su uso comunitario. Incluso la confección doméstica es posible, y hasta recomendable, pero en esos casos debe orientarse sobre los materiales y el diseño adecuados.

En esencia, los siguientes puntos son fundamentales dentro de la orientación señalada.

**La higiene.** El aumento de la frecuencia y la dedicación en las medidas de higiene habituales en las personas y los hogares es una recomendación inicial que constituye un buen punto de partida. Luego, sobre esa base, será más adecuado trabajar en forma individualizada con cada persona y familia los consejos específicos para reducir la presencia del virus o eliminarlo de las superficies o la piel. Entre las advertencias ineludibles se encuentra el lavado de manos con agua y jabón en forma frecuente, por un tiempo de 40 a 60 segundos como mínimo, atendiendo el lavado de toda la superficie de las manos, los dedos, las palmas, el dorso y las muñecas. En ese sentido, la solución hidroalcohólica es útil para la higiene de las manos cuando no es posible el lavado frecuente, pero no lo sustituye.

**El alcohol en gel y otros productos desinfectantes.** Es un compuesto hidroalcohólico al 70%, por lo que posee una concentración óptima para la desinfección de las manos y superficies.

**La higiene de los ambientes.** El virus sobrevive un tiempo variable en diversas superficies<sup>9</sup>. La higiene con agua y jabón, con desinfectantes o una solución hidroalcohólica, ha de ser frecuente. Además, se recomienda la limpieza, una vez por hora, en los lugares con una alta circulación de público. De hecho, es importante explorar si es necesario brindar cierta orientación sobre la higiene del hogar para explicar cómo se diluyen de forma correcta los productos químicos que se deben utilizar para la limpieza y desinfección. Así, la dilución correcta ayudará a las familias a hacer un mejor uso de los recursos. Otra medida de higiene ambiental muy importante es la ventilación. En ese sentido, debe indagarse sobre la presencia de habitaciones o áreas del hogar de difícil ventilación, y entonces ayudar a planear estrategias de higiene para combatir este fenómeno.

**Cómo actuar en los medios de transporte.** Siempre que sea posible se recomienda evitar el uso de los medios de transporte colectivo y cerrados. En cambio, el transporte a pie, en bicicleta u otras formas de movilización al aire libre son las alternativas más seguras. Cuando se viaja en ómnibus, metro, trenes u otro tipo de transporte colectivo, incluso en taxímetro, se debe usar tapabocas en forma rigurosa, y se recomienda llevar alcohol al 70% en gel o solución para la higiene de manos, y eventualmente para las superficies en los trayectos de viaje según las necesidades. Entonces, se trata de optimizar el uso de estos vehículos para que la distancia entre las personas sea la máxima posible. También se deben abrir las ventanillas u otro tipo de ventilaciones disponibles. Cuando se viaja en un automóvil particular sin acompañante, es recomendable retirar el tapabocas durante el viaje y colocárselo nuevamente al bajar. Cuando se viaja en bicicleta, o a pie, el uso del tapabocas depende de la mayor o menor presencia de



personas en el trayecto. Siempre que en el recorrido haya cierta circulación de personas es recomendado el tapabocas. En medios rurales, o en horarios sin tráfico humano, se puede omitir.

**El uso del tapabocas.** Desde el inicio de la pandemia, la indicación de la OMS ha variado y la pauta de uso en Occidente se ha modificado progresivamente. Al momento actual no quedan dudas de los beneficios de su uso no solo por el personal de salud, o las personas con síntomas respiratorios, sino en forma generalizada por toda la población, incluso los niños y niñas. Los médicos y médicas de familia han de atender, especialmente, la orientación sobre su uso oportuno, la calidad adecuada y la técnica para colocarlo y retirarlo, así como la forma de higiene en los que son reutilizables.

**Evitar la concurrencia innecesaria a los servicios de salud.** Es aconsejable usar los recursos que ofrece la consulta telefónica previamente a concurrir al centro de salud o urgencia hospitalaria. De ser necesaria la asistencia a un servicio de emergencia, es mejor ir solo con una persona, a modo de acompañante, que no sea un niño ni un adulto mayor.

**Los síntomas y signos.** La mayoría de las infecciones no son graves, sin embargo, resulta relevante que la población conozca sobre los signos de alarma para consultar a su médico o médica de familia, o al servicio de urgencias si fuese necesario, así como los factores de riesgo para las formas más severas de la enfermedad.

Signos de alarma para consultar a los servicios de salud por COVID-19<sup>10</sup>.

- Dificultad respiratoria<sup>11</sup>.
- Fiebre persistente.
- Fatiga/cansancio.
- Respiración rápida (>24 rpm).
- Vómitos incoercibles.
- Sangre en la expectoración (hemoptisis).
- Confusión, letargia<sup>12</sup>.

Factores de riesgo<sup>13</sup>:

- Edad avanzada.
- Enfermedad cardiovascular.
- Diabetes mellitus.
- Hipertensión.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Cáncer<sup>14</sup>.
- Enfermedad renal crónica.

**La comunicación, las noticias y las redes.** Esta es la primera pandemia en la que se narran los acontecimientos en tiempo real a través de las redes sociales. Coexisten mensajes racionales y fundamentados con otros que desinforman y confunden, lo que siempre el pánico y promueve falsas curas o métodos de prevención, así como información falsa que solo genera incertidumbre y agobio. El miedo y el temor son sentimientos esperables, aunque están agudizados por la sobreinformación. Esta exposición induce a pensamientos catastróficos y fatalistas que no permiten la adaptación a la nueva situación, y conllevan a conductas que paralizan.

Tanto Twitter como Facebook sugieren fuentes oficiales al introducir la palabra «coronavirus», es una forma de acceder rápidamente a datos más confiables. Aunque es importante dosificar la información que llega desde las redes sociales, los noticieros e internet. Los medios de comunicación tradicionales tienen programas y espacios informativos especiales para estar al día con las novedades, que pueden llegar a invadir la vida cotidiana. Entonces, resulta saludable elegir una fuente fidedigna y definir los horarios y el tiempo para ocuparse del tema.



Todas las personas contribuimos a alimentar las redes. Es importante y necesario controlar la circulación de información alarmista y noticias falsas. Sobre todo, evitar replicar noticias que circulan en las redes sociales provenientes de fuentes dudosas o que no podemos verificar. Cuando hay alguna duda, un primer gesto es preguntar a la persona que lo envió de dónde procede. Los mensajes reenviados más de cinco veces en WhatsApp aparecen con un icono de flecha doble; antes de difundir algo a los contactos, es recomendable averiguar quién fue el autor original del mensaje y pensar en qué aporta a la situación. Se evita ser parte del problema cuando se interrumpe el reenvío si no estamos seguros de la veracidad y utilidad del aporte.

En contrapartida, las condiciones de confinamiento voluntario u obligatorio aumentan las horas dedicadas a las pantallas para el trabajo, el entretenimiento o el contacto social con la familia y los amigos a través de llamadas, mensajes y videoconferencias. Sobre esto, dedicar tiempo a actividades que favorezcan la distracción, como la lectura, la música, o las tareas del espacio que se habita, como la jardinería, etc., producen cierta satisfacción y son protectoras. Cumplir con las recomendaciones del cuidado de la salud permite mantener la sensación de control sobre lo que está sucediendo.

## ASPECTOS CLÍNICOS

Entre otros, destacan los siguientes.

**Reorganización de la consulta.** El componente clínico del abordaje al COVID-19 incluye la reorganización de la labor asistencial teniendo en cuenta las particularidades del problema. El PNA juega un papel relevante en este problema. Se deben prever la atención domiciliaria, la atención telefónica, las pautas para la atención presencial en el consultorio y la atención remota por telemedicina. Así, la señalética en cada centro de atención debe ser clara (ingreso y circulación de las personas atendidas con síntomas respiratorios y separadas de las personas que acuden por otro motivo, etc.). Además, cabe contemplar en la elaboración de las señales indicadoras la posibilidad de ser comprendidas por personas analfabetas y de lenguas originarias.

**¿Cómo es la presentación clínica del COVID-19?** El cuadro clínico puede incluir un espectro de signos y síntomas con una presentación leve, como la fiebre y la tos, malestar general, rinorrea, odinofagia, asociados o no a síntomas graves como la dificultad respiratoria o la taquipnea. Adicionalmente, puede presentarse como una neumonía intersticial y/o con compromiso del espacio alveolar.

**¿Cuándo podemos evacuar la consulta por teléfono sin examinar al paciente?** Múltiples y variadas consultas llegarán a los equipos de MF/MFyC a través de la vasta red de herramientas de telecomunicación. La más usada y frecuente será a través del teléfono. Debemos recordar que las demás enfermedades no desaparecen durante este contexto actual de pandemia, y muchas de ellas constituirán un motivo de consulta telefónica ante la necesidad de las personas asistidas de saber si amerita el riesgo de salir de casa.

Conocer a la persona y a su familia será una herramienta de ayuda que permita estimar la posibilidad de que comprendan las indicaciones o señales de alarma. Se debe realizar un adecuado interrogatorio sobre el motivo de la consulta, la pertenencia a grupos de riesgo para las enfermedades graves, la existencia o no de convivientes o recursos familiares en caso de necesidad y la presencia o no de barreras para el acceso a urgencias, entre otras cuestiones. Aquellas consultas por cuadros banales, no urgentes, pueden ser evacuadas telefónicamente siempre que sea posible coordinar con esa persona algún tipo de estrategia de seguimiento. En algunos casos, se podrá articular el seguimiento por parte del equipo del centro de atención primaria, ya sea por teléfono o por visita al domicilio (cumpliendo con las medidas de protección recomendadas).



**¿Cuándo no podemos dejar de ver al paciente?** Todo caso sospechoso<sup>b</sup> de COVID-19 deberá ser asistido personalmente en las dependencias sanitarias que correspondan para la valoración de su estado clínico, la toma de muestras y el aislamiento y/o internación (según la fase de contención o mitigación, ajustadas a las normativas de las autoridades sanitarias correspondientes a cada país).

Por fuera del contexto de la actual pandemia, todas las consultas que requieran exámenes complementarios para orientar el diagnóstico y/o definir la gravedad se sugiere que sean evaluados por el MF/MFyC para establecer la estrategia de control y seguimiento más adecuada. Esto es especialmente recomendable en los grupos de riesgo para las enfermedades graves, así como los casos sociales que puedan constituir cierta dificultad en el manejo domiciliario de la patología.

**Clasificación.** Gran parte de las personas infectadas por el novel coronavirus permanecen asintomáticas. Las formas sintomáticas se pueden clasificar tal y como se indica en la **tabla 2**<sup>16</sup>.

Tabla 2. Clasificación clínica de COVID-19 según la severidad	
Clasificación	Características
<b>Leve</b>	Los síntomas clínicos son leves y no se pueden encontrar manifestaciones de neumonía en las imágenes
<b>Moderado</b>	Las personas asistidas tienen síntomas, como fiebre, y otros del tracto respiratorio, etc., y se pueden observar manifestaciones de neumonía en las imágenes
<b>Severo</b>	Cualquiera de los siguientes <b>criterios</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ FR ≥ 30 respiraciones/min</li> <li>➤ SatO<sub>2</sub> ≤ 93% en estado de reposo</li> <li>➤ PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 300 mmHg</li> <li>➤ Progresión &gt;50% de las lesiones en imágenes de pulmón en 24 a 48 h</li> </ul>
<b>Crítico</b>	Cualquiera de los siguientes <b>criterios</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Insuficiencia respiratoria que requiere una ventilación mecánica</li> <li>➤ Choque</li> <li>➤ Falla orgánica que requiere un monitoreo y tratamiento en la UCI</li> </ul> <b>Etapas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Temprana.</b> PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> entre 100-150 mmHg, Compliance ≥ 30 ml/cmH<sub>2</sub>O; sin falla en otros órganos</li> <li>➤ <b>Media.</b> PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> entre 60 -100 mmHg, Compliance de 15-30 ml/cmH<sub>2</sub>O; disfunción leve de otros órganos</li> <li>➤ <b>Tardía.</b> PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> &lt; 60 mmHg, Compliance &lt; 30 ml/cmH<sub>2</sub>O, consolidaciones difusas que requieren un sistema de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), falla grave de otros órganos</li> </ul>

Modificada de: Sira<sup>16</sup>.

<sup>b</sup> Caso sospechoso de COVID-19. Toda persona que presente fiebre y uno o más de los siguientes síntomas respiratorios: tos, odinofagia y dificultad respiratoria. Sobre todo, si en los últimos 14 días ha estado en contacto con casos confirmados, probables de COVID-19 o tenga un historial de viaje fuera del país.

También se considera caso sospechoso a toda persona atendida con una enfermedad respiratoria aguda grave definida como neumonía. Esto incluye el diagnóstico clínico y radiológico de la neumonía más cualquiera de los siguientes (y ninguna otra patología que explique el cuadro):

- FR < 30 rpm.
- SatO<sub>2</sub> > 93%.
- Requerimiento de asistencia respiratoria mecánica.
- Incremento de infiltrados en un 50% en 24-48 h.
- Alteración de la conciencia.
- Inestabilidad hemodinámica.
- CURB ≥ 65: 2 puntos.
- Requerimiento de la UTI/UCI.

Se recomienda que la definición de caso sea adoptada en cada país de acuerdo con el contexto nacional<sup>15</sup>. A la fecha de realización de este documento, esta definición es la adoptada en gran parte de los países de la región iberoamericana.



**¿Cuándo debemos hospitalizar a una persona asistida?** Cuando la situación clínica de esa persona cumpla los criterios de gravedad, ya sea por cuestiones clínicas o sociales, deberá hospitalizarse. La imposibilidad de un control domiciliario, o de cumplir con la estrategia de seguimiento, será una indicación de hospitalización.

Según las normativas vigentes, en fase de contención las personas atendidas que constituyan casos sospechosos de COVID-19 también serán ingresadas. Según las posibilidades habitacionales, y la organización de los equipos para el seguimiento en domicilio, en la fase de mitigación solo se hospitalizarán los casos con un compromiso moderado y grave.

**¿Hay medicamentos indicados?** No existe un tratamiento antiviral ni de otro tipo con eficacia comprobada para la COVID-19. Las personas con COVID-19 deben recibir una atención específica para aliviar los síntomas. Para los casos severos, el tratamiento debe incluir medidas de soporte de las funciones vitales. Algunos países tienen pautados tratamientos que han mostrado diversos beneficios, como la hidroxiclороquina o inmunoglobulinas o el interferón. También hay ensayos clínicos en desarrollo, de los cuales algunos países de la región se encuentran participando. Ya sea que se trate de un ensayo clínico o no, el estado del conocimiento, con los tratamientos disponibles, hace necesario que en todos los casos sea imprescindible la información adecuada a la persona atendida y su consentimiento.

### **¿Hay medicamentos contraindicados?**

En el caso de la hidroxiclороquina se debe realizar una electrocardiografía (ECG) antes del inicio del tratamiento, y se contraindica si se constata un QT largo. No hay evidencia que sustente contraindicaciones específicas de fármacos por la enfermedad o infección por el coronavirus SARS CoV-2. Ha circulado información sobre alguna contraindicación de ibuprofeno o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. No obstante, desde varios países se han emitido comunicados desde el ámbito académico señalando la falta de evidencia para suspender los inhibidores de la ECA o contraindicar el ibuprofeno.

## **SALUD MENTAL**

**¿Cómo puede afectar a la salud mental el distanciamiento social, la cuarentena, el aislamiento o el miedo al contagio que se vive durante estos días?** Varios pensamientos y emociones pueden aparecer en estas situaciones. La pandemia actual y las medidas para su control imponen el distanciamiento y la cuarentena (obligatoria en muchos países), lo cual puede redundar en el aislamiento y la soledad. Aunque cada persona reacciona de manera diferente a las situaciones estresantes, la mayoría podrá manifestar ansiedad, preocupación y miedo en relación con varios de los siguientes asuntos<sup>16,17</sup>:

- Estado de salud propio y de quienes puedan haber sido contagiados.
- La preocupación de ser un transmisor y contagiar a otros.
- Preocupación por llevar a la cuarentena a quienes hayan estado en contacto con uno mismo.
- La experiencia de estar en autoobservación/observación por los síntomas o el contagio.
- La disminución del tiempo laboral y la pérdida de ingresos.
- La necesidad de prever el abastecimiento de alimentos y cuidados médicos.
- La exigencia de la atención de los familiares a cargo.
- La imposibilidad de una atención o un contacto con los familiares potencialmente necesitados de apoyo.
- La incertidumbre y frustración sobre la duración del evento.
- La soledad asociada con el sentimiento de exclusión de su grupo y del mundo.
- El malestar frente a la negligencia de otros.



La ansiedad o el miedo en torno a estas circunstancias pueden ser razonables o desmedidos y tornarse en un problema en sí mismo. Aun cuando se exprese en una medida «razonable», constituye una situación de estrés sostenido que genera cierta repercusión sobre la salud mental, física, social y espiritual. Así, otros problemas que es necesario relevar, pues hay probabilidades de que aumenten su frecuencia, son:

- El mayor deseo de beber alcohol o consumir otras sustancias tóxicas y adictivas.
- La aparición de síntomas depresivos como la desesperanza, la irritabilidad, los cambios en el apetito o las alteraciones del sueño. Incluso variaciones en el estado de las emociones.
- El miedo a la muerte y otros sentimientos fatalistas.
- Ideación suicida.

### ¿Cómo podemos prevenir o actuar para contener estos efectos?

Desde la MF/MFyC contamos con herramientas para favorecer las capacidades de afrontamiento a las situaciones de estrés que viven las personas en estos momentos. La comunicación próxima, empática y asertiva es uno de los recursos primordiales. Favorecer la confianza de las personas que atendemos en el equipo de salud es de gran ayuda para reducir el miedo. Cuando se trabaja en las condiciones óptimas de la especialidad, en equipo, con el territorio y la población a cargo, en los servicios de salud de base comunitaria suele existir un conocimiento y una confianza mutua entre las personas asistidas y el personal profesional, y este objetivo se alcanza más fácilmente.

Facilitar información que ayude a la comprensión del problema y su dimensión real, estimulando el cuidado sin caer en el terror, es otro recurso que favorece la salud mental y, al mismo tiempo, contribuye a la capacidad familiar y comunitaria para el afrontamiento del problema.

De esta manera, es posible colaborar con la contextualización del problema. Debemos intentar que las personas, las familias y la comunidad cuenten con información fiable que les permita «entender para actuar». Así será más probable, entonces, que puedan llevar a cabo las medidas de prevención anticipando el entorno. Además, siempre que sea posible, cabe ofrecer un espacio para la participación en iniciativas comunitarias facilitando los espacios de apoyo mutuo y de construcción colectiva, lo que redundará en una mejor salud individual, familiar y colectiva.

La mirada comunitaria de nuestro trabajo nos recuerda, constantemente, que existen múltiples necesidades en las comunidades que exceden los límites de la pandemia. Es por ello por lo que hay que garantizar la visibilidad de todas las personas, para que el aislamiento no signifique la ausencia del contacto con el entorno o el abandono de tratamientos crónicos, entre otros.

Es importante, entonces, identificar y tener especialmente en cuenta a aquellas personas de la sociedad con una mayor vulnerabilidad psicosocial: personas en situación de calle, sin soporte familiar, quienes conviven en contextos de violencia, personas o familias con una brecha idiomática o tecnológica en relación con su comunidad, familias con recursos económicos insuficientes para su manutención, entre otros.

Desde el equipo se pueden establecer algunas estrategias de trabajo con la comunidad:

- Utilizar algún tipo de telecomunicación, la que se disponga en cada lugar. Así se puede mantener el contacto con la población a cargo y relevar la situación de los más necesitados.
- Utilizar la radio local para enviar mensajes positivos que ayuden a la comunidad a comprender el «nuevo» funcionamiento de la atención y los servicios en general.
- Utilizar el contacto con la persona asistida, siempre que sea posible, como una oportunidad para difundir consejos de prevención.
- Identificar la mejor manera de comunicarse con la comunidad. Se puede utilizar la radio, Whatsapp, la tecnología que sea más adecuada y accesible a la población, especialmente a los más vulnerables.
- Identificar a los líderes comunitarios y contactar con los ya conocidos. Promover su rol de actores sociales indispensables e invitarlos a colaborar en las acciones de salud comunitaria.



Frente a las consultas particulares por situaciones de miedo, estrés o ansiedad, es importante no pasar por alto aquellos contextos en los que sea necesario una atención inmediata o una derivación. Fuera de estas situaciones particulares, algunas recomendaciones útiles pueden ser:

- Estimular a las personas a mantener el contacto vía telecomunicaciones con sus amigos y familias.
- Concientizar sobre las realidades de los otros, con miras a pensar en la organización de los grupos para cubrir las necesidades de quienes están bajo mayor riesgo (adultos mayores, pacientes con factores de riesgo, etc.).
- Aconsejar sobre el uso racional de la información que circula en las redes sociales y orientar a la lectura de fuentes oficiales tanto locales como nacionales.
- Invitar a las familias a hacer uso del tiempo que estarán juntos compartiendo comidas, conversando sobre la situación y, a la vez, recordando que puede ser necesario respetar los espacios personales de cada integrante.
- Estimular a los integrantes de cada núcleo familiar a seguir una rutina en el hogar incluyendo las recomendaciones de limpieza y desinfección. También se puede introducir el uso de métodos de relajación, dispersión y diversión junto con los niños.

## LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

**¿Cuál es el equipo de protección personal (EPP) que necesitamos?** Para los trabajadores de la salud existen precauciones estándar orientadas a disminuir la transmisión de microorganismos presentes en los fluidos corporales (excepto el sudor) a través de la piel no intacta y las membranas mucosas. Estas medidas deben aplicarse a todas las personas que requieran atención por todos los trabajadores y trabajadoras de la salud y en todos los entornos sanitarios. Estas medidas incluyen el lavado de manos, la higiene respiratoria, el uso de equipos de protección según la evaluación de riesgo o el descarte seguro de material cortopunzante, entre otras.

A continuación, mencionaremos el EPP, que, según las recomendaciones de la OMS, debe estar disponible para los trabajadores de la salud dedicados a la atención de casos sospechosos o confirmados de COVID-19<sup>18</sup> (tabla 3).

**¿Cuáles son las prácticas que no podemos olvidar para reducir las posibilidades de enfermarnos?** El riesgo de estar indispuestos durante una pandemia contempla múltiples variables en su análisis.

**Protección personal.** En primer lugar, habrá que considerar la disponibilidad y el cumplimiento de todas aquellas medidas de protección personal debido a la tarea que cada persona desempeña en la atención y el cuidado de las personas que atiende. En segundo término, recordar la importancia de todas aquellas medidas de higiene, limpieza y desinfección ampliamente recomendadas para la población en general, y teniendo en cuenta que los trabajadores de la salud son una parte integrante de la comunidad. No obstante, la protección frente a la enfermedad, aún en situaciones de emergencia sanitaria, incluye seguir, en la medida de las posibilidades, ciertas recomendaciones para resguardar tanto la salud física como la mental.

**Ambiente y condiciones de trabajo.** Resulta de vital importancia que quienes trabajen en el sector de la salud puedan contar con espacios de apoyo y descanso durante la jornada laboral. La demanda desbordada genera una enorme presión sobre el equipo profesional sanitario que es necesario controlar. Recomendamos, entonces, mantenerse en contacto con los compañeros y compañeras y hacer cortes en la atención para poder despejarse y alimentarse. Quienes se desempeñen en funciones de dirección y/o coordinación de equipos no deben alejar la vista de la necesidad de proteger la salud integral de su personal a cargo. De ser posible, es aconsejable crear espacios para la canalización de las angustias y ansiedades validando siempre los sentimientos y los temores, y prestando ayuda para revertirlos.



**Tabla 3.** Equipos de protección personal recomendados para el personal sanitario durante la pandemia de COVID-19 según el área de desempeño

Personal del servicio de...	Equipo de protección	Observaciones
<b>Triaje</b>	Realizar la higiene de manos con gel alcohólico y colocarse el barbijo quirúrgico	Dada la cercanía con las personas que concurren al triaje
<b>Camilleros</b>	Higiene de manos antes y después del contacto con cualquier persona atendida Cuando trasladen a personas sospechosas, o casos confirmados de COVID-19, tienen que añadir el barbijo quirúrgico, el camisolín, los guantes y la protección ocular	Una vez realizado el traslado del caso sospechoso se retira el EPP, luego lo descarta en la bolsa roja y se lava las manos
<b>Enfermeros y enfermeras</b>	Higiene de manos antes y después del contacto con cualquier persona asistida Cuando asistan a personas sospechosas, o casos confirmados de COVID-19, tienen que añadir barbijo quirúrgico, el camisolín, los guantes y la protección ocular	CSi realiza un procedimiento que genere aerosoles es recomendable utilizar el barbijo N95
<b>Médicos y médicas</b>	Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente Cuando asistan a personas sospechosas, o casos confirmados de COVID-19, tienen que añadir barbijo quirúrgico, el camisolín, los guantes y la protección ocular	Durante los procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toma de hisopados oro/nasofaríngeo</li> <li>➤ Aspiración</li> <li>➤ Intubación</li> <li>➤ Broncoscopia</li> <li>➤ Usar el barbijo N95</li> </ul>
<b>Personal que maneja la ropa</b>	Higiene de manos antes de colocarse el equipo el EPP e inmediatamente, después de retirarlo, ponerse el barbijo quirúrgico, el delantal plástico, los guantes goma y la protección ocular Cuando retire la ropa sucia debe colocarla dentro de la bolsa y luego la coloca en el carro	Cuando cuente la ropa use el barbijo
<b>Personal de limpieza</b>	Higiene de manos, barbijo quirúrgico, camisolín, guantes y protección ocular El personal de limpieza que se encuentra en el triaje, la internación y la UTI	Siempre consultará al personal de Enfermería o al médico o médica sobre los cambios en las medidas del EPP
<b>Personal de RX</b>	Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente Cuando asistan a personas sospechosas, o casos confirmados de COVID-19, tienen que añadir barbijo quirúrgico, el camisolín, los guantes y la protección ocular	Recuerde: cuando esté en contacto con fluidos corporales siempre debe utilizar el EPP
<b>Personal de laboratorio</b>	Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente Cuando asistan a personas sospechosas, o casos confirmados de COVID-19, tienen que añadir barbijo quirúrgico, el camisolín, los guantes y la protección ocular	En todo procedimiento en el que esté indicado el uso

Modificada de: OPS.

**Desarrollo profesional continuo.** Mantenerse actualizado es imprescindible. Recomendamos, para tal fin, el uso de fuentes de información académica confiable, así como compartir con el resto de personal esas mismas fuentes.

**Regreso al hogar.** Es necesaria la higiene de la jornada laboral, por lo que resulta muy recomendable dejar fuera los temas relacionados con la pandemia. En el hogar esperan personas con ansiedades y temores sobre el tema que también se verán aliviadas al mantener conversaciones que no estén relacionadas con la enfermedad. Mantener una alimentación saludable, un descanso adecuado y la rutina



diaria son consejos que atañen también a las personas que se desempeñan en el ámbito de la salud. Es sano desconectarse.

**Vigilancia de la salud mental.** Por último, es importante prestar atención a las señales que puedan indicar que la salud personal está siendo afectada. Conocer las emociones propias y sus variaciones habituales, revisar la calidad del sueño y la tolerancia al estrés, o contemplar la aparición de sentimientos de inseguridad, y desesperanza, pueden ser medidas que alienten a una rápida acción.

## ESPIRITUALIDAD Y SALUD

Uno de los aportes que desde la MFyC podemos realizar a la comunidad en el contexto de esta crisis sanitaria es la mirada integral biopsicosocial y espiritual. Somos capaces de cuidar la dimensión espiritual de la salud, no necesariamente como expresión religiosa, sino como una necesidad humana global. La atención a la espiritualidad forma parte de la focalización centrada en las personas y la longitudinalidad de la observación sanitaria. La necesidad de encontrar sentido, esperanza, fortaleza, conexión y paz interior es especialmente importante en una crisis que amenaza la integridad física, psíquica, social y espiritual, sobre todo cuando nos aleja de nuestras redes de vínculos. De esta forma, esta misma crisis puede proporcionarnos un afrontamiento positivo basado en un movimiento de replanteamiento del aislamiento social en el contexto pandémico.

Es así que, desde los cuidados espirituales básicos que podemos realizar los equipos de salud, como la empatía, la escucha activa, la atención plena y la compasión, nos ayuda a contener la ansiedad, el pesimismo y el estrés. Esto facilita encontrar la paz interior, necesaria no solo para responder adecuadamente al quehacer sanitario, sino también para cuidar nuestro sistema inmune y nuestra respuesta emocional. También es importante promocionar las prácticas de conexión espiritual, como la meditación, la contemplación, las prácticas integrativas, la oración y las actividades religiosas culturalmente aceptadas por nuestras comunidades, y que generan actitudes positivas.

En este contexto de aislamiento, estas son acciones que promueven el autocuidado y el cuidado de los semejantes, por lo que potencia una conciencia colectiva sanadora y cargada de esperanza. Así pues, respetar las creencias de quienes cuidamos puede ser un recurso poderoso para el bienestar independientemente de los resultados concretos. Por tanto, invitamos a relajar nuestros marcos conceptuales que nos brindan seguridad intentando encontrar el sentido a la crisis en la diversidad y el diálogo con otros escuchando, construyendo juntos una unidad-en-la-diversidad. Estos cuidados los podemos gestionar y acompañar a través de las redes virtuales también.

En lo que se refiere al personal sanitario, es necesario que esta responsabilidad en los cuidados espirituales sea compartida por todo el equipo. Creemos que mantener prácticas de conexión espiritual como la presencia, la meditación, la oración o la contemplación nos permitirá continuar entregando lo mejor de nosotros mismos con fortaleza. Esto genera acciones directas sobre el autocuidado, necesario siempre, pero indispensable en este tiempo de crisis.

Por último, medidas concretas, como destinar un tiempo para estas prácticas en el equipo de salud, ya sea de forma presencial o virtual, y mejorando las herramientas de comunicación para explicitar nuestras emociones, son fundamentales para el autocuidado.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of Medical Virology* [Internet]. 2020 [citado 26 de marzo de 2020];92(4):418–23. doi: <https://doi.org/10.1002/jmv.25681>
2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* [Internet]. 2020 [consultado: 11 de mayo de 2020];323(13):1239. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>
3. Kinross P, Suetens C, Gomes Dias J, Alexakis L, Wijermans A, Colzani E, et al. Rapidly increasing cumulative incidence of coronavirus disease (COVID-19) in the European Union/European Economic Area and the United Kingdom, 1 January to 15 March 2020. *Eurosurveillance* [Internet]. 2020 Mar [citado 26 de marzo de 2020];25(11). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.11.2000285>
4. OMS. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 38 [Internet]. OMS; 2020 Feb. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/situation-report---38>
5. OMS. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51 [Internet]. OMS; 2020 Mar. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/331475>
6. AFP E. Coronavirus: los peligros por la llegada del covid-19 a Haití, la nación más pobre del hemisferio. *El Observador* [Internet]. 20 de marzo de 2020 [citado 26 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.elobservador.com.uy/nota/coronavirus-los-peligros-por-la-llegada-del-covid-19-a-haiti-la-nacion-mas-pobre-del-hemisferio-2020320205639>
7. Kock RA, Karesh WB, Veas F, Velavan TP, Simons D, Mboera LEG, et al. 2019-nCoV in context: lessons learned? *The Lancet Planetary Health* [Internet]. 2020 Mar [citado 11 de abril de 2020];4(3):e87–8. doi: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30035-8](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30035-8)
8. Edwards A. Managing environmental change is key to preventing animal-borne disease outbreaks around the world [Internet]. *ECOS*; 2020 [consultado: 11 de abril de 2020]. Disponible en: <https://ecos.csiro.au/managing-environmental-change-is-key-to-preventing-animal-borne-disease-outbreaks-around-the-world/>
9. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [consultado: 8 de noviembre de 2020];382(16):1564–7. doi: 10.1056/NEJMc2004973
10. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [citado 19 de mayo de 2020];382(18):1708–20. doi: 10.1056/NEJMoa2002032
11. Li H, Liu L, Zhang D, Xu J, Dai H, Tang N, et al. SARS-CoV-2 and viral sepsis: observations and hypotheses. *The Lancet* [Internet]. 2020 May [citado 11 de mayo de 2020];395(10235):1517–20. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30920-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30920-X)
12. Ministerio de Salud de Colombia. Lineamientos para la detección y manejo de casos de COVID-19 por los prestadores de servicios de salud en Colombia. Código GIPS05 Versión 05 [Internet]; 2020 [consultado: 19 de abril de 2020]. Disponible en: [www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS05.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS05.pdf)
13. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Z, Xiang J, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet* [Internet]. 2020 Mar [citado 11 de mayo de 2020];395(10229):1054–62. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
14. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *The Lancet Oncology* [Internet]. 2020 Mar [citado 19 de mayo de 2020];21(3):335–7. doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6)
15. Organización Panamericana de la Salud. OA. COVID-19. Novel Coronavirus 2019 [Internet]; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
16. Sira. Grupo de Acción Comunitaria. Guía de apoyo psicosocial durante el brote de coronavirus. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://childtrauma.ucsf.edu/sites/childtrauma.ucsf.edu/files/Guía%20PS%20Covid19.pdf.pdf>



17. Sociedad Española de Psiquiatría (SEP). Cuidando la salud mental del personal sanitario. Infografía [Internet]; 2020. Disponible en: [https://www.sefq.es/\\_pdfs/SEP-COVID19-Salud-Mental-personal-sanitario.pdf](https://www.sefq.es/_pdfs/SEP-COVID19-Salud-Mental-personal-sanitario.pdf)
18. Ministerio de Salud (Argentina). Recomendaciones para el uso de los EPP [Internet]. Gobierno de Argentina; 2020 [citado 8 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-uso-epp>

## OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud de Colombia. Reporte de Coronavirus COVID-19 en Colombia. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
- Guía de apoyo social durante el brote de coronavirus. Sira. Grupo de Acción Comunitaria. Madrid, 2020.
- Ministerio de Salud de la República Argentina. Nuevo coronavirus. Definición de caso [Internet]. Gobierno de Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso>
- OMS. Consideraciones de salud mental durante el brote de Covid 19 [Internet]. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/s6bqgl4954re9ny/Consideraciones%20de%20salud%20mental%20durante%20el%20brote%20de%20Covid%2019.pdf?dl=0>
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Decálogo de recomendaciones para profesionales del ámbito sanitario para un afrontamiento psicológico eficaz ante el malestar generado por el brote de Coronavirus-Covid 19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1462/decalogo-recomendaciones-profesionales-ambito-sanitario-un-afrontamiento-psicologico-eficaz-el-malestar-generado-el-brote-coronaviruscovid-19>
- Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients [published online ahead of print, 2020 Feb 27]. J Med Virol. 2020;92(6):552-5. doi: 10.1002/jmv.25728

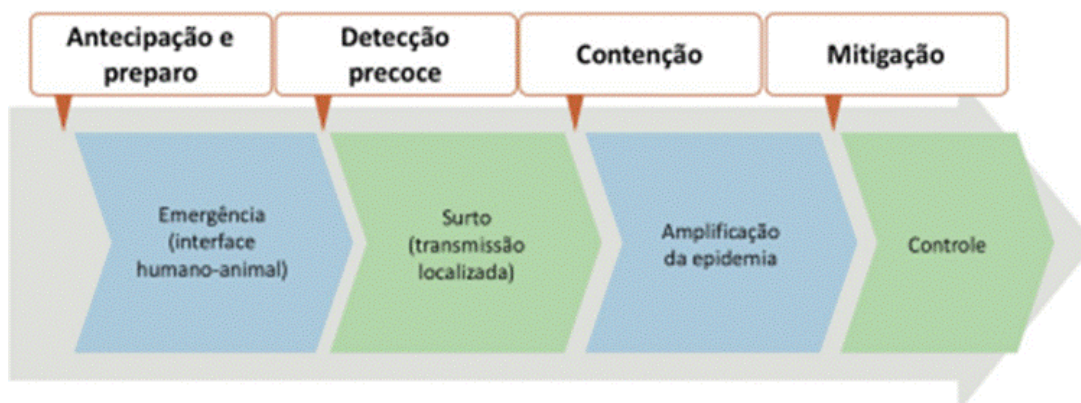


## ANEXO 1. ¿Por qué las comunidades deben ser involucradas durante un brote? (Texto en portugués)

Por que as comunidades devem ser envolvidas durante um surto?



Oportunidades para o engajamento da comunidade





### Desafios de respostas em surtos

- ↘ Falta de compreensão das práticas da comunidade, preocupações e medo das equipes de resposta
- ↘ A liberação lenta/tardia de informações sobre a doença e a resposta podem exacerbar as preocupações da comunidade e ampliar o surto
- ↘ Falta de informação e de conscientização sobre medidas de proteção podem agravar a disseminação da doença
- ↘ Iniciar a implementação de medidas sem o acordo das comunidades afeta a aceitação da resposta
- ↘ A ação tardia/nenhuma ação para interromper os boatos pode levar a mal-entendidos, impactar a confiança nas autoridades de saúde e promover comportamentos “perigosos”

### Exemplos de possíveis desafios em surtos

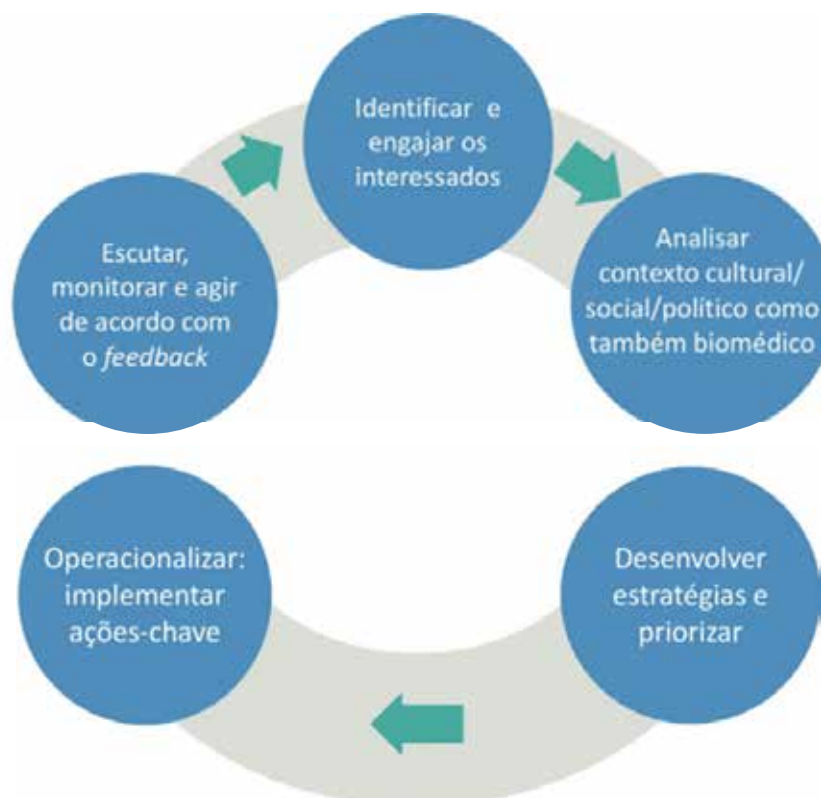
Surto hospitalares (serviços de saúde) podem ocorrer devido à falta de:

- ↘ Informação e percepção sobre o vírus entre profissionais de saúde e/ou falha na aplicação de medidas apropriadas de prevenção e controle de infecções

Práticas culturais relacionadas ao cuidado e à procura de cuidados de saúde podem dificultar o controle de um surto:

- ↘ Por exemplo, em algumas culturas, muitos parentes acompanham ou visitam familiares doentes quando estão no hospital
- ↘ Algumas pessoas podem ir a muitos hospitais diferentes enquanto estão doentes antes de decidirem onde procurar atendimento (às vezes, isso é chamado de compra de médico ou hospital)

### Estratégia de envolvimento da comunidade em um surto





## Identificar e trabalhar com interessados-chave, por exemplo:

### Avaliar o contexto

- ↘ Consultar colegas e interessados em nível local
- ↘ Conhecer e entender necessidades, preocupações, medos, bem como pontos fortes e capacidades no nível da comunidade
- ↘ Revisar a literatura existente: pesquisas de conhecimento, atitude e práticas (PCAP), etnografias, análises de ciências políticas
- ↘ Aplicar metodologias de ciências sociais:
  - ▶ o passo a passo da comunidade
  - ▶ discussões em grupos focais
  - ▶ observação
  - ▶ entrevistas
- ↘ Explorar os meios de comunicação preferidos das comunidades
- ↘ Identificar a via de comportamento em busca de saúde (HSB) para a doença e os fatores que a condicionam localmente:
  - ▶ fatores socioculturais: incluindo modelos explicativos, visão de gênero localizada e dinâmica de poder,
  - ▶ econômico,
  - ▶ prático e
  - ▶ fatores empíricos
- ↘ Identificar as pessoas-chaves que já têm elo com a via de comportamento em busca de saúde para as pessoas doentes na residência, na comunidade e no nível do serviço de saúde:
  - ▶ Guardiões/sentinelas
  - ▶ Tomadores de decisão
  - ▶ Influenciadores
  - ▶ Cuidadores/profissionais da saúde

### Desenvolver uma estratégia e plano de ação

- ↘ Desenvolver estratégia e plano de ação métodos de comunicação em três níveis:
- ↘ Definir sua audiência: atores-chaves e população-alvo
- ↘ Projetar o plano de comunicação e escolher os canais/Desenvolver narrativas de engajamento
  - ▶ Mídia de massa
  - ▶ Líderes e pessoas-chaves
  - ▶ Comunicação interpessoal
- ↘ Desenvolver narrativas de engajamento
- ↘ Desenvolver materiais de comunicação e educação e ferramentas com grupos de usuários da ponta, testar todos os materiais antes de utilizar

### Construa um sistema de retroalimentação

- ↘ Construir uma maneira sistemática e dinâmica de coletar, analisar e retroalimentar boatos e desinformação nos três níveis:
  - ▶ Mídia de massa: mídia e monitoramento social; programas de rádio com chamadas públicas
  - ▶ Líderes e pessoas-chaves: feedback dos profissionais de saúde; retroalimentação dos líderes



- ▶ Comunicação interpessoal: diálogos da comunidade, retroalimentação dos trabalhadores da comunidade
- ↘ Compartilhar as informações com as outras áreas técnicas da intervenção e negociar mudanças e melhorias na implementação de acordo com o feedback
- ↘ Assegurar coleta diária, análise e negociação da retroalimentação com a resposta e sempre retornar às comunidades com respostas para as perguntas
- ↘ “Unir” a resposta com as diferentes comunidades

#### **Pontos-chaves**

- ↘ Comunicação e divulgação de informações não são educomunicação
- ↘ Educomunicação é mais eficaz quando existem relacionamentos e mecanismos antes de uma emergência
- ↘ Envolver rotineiramente os parceiros da educomunicação e criar confiança. Ser honesto e transparente
- ↘ Conectar e unir a realidade da comunidade e a realidade da resposta
- ↘ **Comunicação pode ser definida como a ação de trocar (enviar e receber) informações**
- ↘ **Barreiras comuns à comunicação**
  - ▶ Idioma e educação
  - ▶ Diferenças culturais e etnias
  - ▶ Mensagem irrelevante
  - ▶ Informação em excesso
  - ▶ Limitações de tempo
  - ▶ Barulho e distrações
- ↘ **Facilitadores de comunicação**
  - ▶ Atingir o público-alvo
  - ▶ Atrair a atenção da audiência
- ↘ **A narrativa de engajamento é:**
  - ▶ Compreensível
  - ▶ Culturalmente adaptada
  - ▶ Credível e relevante
  - ▶ Entregue a tempo

#### **Para mais informações**

##### **Melinda Frost**

Lead, Risk Communication

High Impact Events Preparedness WHO Health Emergencies Programme World Health Organization  
Geneva, SWITZERLAND

**email:** [mfrost@who.int](mailto:mfrost@who.int)



## ANEXO 2. Algunas declaraciones y documentos elaborados por las asociaciones miembro de la CIMF. Actualizado en junio de 2020

- España, semFYC, 12.03.2020. Comunicado de la Junta Permanente de la semFYC: La Junta Permanente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, semFYC, ante la pandemia global decretada por la Organización Mundial de la Salud, OMS: [www.semfyces/index.php/actualidad/comunicado-coronavirus-aplausos-semfyces](http://www.semfyces/index.php/actualidad/comunicado-coronavirus-aplausos-semfyces)
- Uruguay. SUMEFAC, 19.03.2020. COVID-19 desde la perspectiva comunitaria de la medicina: <https://drive.google.com/file/d/16fUY8Ym2yke-vrbw4vWmXAis9WVzvMi9/view?usp=sharing>
- SUMEFAC, 26.03.2020. Declaración de SUMEFAC ante la pandemia COVID-19: [www.smu.org.uy/wps-mu/wp-content/uploads/2020/03/Declaracion-de-Sumefac-en-la-pandemia-Covid.19.pdf](http://www.smu.org.uy/wps-mu/wp-content/uploads/2020/03/Declaracion-de-Sumefac-en-la-pandemia-Covid.19.pdf)
- Brasil. SBMFC, 18.03.2020. Gravidez e coronavírus: confira as evidências: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/gravidez-e-coronavirus-confira-as-evidencias/>
- SBMF, 13.05.2020. Recomendações da SBMFC para a APS durante a Pandemia de COVID-19: [www.sbmfc.org.br/noticias/recomendacoes-da-sbmfc-para-a-aps-durante-a-pandemia-de-covid-19/](http://www.sbmfc.org.br/noticias/recomendacoes-da-sbmfc-para-a-aps-durante-a-pandemia-de-covid-19/)
- Portugal. APMFG, 19.05.2020. MGF sempre na linha da frente, mesmo em tempos de pandemia: <https://apmgf.pt/2020/05/19/mgf-sempre-na-linha-da-frente-mesmo-em-tempos-de-pandemia/>
- Argentina. FAMFyG, 22.05.2020. Posicionamiento FAMFyG sobre las expresiones del Ministro Berni sobre nuestra especialidad: [www.famfyg.com.ar/noticias/ver/posicionamiento-famfyg-sobre-las-expresiones-del-ministro-berni-sobre-nuestra-especialidad](http://www.famfyg.com.ar/noticias/ver/posicionamiento-famfyg-sobre-las-expresiones-del-ministro-berni-sobre-nuestra-especialidad)
- Chile. Colegio Médico de Chile y SOCHIMEF, 10.06.2020. Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19: [www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/2020/06/16/activa-participacion-sochimef-en-documento-conjunto-del-colmed-respecto-de-la-aps-en-la-pandemia-covid-19/](http://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/2020/06/16/activa-participacion-sochimef-en-documento-conjunto-del-colmed-respecto-de-la-aps-en-la-pandemia-covid-19/)



## ANEXO 8. APORTES DEL GRUPO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA PARA LA CONSIGNA 1

Ángel Sánchez Romo, Flavio Días Silva, Alfredo de Oliveira Neto, Cynthia Sánchez Centurión y Franchesca García Terreros

### FUNDAMENTACIÓN

Los trastornos médicos, neurológicos y por uso de sustancias (MNS, sigla en inglés) constituyen una importante carga de morbilidad en todo el mundo<sup>1-3</sup>, pero su mayor impacto se siente entre las naciones que tienen recursos limitados<sup>4,5</sup>. Por ejemplo, si bien la carencia de tratamientos de salud mental es un fenómeno mundial, todavía la escasez es desproporcionadamente amplia en los países en transición económica<sup>6,7</sup>. En algunos territorios ricos este déficit general de tratamiento es de hasta el 53%, pero llega al 78% en algunos países de la misma región con menos recursos<sup>8</sup>.

Más del 80% de las personas con trastornos mentales viven en países de ingresos bajos y medianos (LMIC, sigla en inglés), y la mayoría de estos se encuentran en el África subsahariana, el sudeste de Asia, América del Sur, Mesoamérica, América Latina y el Medio Oriente. Las características comunes de estos territorios incluyen unos bajos ingresos per cápita y una pobreza generalizada, con alrededor del 50% de sus ciudadanos viviendo por debajo del umbral de pobreza<sup>9,10</sup>.

De acuerdo con el reporte de la OMS sobre la carga de enfermedad del 2018, los trastornos mentales, neurológicos específicos, los debidos al consumo de sustancias y el suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades, y afecciones, que son una causa importante de discapacidad y mortalidad. Además, suponen una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD), así como una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región de las Américas<sup>11</sup>.

En ese sentido, los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad y, cuando se considera esta junto con la mortalidad, suponen el 3,4% del total de los AVAD y el 7,8% del total de los APD. El segundo subgrupo en importancia abarca los trastornos de ansiedad, con un 2,1% y un 4,9% del total de los AVAD y de los APD, respectivamente. Por otro lado, la autoagresión y los trastornos por dolor (trastornos somatomorfos con dolor predominante) suponen, respectivamente, el 1,6% de los AVAD y 4,7% de los APD. América del Sur, en general, tiene mayores proporciones de discapacidad debida a enfermedades mentales comunes. En comparación con otras subregiones, Centroamérica tiene una mayor proporción de discapacidad por el trastorno bipolar y los trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, así como por la epilepsia. De hecho, Estados Unidos y Canadá sufren una carga elevada de discapacidad por esquizofrenia y demencia, así como por las tasas abrumadoras de trastornos debidos al consumo de opioides.

Por todo esto es importante establecer estrategias e intervenciones articuladas con las instituciones y organizaciones que están trabajando en la salud mental. Para ello se hace indispensable fortalecer las competencias del médico y médica de MF/MFyC como líder del equipo multidisciplinario en la APS, objetivo que se puede lograr con la participación activa de la comunidad en el proceso de mejora. Así, se



identifica la necesidad de establecer los siguientes objetivos en relación con el perfil y el desempeño de los y las especialistas en MF/MFyC:

- Estandarizar las competencias y habilidades del personal médico de MFyC para el abordaje de la salud mental en los escenarios de la persona, la familia y la comunidad.
- Promover la formación de comités de salud mental y comunitaria en las sociedades de MF/MFyC de la región e Iberoamérica.
- Fortalecer la red de instituciones y personas que ya están trabajando en la salud mental con un enfoque de derecho para contribuir a la cohesión social y comunitaria.

La atención de la salud mental se sigue prestando mayoritariamente en los hospitales psiquiátricos y los abusos de los derechos humanos, así como las prácticas coercitivas, siguen siendo demasiado habituales. Sin embargo, la prestación de una atención de salud mental basada en la comunidad que respete los derechos humanos, y se centre en la recuperación, está demostrando ser eficaz y rentable según la evidencia actual.

La atención de la salud mental, recomendada en las nuevas orientaciones, debe prestarse en la comunidad y no solo debe abarcar este problema, sino también el apoyo para la vida cotidiana, cómo facilitar el acceso al alojamiento y los vínculos con los servicios de educación y empleo. Por eso, es necesaria una transición mucho más rápida hacia unos servicios de salud mental rediseñados, donde sea fundamental fortalecer las competencias de los equipos de profesionales de la salud para un abordaje comunitario. El médico y médica de familia tienen un rol específico:

- Brindar cuidados de salud mental con un enfoque de los derechos.
- Articular la red de salud mental en la comunidad con la participación de los usuarios y familiares, y así favorecer la transición de un modelo centrado en la enfermedad hacia otro focalizado en la persona, la familia y la comunidad.
- Promover un enfoque más holístico que tenga en cuenta las circunstancias y los deseos específicos de la persona, y que ofrezca una variedad de perspectivas para el tratamiento y el apoyo con cambios significativos en el sector social.

## COMPETENCIAS DEL PERSONAL MÉDICO DE MFyC

Sus atribuciones se desarrollan en torno a las características de la especialidad. Así, las propiedades centrales que definen a la disciplina se relacionan con las habilidades que todo especialista en MF/MFyC debe dominar. De acuerdo con lo establecido, se pueden agrupar en seis competencias básicas<sup>12</sup>:

1. Gestión de la AP.
2. Atención centrada en la persona.
3. Habilidades específicas para resolver problemas.
4. Enfoque integral.
5. Orientación comunitaria.
6. Modelo holístico.



Por ello, el grupo de trabajo de salud mental de la CIMF reconoce el aporte del Árbol WONCA, producido por el colegio suizo de AP, y reconoce tres competencias fundamentales para el abordaje de la salud mental:

1. **Enfoque centrado en la persona:** relación personal médico-persona intervenida, centrada en la persona y su contexto, que explora la dolencia y la enfermedad, aprovecha el atributo de la longitudinalidad y promueve el empoderamiento del paciente.
2. **Enfoque integral:** desarrolla la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y además aborda problemas de salud agudos y crónicos.
3. **Modelo holístico:** se ocupa de los problemas en su dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial.

El grupo de trabajo de salud mental de la CIMF también ha ratificado las competencias básicas en salud mental en la APS publicadas en enero del 2018 en la WONCA<sup>13</sup>. Como consecuencia, pueden dominios para considerarse seis dominios atribuibles a las competencias básicas del médico y médica de MF/MFyC en la AP de salud mental.

1. **Valores:** los médicos y médicas de MF/MFyC tratan a las personas con problemas de salud mental con dignidad y respeto.
2. **Habilidades de comunicación:** el personal médico de MF/MFyC adopta enfoques centrados en la persona para evaluar, gestionar los recursos y apoyar a las que tienen problemas de salud mental.
3. **Evaluación:** el equipo médico de MF/MFyC identifica y diagnostica problemas comunes de salud mental, y puede identificar problemas graves de salud mental y evaluar el riesgo.
4. **Manejo:** los médicos y médicas de MF/MFyC brindan cuidados a los problemas comunes de salud mental, y salud física, de las personas con problemas graves de bienestar mental.
5. **Colaboración y derivación:** el personal médico de MF/MFyC utiliza una variedad de opciones y recursos disponibles para el cuidado de las personas con problemas de salud mental y los adaptan a las necesidades de las personas y cuidadores.
6. **Práctica reflexiva:** los médicos y médicas de MF/MFyC cuidan de su propia salud y bienestar.

A continuación, cabe proponer algunas competencias dentro de los dominios propuestos para incluirlas dentro del perfil de la especialidad en MF/MFyC:

↘ Valores:

- ▶ Los médicos y médicas de MF/MFyC brindan cuidados a las personas con problemas de salud mental, y discapacidad psicosocial, con un enfoque de derechos humanos.

↘ Evaluación:

- ▶ El personal médico de MF/MFyC es consciente de que los problemas psicosociales deben abordarse a nivel individual, familiar y comunitario.
- ▶ El equipo médico de MF/MFyC utiliza herramientas básicas para la evaluación del funcionamiento familiar.
- ▶ Los médicos y médicas de MF/MFyC son conscientes de que los problemas de violencia de género y del grupo familiar son un factor de riesgo para la salud mental.
- ▶ El personal médico de MF/MFyC aplica herramientas básicas para la evaluación social-comunitaria<sup>14</sup>.



- Manejo-avanzadas:
  - ▶ Es capaz de identificar los problemas relacionados con el uso de sustancias, y es capaz de manejar los problemas más frecuentes con el alcohol y el tabaco.
  - ▶ Los médicos de MF/MFyC identifican junto con el usuario el proceso de discontinuidad progresiva y segura del medicamento psiquiátrico, generalmente con el apoyo de servicios especializados en salud mental.
- Colaboración y derivación:
  - ▶ El médico y médica de MF/MFyC trabaja en conjunto con las redes comunitarias que existen en el territorio, ya sean culturales, deportivas, de asistencia social, políticas, etc.
  - ▶ El personal médico de MF/MFyC conoce los principios de cuidados colaborativos entre la AP y la especializada en salud mental, y defiende esta práctica en sustitución a los modelos tradicionales de derivación<sup>15</sup>.
  - ▶ El equipo médico de MF/MFyC aplica herramientas básicas para el enfoque comunitario, como la prescripción social<sup>16</sup>.
- Aportes para la implementación o acción:
  - ▶ Generación de espacios colectivos de formación permanente: círculos de conversación, jornadas, seminarios, grupos de estudio, grupos de aprendizaje basado en casos (como la metodología ECHO), entre otros.
  - ▶ Implementar los Comités de Salud Mental Comunitaria en las sociedades de MFyC de la región e Iberoamérica con la finalidad de orientar el desarrollo del plan de fortalecimiento de las competencias en salud mental.
  - ▶ Fomentar los planes de salud mental a nivel local con la participación de la comunidad.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrari AJ, Santomauro DF, Mantilla Herrera AMM, Shadid J. (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2022 Feb; 9(2): 137–50. doi: [doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
2. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2014 Abr;43(2):476–93. doi: 10.1093/ije/dyu038. Epub 2014 Mar 19. PMID: 24648481; PMCID: PMC3997379. AJ
3. OMS. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Genóva: OMS; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
4. OMS. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level [Internet]. Genóva: OMS; 2012 [consultado: 6 de diciembre 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/E130/B130\\_R8-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/E130/B130_R8-en.pdf)
5. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2022 Feb; 19(2): e1003901. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901>



6. Rathod S, Pinninti N, Irfan M, Gorczynski P, Rathod P, Gega L, Naeem F. Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries. *Health Serv Insights* [Internet]. 2017 Mar 28; 10. doi: 10.1177/1178632917694350. PMID: 28469456; PMCID: PMC5398308
7. Kohn R, Ali A, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018;42:e165. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>
8. Pan American Health Organization (PAHO). The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018 [Internet]. Washington, D. C.: PAHO; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>
9. International Monetary Fund. World Economic Outlook Database, April 2021. Developing countries [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2021/April>
10. Deepali P. Seven Main Characteristics of Less Developed Countries (LDCs) [Internet] [consultado: 5 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.economicdiscussion.net/economic-growth/7-main-characteristics-of-less-developed-countries-ldcs/14142>
11. Pan American Health Organization (PAHO). The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018 [Internet]. Washington, D. C.: PAHO; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>
12. WONCA Europe. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia. Barcelona: semFYC ediciones; 2008.
13. WONCA. Competencias básicas de los médicos de Familia en Atención Primaria de Salud Mental [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/18%20Core%20Comp.-Spanish-WWPMH.pdf>
14. Roland M, Everington S, Marshall M. Social Prescribing – Transforming the Relationship between Physicians and Their Patients. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Jul 9; 383(2):97–99. doi: 10.1056/NEJMp1917060. PMID: 32640128.
15. Kates N, Arroll B, Currie E, Hanlon C, Gask L, Klasen H, et al. Improving collaboration between primary care and mental health services. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2019 Dic;20(10):748–765. doi: 10.1080/15622975.2018.1471218. Epub 2018 Jun 20. PMID: 29722600.
16. Kates N, Arroll B, Currie E, Hanlon C, Gask L, Klasen H, et al. Improving collaboration between primary care and mental health services. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2019 Dic; 20(10): 748–765. doi: 10.1080/15622975.2018.1471218. Epub 2018 Jun 20. PMID: 29722600.



## ANEXO 9. APORTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD AMBIENTAL PARA LA CONSIGNA 1

Paola Rava Dellepiane

### FUNDAMENTACIÓN

El proceso de salud de las personas, familias y comunidades está en estrecha relación con el ambiente. Es por esto que el **médico y médica de MFyC** se interesa y le es importante, para su práctica profesional cotidiana, saber en dónde viven y trabajan las personas y poblaciones a cargo de su atención. En una concepción amplia, el ambiente comprende dimensiones biológicas, físicas, químicas, sociales, políticas, económicas y culturales interrelacionadas. Así, es en este contexto interrelacionado en donde se suceden procesos complejos que pueden favorecer el bienestar o, por el contrario, generar un daño al bienestar. Entonces, esta determinación social de la salud es en la que se debe poner la atención.

Desde hace más de 150 años se han producido cambios rápidos a nivel planetario en la forma en que el ser humano habita el planeta, lo que ha producido modificaciones en la forma de vivir, así como de enfermar y morir de las personas. Otras modificaciones han sido la urbanización con una migración de la población hacia zonas costeras, el aumento del consumo (de energía, agua y bienes naturales), el desarrollo del conocimiento y la tecnología en diversas áreas, la industrialización de los procesos productivos, especialmente en la producción de alimentos, y los cambios en la comunicación.

Esto ha contribuido, por un lado, a mejoras en el campo de la salud con un aumento de la expectativa de vida al nacer, o una disminución de la mortalidad infantil. Sin embargo, por otro lado, ha producido un deterioro sin precedentes en los ecosistemas que sostienen la vida, y de los cuales dependen la salud y la supervivencia de la especie y de las demás con las que se comparte el planeta, la casa de todos y todas. Tanto las mejoras en los indicadores de salud, como el deterioro ambiental y sus consecuencias deletéreas para la salud, no se han producido en forma homogénea en relación con la distribución geográfica en los territorios, ya que América Latina es una de las regiones con un mayor sufrimiento en este sentido.

Las poblaciones originarias de América son reconocidas por cosmovisiones donde la relación del ser humano con el ambiente es, conceptualmente, diferente. Siguiendo esta línea, las personas forman parte de un sistema amplio de la vida en donde cada elemento tiene un lugar y una relación de interdependencia con las demás partes que hacen al sistema, donde esa interrelación tiene el sentido de sostener la vida. Asimismo, otros elementos presentes en el ambiente son las montañas, los ríos, etc., que poseen su singularidad, razón de existencia y carácter sagrado, es decir, son merecedoras de cierto respeto y cuidado. En este sentido, han ayudado a las personas, además, a reconceptualizar la relación de equilibrio entre la salud humana y el medioambiente a través de la idea del buen vivir.

Por tanto, se propone:

- Incluir en el perfil del médico y médica de MFyC habilidades y competencias que integren al ambiente como elemento fundamental en la determinación de los procesos de salud y enfermedad de las personas, las familias y los territorios.



Competencias a promover y desarrollar:

El personal médico de MF/MFyC debe ser capaz de:

1. Relacionar los procesos sociales y ambientales de su territorio de responsabilidad con los problemas de salud de la población asistida.
2. Tener una mirada clínica que identifique posibles etiologías/causas en el ambiente al motivo de consulta o problema de salud que trae la persona.
3. Trabajar con otros/as integrantes del equipo de salud y/o con otros sectores de la comunidad en:
  - ▶ La identificación de procesos destructivos o beneficiosos para la salud en relación con el ambiente, y que esta sea una tarea continuada de monitoreo en el territorio.
  - ▶ El desarrollo de propuestas de abordaje de las situaciones problemática identificadas, así como en la potenciación y el apoyo de los procesos beneficiosos.
  - ▶ La integración de estas tareas en la diversidad social y de saberes presente en el territorio.
  - ▶ La reducción del impacto ambiental que genera el proceso de atención a la salud en su servicio.
4. Tener una perspectiva planetaria de los procesos de determinación de la salud actuando localmente en el cuidado de la vida.

Se entiende que las áreas de atención y desarrollo de este grupo de trabajo (GT) están en consonancia con toda la práctica de la MFyC, pero en especial contacta con áreas atendidas por algunos otros GT de la CIMF, por lo que se entiende que las habilidades y competencias mencionadas arriba pueden verse desarrolladas en conjunto con otras de estos GT:

- ▶ Espiritualidad y salud: la inclusión de la cosmovisión de los pueblos originarios.
- ▶ Prevención cuaternaria: racionalidad en el uso de los recursos, evitar el daño al ambiente que genera el propio proceso de atención a la salud y los residuos del sistema sanitario.
- ▶ Rural: adecuación y comprensión de los procesos productivos extractivistas que se suceden en el medio rural en que generan daño en los ecosistemas que enferman a las poblaciones, la exclusión social, el empobrecimiento, la migración forzada de población campesina e indígena a los cinturones de las ciudades, pérdida de diversidad biológica y cultural.



## BIBLIOGRAFÍA

- ▶ WONCA-CIMF. Proclama por la salud de los pueblos y del planeta [Internet]. Montevideo. 2015. Disponible en: [www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/proclama%20salud%20pueblos%20y%20planeta%20\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/proclama%20salud%20pueblos%20y%20planeta%20(1).pdf)
- ▶ WONCA Working Party on the Environment, the Planetary Health Alliance y the Clinicians for Planetary Health Working Group. Declaration calling for Family Doctors of the world to act on Planetary Health [Internet]. 2019. Disponible en: [www.wonca.net/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Environment/2019%20Planetary%20health.pdf](http://www.wonca.net/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Environment/2019%20Planetary%20health.pdf)
- ▶ Payán S, Monsalvo J. Salud de los ecosistemas: desde el sentimiento de pertenecer a la naturaleza [Internet]. Argentina: Altaalegremia; 2009. Disponible en: [www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Salud\\_de\\_los\\_Ecosistemas.html](http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Salud_de_los_Ecosistemas.html)



## ANEXO 10. APORTE DEL GRUPO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN CUATERNARIA Y SOBREMEDICACIÓN DE LA CIMF PARA LA CONSIGNA 1

Fernando Cáceres Herrera, Mónica Niveló Clavijo y Edgar León Segovia

### FUNDAMENTACIÓN

Dados los cambios demográficos en el aumento de la expectativa de vida con el envejecimiento poblacional han emergido problemas de salud asociados a la cronicidad, multimorbilidad y polifarmacia, lo que ha provocado un riesgo de sobremedicalización con base en el sobrediagnóstico, sobretratamiento y sobretamizaje. Esto incrementa las probabilidades de aumento en cascada del uso de medicamentos y de prescripciones potencialmente inadecuadas. También lleva, como se ha apuntado, a una sobremedicalización de la atención y la demanda de la población.

Ante esto, desde la conceptualización de los niveles de prevención surge la propuesta de la prevención cuaternaria definida como: «Acciones implementadas para identificar a un paciente o a una población en riesgo de sobremedicalización, protegerlos de intervenciones médicas invasivas, y proponerles procedimientos y/o cuidados éticamente aceptables»<sup>1</sup>.

En ese contexto, en un sistema de salud con una RISS basada en la AP como una estrategia de cuidados continuos, integrales, centrados en la persona, familia y comunidad (así como en un modelo de atención integral orientado a la prevención y promoción de la salud), es de esperar que se integre la prevención cuaternaria como una perspectiva que permita implementar las acciones que eviten la sobremedicalización.

### OBJETIVO

Aportar al enriquecimiento del perfil de formación del médico y médica de MF/MFyC.

La prevención cuaternaria es una característica del ejercicio profesional del personal médico de MF/MFyC y de gestión que debe ser desarrollada en su perfil de formación. Para ofrecer una atención de alta calidad, segura y centrada en la persona, los y las especialistas deben desarrollar competencias de lectura crítica basada en la evidencia y con un marco bioético sólido para beneficio de la persona intervenida y su familia, lo que crea, además, un entorno sostenible y eficiente en el sistema de salud. Así, la prevención cuaternaria debe plantearse como un insumo de intervención tanto del médico y médica como del sistema con una lógica de eficiencia y eficacia centrada en la persona. Además, esta debe basarse en una relación individualizada de respeto para una toma de decisiones compartidas.



## COMPETENCIAS NECESARIAS PARA ALCANZAR ESTE OBJETIVO

El perfil CanMEDS (Canadá) permite detallar las competencias esperables para un médico y médica orientado al trabajo con la familia y la comunidad, según las cuales se definen los roles del médico y médica experto, el comunicador y comunicadora, el colaborador y colaboradora, el líder, el promotor y promotora de la salud, el académico y académica y los equipos profesionales. En ese marco, cabe hacer un énfasis en las competencias en las cuales la perspectiva de la prevención cuaternaria puede hacer un aporte para enriquecer el perfil de un y una especialista de MF/MFyC. A continuación, se detallan, con base en el perfil CanMEDS y la selección del GT, los siguientes objetivos:

### *Médico y médica experto*

- Practicar la medicina dentro de un marco definido de práctica y pericia.
  - ▶ Reconocer y responder a la complejidad, la incertidumbre y la ambigüedad inherentes a la práctica médica.
- Realizar una evaluación clínica centrada en la persona intervenida y establecer un plan de manejo.
  - ▶ Obtener una historia, efectuar un examen físico, seleccionar investigaciones apropiadas e interpretar sus resultados con el objetivo de diagnóstico y tratamiento, la prevención de enfermedades y promoción de la salud.
  - ▶ Establecer objetivos de la atención, en colaboración con las personas asistidas y sus familias, que pueden incluir la reducción de la velocidad de la progresión de la enfermedad, el tratamiento de los síntomas, la cura, la mejora del funcionamiento y los tratamientos paliativos.
  - ▶ Establecer un plan de tratamiento centrado en la persona.
- Establecer planes para la atención continua y, cuando corresponda, una consultoría oportuna.
  - ▶ Implementar un plan de atención centrado en la persona que apoye la atención continua y el seguimiento de los exámenes, la respuesta al tratamiento y las consultas adicionales.
- Contribuir activamente, en forma individual y como parte de un equipo de salud, a la mejora continua de la calidad de atención en salud y la seguridad de la persona en tratamiento.
  - ▶ Adoptar estrategias que promuevan la seguridad de la persona y que aborden los factores humanos y del sistema.

### *Comunicador y comunicadora*

- Establecer relaciones terapéuticas profesionales con las personas tratadas y sus familias.
  - ▶ Comunicarse utilizando el enfoque centrado en la persona, que fomenta su confianza y autonomía, y que se caracteriza por la empatía, el respeto y la compasión.
  - ▶ Optimizar el ambiente físico para la comodidad, dignidad, intimidad, compromiso y seguridad de la persona.
  - ▶ Reconocer cuando los valores, los prejuicios o las perspectivas de las personas asistidas, el personal médico u otros profesionales de la salud pueden tener un impacto en la calidad de la atención, y modificar el abordaje de la persona si es pertinente.
  - ▶ Responder a la conducta no verbal de la persona atendida para mejorar la comunicación.
  - ▶ Manejar los desacuerdos y las conversaciones con una alta carga emocional.
  - ▶ Adaptarse a las necesidades y preferencias particulares de cada persona, así como a su situación clínica y sus circunstancias.



- Obtener y sintetizar información precisa y relevante incorporando las perspectivas de las personas atendidas y sus familias.
  - ▶ Usar técnicas de entrevista centradas en la persona para recopilar, de forma eficaz, la información biomédica y psicosocial pertinente.
  - ▶ Proporcionar una estructura clara para una atención clínica y dirigir adecuadamente un encuentro con la persona en tratamiento.
  - ▶ Buscar y sintetizar información pertinente de otras fuentes, incluyendo la familia de esa persona, con el consentimiento de esta.
- Compartir con las personas asistidas y sus familias información y planes respecto de la atención de salud.
  - ▶ Compartir información y explicaciones que sean claras, precisas y oportunas comprobando su comprensión.
  - ▶ Revelar a las personas y sus familias los incidentes que comprometan la seguridad de la persona en tratamiento en forma precisa y adecuada.
- Involucrar a las personas y sus familias en el desarrollo de planes que consideren sus necesidades y objetivos de salud.
  - ▶ Facilitar las conversaciones con las personas atendidas y sus familias de una manera respetuosa, culturalmente adecuada y sin prejuicios.
  - ▶ Usar habilidades y estrategias de comunicación que ayuden a las personas y sus familias a tomar decisiones informadas acerca de su salud.
- Documentar y compartir información escrita y electrónica de las atenciones a esa persona para optimizar el proceso de toma de decisiones clínicas, así como su seguridad, confidencialidad y privacidad.
  - ▶ Compartir información con las personas atendidas y otras distintas de una manera que se respete la privacidad y confidencialidad y mejore la comprensión de esta información.

#### *Colaborador y colaboradora*

- Trabajar efectivamente con otros equipos médicos y profesionales de la salud.
  - ▶ Negociar con otros equipos médicos y profesionales de la salud responsabilidades compartidas y superpuestas, tanto en las atenciones episódicas como en el cuidado continuo de la persona atendida.
  - ▶ Participar en la toma de decisiones compartidas con otros equipos médicos y profesionales de la salud de forma respetuosa.
- Trabajar con otros equipos médicos y profesionales de la salud para promover la comprensión mutua, el manejo de las diferencias y la resolución de los conflictos.
  - ▶ Implementar estrategias para promover la comprensión mutua, el manejo de las diferencias y la resolución de los conflictos, de manera que se fomente una cultura de colaboración.
- Derivar la atención de una persona a otro profesional de la salud para facilitar la continuidad de una labor segura.
  - ▶ Determinar cuándo la atención debe ser derivada a otro médico y médica o profesional de la salud.
  - ▶ Generar una derivación segura de la atención de la persona a otro y otra profesional, lugar de atención o etapa de cuidado, utilizando la comunicación verbal y escrita.



### *Líder*

- Contribuir a la mejora de la entrega de atención de salud en los equipos, organizaciones y sistemas.
  - ▶ Contribuir a la promoción de una cultura de seguridad de la persona en tratamiento.
  - ▶ Para promoverla, seguir un sistema de calidad en la atención: uso de las tecnologías, revisión del sistema de gestión y detección de incidentes.
- Demostrar un liderazgo en la práctica profesional:
  - ▶ Facilitar cambios en el sistema para mejorar la atención a la persona.

### *Promotor y promotora de la salud*

- Responder a las necesidades de salud de cada persona abogando con ellas tanto dentro como fuera del entorno clínico.
  - ▶ Trabajar con las personas atendidas, su familia y su comunidad para que aborden los determinantes de salud y su influencia en la seguridad de la atención y los procedimientos y tratamientos de la enfermedad, así como también en las pautas de intervención no farmacológica.
  - ▶ Establecer un proceso de mejora continua que trascienda los niveles para garantizar la seguridad de la persona y la utilización adecuada, pertinente y basada en la evidencia de tecnología tanto de atención individual como colectiva.

### *Académico y académica*

- Integrar a la práctica la mejor evidencia posible.
  - ▶ Evaluar críticamente la integridad, la confiabilidad y la aplicabilidad de la investigación y la literatura relacionada con la salud.
  - ▶ Integrar la evidencia en la toma de decisiones en su práctica.
- Contribuir a la creación y la difusión de conocimientos y de prácticas aplicables a la salud.
  - ▶ Demostrar la comprensión de los principios científicos de la investigación e indagación académica, así como de la función de la evidencia en la atención de salud.
  - ▶ Identificar los principios éticos para la investigación e incorporarlos en la obtención del consentimiento informado considerando los posibles daños y beneficios, así como las poblaciones vulnerables.

### *El y la profesional*

- Demostrar un compromiso con la sociedad reconociendo y respondiendo a las expectativas que esta tiene sobre la atención de salud.
  - ▶ Evidenciar un compromiso con la seguridad de las personas y la mejora de la calidad de la atención.

## APORTES DEL GT PARA ESTOS OBJETIVOS

El GT de la CIMF dedicado a la prevención cuaternaria puede contribuir a este desarrollo a través de líneas de investigación y formación en sobremedicalización, sobretamizaje, polifarmacia, desmedicalización, prescripción prudente, cascada de la prescripción, deprescripción, toma de decisiones compartidas e inercia terapéutica.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 2015 Feb; 4(2): 61–4. doi: 10.15171/ijhpm.2015.24. PMID: 25674569; PMCID: PMC4322627.



## ANEXO II. APORTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE MUJERES MÉDICAS FAMILIARES PARA LA CONSIGNA 1

### PERFIL DE LAS MÉDICAS Y MÉDICOS DE MF/MFYC. COMPETENCIAS Y HABILIDADES ESENCIALES:

- Capacidad para la promoción de la igualdad y equidad en los equipos de salud y la población a la que atiende con sensibilidad, especialmente con un lenguaje libre de sexismo y misoginia.
- Contar con los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas para realizar la prevención, el diagnóstico oportuno e indicar el tratamiento adecuado en las mujeres, especialmente cuando se trate de las características biológicas y sociales específicas de dicho sexo.
- Contar con las herramientas en docencia acordes al presente y con las bases para innovar en la educación médica hacia el futuro.
- Habilidades para contrarrestar los prejuicios, costumbres y todo tipo de prácticas que se basen en la premisa de inferioridad de acuerdo con el género, o en los roles estereotipados que mantienen o exacerbaban la violencia contra las mujeres.
- Capacidad para promover el ejercicio de las masculinidades saludables, la erradicación de las violencias y de los micromachismos.
- Habilidad para el manejo de las TIC en la educación y la telemedicina.
- Capacidad de crear contenidos digitales con una perspectiva de género, libres de sexismo, misoginia y con un enfoque intercultural.
- Habilidad para realizar docencia en línea, garantizando la utilización de lenguaje no sexista, protegiendo los derechos de las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Habilidad para utilizar las técnicas didácticas idóneas de acuerdo con el contexto en el que se encuentre: el consultorio con una sola persona, con un grupo familiar, una comunidad, en un aula o un espacio virtual; y según el grupo de edad y género.
- Sensibilidad y formación suficientes para actuar desde la práctica clínica en la prevención, atención y erradicación de las violencias contra las mujeres.
- Contar con las bases teórico-filosóficas y la sensibilización para comprender la determinación social de la salud y el género con una aplicación transdisciplinaria.
- Desarrollar las destrezas en la investigación educativa, básica y clínica con perspectiva de género.
- Aplicar de manera transversal el enfoque de género en la práctica clínica, comunitaria, asistencial, académica y administrativa.
- Contar con conocimientos teóricos amplios y habilidades clínico-prácticas para la atención ideal e integral de las niñas, adolescentes y mujeres violentadas sin revictimizar.
- Dominar y poner en práctica los protocolos para la prevención y protección de las violencias en las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Desarrollar las habilidades clínicas para ejercer, desde el enfoque intercultural, abogando por la protección de los derechos de las niñas, los niños, los y las adolescentes, las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.



- Ser capaz de otorgar atención integral a las niñas, los niños y las y los adolescentes institucionalizados. Así como sensibilidad para priorizar la atención médica y realizar una investigación social y clínica que ayude a mejorar su estado de salud.
- Fuerte sentido de la responsabilidad por el cuidado total de las personas.
- Tener en cuenta la inclusión social, así como los tipos de familia durante la salud, la enfermedad y rehabilitación.
- Fomentar los puestos de liderazgo en salud para las mujeres a nivel académico, directivo y de gestión garantizando la paridad 50-50%.
- Ejercer su liderazgo para lograr políticas públicas sobre la educación médica, el trabajo y la remuneración igualitaria entre los hombres y las mujeres.
- Capacidad de establecer empatía y sentir compasión sincera por las mujeres médicas.
- Habilidad para tratar cómodamente los múltiples problemas que se manifiesten en la persona atendida, la familia o la comunidad teniendo en cuenta la inclusión de todas las personas.
- Contar con herramientas y habilidades para enfrentar los retos intelectuales, sociales y técnicos en las mujeres, con perspectiva de género, erradicando las violencias en las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Habilidad para apoyar a las niñas, los niños, las y los adolescentes y jóvenes durante el proceso de crecimiento y desarrollo fortaleciendo la educación en salud con perspectiva de género.
- Habilidad para realizar diagnósticos en la calidad de la atención que permitan tomar decisiones certeras para el uso adecuado del gasto público.
- Reforzar las capacidades de las familias y buscar acciones que promuevan el desarrollo integral de las niñas, los niños y las y los adolescentes.
- Habilidad para ayudar a las personas en tratamiento a enfrentarse a los problemas cotidianos, y mantener una postura homeostática en la familia y la comunidad.
- Capacidad para actuar en la coordinación de todos los recursos de salud requeridos en la atención a la persona.
- Entusiasmo por el aprendizaje continuo y la satisfacción que resulta de mantener un conocimiento médico actual.
- Habilidad para mantener la calma en momentos de tensión y para reaccionar rápidamente con lógica y efectividad.
- Deseo permanente de identificar problemas en la etapa más temprana posible o de prevenir completamente la enfermedad.
- Sólido deseo de obtener la máxima satisfacción de las personas con una práctica médica de calidad. Para ello debe partir del reconocimiento de la necesidad de incrementar, permanentemente, en las personas la confianza en el desempeño profesional de las médicas y médicos.
- Habilidad y compromiso para la educación de las personas en tratamiento y la familia sobre la prevención, el proceso de salud y enfermedad en las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Capacidad de gestión, coordinación y trabajo interdisciplinario e interinstitucional para la atención integral y libre de violencias de las niñas,
  - las adolescentes, las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Capacidad y habilidad de otorgar una atención integral y de calidad en las mujeres y los hombres transexuales.
- Aplicar los conceptos de la APS de manera efectiva y eficaz.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Taylor R. Capítulo I. Elementos esenciales, fundamentos y principios de la Medicina Familiar. En: Ceitlin J, Gómez T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC; 1997. p. 423.
2. Cuesta LA, Presno C. La Medicina General Integral: una especialidad clínica con un verdadero enfoque biopsicosocial de la salud de la población. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Dic [consultado: 9 de septiembre del 2022]; 29(4):379–86. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252013000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000400011&lng=es)
3. Alemañy EJ, Otero J, Borroto ER, Díaz-Perera GM. El modelo del especialista en Medicina General Integral en los programas de formación [Internet]. 2007 [consultado: 20 de marzo del 2012]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/articulo\\_rev7/alemany.html](http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/articulo_rev7/alemany.html)
4. Pérez Acosta M, García Duménigo G, Martínez Rodríguez I. La evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral en la Atención Primaria de Salud desde la dimensión componentes profesionales. Panorama Cuba y Salud [Internet]. 2018;13: 284–91. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcssi18bs.pdf>
5. Alemañy Pérez E, Otero Iglesias J, Borroto Cruz R, Díaz-Perera Fernández G. El modelo del especialista en medicina general integral en los programas de formación. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2003 [consultado: 9 de septiembre del 2022]; 2(7). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/662>
6. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre igualdad de género en la medicina [Internet]. Reikiavik: 2018. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-sobre-igualdad-de-genero-en-la-medicina/>
7. Valenzuela A, Cartes R. Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, avería y desafío y superación. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019 Feb; 84(1). Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000100082](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000100082)
8. Marañón-Cardonne T, Fernández-Duharte J, Oropesa-Roblejo P, Zaldívar-Rosales Y. Modelo de la dinámica de la formación científico-investigativa del investigador clínico en ejercicio profesional. MyS [Internet]. 2020 Sep [consultado: 6 de julio del 2022]; 17(4): 652–6. Disponible en: <https://maestrosociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/5236>
9. Zaldívar Alvarez E, García Céspedes M E, Fuentes González HC. Estrategia didáctica para la formación bioestadística del residente en la Atención Secundaria de Salud en Santiago de Cuba. Revista de Información Científica [Internet]. 2019 Abr [consultado: 5 de julio del 2022]; 98(6): 765–775. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551762982009/html/>
10. Alonso Betancourt LA, Larrea Plúa JJ, Moya Joniaux CA. Professional competency training at the university through formative projects. Transformación [Internet]. 2020 [consultado: 5 de julio del 2022]; 16(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S207729552020000300544&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207729552020000300544&lng=es&tlng=en)
11. Alfonso de León JA, Mondéjar Rodríguez JJ, Blanco Aspiazú MÁ, Pérez Cruz M. El desarrollo de la creatividad y la educación en el trabajo en ciencias médicas. Salud Pública. Rev Anatomía Digital [Internet]. 2020 [consultado: 5 de julio del 2022]; 3(2). doi: <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v3i2.1186>
12. García Rivero AA, González Argote J, García Betancourt R, Rivero Morales A. Fidel Enrique Ilizástigui Dupuy: paradigma de la educación médica. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2016 Abr [consultado: 5 de julio del 2022]; 18(1): 87–92. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S181759962016000100016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181759962016000100016&lng=es)
13. Fernández Sacasas JÁ. El principio rector de la Educación Médica cubana: Un reconocimiento a la doctrina pedagógica planteada por el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. Educ Med Super [Internet]. 2013 Jun [consultado: 5 de julio del 2022]; 27(2): 239–248. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421412013000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412013000200011&lng=es)
14. Vela-Valdés J, Salas-Perea RS, Quintana-Galende ML, Pujals-Victoria N, González Pérez J, Díaz Hernández L, et al. Formación del capital humano para la salud en Cuba. Rev Panam Salud Pública. [Internet]. 2018 [consultado: 5 de julio del 2022]; 42(e33):1–8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e33>
15. Cejas Martínez MF, Rueda Manzano MJ, Cayo Lema LE, Villa Andrade LC. Formación por competencias: Reto de la educación superior. Revista de Ciencias Sociales (Ve) [revista en Internet]. 2019 [consultado: 5 de julio del 2022]; 25(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/280/28059678009/html/index.html>



16. Clemente Jaime I, Vargas Fernández D, Montero Rodríguez Y, Mesa Morreno Y. Elementos de la educación en el trabajo de los estudiantes de tecnologías de la salud. *Educación Médica Superior* [revista en Internet]. 2018 [consultado: 5 de julio del 2022];32(1):229–38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2018/cem181v.pdf>
17. Menéndez Villa M de L, Hernández PL. La educación en el trabajo como medio para la formación de valores en ciencias médicas. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* [Internet]. 2015 [consultado: 5 de julio del 2022];19(6):1231–40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65907>
18. Alfonso de León JA, Mondéjar JJ, Blanco MÁ. Fidel Ilizástigui Dupuy y su concepción de la educación en el trabajo. *Atenas* [Internet]. 2016 [consultado: 5 de julio del 2022];2(34):96–111. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jats-Repo/4780/478054643008/html/index.html>
19. Serrano CA, Monzón M, Zequeira M, et al. La educación en el trabajo en la carrera de Medicina y su relación con el derecho médico. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2019 [consultado: 5 de julio del 2022]; 41(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242019000401053](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000401053)
20. González-Rodríguez R. Sistemática para la actividad educación en el trabajo en Medicina General Integral. *Univ Méd Pinareña* [Internet]. 2020 [consultado: 5 de julio del 2022]; 6(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6382/638266622019/638266622019.pdf>
21. Mirabal Nápoles M, Llanes Mesa LI, Esquivel Expósito I. Estrategia metodológica en las ciencias básicas biomédicas: experiencia para una docencia en situaciones excepcionales [Internet]. 2021 [consultado: 5 de julio del 2022]. Disponible en: <https://trabajos.pedagogiacuba.com/trabajos/23Marjories%20Mirabal%20N%C3%A1poles.pdf>
22. Pinilla AE. Educación en ciencias de la salud y en educación médica. *Acta Med Colomb* [Internet]. 2018 [consultado: 5 de julio del 2022]; 43(2):61–65. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n2/0120-2448-amc-43-02-00061.pdf>
23. Vidal MJ, Villalón MJ. Escenarios docentes. *Educ Med Super* [Internet]. 2011 [consultado: 5 de julio del 2021];25(4):540–9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421412011000400014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412011000400014&lng=es)
24. Vera I, Barrera Romero JL, Hernández Hechavarría CM. Modelo de clase interdisciplinar con enfoque investigativo para tecnología de la salud. *Educ Med Super* [Internet]. 2015 [consultado: 5 de julio del 2022]; 29(4):693–705. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421412015000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412015000400004&lng=es)
25. Vidal MJ, Fernández Oliva B. Aprender, desaprender, reaprender. *Educ Med Super* [Internet]. 2015 [consultado: 5 de julio del 2022]; 29(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421412015000200019&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412015000200019&lng=es)
26. Rodríguez Fernández Z, Rizo Rodríguez R, Mirabal Fariñas A, Nazario Dolz AM, García Céspedes ME. Educación en el trabajo en la enseñanza médica superior. *MEDISAN* [Internet]. 2017 [consultado: 5 de julio del 2022]; 21(7). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000700017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700017)
27. Noblet Bandera I, Lig Long Rangel C. Contribuciones de la educación en el trabajo a la profesionalización de los estudiantes de Enfermería. *Maestro y sociedad. Rev electrónica para maestros y profesores* [Internet]. 2017 [consultado: 5 de julio del 2021]; 1(14): 46–58. Disponible en: <https://maestrosociedad.uo.edu.cu/index.php/Mys/article/view/2040/2032>
28. Cortés-Flores AO, Fuentes-Orozco C, López-Ramírez MKL, Velázquez-Ramírez GA, Farías-Llamas OA, Olivares-Becerra JJ, et al. Medicina académica y género: La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gac Méd Méx* [Internet]. 2005;141(4):341–44. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132005000400016](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000400016)
29. Albiñana JE. La enseñanza en las facultades de medicina en un entorno de crisis. *Fundación Educación Médica* [Internet]. 2014 [consultado: 10 de octubre del 2022];17(Supl 1):1–10. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17sl/mesa1.pdf>
30. Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS). La infraestructura al servicio de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres [Internet]. 2020 [consultado: 10 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.unops.org/es/news-and-stories/news/infrastructure-for-gender-equality-and-the-empowerment-of-women>



31. Tovar L. La escuela, el ambiente y la salud (una propuesta de orientación metodológica para los docentes. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2001;24(2):123-7. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-04692001000200005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000200005)
32. Aguirre R, Fernando J, Flores L, Carmina R, Flores F. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente [Internet]. 2011 Sep [consultado: 10 de octubre del 2022];3(8):28-33. Disponible en: <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/03-08/5.pdf>
33. Arias-Ulloa R, Cuéllar-Garrido E, Rodríguez-Juárez MC, González-López SL, Collazo-Muñoz M, Rubalcava-López SY, et al. Estado de estrés, depresión y ansiedad en médicos residentes de Aguascalientes, 2018. Lux Médica [Internet]. 2021;16(47). Disponible en: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4862106001/>
34. Universidad Veracruzana. Estudiantes de medicina y atención médica en México. 2020 [consultado: 10 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.uv.mx/obeme/files/2020/09/estudiantes-de-medicina-y-atencion-medica.pdf>
35. Lugones Botell M, Pichs García LA. La atención primaria de salud y los estudiantes latinoamericanos de medicina. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005; 21(5-6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000500023](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500023)
36. Montiel-Jarquín ÁJ, Torres-Castillo, ME, Herrera-Velasco MG, Ahumada-Sánchez Ó, Barragán-Hervella RG, García-Villaseñor A, Loría-Castellanos J. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. Educación médica [Internet]. 2015 Abr-Jun;16(2):116-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.09.006>
37. Velásquez-Pérez L, Colín-Piana R, González-González M. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. Gac Méd Méx [Internet]. 2013 [consultado: 10 de octubre del 2022];149:183-95. Disponible en: [http://anmm.org.mx/GMM/2013/n2/GMM\\_149\\_2013\\_2\\_183-195.pdf](http://anmm.org.mx/GMM/2013/n2/GMM_149_2013_2_183-195.pdf)
38. Fernández-Daza MP, Fernández-Parra A. Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. Universitas Psychologica [Internet]. 2013;12(3):797-810. doi: 10.11144/Javeriana. UPSY12-3.pccp
39. Perrault N, Palumbo J. La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe [Internet]. Panamá: Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2013 [consultado: 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.relaf.org/biblioteca/UNICEFLaSituaciondeNNAenInstitucionesenLAC.pdf>
40. 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(Suppl1):9-28. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf13\(40\)1850](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf13(40)1850)
41. Fernández Alonso, MC. El médico de familia ante situaciones de violencia. Atención Primaria [Internet]. 2007 [consultado: 10 de octubre del 2022];39(2):57-59. doi: [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(07\)70839-9](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(07)70839-9)



## ANEXO 12. APORTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE MUJERES MÉDICAS FAMILIARES PARA LA CONSIGNA 2

Zitlalli Portillo García, Lilia Turquina González Cárdenas, Amarantha Nieto Trujillo, Karen Jasso, Vladimir Reyes Salinas, Claudia Marcela Guerrero Flores, Maria de la Caridad Casanova Moreno, Johana Paola Carranza Cepeda y Jenny Patricia Villa Fajardo

### CERTIFICACIÓN EN LA MFYC

Evaluar las competencias y habilidades propuestas mediante los siguientes métodos:

- Razonamiento clínico en situaciones que impliquen incertidumbre.
- Ejercicios estandarizados del paciente vinculando una fisiopatología y un razonamiento clínico.
- Escenarios simulados.
- Ejercicios de trabajo colaborativo.
- Examen clínico objetivo estructurado.
- Evaluación por pares de la profesionalidad.
- Portafolios de cintas de vídeo.

### HABILIDADES Y COMPETENCIAS A EVALUAR

- Capacidad para la promoción de la igualdad y equidad en los equipos de salud y la población a la que atiende con sensibilidad, especialmente en el lenguaje libre de sexismo y misoginia.
- Contar con los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas para realizar la prevención, el diagnóstico oportuno e indicar el tratamiento adecuado en las mujeres, especialmente cuando se trata de las características biológicas y sociales específicas de dicho sexo.
- Habilidad para contrarrestar prejuicios, costumbres y todo tipo de prácticas que se basen en la premisa de inferioridad de acuerdo con el género, o en los roles estereotipados que mantienen o exacerban la violencia contra las mujeres.
- Capacidad para promover el ejercicio de las masculinidades saludables, la erradicación de las violencias y de los micromachismos.
- Capacidad para la creación de contenidos digitales con perspectiva de género, libres de sexismo, misoginia y con un enfoque intercultural.
- Habilidad para realizar la docencia en línea garantizando la utilización de un lenguaje no sexista y protegiendo los derechos de las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Habilidad para utilizar las técnicas didácticas idóneas de acuerdo con el contexto en el que se encuentre: el consultorio con una sola persona, con un grupo familiar, una comunidad, en el aula o en el espacio virtual; según el grupo de edad y género.



- Sensibilidad y formación suficientes para actuar desde la práctica clínica en la prevención, atención y erradicación de las violencias contra las mujeres.
- Contar con las bases teorico-filosóficas y la sensibilización para comprender la determinación social de la salud y el género con una aplicación transdisciplinaria.
- Desarrollar las destrezas en la investigación educativa, básica y clínica con perspectiva de género.
- Habilidad para realizar diagnósticos en la calidad de la atención que permitan tomar decisiones certeras para el uso adecuado del gasto público, y la distribución adecuada de los recursos, invirtiendo en la equidad de género.
- Aplicar de manera transversal el enfoque de género en la práctica clínica, comunitaria, asistencial, académica y administrativa.
- Contar con conocimientos teóricos amplios y habilidades clínico-prácticas para la atención ideal e integral de las niñas, adolescentes y mujeres violentadas sin revictimizar.
- Dominar y poner en práctica los protocolos para la prevención y protección de las violencias en las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Desarrollar las habilidades clínicas para ejercer, desde el enfoque intercultural, abogando por la protección de los derechos de las niñas, los niños, las y los adolescentes, las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Ser capaz de otorgar una atención integral a las niñas, los niños y las y los adolescentes institucionalizados. Así como sensibilidad para priorizar la atención médica y realizar una investigación social y clínica que ayude a mejorar su estado de salud.
- Fomentar los puestos de liderazgo en salud para las mujeres a nivel académico, directivo y de gestión garantizando la paridad 50-50%.
- Ejercer su liderazgo para lograr políticas públicas sobre la educación médica, el trabajo y la remuneración igualitaria entre los hombres y las mujeres.
- Capacidad de establecer empatía y sentir compasión sincera por las mujeres médicas.
- Contar con herramientas y habilidades para enfrentar los retos intelectuales, sociales y técnicos en las mujeres, con perspectiva de género, erradicando las violencias en todas las personas.
- Habilidad para apoyar a las niñas, los niños, las y los adolescentes y jóvenes durante el proceso de crecimiento y desarrollo fortaleciendo la educación en salud con perspectiva de género.
- Reforzar las capacidades de las familias y buscar acciones que promuevan el desarrollo integral de las niñas, los niños y las y los adolescentes.
- Sólido deseo de obtener la máxima satisfacción de las personas con una práctica médica de calidad. Para ello debe partir del reconocimiento de la necesidad de incrementar, permanentemente, en las personas la confianza en el desempeño profesional de las médicas y médicos.
- Habilidad y compromiso para la educación de las personas en tratamiento y la familia sobre la prevención, el proceso de salud y la enfermedad en las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Capacidad de gestión, coordinación y trabajo interdisciplinario e interinstitucional para la atención integral y libre de violencias de las niñas, las y los adolescentes, las mujeres y los grupos históricamente vulnerados.
- Capacidad y habilidad de otorgar una atención integral y de calidad en las mujeres lesbianas, las mujeres y los hombres transexuales.
- Capacidad para detectar y diagnosticar las violencias que ponen en riesgo la vida de las mujeres, así como la habilidad de activar las redes de apoyo formales, primarias y secundarias con el fin de proteger y salvaguardar a la víctima y, en su caso, a sus hijas e hijos.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Bertrand O. Problemática [Internet]. En: Evaluación y certificación de competencias y cualificaciones profesionales, Belmonte I, traductora. UNESCO, Instituto Internacional de Planificación: París; 1997. pp. 11-12. Disponible en: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000108523\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000108523_spa)
2. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA [Internet]. 2002 Ene; 287(2): 226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226
3. Norman G. Defining competence: A methodological Review. En: Neufeld V, Norman G (ed.). Assessing Clinical Competence. Nueva York: Springer Publishing Company; 1985. p. 15-37.
4. Gómez-Clavelina FJF, Hernández-Torres I, Grijalva MG. La competencia profesional clínica del especialista en medicina familiar. Atención Fam [Internet]. 2014 Oct-Dic;21(4):101-2. doi: 10.1016/S1405-8871(16)30028-1
5. Portillo-García Z, Palacios-Hernández A, Tecuanhuey-Tlahuel H, Figueroa-Chaviera AR, López-Salas SJ, Huerta-González JL, et al. ¿Por qué es importante la certificación vigente? El caso de medicina familiar. Rev Mex Med Fam [Internet]. 2022 May;9(2):59-62. doi: 10.24875/RMF.22000026
6. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. Inicio [Internet] [consultado: 9 de octubre del 2022]. Disponible en: [www.certificacionenmedicinafamiliar.org/](http://www.certificacionenmedicinafamiliar.org/)
7. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre igualdad de género en la medicina [Internet]. Reikiavik. 2018. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-sobre-igualdad-de-genero-en-la-medicina/>
8. Valenzuela A, Cartes V. Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, avería y desafío y superación. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019 Feb; 84(1). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci.arttext&pid=50717>
9. Vela-Valdés J, Salas-Perea RS, Quintana-Galende ML, Pujals Victoria N, González Pérez J, Díaz Hernández L, et al. Formación del capital humano para la salud en Cuba. Rev Panam Salud Pública. [Internet]. 2018 [consultado: 5 de julio del 2022]; 42 (e33): 1-8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e33>
10. Cejas Martínez MF, Rueda Manzano MJ, Cayo Lema LE, Villa Andrade LC. Formación por competencias: Reto de la educación superior. Revista de Ciencias Sociales (Ve) [revista en Internet]. 2019 [citado 5 Jul 2022]; XXV (1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/280/28059678009/html/index.html>
11. Pinilla AE. Educación en ciencias de la salud y en educación médica. Acta Med Colomb [Internet]. 2018 [consultado: 5 de julio del 2022]; 43(2): 61-65. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n2/0120-2448-amc-43-02-00061.pdf>
12. Vidal MJ, Villalón MJ. Escenarios docentes. Educ Med Super [Internet]. 2011 [consultado: 5 de julio del 2021]; 25(4): 540-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421412011000400014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412011000400014&lng=es)
13. Vera I, Barrera JL, Hernández CM. Modelo de clase interdisciplinar con enfoque investigativo para tecnología de la salud. Educ Med Super [Internet]. 2015 [consultado: 5 de julio del 2022]; 29(4): 693-705. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421412015000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412015000400004&lng=es)



## ANEXO 13. APORTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE MUJERES MÉDICAS FAMILIARES PARA LA CONSIGNA 3

Amarantha Nieto Trujillo, Vladimir Reyes Salinas, Zitlalli Portillo García, María de la Caridad Casanova Moreno, Johana Paola Carranza Cepeda, Claudia Marcela Guerrero Flores, Jenny Patricia Villa Fajardo, Lilia Turquina González Cárdenas y Karen Jasso

- Garantizar un ambiente de trabajo libre de violencias para las médicas y residentes de MF.
- Establecer leyes y reglamentos que garanticen la paridad de género 50-50% en los puestos de decisión y/o liderazgo en las instituciones de salud.
- Capacitar y realizar los reforzamientos educativos a lo largo del tiempo a todo el personal de salud y poniendo especial énfasis en las médicas y médicos en cuestiones de: derechos humanos, derechos de las mujeres, derechos de las niñas, los niños y las y los adolescentes, la prevención, detección y erradicación de las violencias contra las mujeres, la comunicación asertiva y el lenguaje no sexista, las masculinidades saludables, los micromachismos, la atención integral libre de violencias a mujeres, la comunidad LGBTIQ+ y los grupos históricamente vulnerados.
- Creación de un área especializada para la prevención y erradicación de las violencias dentro de las unidades de salud y en el área de docencia para garantizar la seguridad de las mujeres. Además de la aplicación de protocolos contra la violencia existentes, y en caso de no existir crearlos.
- Tener protocolos para la atención de las médicas en caso de sufrir algún tipo de violencia garantizando la no revictimización.
- Garantizar a las residentes y a las médicas familiares que, en caso de sufrir algún tipo de violencia, serán protegidas y se alejará al agresor inmediatamente se realice el reporte.
- Proporcionar acompañamiento legal otorgando todas las facilidades para que se realicen las denuncias penales correspondientes cuando apliquen.
- Las y los residentes de MF deben considerarse trabajadores, por lo que deberán tener todos los derechos y prestaciones sociales que la ley confiere a las y los trabajadores de cada país. Deben recibir un sueldo digno, decoroso e igual o superior al de las y los profesionales de medicina general.
- Las y los residentes no realizarán actividades propias de la MF o cualquier otra especialidad sin el acompañamiento, guía y supervisión de una tutora o docente.
- Se deberá verificar con periodicidad que se cuenta con la infraestructura adecuada y segura para el descanso y áreas de aseo (sanitarios y baño completo) exclusivas para las residentes mujeres en todas las sedes.
- Garantizar el acceso a la atención médica, psicológica y espiritual de las y los residentes.
- Atención especial en la salud mental, deben tener un seguimiento estrecho durante su formación con una o un profesional de la salud mental, y con un enfoque especial en la prevención del suicidio.
- Deben establecerse medidas para que el embarazo y la maternidad no sean una limitante para el desarrollo profesional, así como realizar las estrategias pertinentes para la permanencia en el posgrado durante el embarazo.



- Garantizar el derecho a guardería en el centro laboral o cercano al mismo a residentes y médicas familiares.
- Contar en los hospitales y clínicas con lactarios, así como con el tiempo suficiente para lactar adecuadamente a sus hijas e hijos.
- Garantizar que la licencia de maternidad sea de al menos seis meses, pues es el tiempo mínimo que un lactante requiere de lactancia materna exclusiva.
- Garantizar una duración de al menos treinta minutos en cada consulta para que se pueda realizar el método clínico desde un enfoque biopsicosocial, y en sí por la complejidad, en beneficio de la salud individual, familiar, comunitaria y pública para equilibrar la carga laboral que existe en la APS respecto de los otros niveles de atención.
- Prevenir el agotamiento emocional de las médicas y médicos familiares incidiendo en las causas estructurales de cada región. En muchos países el agotamiento se relaciona con la precariedad laboral, la alta carga cognitiva de la pluripatología con la que se trabaja en MFC. Tiene un impacto emocional negativo en el PNA.
- Contar con al menos 3,5 médicos (profesionales en medicina) por cada 1000 habitantes, lo que prevalece en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro B, Sanz MM. La transversalidad de género y su poder de influencia: ¿hacia una igualdad efectiva en la UE? Revista CIDOB d'Afers Internacionals [Internet]. 2021 Abr;127:39–62. Disponible en: <https://www.cidob.org/publicaciones/la-transversalidad-de-genero-y-su-poder-de-influencia-hacia-una-igualdad-efectiva-en>
2. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Desequilibrio en el personal sanitario. Recursos humanos para la salud [Internet]. 2004;2(1):13. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-13>
3. García Gil MB. Valoración de puestos de trabajo con perspectiva de género. FEMERIS: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género [Internet]. 2021;6(2):61–83. doi: <https://doi.org/10.20318/femeris.2021.6136>
4. Nigenda G, Muños JA. Projections of specialist physicians in Mexico: a key element in planning human resources for health. Hum Resour Health. 2015 Sep;13:79. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578266/>
5. Guzmán A, Flor B. Construyendo capacidades de innovación para alcanzar la igualdad de género. El caso de México [Internet]. Lima: Asociación Latino-Iberoamericana de Gestión Tecnológica y de la Innovación (ALTEC); 2021. Disponible en: <https://repositorio.pucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d1b73a9e-8f18-46f3-a753-03d3286d6aa1/content>
6. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Gill PR, Satele DV, West CP. Efecto de una intervención de coaching profesional sobre el bienestar y la angustia de los médicos: un ensayo clínico piloto aleatorizado. Medicina interna de JAMA [Internet]. 2019;179(10):1406–14. doi: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2425>
7. Ochoa Soto R, Herrera Gómez V, Herrera Achong N, Sabino Martínez MT. Género y salud: Propuesta para su implementación en la Atención Primaria de Salud. Ávila. 2021.
8. Brock-Utne JG, Jaffe RA. Abordar el agotamiento de los médicos restituyendo el control de la atención médica a los médicos. JAMA Intern Med.2020;180(2):334. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternal-medicine/article-abstract/2759609>
9. Grupo Banco Mundial. Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria [Internet]. 2018. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS>
10. Naciones Unidas. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage «Universal health coverage: moving together to build a healthier world». Disponible en: <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>



11. Rosado-Villaverde C. El uso del lenguaje no sexista como instrumento para conseguir la igualdad real y efectiva. *Estudios de Deusto* [Internet]. 2021;69(2):229–48. Disponible en: [https://doi.org/10.18543/ed-69\(2\)-2021pp229-248](https://doi.org/10.18543/ed-69(2)-2021pp229-248)
12. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>
13. Slaviero V. Mujeres al mando: Cuotas de género y representación descriptiva de las mujeres en América Latina. *Asparkía. Investigación feminista* [Internet]. 2021; 38: 17–39. doi: <https://doi.org/10.6035/Asparkia.2021.38.2>
14. Silva González JL, Menoya Zayas S. El derecho de la mujer trabajadora a la maternidad en Cuba: Reflexiones desde la perspectiva de la equidad de género. *Oñati socio-legal series* [Internet]. 2021; 11(3): 883–906. doi: 10.35295/OSLS.IISL/0000-0000-0000-1184
15. Arenas MA. Seminario Internacional: Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales integrales y sostenibles [Internet]. En: Dahuabe O. & Marinho ML, editoras. *Aprendizajes para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes: memoria de los seminarios realizados en junio y agosto de 2022*. Santiago: CEPAL; 2022. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/presentacion\\_alberto\\_arenas\\_de\\_mesa.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/presentacion_alberto_arenas_de_mesa.pdf)



## ANEXO 14. APORTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE PARA LA CONSIGNA 4

Paola Rava Dellepiane

### FUNDAMENTACIÓN

A continuación, se presentan aportes en relación con diferentes situaciones de emergencia sanitaria como lo fue la pandemia de COVID-19. En el futuro pueden ocurrir brotes similares, ya que en las últimas décadas se ha asistido a otras epidemias por enfermedades emergentes en relación a los cambios ecosistémicos que han sucedido en el planeta, y que están vinculados a los modelos de producción y desarrollo vigentes.

Muchas de estas situaciones de emergencia «inesperadas» pueden entenderse como «desastres naturales» y requieren respuestas de gran magnitud. Algunas pueden tener, efectivamente, el carácter de desastre natural por su origen (como las erupciones volcánicas), y otras son de conocido origen antropogénico o agravado por la acción humana, como es el caso de todos los eventos vinculados al cambio climático, actual emergencia global sanitaria.

Un desastre natural se trata de un evento que presenta dos características que pueden estar combinadas o no. La primera resulta en una seria interrupción del funcionamiento normal de una comunidad o sociedad que afecta el cotidiano. Esa interrupción envuelve, simultáneamente, pérdidas materiales y económicas, así como daños ambientales y a la salud de la población a través de deterioros y enfermedades que pueden resultar en muertes inmediatas o posteriores. La segunda es exceder la capacidad de una comunidad o sociedad afectada para lidiar con la situación utilizando sus propios recursos, lo que puede resultar en la ampliación de las pérdidas y daños ambientales y de la salud más allá de los límites del lugar donde el evento ocurrió (Estrategia Internacional de Reducción del Daño, Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres).

Pueden ser, según su naturaleza, hidrometeorológicos, geológicos o geofísicos y climatológicos. Algunas de estas situaciones pueden predecirse con cierto grado de anticipación, lo cual permite tomar medidas preventivas. Los impactos sobre la salud pública no siempre son de inmediato, sino que los efectos a mediano y largo plazo son, muchas veces, mayores que los producidos durante la fase aguda. Estos son: el aumento de la mortalidad y morbilidad, la modificación del patrón de las enfermedades transmisibles, la transformación de las enfermedades tradicionales (o con prevalencia estable) en la comunidad, la afectación del ambiente al generar peligros ambientales para la salud y el impacto sobre los servicios sanitarios. Muchas veces la capacidad de respuesta inmediata se ve superada. Además, se producen efectos sobre la salud mental y el comportamiento humano y la afectación del desarrollo colectivo a mediano y largo plazo, lo que incluye aspectos vinculados a la reconstrucción y rehabilitación.

Los desastres naturales pueden entenderse como expresiones del modelo de desarrollo. Son producidos socialmente y la vulnerabilidad de las sociedades o comunidades se encuentra estrecha e inversamente relacionada con el nivel de desarrollo económico y social. En función de esto, América Latina presenta una destacada vulnerabilidad. Se prevé que la frecuencia y la intensidad de algunos tipos de fenómenos



meteorológicos extremos aumenten en los próximos decenios, como consecuencia del cambio climático<sup>1</sup>, por lo que los efectos asociados con la salud aumentarán. La Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC), en su artículo 1, define el cambio climático como un «cambio de clima atribuido directa o indirectamente a la actividad humana que altera la composición de la atmósfera global y que se suma a la variabilidad natural del clima observada durante períodos de tiempo comparables»<sup>2</sup>. Esto refuerza el aporte socioambiental (del modelo de desarrollo) significativo en la génesis del problema.

Una respuesta adecuada a un desastre natural demanda una coordinación entre diferentes agencias o instituciones del Estado, y a nivel local con los bomberos, la policía, los servicios de emergencias médicas, el PNA, los hospitales, los servicios sociales y municipales, el transporte, la energía y la sociedad civil organizada, entre otros, los cuales deben trabajar siguiendo un plan de acción adecuado (Plan Nacional de Emergencia).

Sabemos que el PNA es el primer contacto de la población con los servicios de salud, y también que resuelve al menos el 80% de los problemas de salud por los que las personas consultan. Esto no debe de ser distinto en situaciones de emergencia, ya que estos dispositivos de atención en conjunto con la red con la cual se relaciona está presente en estas situaciones y tiene las ventajas de esa proximidad y conocimiento.

El perfil de los y las profesionales de la MFyC, que integra las diversas dimensiones que hacen a los procesos de salud y enfermedad, sus competencias clínicas, así como el conocimiento de la población y el territorio, entendido este como un espacio de relaciones sociales, económicas y políticas. Allí se ubican diversos actores sociales con los cuales los y las profesionales de la MFyC interactúan y trabajan cotidianamente. Su permanencia en el territorio a través del tiempo hace que la respuesta ante un desastre o emergencia sanitaria que integre estos especialistas será de mayor calidad y eficacia, lo que permitirá lograr mejores resultados en el cuidado y atención a las comunidades.

Para la consigna 4 se propone:

Destacar el lugar del médico y médica de MFyC en la atención a la respuesta en situaciones de emergencia sanitaria y la atención a desastres naturales, así como el papel del PNA.

Para el desempeño adecuado en estas circunstancias, es necesario que los y las especialistas en MF/ MFyC cuenten con:

- Conocimientos y competencias en relación con:
  - El lugar que ocupa el modelo de desarrollo y económico actual en el deterioro de los ecosistemas que sostiene la vida, en la génesis del cambio climático con el aumento en la frecuencia de eventos extremos y en la emergencia de patógenos nuevos generadores de pandemias.
  - Las diferentes fases del Ciclo de Desastres:
    - Antes del desastre (prevención y promoción de la salud).
      - Fase de planificación y preparación.
      - Fase de alerta.
    - Durante el desastre.
    - Después del desastre.

En cada etapa hay múltiples acciones a realizar en coordinación con otros actores sociales del territorio y la comunidad, fundamentales para una adecuada respuesta. Tanto en la atención individual, de la familia y de la comunidad, así como en sus dimensiones físicas, emocionales y afectivas, que se ven afectadas seriamente en estas situaciones y perduran en el tiempo; y a nivel individual y colectivo (duelo, crisis familiares, económicas y sociales en el posevento, entre otras necesidades).

- Vigilancia epidemiológica y manejo de sistemas de alerta temprana.



- Capacidad de liderazgo y gestión de equipo e intersectorial.
- Capacidad para adquirir rápidamente las competencias clínicas que demanden las situaciones nuevas.



## BIBLIOGRAFÍA

- Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC). Cambio climático 2007. Informe de síntesis [Internet]. Ginebra: IPCC; 2007. Disponible en: [https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/ar4\\_syr\\_sp.pdf](https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/ar4_syr_sp.pdf)
- IPCC. Glosario [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/sites/2/2019/10/SRI5\\_Glossary\\_spanish.pdf](https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/sites/2/2019/10/SRI5_Glossary_spanish.pdf)

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Freire L, Castro R, Cuartas T. Papel del personal de Enfermería en situaciones de desastre [Internet]. Trabajo Final Máster en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastres. Universidad de Oviedo; 2013. Disponible en: [https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/17315/TFM\\_Lidia%20Freire.pdf;jsessionid=6C4EF37F12621E08C-DA864CE21D14BA1?sequence=6](https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/17315/TFM_Lidia%20Freire.pdf;jsessionid=6C4EF37F12621E08C-DA864CE21D14BA1?sequence=6)
- OMS. Manifiesto for a healthy recovery from COVID-19 Prescriptions for a healthy and green recovery from COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-manifesto-for-a-healthy-recovery-from-covid-19>
- Organização Pan-Americana da Saúde & Ministério da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil [Internet]. Brasília, D. F.: OPAS, Ministério da Saúde; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7678>
- Yglesias M, Palmeiro Y, Seergeva M et al. Code Red for Health response in Latin America and the Caribbean: Enhancing peoples' health through climate action. The Lancet [Internet]. 2022 Abr; 11. Disponible en: [www.thelancet.com/cms/10.1016/j.lana.2022.100248/attachment/716afb30-95c1-4cb2-b453-48708490bdcf/mmc2.pdf](http://www.thelancet.com/cms/10.1016/j.lana.2022.100248/attachment/716afb30-95c1-4cb2-b453-48708490bdcf/mmc2.pdf)



## ANEXO 15. ENLACES A NOTICIAS SOBRE LA VIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE MF/MFYC

### IGSS

- VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria – Seguridad Social Ahora ([igssgt.org](http://igssgt.org)).
- Comunicado: Guatemala avanza de forma coordinada en la institucionalidad de la medicina familiar – Seguridad Social Ahora ([igssgt.org](http://igssgt.org)).
- Medicina Familiar y Comunitaria se implementará en los sistemas de atención del IGSS y del MSPAS – Seguridad Social Ahora ([igssgt.org](http://igssgt.org)).

### AGENCIA GUATEMALTECA DE NOTICIAS

- VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. – Agencia Guatemalteca de Noticias ([agn.gt](http://agn.gt)).

### EVENTO EN LA OPS/OMS

- OPS/OMS recibe reconocimiento por apoyo a la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria – OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud ([paho.org](http://paho.org)).

### WONCA

- World Organization of Family Doctors (WONCA) ([globalfamilydoctor.com](http://globalfamilydoctor.com)).
- World Organization of Family Doctors (WONCA) ([globalfamilydoctor.com](http://globalfamilydoctor.com)).

### PORTALES DE NOTICIAS DE DIVERSOS PAÍSES

- Inició este jueves en Guatemala la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria | Salud News.
- Concluye en Guatemala Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar – Prensa Latina ([prensa-latina.cu](http://prensa-latina.cu)).



## ANEXO 16. DECLARACIÓN DE SEVILLA (I CUMBRE)

### **"COMPROMETIDOS CON LA SALUD DE LA POBLACION"**

#### INTRODUCCION

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

Los actuales sistemas de salud precisan reformas centradas en la salud de las personas y encaminadas a mejorar la accesibilidad, la cobertura, la protección social en salud, el nivel de calidad de la atención y la satisfacción de los ciudadanos/as. En esta estrategia es esencial el papel del Médico de Familia en el primer nivel de atención que aporta elementos fundamentales: la longitudinalidad, la integralidad, la coordinación asistencial y la función de puerta de entrada al sistema y guía del usuario en el Sistema de Salud.

En esta línea, se han elaborado dos documentos previos "Hacer que la práctica médica y la educación médica, sean más adecuados a las necesidades de la gente: La contribución del Médico de Familia" (OMS / WONCA, Ontario, 1994) y "La Medicina Familiar en la reforma de los Servicios de Salud" (CIMF / OPS / WONCA, Buenos Aires, 1996). Ambos tuvieron como denominador común la elaboración de recomendaciones generales sobre el desarrollo de programas de formación en Medicina Familiar y su incorporación a los Sistemas de Salud.

Pese a las mejoras en el nivel de salud de la población, persisten todavía en Iberoamérica importantes desigualdades sanitarias y sociales, inaceptables niveles de pobreza y carencias de servicios básicos de salud. Esta situación, unida a cambios sociales, demográficos y epidemiológicos siguen obligando a mantener como orientaciones prioritarias para nuestros Sistemas de Salud:

- La contribución para mejorar la cohesión social y la disminución de las diferencias sociales.
- La necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud.
- La atención prioritaria a los retos epidemiológicos y a las necesidades emergentes de atención a la salud.
- La desaparición de discriminaciones por razón de género, edad, etnia o condición socioeconómica.



- La participación social efectiva y el creciente control ciudadano de las acciones sectoriales.
- La reorientación de los servicios con criterios de promoción de la salud.
- El propósito de que la Atención Primaria de Salud sea el referente central de la reorganización del Sistema.
- El desarrollo de sistemas de financiación y aseguramiento sostenibles, solidarios y suficientes.

Las recomendaciones de esta I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar parten de las aportaciones realizadas por distintos profesionales e instituciones pertenecientes a la comunidad de países iberoamericanos, en una reunión celebrada durante los días 14 al 17 de mayo de 2002 y auspiciada por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Estas recomendaciones se resumen en los cuatro apartados siguientes:

#### **A) LOS SISTEMAS DE SALUD Y LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LOS CIUDADANOS**

1. Los Sistemas de Salud deben contar con una rectoría pública bien desarrollada, que evite la segmentación, la fragmentación y el predominio del pago directo por parte del ciudadano/a. Se deben garantizar las funciones esenciales de salud pública y promover la intersectorialidad de las actuaciones.
2. Los poderes públicos deben garantizar el aseguramiento en salud a todos los ciudadanos/as, definiendo un conjunto de prestaciones comunes, con criterios de equidad, eficiencia, dignidad y sostenibilidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Es esencial tener en cuenta las demandas de las ciudadanas/os y su participación en la definición de los objetivos y las políticas sanitarias, así como en el control de su aplicación. Muchos países deben esforzarse para facilitar la accesibilidad real de todos los ciudadanos/as al Sistema de Salud. Hasta llegar a un sistema sanitario integrado será preciso combinar distintas modalidades de intervención como extensión de la protección social en salud, dispositivos eficaces de extensión de las coberturas de los servicios, incremento en la capacidad resolutoria de las infraestructuras sanitarias existentes, financiamiento solidario, fondos unificados, etc.



3. El Sistema de Salud debe asegurar una atención longitudinal (continuada a lo largo de la vida del ciudadano), integrada, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes. El papel de la Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental para lograr estas características. Asimismo, se debe asegurar la continuidad de los cuidados entre niveles de atención, los cuales deben tener unas funciones bien definidas y trabajar de forma coordinada. La Atención Hospitalaria, para ser eficiente, deberá definirse como complementaria del primer nivel.
4. El primer nivel de atención debe estar a cargo de Equipos de Atención Primaria (EAP) multidisciplinarios. Para ello es esencial que asuman la responsabilidad de la atención a la salud de las personas, integren la información sanitaria, promuevan la participación de la comunidad y oferten una cartera de servicios amplia y bien establecida, que tenga en cuenta, cuando sea pertinente, la necesidad de desarrollar modelos de atención interculturales.
5. Los/as médicos/as de familia, como integrantes activos de los EAP deben aumentar su poder resolutivo, organizar la atención por parte de otros especialistas y realizar consejo y tutela de los pacientes a lo largo de todo el sistema sanitario. Asimismo deben atender a las personas no solo en su dimensión individual, sino también en su contexto familiar y comunitario, siempre con una orientación biopsicosocial. Este enfoque trasciende el modelo biomédico, ubicando a la persona (y no solo a su problema de salud), en el centro de la atención.

## **B) LAS APORTACIONES DE LA MEDICINA FAMILIAR A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

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



7. Es necesario trabajar en modelos que se orienten a las particularidades de la atención primaria en donde el Médico de Familia, junto a los demás miembros del Equipo de Atención Primaria, es la puerta de entrada al sistema. Por ello se propone trabajar en una iniciativa regional para el fomento y desarrollo de un modelos innovadores de Atención Primaria con base poblacional claramente definida.
8. La certificación es un proceso voluntario cuyo objetivo es garantizar, a través del cumplimiento de estándares mínimos cognitivos y actitudinales, la calidad de los cuidados médicos para mejorar la salud de los ciudadanos. Será importante facilitar la implantación de procesos de certificación de médicos de familia alentando la creación de Consejos de Certificación Profesional.
9. La Medicina Basada en la Evidencia, la evaluación de tecnologías sanitarias y la evaluación económico financiera de las intervenciones constituyen una clara oportunidad de mejora de la calidad de los servicios con eficiencia y equidad. Es importante alentar el desarrollo de estas estrategias para la atención de los pacientes en la región creando y aprovechando iniciativas locales y regionales en conjunto con los Gobiernos, Universidades y organizaciones de servicios de salud de los países.
10. La medición de Calidad en Medicina Familiar necesita de indicadores que sean atribuibles al desempeño de los médicos de familia, sensibles al cambio, basados en información reproducible, precisos, que reflejen áreas clínicas importantes y diferentes dimensiones de cuidado. Estos indicadores deben reflejar tanto procesos de atención y resultados finales. Se propondrá la creación de un grupo de trabajo dedicado a encontrar indicadores de desempeño clínico y de los servicios de salud familiar que capturen apropiadamente las características de la práctica de la atención primaria.
11. Los médicos de familia son profesionales clínicos y de salud pública que trabajan en el ámbito de la atención primaria. Como tales forman parte de un equipo de profesionales de la salud, cada uno con competencias e incumbencias específicas. El trabajo interdisciplinario coordinado es una de las mayores fortalezas de los equipos de Salud Familiar. Cualquier iniciativa de mejoramiento de la Calidad desde la perspectiva de la Medicina Familiar debe considerar la participación activa de todos los profesionales del equipo de Salud Familiar.



12. Es necesario buscar estrategias que permitan el intercambio oportuno y continuo del conocimiento, siendo una de ellas la conformación de una Red Regional de Calidad en Medicina Familiar. La colaboración entre CIMF y OPS / OMS resulta fundamental para este propósito. Resulta importante para ello la investigación y recopilación de información actualizada en temas de calidad, su sistematización y difusión en el ámbito iberoamericano, a fin de promover una cultura de mejoramiento de la calidad en el ámbito regional.

### **C) LA FORMACION DE PREGRADO Y LA MEDICINA FAMILIAR**

13. Es necesario formular alianzas estratégicas para acelerar la incorporación de la Medicina de Familia y la Atención Primaria a las enseñanzas teóricas y prácticas de los currícula de pregrado en los países iberoamericanos.
14. Hay que movilizar voluntades y garantizar recursos, en cada país para la puesta en marcha de experiencias curriculares innovadoras en la enseñanza de la Medicina de Familia y la Atención Primaria en el pregrado con clara y temprana articulación con los servicios de salud.
15. La formación de profesores y líderes docentes en Medicina Familiar es esencial para avanzar en los objetivos propuestos. El establecimiento de programas de colaboración e intercambio internacionales en este campo es una estrategia primordial.
16. Es preciso alcanzar un desarrollo adecuado de la Medicina de Familia y la Atención Primaria dentro de las estructuras académicas de Facultades y Escuelas de Medicina Iberoamericanas. En cada país se deberán diseñar estrategias nacionales que permitan la introducción de la disciplina de Medicina de Familia en el currículo de pregrado.
17. La constitución de una *Task Force Iberoamericana* para el desarrollo de la Medicina Familiar académica es un instrumento esencial para profundizar en los cambios de orientación, organización y contenidos de los currícula de las Facultades de Medicina.
18. Resulta importante que este grupo de trabajo asuma el encargo concreto y específico de operativizar las recomendaciones del documento elaborado en esta Cumbre, así como profundizar en el conocimiento y análisis evolutivo de la situación real de la Medicina Familiar en las Universidades Iberoamericanas.



## **D) LA FORMACIÓN DE POSTGRADO Y LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

19. El Médico de Familia es el profesional de la medicina mas cualificado y eficiente para el desarrollo de la Atención Primaria. Por ello es necesario aumentar la cobertura de población atendida por Médicos de Familia y las nuevas residencias en Medicina Familiar.
20. Se deben establecer unos requisitos mínimos comunes para todos los programas de residencia en Medicina Familiar de Iberoamérica, que garanticen la calidad y puedan servir tanto para una futura acreditación internacional como para la certificación y recertificación de los médicos de familia. Estos requisitos deben incluir la duración y los contenidos de los programas, los procesos docentes y la formación de profesores.
21. Se debe plantear el establecimiento de programas de capacitación para médicos sin especialidad, que permitan el desarrollo de competencias en materia de Medicina de Familia. Estos programas también deben tener unos requisitos mínimos comunes, que aseguren su pertinencia y la eficacia final.
22. Es conveniente fomentar el intercambio entre los países sobre la formación en Medicina Familiar, difundiendo las experiencias y prácticas existentes.
23. Es fundamental desarrollar programas de educación continua, que permitan a los Médicos de Familia mantener un alto poder resolutivo y adaptarse a las circunstancias cambiantes del medio. La educación a distancia con tutorías que aprovechen los avances telemáticos, debe ser fundamental para este proposito.

Resulta fundamental la conjunción de esfuerzos de la CIMF, la OPS / OMS, las autoridades sanitarias de los países iberoamericanos y de las instituciones académicas que se ocupan de la formación y educación continua de la Medicina de Familia a fin de desarrollar los compromisos que se plantean en la presente declaración de la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.



## ANEXO 17. DECLARACIÓN DE MARGARITA (MINICUMBRE)

### **PRIMERA REUNIÓN IBEROAMERICANA DE EXPERTOS EN CERTIFICACIÓN PROFESIONAL Y ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE MEDICINA FAMILIAR. DECLARACIÓN DE MARGARITA**

En Mayo de 2002 en Sevilla fue organizada por CIMF, OPS/OMS y SEMFyC, tuvo lugar la Primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, cuyo lema fue: “Comprometidos con la salud de la Población”. Los productos de estos grupos de trabajo culminaron con la publicación de cuatro documentos técnicos enfocados en áreas temáticas, sintetizados en la “Declaración de Sevilla”, cuyas recomendaciones más importantes resumimos a continuación:

1. “Sobre los sistemas de salud y las necesidades y demandas de los ciudadanos”-, Los médicos de familia, quienes atienden a las personas en su dimensión individual, tanto como en su contexto familiar y comunitario, son los “agentes” ideales para trascender el modelo biomédico hacia lo biopsicosocial, en el contexto de la Atención Primaria y dentro de un abordaje multiprofesional e interdisciplinario. Este modelo debe ser promovido como una estrategia de los países de la Región para mejorar la eficacia, equidad, calidad y sustentabilidad de sus sistemas de salud.
2. “Sobre los aportes de la Medicina Familiar a la mejora de la calidad de los Servicios de Salud”- Resulta crítico fomentar una cultura de mejoramiento de la calidad de nuestra especialidad en el ámbito regional a través de procesos formales de certificación y acreditación, cuyo objetivo es garantizar estándares mínimos de competencias en la formación y desempeño de los médicos de familia.
3. “Sobre la formación de pregrado y la Medicina Familiar”- Es imprescindible que nuestra disciplina sea incorporada al currículo de grado de las Facultades de Medicina apoyando experiencias curriculares innovadoras y con temprana vinculación con los servicios de salud”.
4. “Sobre la formación de postgrado y los programas de capacitación para los médicos de atención primaria”- Es necesario establecer requisitos mínimos comunes para la capacitación de médicos de familia, los programas de residencia y las actividades de educación continua, tomando en cuenta los contenidos y la duración de los programas, los procesos docentes y la formación de profesores.

En la línea iniciada en la Cumbre de Sevilla WONCA-Región Iberoamericana-CIMF y OPS/OMS decidieron dar continuidad y profundizar los aspectos relacionados con la mejora de la calidad de los médicos de familia, convocando a la “Primera Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación y Acreditación en Medicina Familiar”. Su misión fue elaborar documentos técnicos y recomendaciones entres temáticas de enorme interés estratégico para el desarrollo de la Medicina Familiar, reconociéndola como especialidad diferenciada con sus propios cuerpos teóricos y de práctica profesional. Los documentos abordaron la elaboración de marcos de referencia para los procesos de Certificación Profesional y Acreditación de Actividades de Educación Médica Continuada, y Programas de Residencias de Medicina Familiar para Iberoamérica. Desde Julio de 2003 y hasta finales de octubre, más de 30 expertos procedentes de 20 países de la Región trabajaron intensamente en la elaboración de los documentos técnicos para luego debatirlos y elaborar las propuestas y recomendaciones en ocasión de la Reunión que en estos días se celebra en la Isla de Margarita, Venezuela.



En esta declaración de tres apartados de acuerdo a los tópicos tratados, que se llamará “Declaración de Margarita”, se resumen las 10 recomendaciones que esperamos puedan servir de guía para los países que estén emprendiendo los procesos de Certificación y Acreditación en Medicina Familiar en Iberoamérica. Es voluntad firme de CIMF/WONCA, junto a OPS/OMS, asesorar, apoyar y facilitar la implementación de estos procesos en los países de la Región que así lo requieran.

## **RECOMENDACIONES**

### **Acreditación de Programas de Residencia de Medicina Familiar**

1. Cada país deberá ser responsable de establecer los requisitos mínimos de acreditación de Residencias de Medicina Familiar, con el objeto de garantizar un perfil básico de competencias profesionales en todas y cada una de las unidades formadoras de especialistas de los países, para lo cual se sugiere considerar los siguientes aspectos: Nombre de la especialidad, perfil profesional, tiempo de duración, requisitos de ingreso, requisitos de permanencia, requisitos de egreso, estructura curricular, requisitos para los docentes, características de las sedes académicas de Medicina Familiar y características de las sedes académicas hospitalarias de apoyo.
2. Se propone la creación de Comisiones Nacionales Interinstitucionales de Residencias Médicas que deben tener un carácter normativo tanto para la especialidad de Medicina Familiar como para las otras especialidades médicas existentes en cada país. Su función será sustantiva para la emisión de normas y procedimientos de acreditación de residencias médicas, que permita la plena homogenización de los estándares de competencias mínimas necesarios requeridos para los especialistas de cada país. En este contexto, establecerá los mecanismos para supervisar la calidad de los programas de residencias aprobados en base a las regulaciones existentes para todas las especialidades médicas, coherentes con las necesidades de salud de la población, el funcionamiento de las instituciones sanitarias y la estructuración de los programas de pre y post-grado en las universidades. Se recomienda además, que esta Comisión se constituya por representantes de las instituciones educativas y de salud formadoras de médicos especialistas de la entidad responsable del proceso de Certificación y Recertificación y de representantes de las sociedades médicas responsables.

### **Certificación Profesional en Medicina Familiar**

3. La Certificación Profesional es un proceso que garantiza estándares técnica y socialmente aceptables de calidad de cuidados, para los usuarios de los servicios de salud. Por lo tanto, es de extrema importancia que exista certificación de especialistas en Medicina Familiar en todos los países de Iberoamérica. Los médicos de Familia deben ser los responsables y protagonistas de la definición, implementación y administración de los procesos de certificación en las instituciones que certifiquen profesionales.
4. Cada país deberá definir el sistema de certificación más conveniente a su realidad. Este proceso deberá concluir con una evaluación formal a través de la cual se midan las competencias esperadas tanto en los conocimientos como en las habilidades y actitudes necesarias para el buen desempeño profesional. Es muy importante que la



evaluación de dichas competencias sea en situación y contextualizadas a la individualidad del médico y del paciente, la familia, los valores y características propias de la comunidad, y la organización de los servicios de salud. Para la definición de los criterios de competencia “contextualizada”, deberá procurarse la participación de la mayor cantidad de actores que juegan un papel en estas situaciones: representantes de la especialidad de Medicina Familiar, asociaciones científicas, usuarios, etc.

5. Se debe asegurar que se cumplan los criterios de validez, confiabilidad, impacto educacional y factibilidad en la aplicación del método de evaluación ya que sus conclusiones deberán ser lo más exactas posibles dadas las serias consecuencias que tiene la certificación, sobre la vida de los profesionales y los usuarios en general.
6. La certificación deberá ser periódica con el fin de asegurar no solo el mantenimiento sino también la adquisición de nuevas competencias emergentes, dado el crecimiento del conocimiento y la complejización de la tarea del Médico de Familia, dentro de los sistemas de salud.

#### **Acreditación de Actividades de Educación Médica Continua.**

7. La realización de actividades de Educación Médica Continuada (EMC) constituye un elemento clave y fundamental para el mantenimiento y mejora de la Competencia Profesional de los Médicos de Familia. Los servicios de salud deben facilitar al máximo la accesibilidad de los profesionales a los programas de Educación Médica Continua como elemento de garantía de calidad en la prestación de los servicios sanitarios.
8. Los países deben constituir instancias oportunas, que reúnan a las entidades involucradas en la Acreditación (Sociedades Científicas, Universidades, Servicios de Salud, etc.) que garanticen mediante procesos objetivos, la pertinencia, idoneidad y calidad científico técnica de los programas de Educación Médica Continua.
9. Los programas de Educación Médica Continua deberán abordar específicamente aspectos relacionados con las competencias y valores del perfil profesional del Médico de Familia y deben constituir un elemento importante de los sistemas de Certificación Profesional y mantenimiento de las habilidades y aptitudes en Medicina Familiar.
10. Se deberán articular los mecanismos adecuados de motivación sobre los profesionales para estimular la realización de actividades de Educación Médica Continua. Así mismo, se recomienda la implantación de sistemas de reconocimiento para aquellos profesionales que implementen dicho tipo de actividades formativas.



## ANEXO 18. COMPROMISO DE SANTIAGO DE CHILE (II CUMBRE)

**II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar - Compromiso de Santiago de Chile Octubre 2005**

**Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar**

**WONCA - Región Iberoamericana - CIMF**

**COMPROMISO DE SANTIAGO DE CHILE**

**OCTUBRE 2005**

**II CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR**

**El Médico de Familia garantiza de calidad y equidad**

**en los Sistemas de Salud de Iberoamérica.**

En el marco de la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, - El Médico de Familia, garantía de Calidad y Equidad en los Sistemas de Salud de Iberoamérica", efectuada en Santiago de Chile los días 4 y 5 de Octubre del año 2005, los países participantes agrupados en WONCA / Iberoamericana CIMF, considerando como base la I cumbre de Sevilla, la Minicumbre de Margarita, y las recomendaciones de OPS en relación a la Renovación de la APS, y en procura de lograr mejor salud para los ciudadanos de los pueblos de nuestra región, adherimos profundamente a las diez recomendaciones enunciadas y a definir las mejores estrategias planteadas por los participantes asistentes a esta Cumbre.

Instrumentar la más amplia difusión de los compromisos aquí asumidos en los ámbitos político - internacionales, nacionales y locales, académicos y asistenciales.

Definir los indicadores para monitorear y evaluar el alcance de estas recomendaciones.

1. Los Servicios de Salud basados en APS deben estar disponibles y accesibles para toda la población, independientemente del nivel socio-económico o el tipo de seguro y cobertura, para el mantenimiento y promoción de su salud así como para la prevención de las enfermedades, injurias y adicciones. Para asegurar que los beneficios de la Atención Primaria lleguen a todos de manera más uniforme, el Estado debe articular estrategias para lograr la cobertura universal.
2. La Medicina Familiar, como especialidad orientada hacia la atención integral y continua, la promoción de la salud y prevención de enfermedades así como la prestación de servicios en el primer nivel de atención, es el actor más apropiado para realizar las intervenciones médicas necesarias en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.
3. Deben incentivarse formas de pago de la actividad médica más favorables al desarrollo de la Atención Primaria.
4. Debe estimularse la adopción de formas de trabajo en equipo para potenciar la calidad, efectividad y eficacia de los servicios de Atención Primaria.
5. Deben desarrollarse métodos y medidas uniformes para evaluar el desempeño de los sistemas de atención primaria. Estas medidas deberían incluir costo, calidad, acceso y satisfacción tanto del paciente como del médico y el equipo de salud. Los



resultados debieran también estar disponibles para los financiadores, los prestadores y el público en general.

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

7. Los Gobiernos deben realizar los mayores esfuerzos tendientes a facilitar la incorporación de la enseñanza de la Medicina Familiar en los currículos de pregrado de las universidades públicas y privadas en los países de la Región.

8. Los Gobiernos, junto a las Sociedades Científicas, Colegios Profesionales y Universidades deben facilitar la implementación de procesos de Certificación de Médicos de Familia en todos los países de la Región.

9. Es crítico aumentar el número de Programas de Residencia de Medicina Familiar así como la calidad de los mismos en los países de la Región para dar cuenta de las necesidades de los Procesos de Reforma de sus respectivos Sistemas de Salud.

10. Los Gobiernos, las Universidades y todos los sectores académicos en general, deben promover el desarrollo de programas y proyectos de Investigación en Atención Primaria, orientados a mejorar la práctica clínica y el acceso y calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención.

El presente documento es el resultado de deliberaciones y compromisos establecidos en el marco de la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.

En ella participaron representantes de los Ministerios de Salud, directivos de instituciones académicas, directivos de Asociaciones Científicas de Medicina Familiar, representantes de Instituciones de Seguridad Social de Iberoamérica.

Firman, con fecha 05 de Octubre de 2005, en la Ciudad de Santiago de Chile.

Dr. Adolfo Rubinstein

Presidente CIMF VI Región Iberoamericana de WONCA

Dr. Oscar Fernández

Presidente de la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar

Dr. Pedro García Aspillaga

Ministro de Salud de Chile.



Dr. Osvaldo Salgado

Subsecretario de Redes Asistenciales

Ministerio de Salud de Chile.

Dra. María Teresa León

Ministra de Salud de Paraguay

Dr. José Ernesto Navarro

Viceministro de Salud de El Salvador

Dr. Hernán Montenegro

Jefe Unidad de Organización de Servicios

OPS/OMS



## ANEXO 19. CARTA DE FORTALEZA (III CUMBRE)



**WONCA – IBEROAMERICANA - CIMF**

**III CUMBRE IBERO AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR**

**FORTALEZA, BRASIL**

**29 y 30 de abril de 2008**

### **CARTA DE FORTALEZA**

En el año en que se conmemora el 30º Aniversario de La Declaración de Alma-Ata (1978), que impulsó a los Estados Miembros de OMS a adoptar la Estrategia de Atención Primaria de la Salud para alcanzar **Salud para Todos**, fue realizada durante los días 29 y 30 de abril de 2008 en Fortaleza, Ceará, Brasil, la III CUMBRE IBERO AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR con el Tema: **Misión y Desafíos para la Medicina Familiar y la Atención Primaria en el siglo XXI: Equidad, Integralidad y Calidad para nuestros sistemas de Salud.**

Este evento, organizado por el Ministerio de Salud de Brasil, Wonca Iberoamericana CIMF, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC), tuvo como objetivo contribuir al fortalecimiento de las políticas de salud en el campo de la Atención Primaria y la Medicina Familiar en Ibero América.

**Destinatarios:** Ministros de Salud de Ibero América y representantes de sus equipos técnicos; Secretarías de Salud Estadales/Provinciales y Municipales; Representantes de Wonca, Wonca Iberoamericana-CIMF y sus países miembros; Decanos y autoridades de Facultades de Medicina, Coordinadores de Programas de Residencia de Medicina Familiar; Representantes de Sociedades Científicas y Académicas de Medicina Familiar y otras autoridades Sanitarias de los países de la Región.

Las principales recomendaciones son:

- 1) **Para la inserción y valorización de la Medicina Familiar en las políticas de salud es necesario:**
  - Compilar las evidencias existentes y generar nuevas evidencias sobre las ventajas de la especialidad. Para eso, es fundamental el papel de las sociedades científicas, universidades y otras organizaciones relacionadas.



- Estimular la difusión del impacto y ámbito de acción de la medicina familiar en grupos clave como decisores sanitarios, la comunidad, los profesionales de la salud así como los médicos pertenecientes a otras especialidades.
- Reconocer la importancia y la influencia de la Medicina Familiar en las políticas de salud orientadas a la APS.
- Promover incentivos para el mejor desempeño, desarrollo profesional permanente, certificación profesional y recertificación periódica de los Médicos de Familia, garantizando el financiamiento a través de políticas de estado que aseguren la sustentabilidad a lo largo del tiempo.

**2) Para asegurar la calidad de los cuidados de las personas y comunidades atendidas en nuestros servicios de APS, esta Cumbre presta especial atención a la formación y calificación del Médico de Familia, recomendando que:**

- Es necesario comprometer a las instituciones formadoras, gestores y sociedades científicas para que implementen grupos de trabajo representativos que elaboren y monitoreen las políticas de jerarquización profesional para los próximos 10 años.
- Los pasos para la calificación profesional de la atención primaria incluyen el establecimiento de plazos que debe ser cumplimentados con una meta de 5 años para todos los médicos/as que trabajan en APS para que sean capacitados a través de cursos de especialización presenciales o a distancia, si fuera pertinente. Estos cursos deben ser orientados, acreditados y evaluados por la Sociedad Científica Nacional de Medicina Familiar.
- Es razonable también que en 10 años, a los futuros médicos de APS se les exija residencia médica o título de especialista extendido por su respectiva Sociedad Científica. Como puntos clave para que esto ocurra, debe desarrollarse un gran número de instructores; jerarquizar el pago de los residentes de medicina familiar para que esta especialidad sea competitiva y con oportunidades de salida laboral; instituir pagos a los instructores de residencias de medicina



familiar donde aún no se haya producido; y expandir fuertemente las vacantes de residencias de Medicina Familiar, incluyendo el ámbito rural.

### **2.1) Certificación y Calificación**

La certificación de la especialidad de Medicina Familiar es responsabilidad de las Asociaciones/Colegios Médicos y/o Sociedades Científicas Nacionales competentes que deberán definir, promover y defender un cuerpo mínimo de competencias necesarias para la certificación. Los incentivos deben ser implementados y desarrollados para la formación, certificación y residencia de la especialidad. Las Sociedades Científicas Nacionales procurarán, con los Ministerios de Salud y las Universidades, convenios de colaboración para el desarrollo específico de cursos de especialización en Medicina Familiar y desarrollo profesional permanente bajo diferentes modalidades.

### **2.2) Telesalud, telemedicina y educación a distancia en el contexto de la formación y calificación en APS**

Cada país constituirá núcleos para el desarrollo de estrategias de aprovechamiento de la telemática para la calificación de los dos cuidados primarios de la salud. El medio para el apoyo cotidiano de los profesionales estará dado por los teleconsultorios de apoyo a dudas provenientes de la práctica clínica, comunitaria y de administración de servicios.

Este soporte debe ser primariamente prestado por especialistas en Medicina Familiar que resolverán, en línea o fuera de línea, la mayoría de los interrogantes, basados en las mejores evidencias disponibles en función del contexto. Los mismos especialistas tendrán un papel regulador, de modo a agendar con especialistas lineales las teleconsultorías eventualmente necesarias. Tanto las especializaciones de corto y largo plazo, como los programas de residencia y de desarrollo profesional permanente se beneficiarán grandemente de este tipo de soporte. Los casos complejos hipotéticos, generados a partir de las dudas más frecuentes y relevantes, también serán de gran valía para estructurar la enseñanza y el aprendizaje para todos los niveles educativos en el ámbito de la APS

### **2.3) Integración de instituciones/ Integración en la formación en servicio**



Los Ministerios de Salud y de Educación deben inducir políticas de educación para la salud, integrando sistemas de salud y Universidades (a través de incentivos, rediseño curricular, implementación de líneas de investigación); por lo tanto, en lo que hace a la APS, las Sociedades Nacionales Científicas de Medicina Familiar deben participar de la formulación de esas políticas.

- Institucionalizar la relación entre universidades, Facultades de Medicina y servicios de salud, con definición de responsabilidades y competencias:
  - Responsabilidades y vínculo territorial;
  - Política de estadios e investigación compartimentalizada;
  - Espacio de cogestión
  - Evaluación y monitoreo de los convenios;
  
- Construcción de espacios de negociación entre esferas de gobierno, universidades y sociedades de medicina familiar para el fortalecimiento de las políticas de calificación en APS;
  
- Implementación de servicios de salud académicos;
  
- Desarrollo de Departamentos de Medicina Familiar en las Universidades;

**3) En cuanto a la importancia de la inserción académica de la Medicina Familiar, a fin de garantizar el alcance de la excelencia tanto en el ámbito de la formación como de la atención médica, y el funcionamiento de los respectivos sistemas nacionales, destacamos las siguientes dimensiones estratégicas, a saber:**

#### **3.1) Formación y capacitación docente:**

- Apoyo a la inserción de docentes especialistas en Medicina Familiar de forma coherente con la estructura organizacional de cada institución de enseñanza, mediante acciones inductoras conjuntas entre WONCA Iberoamericana-CIMF, OPS/OMS y los Gobiernos de los países.



- Creación de programas de maestrías académicas y profesionales, y de doctorados vinculados con la Medicina Familiar;
- Promoción de la participación de residentes, especialistas y profesionales de los servicios en la docencia de grado.
- Desarrollo de redes de formadores en Medicina Familiar y APS para intercambio de experiencias, monitoreo y evaluación de la inserción académica de la Medicina Familiar en los diversos países.
- Realización de eventos y foros sobre la “Inserción Académica de la Medicina Familiar” en congresos nacionales e internacionales

### 3.2) Reorientación curricular y perfeccionamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje:

- Desarrollo de Guías para la reorientación de los cursos de grado con foco en Medicina Familiar y APS por parte de WONCA Iberoamericana CIMF/Sociedades de Medicina Familiar, promoviendo la adhesión de las Facultades de Medicina a esas guías por medio de incentivos gubernamentales.
- Estímulo para grupos particulares de estudiantes con intereses en el área de la Medicina Familiar y la APS que fomenten los cambios culturales y académicos en estas áreas, apoyados por las Sociedades Científicas Nacionales y los gestores de servicios de salud, y orientados por docentes de Medicina Familiar y APS, ofreciendo oportunidades de experiencias prácticas, y actividades de extensión.
- Promover una próxima Cumbre Ibero-americana con foco en la “Inserción de la Medicina Familiar en la Educación de Pregrado”.

### 3.3) Calificación de la Red de Servicios

- Desarrollo de redes de integración de formación en servicio “Red académica de Salud” sustentada por regulaciones específicas.



- Proceso de Certificación de instituciones de enseñanza y creación de redes de integración de docencia en servicio por parte de WONCA Iberoamericana-CIMF y las Sociedades Nacionales de Medicina Familiar.

**4) Con el objeto de fomentar la práctica de la investigación en Medicina Familiar y APS para responder a los principales problemas de salud de la población en el marco de servicios de salud de alta calidad, se destaca:**

- La integración entre servicios asistenciales de MF/APS y los centros de docencia e investigación, sean o no universitarios, y los programas de residencia médica en Medicina Familiar.
- El apoyo de los gobiernos y agencias de estímulo a la investigación al reconocimiento de la Medicina Familiar y la APS como áreas específicas de conocimiento, con el objeto de promover líneas de financiamiento específicas para su desarrollo.
- La jerarquización de la investigación mediante estímulos económicos relacionados con la producción científica de cada Médico de Familia como parte de su carrera profesional.
- Reconocimiento y consolidación de la Red IBIMEFA (Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar) como co-estrategia promotora de los objetivos arriba mencionados.
- Divulgación de la producción del conocimiento en Medicina Familiar en revistas científicas del área de la Medicina Familiar, como de los trabajos de conclusión de las residencias médicas.
- Divulgación del conjunto de esta producción científica y sus líneas de investigación asociadas tanto en los portales de internet vinculados a las Sociedades Nacionales de Medicina Familiar, como también en los eventos científicos regionales.



## ANEXO 20. CARTA DE ASUNCIÓN (IV CUMBRE)

### WONCA – IBEROAMERICANA - CIMF IV CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR

**“Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud Renovada:  
Pensamiento y Acción en beneficio de la Salud Familiar”.**

**ASUNCIÓN – PARAGUAY  
15 Y 16 DE NOVIEMBRE 2011**

#### **CARTA DE ASUNCIÓN**

En los últimos años, ante el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, las desigualdades de género, las inequidades en salud, la violencia, los cambios climáticos, los estilos de vida de la sociedad humana y la reiteración de la salud como un derecho humano fundamental, ha llevado a los sistemas de salud a enfocar su atención para atender estas necesidades emergentes de la población, los gobiernos de los diferentes países de la Región y sus instituciones educativas y sanitarias han asumido diferentes grados de compromiso de las recomendaciones emitidas por los organismos internacionales, encaminadas a fortalecer los sistemas sanitarios desde la APS y la Medicina Familiar, tal como recoge la Declaración de Montevideo en el 2005.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), OMS/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, como la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas y la XI Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud en Évora, Portugal, 2009.

No obstante, los esfuerzos referidos, los avances alcanzados en la esfera de la Medicina Familiar en las reformas educativas y de salud han sido insuficientes, en muchos casos, en otros lentos o 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: mejor utilización de recursos, equidad y justicia social.

Sin embargo, el esfuerzo realizado desde los diferentes gobiernos en las legislaciones, financiamientos, desarrollo de programas educativos y de salud en el ámbito de la Medicina Familiar han sido limitados y a veces contradictorios, incluso, inversos a los compromisos firmados.

Durante los días 15 y 16 de noviembre de 2011 en Asunción, Paraguay, se realizó la IV CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR con el lema: *“ Medicina Familiar y la APS Renovada: Pensamiento y acción en beneficio de la Salud Familiar”*

Este evento, organizado por el Ministerio de Salud de Paraguay, Wonca Iberoamericana CIMF, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, tuvo como objetivo contribuir al fortalecimiento de las políticas de salud en el campo de la Atención Primaria y la Medicina Familiar en Ibero América.



**Destinatarios:** Ministros de Salud de Ibero América y representantes de sus equipos técnicos; Secretarías de Salud estatales/provinciales y municipales; Representantes de Wonca, Wonca Iberoamericana-CIMF y sus países miembros; Decanos y Autoridades de Facultades de Medicina, Coordinadores de Programas de Residencia de Medicina Familiar; Representantes de Sociedades Científicas y Académicas de Medicina Familiar y otras autoridades sanitarias de los países de la Región.

**Ejes temáticos:** Cuatro ejes temáticos fueron abordados por grupos de trabajo conformados por especialistas en las áreas identificadas que se mencionan a continuación, así como las propuestas de los grupos:

### **I.- Políticas de Salud y la expansión del Primer Nivel de Atención a través de la Medicina Familiar**

1. Reafirmar la salud como un derecho.
2. Reconocer la complementariedad de la Medicina Familiar y la APS como estrategias para el desarrollo de los sistemas de salud, en el marco de un modelo de desarrollo que busca el bienestar de las poblaciones y maximiza el potencial de las personas.
3. Formular e implementar políticas públicas en salud que promuevan el enfoque y la práctica de la Medicina Familiar como coadyuvante en el logro de la cobertura universal con mejoría en la calidad (capacidad resolutoria aumentada) de la atención centrada en la persona, para mejores resultados en salud.
4. Incrementar y reorientar las inversiones en salud, en base a los principios y valores que comparten la estrategia de la APSr y la Medicina Familiar, fortaleciendo los distintos niveles de atención.
5. Prestar especial atención a las necesidades de planificación y regulación de la formación de recursos humanos en salud, considerando: a) La generación de incentivos y controles que optimicen la dotación por disciplinas y especialidades y b) La mejora de las competencias y el perfil de salida de los profesionales y técnicos en salud en función de las políticas de salud y el modelo de atención.
6. Fortalecer la cooperación internacional iberoamericana en aras de proporcionar apoyo técnico para difundir y adaptar modelos exitosos.

### **II.- Investigación en la práctica de los médicos de familia en los países Iberoamericanos.**

1. Debe promoverse el desarrollo de la RED IBIMEFA desde Wonca y Wonca Iberoamericana CIMF, las Asociaciones Nacionales de Medicina Familiar así como el apoyo a todas las Universidades, Departamentos de Medicina Familiar e instituciones académicas que promuevan la investigación en Medicina Familiar y Atención Primaria, como eje estratégico para el desarrollo de sistemas de salud más eficientes, equitativos y de mejor calidad en la región.



2. Es necesario organizar un espacio de intercambio que funcione como repositorio de experiencia y experticia sobre conocimiento, entrenamiento y mentoría en investigación en Medicina Familiar para la región. Este espacio debe incluir a todas las instituciones que realizan investigación en Medicina Familiar en la región, debiéndose realizar el máximo esfuerzo para su identificación.
3. Wonca Iberoamericana CIMF a través de sus asociaciones nacionales y con el apoyo de organismos regionales como OPS/OMS, debiera identificar líneas de investigación prioritarias que promuevan esfuerzos colaborativos a nivel regional.
4. Debiera facilitarse el financiamiento de la investigación colaborativa a nivel nacional, regional e internacional identificando una agenda común de investigación a nivel nacional y regional, incluyendo modelos de financiamiento funcionales para promover la investigación en atención primaria.
5. Las revistas de investigación, conferencias y sitios web relacionados con la Medicina Familiar en Iberoamérica deben ser fortalecidos para diseminar los hallazgos de investigación de manera coordinada. Debiera procurarse la mayor representación de las revistas de Medicina Familiar del ámbito regional en las bases de datos como Scielo, Latindex, Index Medicus y Lilacs.
6. Los logros de la investigación en Medicina Familiar deben comunicarse a los tomadores de decisión, autoridades sanitarias y líderes académicos de manera sistemática a través de estrategias coordinadas de difusión y diseminación en foros, conferencias y comunicaciones a los distintos actores del sistema de salud, incluido el público general.
7. La investigación en Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria debe formar parte de la currícula y de las actividades de certificación y recertificación de la especialidad.

### **III.- Formación y/o Capacitación de Equipos de Salud Familiar**

Identificar las áreas de entrenamiento que requieren mayor desarrollo en los programas de formación, capacitación y educación continua.

1. Fortalecimiento de programas de formación, capacitación y educación continua en las áreas de comunicación y gestión clínica.
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.
3. Incorporación de la enseñanza de la Medicina Familiar desde el pregrado.
4. Fortalecer los programas de especialización en Medicina Familiar.
5. Intercambios de experiencias exitosas en materia de formación y capacitación de medicina familiar y de los equipos de salud familiar.



#### IV.- Calidad de la Práctica de la Medicina Familiar

1. Las instituciones al incorporar un programa de mejora de la calidad se prestigian, así como a los profesionales que trabajan en ellas incrementando la adhesión y la satisfacción de los usuarios.
2. Con la propuesta de la mejora de la calidad se pretende lograr una atención médica con equidad, efectividad y eficiencia.
3. Los indicadores de calidad en la práctica de la Medicina Familiar aportan información para la identificación de problemas, análisis de las causas, propuestas de soluciones, intervenciones y evaluación de resultados.
4. Se recomienda la puesta en práctica de una herramienta que mida de manera objetiva y permita realizar comparaciones entre los diferentes países de la región, tendientes a proponer estrategias y acciones, con el fin de mejorar la calidad de atención en medicina familiar.
5. -Se propone que esta herramienta enfocada a evaluar la actividad del médico familiar en los principales problemas de salud y de demanda en medicina familiar que contemple indicadores en los siguientes dominios:
  - ✓ Capacitación científico técnica.
  - ✓ Efectividad acciones realizadas en promoción y prevención salud, orientadas al individuo, familia y comunidad.
  - ✓ Atención integral, longitudinal y continua orientada al individuo, la familia y la comunidad.
  - ✓ Cumplimiento de los derechos de los pacientes.
  - ✓ Satisfacción.



## ANEXO 21. CARTA DE QUITO (V CUMBRE)

### CARTA DE QUITO

Quito - Ecuador 11 y 12 de abril de 2014

### "COBERTURA UNIVERSAL, MEDICINA FAMILIAR Y PARTICIPACIÓN SOCIAL"

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

"Cobertura Universal, Medicina Familiar y Participación Social".

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

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

- 1.- La cobertura universal y la medicina familiar.
- 2.- La participación y comunicación social para la Medicina Familiar y Comunitaria y la Atención Primaria de Salud.
- 3.- La formación de Médicos y Médicas de Familia en Iberoamérica.
- 4.- La certificación y acreditación profesional.
- 5.- La producción y difusión de conocimientos de Medicina Familiar y comunitaria en Iberoamérica.

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:

#### DEFINICIONES

##### COBERTURA UNIVERSAL

Es la garantía del ejercicio del derecho a la salud para todos y todas, brindada por un sistema integral e integrado de base estatal con financiamiento público, que posibilita el acceso a los servicios, de manera equitativa, igualitaria, oportuna, integral y de calidad, basado en los principios de solidaridad y participación social, teniendo el Primer Nivel de Atención como es el cuidado, con Médicos y Médicas de Familia y Comunidad en los equipos de salud, asegurando el primer contacto y el seguimiento continuo, centrado en la persona en su contexto familiar y comunitario, de conformidad con las necesidades de salud que presentan en el curso de sus vidas.

##### MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

El Médico o Médica de Familia tiene una responsabilidad profesional y social con su comunidad. Desempeña su papel, a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de cuidados clínicos asistenciales, de rehabilitación y paliativos, lo hacen de acuerdo



con las necesidades de salud, respetando la diversidad cultural y optimizando los recursos disponibles en la comunidad. Deben responsabilizarse por el desarrollo y mantenimiento de sus competencias, valores y equilibrio personal, como base para la prestación de cuidados efectivos y seguros. La Medicina Familiar y Comunitaria es una herramienta clave para el desarrollo de la mantención de la salud de los pueblos.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Reconoce el concepto de la cobertura universal para que trasciende los aspectos técnicos del financiamiento sanitario incorpore los principios de equidad, igualdad y solidaridad, en el derecho de la salud y en la responsabilidad de los gobiernos para establecerla.
- 2.- Generar políticas y promover los cambios necesarios para que los sistemas de salud de Iberoamérica alcance en la Cobertura Universal.
- 3.- Reconocer la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria como parte del Equipo de Atención del Primer Nivel para lograr la Cobertura Universal y el acceso efectivo de la población a los servicios de salud desde una mirada integral e integradora de la atención.
- 4.- Posicionar la especialidad de Medicina Familiar como integrante fundamental de los sistemas de salud que permitirá implementar la Atención Primaria en los países de Iberoamérica.
- 5.- Reconocer que los indicadores para medir el avance hacia la Cobertura Universal deben incluir aquellos relacionados con el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, incorporando la inversión pública, y el acceso a los servicios, la calidad de los mismos el número de equipos de salud y el número de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, con formación y capacitación calificadas, involucrados en estos equipos.
- 6.- Incluir en los indicadores parámetros de calidad en relación a la estructura físico-funcional de las unidades de salud del Primer Nivel, a fin de propiciar que los Médicos y Médicas Familiares y Comunitarios pueden alcanzar la excelencia clínica en su capacidad resolutiva.
- 7.- Promover que en los sistemas de salud de Iberoamérica la proporción de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en relación al total de especialistas alcance el 50% y que este valor sea un indicador para que el alcance de la Cobertura Universal.
- 8.- Consolidar la participación ciudadana en salud como un derecho que promueve la acción de los actores sociales en la toma de decisiones y gestión pública de la salud para incidir en los determinantes sociales de la salud con igualdad y equidad.
- 9.- Facilitar la articulación intersectorial de los grupos de Agentes Comunitarios.
- 10.- Promover la educación en salud y el intercambio de experiencias nacionales e internacionales, a través de medios masivos, tales como radio, televisión, periódicos, página web, Facebook, Twitter y otros.
- 11.- Integrar la participación y comunicación social al sector académico desde el pregrado al postgrado.
- 12.- Abogar por la creación de una Alianza Internacional permanente de participación y comunicación social para la Medicina Familiar.
- 13.- Promover que los gobiernos, los gestores de salud y educación tomen decisiones y desarrollen políticas que permitan el fortalecimiento de un Primer Nivel de Atención calificado, de manera de contrarrestar los intereses antagónicos que en los últimos 100 años han privilegiado la constitución de sistemas de salud centrados en la atención hospitalaria y en la medicina súper especializada.
- 14.- Apoyar la formación del talento humano en medicina familiar y comunitaria su capacitación continua y la calidad y su justa remuneración.



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

16.- Promover la investigación y la formación continua como elementos fundamentales para mantener el nivel profesional de los Médicos Familiares.

17.- Fortalecer la Red Iberoamericana de Investigación de Medicina Familiar (IBIMEFA) para fomentar la investigación, en la formación de investigadores en Medicina Familiar la divulgación de nuevos conocimientos de Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud, en integración con otras redes de investigación en Iberoamérica y el Mundo, promoviendo el tema ante los organismos internacionales, organismos gubernamentales de salud y de educación de los Países de la región.

18.- Potenciar el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación en los procesos de investigación y difusión en Medicina Familiar en la región; a través de la creación de bases de datos de información de investigaciones, publicaciones, consultores, revisores investigadores en Medicina Familiar.

19.- Incentivar el compromiso de todos los actores involucrados en la coparticipación del financiamiento para la generación y difusión del conocimiento, a través de la investigación especializada en Medicina Familiar; la misma que conlleva una responsabilidad de las Organizaciones Iberoamericana de Medicina Familiar para evitar que dichas investigaciones sean influenciadas por intereses comerciales.

20.- Instalar a las universidades y entes formadores de profesionales en salud para que fortalezcan la enseñanza e investigación en Atención Primaria en Medicina Familiar tanto en pregrado como en postgrado.

21.- Promover que las Sociedades de Medicina Familiar de la región tengan un mayor involucramiento en los procesos técnicos-políticos de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y de la Medicina Familiar y Comunitaria en sus países, así como los procesos de calificación y desarrollo profesional continuo, como certificación y recertificación de sus miembros.

22.- Recomendar a los Médicos Familiares que junto con los demás integrantes de los equipos de Atención Primaria de Salud en los Países de la región, visibilicen y evidencien la atención de la especialidad de Medicina Familiar como primer contacto y seguimiento continuo en los sistemas de salud, ante los miembros de la sociedad civil.


23.- Promover la creación del Observatorio de Medicina Familiar en la región con la participación de WONCA y WONCA Iberoamérica-CIMF, para fortalecer la identidad y la especialidad y que se constituya en una herramienta relevante para la toma de decisiones de los Gobiernos los Organismos Internacionales la academia y la comunidad.

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

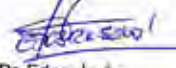
  
Mgs. Carina Varco  
MINISTRA DE SALUD  
PÚBLICA DEL ECUADOR

  
Dr. Augusto Barrera  
ALCALDE DEL DISTRITO  
METROPOLITANO DE QUITO

  
Dr. Michael Kidd  
PRESIDENTE WONCA

  
Dr. Manuel Peña  
REPRESENTANTE  
OPS/OMS ECUADOR

  
Dra. Inez Padilla  
PRESIDENTA  
WONCA IBEROAMERICANA-CIMF

  
Dr. Edgar León  
PRESIDENTE V CUMBRE  
IBEROAMERICANA MF



## ANEXO 22. CARTA DE SAN JOSÉ (VI CUMBRE)

### Carta de San José

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

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

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

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

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

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



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

*Eje 4. Investigaciones en Medicina Familiar y Comunitaria*

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

#### **Destinatarios**

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

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

#### **Definiciones**

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

##### **a) Medicina Familiar y Comunitaria y el Médico o Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

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

El Médico o Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitario tiene una responsabilidad profesional y social con su comunidad. Desempeña su papel, a través de la promoción de la salud, la



prevención de la enfermedad y la prestación de cuidados clínicos asistenciales, de rehabilitación y paliativos; lo hacen de acuerdo con las necesidades de salud, respetando la diversidad cultural y optimizando los recursos disponibles en la comunidad. Deben responsabilizarse por el desarrollo y mantenimiento de sus competencias, valores y equilibrio personal, como base para la prestación de cuidados efectivos y seguros. La Medicina Familiar y Comunitaria es una herramienta clave para el desarrollo y la mantención de la salud de los pueblos. (Padula A. & León, 2016)

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

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

#### **c) Cobertura Universal de Salud**

Es la garantía del ejercicio del derecho a la salud para todos y todas, brindada por un sistema integral e integrado de base estatal con financiamiento público, que posibilita el acceso a los servicios, de manera equitativa, igualitaria, oportuna, integral y de calidad, basado en los principios de solidaridad y participación social, teniendo el Primer Nivel de Atención como eje del cuidado, con Médicos y Médicas de Familia y Comunidad en los equipos de salud, asegurando el primer contacto y el seguimiento continuo, centrado en la persona en su contexto familiar y comunitario, de conformidad con las necesidades de salud que presentan en el curso de sus vidas. (Padula A. & León, 2016)

#### **d) Calidad en Atención Primaria en Salud**

Es un proceso sistemático de evaluación cuali-cuantitativo que tiene por objetivo el desarrollo y la mejoría continua de los atributos esenciales y derivados de la APS y de la MFC. Incluye la formación



y actuación profesional específica para este nivel de cuidado sanitario, considera los procesos de atención y los resultados alcanzados, la estructura física y funcional de las unidades de salud, visando que en este nivel de los sistemas de salud los cuidados sanitarios sean ofertados de manera ecuánime y calificada en conformidad con las necesidades de salud para toda la población referenciada al mismo. Involucra además, aspectos referentes a la motivación y satisfacción para el trabajo, al modelo de salud y el grado de participación social y del equipo de salud en relación a la solución de los problemas y resultados alcanzados, como una estrategia de empoderamiento social en el campo de la salud.

#### **e) Equidad**

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

#### **f) Prevención Cuaternaria**

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



## Recomendaciones

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

1. Organizar diálogos a nivel de cada nación sobre el rol de la MFC en el avance hacia la universalidad, equidad y calidad en los sistemas de salud.
2. Gestionar de forma efectiva y equitativa los recursos, basados en el análisis de la situación de salud de la población, y además integrando la participación social como uno de sus ejes.
3. Incorporar el modelo de Medicina Familiar como mecanismo de instrumentación de la APS, en el primer nivel de atención, con la incorporación de especialistas en MFC liderando el equipo transdisciplinario, manteniendo el enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en las actividades de promoción, prevención y educación para la salud.
4. Establecer equipos transdisciplinarios calificados con liderazgo de los especialistas en MFC, para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud (individuos, familias y comunidades), en el primer nivel de atención.
5. Garantizar los recursos que permitan al equipo de salud del primer nivel de atención, desarrollar su potencial para resolver de al menos el 85% de la demanda de atención médica en este nivel.
6. Fortalecer en cada país los mecanismos de planificación y diálogo nacional sobre los requerimientos en la formación y la transformación de especialistas en MFC; garantizando su distribución universal, su inserción laboral y su retribución económica como médico especialista.
7. Proponer un modelo de evaluación de la calidad de la atención en APS y MFC para Iberoamérica, considerando los modelos ya existentes.

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

#### **8. Formación:**

- 8.1. Orientar los contenidos de la formación hacia la adquisición de competencias profesionales que faciliten el desarrollo de un modelo integral y holístico de abordaje del proceso salud-enfermedad-atención sustentado en un enfoque de determinación social



que propicie la resolución de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestras poblaciones, en todas las etapas del ciclo vital.

- 8.2. Incorporar propuestas educativas de MFC que consideren las amenazas provenientes de las políticas educativas, del sistema económico, los movimientos sociales, los estilos de administración y las culturas organizacionales que prevalecen en nuestras universidades sustentadas en su mayoría en el paradigma biomédico.
- 8.3. Formar al especialista en MFC en el escenario de un Centro de APS, con metodologías pedagógicas apropiadas como: la tutoría, seguimiento en consultorio de MFC, talleres en el aula, juegos de rol y cámara de Gessell, videgrabaciones del alumno en la consulta médica, Aprendizaje Basado en Problemas, Método de Casos, entre otros.

## 9. Acreditación:

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

## 10. Certificación

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

## 11. Recertificación

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



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

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

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

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

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

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

20. Difundir el concepto de Prevención Cuaternaria como enfoque vital en la práctica médica y la gestión de los servicios de salud.
21. Contribuir a la implementación del concepto de Prevención Cuaternaria en la educación formal de las profesiones de la salud, en el pregrado, postgrado, formación continua y en la



- investigación; elaborando un documento de recomendaciones que contribuya a la discusión del concepto con las diferentes organizaciones que definen las políticas de educación.
22. 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.
  23. Incentivar que las intervenciones sanitarias dirigidas a la población estén basadas en la mejor evidencia científica, sean éticamente aceptables para el contexto local y estén centradas en las personas.

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

Dr. Fernando Llorca Castro  
Ministro de Salud de Costa Rica

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal  
Presidenta Ejecutiva CCSS

Dr. Michael Kidd  
Presidente WONCA

Dra. María Inez Pádua Anderson  
Presidenta CIMF

Dr. Thomas Meoño Martín  
Presidente VI Cumbre Iberoamericana  
Presidente medfamcom

Dr. Francisco Ariza Montoya  
Delegado Ministerio de Salud  
Colombia

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

Dr. Jorge Jesús Rodríguez Sotomayor  
Delegado Ministerio de Salud  
Panamá



## ANEXO 23. CARTA DE CALI (VII CUMBRE)

### 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.



Jaime Matute Hernández  
Asesor de Despacho del  
Ministro de Salud y Protección Social  
Ministerio de Salud, 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  
Vice-Ministra de Salud Pública y  
Bienestar Social de Paraguay

Maria Inez Padula Anderson  
Presidenta CIMF

Liliana Arias Castillo  
Presidenta de la VII Cumbre

Amanda Howe  
Presidenta de WONCA

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

Sandra Fraifer  
Directora Nacional de Medicina  
Familiar y Comunitaria, Ministerio de  
Salud de Argentina

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



## ANEXO 24. DECLARACIÓN DE CALI (VII CUMBRE)

### 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.



- 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

**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

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



## ANEXO 25. CARTA DE GUATEMALA FIRMADA (VIII CUMBRE)

Durante los días 10 y 11 de noviembre del 2022 en la ciudad de Guatemala, Centroamérica, se realizó la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria bajo el lema:

**“Medicina Familiar y Comunitaria, especialidad esencial para la transformación de los sistemas de salud en el siglo XXI”**

Este magno evento organizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), y la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA-Iberoamericana-CIMF), la Representación en Guatemala de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) tuvo el objetivo conjunto de definir lineamientos para el desarrollo de la especialidad Medicina Familiar /Medicina Familiar y Comunitaria y así contribuir a la definición de políticas públicas en salud y en formación de especialistas para el sistema de salud, acorde a las necesidades de cada territorio, de cada población, a la complejidad y los problemas emergentes en el siglo XXI. Estos objetivos, planteados en relación a Iberoamérica y cada uno de sus países, tienen especial énfasis para Guatemala, país que cuenta con una firme voluntad política para la transformación de los servicios de salud en un modelo que coloca a la medicina familiar y comunitaria como protagonista fundamental del sistema de salud.

La Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria (MF/MFyc) ha sido pilar de la atención integral a las personas. Ofrece eficientes servicios de salud a todas las personas y poblaciones y en todos los escenarios sociales. Favorece el desarrollo de los principios de la Atención Primaria en Salud (APS) en el sistema de salud y cultiva a lo largo del tiempo un vínculo de confianza con personas y familias, lo cual constituye la esencia de la atención a la salud.

Integrantes de 19 asociaciones nacionales miembros de WONCA-Iberoamericana-CIMF, integrantes de los grupos de trabajo permanentes de CIMF, representante y consultores de OPS/OMS, se dieron a la tarea de procesar discusiones basadas en tres objetivos específicos: 1. Favorecer intercambio creativo que permita reconocer los caminos y procesos que Guatemala pueda seguir para instalar la especialización de MF/MFC en el país, con calidad adecuada y acorde a las necesidades de salud de su población; 2. Favorecer actualización de las definiciones regionales sobre competencias, calidad y perfil de las y los especialistas de MF/MFyc de Iberoamérica; y 3. Contribuir a visibilizar la importancia de la MF/MFyc para el cuidado de la salud en los diferentes contextos, problemas complejos y sistemas de salud de Iberoamérica en el siglo XXI.



Para alcanzar estos objetivos, se estableció una ruta de trabajo en tres fases (dos virtuales y una presencial) bajo cuatro consignas de trabajo: 1. Actualización del perfil del médico de familia y comunidad (competencias y habilidades esenciales de la MF/MFYC) y elaboración de recomendaciones para Guatemala; 2. Certificación en la MF/MFYC; 3. Condiciones de trabajo para la MF/MFYC y 4. Aportes de la MFYC en la transformación de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta ante emergencias (COVID-19 y otras).

### **Destinatarios**

Particularmente destinada a profesionales, residentes y asociaciones de profesionales de MF/MFYC, ministros de salud de Iberoamérica e integrantes de sus equipos técnicos; secretarías de salud de los niveles estatal, provincial y municipal, representantes de WONCA World, WONCA Iberoamericana-CIMF y sus países miembros, decanos y autoridades de universidades y facultades de medicina, coordinadores de posgrados y programas de residencia de MF/MFYC, colegios médicos, consejos de certificación y recertificación, integrantes de los equipos de salud e integrantes de la comunidad organizados en torno al derecho a la salud, estudiantes de medicina; esta Carta de Guatemala está dirigida a todas las personas interesadas en la salud, los sistemas y servicios de salud y la MF/MFYC.

Como resultado de este intenso proceso participativo que ha sido la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, que culmina en Guatemala los días 10 y 11 de noviembre de 2022, se establecen las siguientes definiciones y recomendaciones:

### **Capítulo I: Perfil**

La Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad esencial para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud. Brinda cuidados centrados en la persona en su contexto familiar y comunitario de forma longitudinal. Reconoce dimensiones física, psicológica, espiritual, cultural, ambiental, social y económica de las personas y sus problemas de salud, en contextos territoriales y procesos históricos. Responde a la complejidad de los problemas con integralidad y humanismo; con desempeño clínico resolutivo y capacidad de gestión. Desarrolla su práctica considerando el contexto cultural. Acuerda con el paciente la acción más apropiada para cada problema. Orienta su accionar con la perspectiva de derechos establecida por la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) y los valores de la profesión médica (*primum non nocere* y profesionalismo). Actúa como primer contacto del paciente con el sistema de salud, facilitando el acceso y abordando los problemas de salud sin distinción de edad, sexo o cualquier otro atributo de la persona. Utiliza con pertinencia los recursos terapéuticos, humanos y tecnológicos a su alcance, articulando y desarrollando equipos y redes asistenciales y sociales. Considera la estructura y dinámica familiar y el modo en que afecta y es afectada por la enfermedad. Analiza e interviene en los diferentes tipos de crisis familiares. Lidera el análisis de la situación de salud con metodología participativa y la planificación estratégica en salud para cada territorio. Contribuye a la promoción de la salud, el fomento del bienestar y la prevención de la enfermedad y accidentes en la comunidad a su cargo. Realiza intervenciones basadas en evidencia. Maneja con pertinencia, oportunidad, continuidad y resolutividad, todo problema de salud con enfoque intercultural, de género y basado en derechos. Desarrolla investigación aplicada, tanto cuantitativa como cualitativa, con enfoque bioético y pensamiento crítico, basada



en problemas de la comunidad, el territorio y la atención primaria de salud. Actúa como modelo de rol para la formación de pares y otros profesionales en formación. Gestiona su desarrollo profesional continuo mediante estrategias de educación permanente, trabajo en equipo y recertificación.

Reconociendo la pertinencia de este perfil profesional para el siglo XXI se recomienda:

1. Incorporar y posicionar la Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria en los sistemas de salud como servicio fundamental para la atención de las personas como seres integrales vinculadas a un contexto familiar, social, cultural y comunitario concreto.
2. Hacerlo de forma tal que se pueda llevar a cabo la atención longitudinal, en diferentes momentos del ciclo vital, desde antes de nacer; para elevar el nivel de salud, curar en la enfermedad, cuidar, aconsejar y paliar cuando no sea posible la recuperación de la salud y acompañar el bien morir.
3. Definir el perfil profesional por competencias con niveles de prioridad y de responsabilidad, con evaluaciones de carácter formativa y sumativa.

## Capítulo II: Formación, certificación, recertificación.

Los países de Iberoamérica tienen diferentes normativas para el reconocimiento de las especialidades médicas. Esto establece diferencias en la modalidad de certificación entre las cuales la más notable surge de la participación o no de universidades en este proceso. No obstante ello, es posible hacer recomendaciones generales para la región, para todos sus países y para Guatemala -abocada a la instalación de la especialidad- en particular.

Para la formación de especialistas su certificación y la re-certificación que garantice el mantenimiento de las competencias se recomienda:

1. Implementar programas formativos basados en la modalidad de residencia médica (formación en ejercicio de un cargo desempeñado en el sistema de salud, supervisado y remunerado) con la figura de un tutor de residencia.
2. Organizar el currículum y la residencia a partir de la realidad y necesidades de cada país, bajo un modelo integrado de competencias que incluya atención centrada en la persona orientada al individuo, su familia y su comunidad; tomando en cuenta la multiculturalidad y perspectiva de género, siguiendo el perfil de especialidad definido en capítulo I.
3. Incluir planes de certificación para médicas y médicos generales que se han desempeñado durante años en el primer nivel de atención. Implementar programas de formación en ejercicio que incluyan supervisión y tutoría, el reconocimiento de las competencias, su perfeccionamiento, complementación y evaluación, de tal modo que se favorezca su acceso a la certificación como especialistas en medicina familiar y comunitaria, en el ámbito institucional que cada país tenga dispuesto a tal fin.
4. Realizar la certificación en la especialidad con base en las competencias contempladas en un currículo formativo orientado por el perfil de la especialidad, reglamentado por instituciones educativas y de salud correspondientes.



5. Implementar programas de desarrollo profesional continuo y recertificación a cargo de las asociaciones profesionales. Generalizar la recertificación a todos los países donde aún no se realiza.
6. Potenciar el papel de WONCA-Iberoamericana-CIMF con miras a conformar su Comité de Certificación / Recertificación, para acompañar los procesos y orientar a las mejores prácticas.

### Capítulo III: condiciones de trabajo de la MFYC:

La MFYC podrá desplegar su potencial en la medida que se cuente con las condiciones de trabajo adecuadas. También depende fuertemente de ello la sostenibilidad del modelo. Cuando las condiciones de trabajo para la especialidad no son óptimas, tiende a decaer la atracción por la especialidad y los programas de formación pierden posibilidad de impacto por baja afluencia de aspirantes. Es de gran relevancia para asegurar un buen desempeño:

1. Políticas públicas que establezcan sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud, como forma de asegurar la sostenibilidad y continuidad del modelo.
2. La MFYC, integrada en equipos multidisciplinarios de base comunitaria, ha de liderar la gestión de la atención, las estrategias preventivas y los procesos de las personas con enfermedades crónicas.
3. Autonomía de gestión en base a un presupuesto asignado, de tal forma que se cuente con flexibilidad para adecuar la organización de la actividad asistencial, el trabajo en equipo, la gestión, el desarrollo profesional continuo y las acciones comunitarias de acuerdo a las necesidades y características del territorio.
4. Espacio físico adecuado, dotación tecnológica básica para exploración semiológica completa y de calidad, acceso a las exploraciones complementarias o exámenes paraclínicos que permitan el diagnóstico de las patologías prevalentes. Disponibilidad del arsenal farmacológico adecuado y suficiente para atender las patologías prevalentes e incorporación de un programa de alimentación complementaria enfocado en la población más vulnerable especialmente en las zonas alejadas, aisladas o económicamente deprimidas.
5. Disponer siempre de un sistema de registro de la atención, idealmente electrónico, que permita la comunicación dinámica y efectiva con otros niveles de atención, posicionando la MFYC como elemento clave de la Red Integrada de Servicios de Salud, unificar exploraciones complementarias y evitar duplicidades y el exceso, o la falta, de intervenciones. Facilitar medios de comunicación, consulta e interconsulta remota y sistemas de traslado, con especial énfasis en áreas alejadas o de difícil acceso.
6. Las condiciones contractuales y laborales que hagan de la MFYC un espacio atractivo mediante contratos claros y coherentes, que ofrezcan estabilidad, un salario atractivo con complementos (según destino, antigüedad, trabajo en equipo, población a cargo) e incentivos (económicos o beneficios sociales en casos de zonas de difícil cobertura, horarios penalizados).

Se recomienda revisar y mejorar continuamente las condiciones de trabajo de la Medicina familiar /Medicina familiar y comunitaria en cada uno de los países de la región e iniciar acciones para las adecuaciones que permitan aproximarse a estos criterios identificados como necesarios.



## Capítulo IV: MFYC en los sistemas de salud

El perfil de los/as profesionales de la Medicina Familiar y Comunitaria, como integrador de las diversas dimensiones que hacen a los procesos de salud y enfermedad, sus competencias clínicas, así como el conocimiento de la población y el territorio (entendido éste como un espacio de relaciones sociales, económicas y políticas) y su permanencia a través del tiempo en ese vínculo hacen que, tanto en la cotidianeidad de los sistemas de salud como en la respuesta ante un desastre o emergencia sanitaria, la integración de esta especialidad dotará de mayor calidad y eficacia las acciones y permitirá mejores resultados en el cuidado y atención a las personas y comunidades.

Se recomienda enfáticamente la consolidación de la MFYC como componente fundamental de los sistemas de salud del siglo XXI.

Incorporar en la planificación estratégica del sistema de salud, sus recursos y redes. Diseñar en base a ello la planificación estratégica que permita contar con el número necesario de especialistas en medicina familiar y comunitaria en el menor tiempo posible.

Sean que se trate de un sistema de salud universal y público, con servicios privados o basado en la seguridad social, en todos ellos tiene cabida la medicina familiar y comunitaria como recurso fundamental.

Del mismo modo, tanto a nivel urbano como rural, en áreas densamente pobladas o remotas, en todas ellas la MFYC cuenta con las herramientas óptimas para desempeñar la labor de atención cercana y adecuada a las necesidades de personas y familias.

La forma de trabajo de la MFYC garantiza que, aún durante emergencia sanitaria, se pueda sostener la atención de niños/as, consultas de salud sexual y reproductiva, atención a las personas con problemas agudos y crónicos y otras necesidades que no se pueden postergar, con la máxima efectividad que ofrece el conocimiento de la población y el territorio, la confianza, y las competencias integrales que la especialidad provee.

En situaciones de emergencia y desastre, la MF/MFYC debe ser llamada a participar de los comités de emergencia, comités de personas expertas para diseñar la estrategia de respuesta y ámbitos de decisión.

Finalmente, y teniendo en cuenta la oportunidad que ofrece la transformación del sistema de salud a la que se encamina el país anfitrión de la VIII Cumbre, para asegurar la consolidación de un cambio que, con la presencia de la MFYC en el sistema de salud cuente con los atributos de la APS y la sostenibilidad deseada, se recomienda a Guatemala:

1. Avanzar hacia la transformación del sistema de salud, un sistema de salud cuyo objetivo sea la universalización de la protección en salud y reorientar los servicios de salud a la atención primaria en salud, las redes integrales de salud y la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad necesaria e imprescindible.



2. Incorporar progresivamente la MFYC y equipos de salud familiar en todos los diferentes niveles de atención.
3. Coordinación interinstitucional e integración de los servicios de salud del MSPAS y el IGSS.
4. Mejorar el financiamiento de la salud en Guatemala con la asignación presupuestaria adecuada para la implementación de las políticas de salud, de modo tal que se garantice la calidad, profesionalización y sostenibilidad a lo largo del tiempo.

Guatemala, 11 de noviembre de 2022.

**Dra. Rosa Villanueva**

**Vicepresidenta CIMF Países Andinos**

**Dra. Marcela Cuadrado**

**Vicepresidenta CIMF Cono Sur**

**Dra. María Fernández García**

**Vicepresidenta CIMF Países Ibéricos**

**Dra. Sonia Ortiz Flores**

**Vicepresidenta CIMF Mesoamérica**

**Dra. Gabriela Di Croce**

**Representante de jóvenes**



**Dra. Dora Bernal**

**Presidenta electa**

**Dra. Marina Almenas**

**Tesorera CIMF**

**Dr. Thomas Meño**

**Coordinador Ejecutivo CIMF**

**Dra. Jacqueline Ponzo**

**Presidenta CIMF**

**Dra. Anna Stavdal**

**Presidenta WONCA**

**Testigo de honor**



## ANEXO 26. DECLARATORIA DE GUATEMALA FIRMADA (VIII CUMBRE)

### Declaratoria de Guatemala

#### **“Medicina Familiar y Comunitaria, especialidad esencial para la transformación de los sistemas de salud en el siglo XXI”**

Durante los días 10 y 11 de noviembre de 2022 se dieron cita representantes de Asociaciones Nacionales miembros de WONCA-Iberoamericana-CIMF, el Comité Ejecutivo e integrantes de los Grupos de trabajo permanentes de CIMF, el movimiento de residentes y jóvenes especialistas de Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria, la presidencia de la organización mundial de médicos de familia, WONCA World, integrantes de universidades y otras instituciones académicas de la región, consultores y representante de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS en Guatemala, Instituciones Gubernamentales, Instituciones Académicas, Gobiernos Locales y Sociedad Civil, de 19 países de Iberoamérica para desarrollar la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, un evento de trascendencia para la salud de las poblaciones de los países de Iberoamérica y en particular para el fortalecimiento de la aspiración de Guatemala de transformar su sistema de salud.

En el marco de los objetivos trazados para esta Cumbre se alcanzó el desarrollo de cuatro consignas de trabajo, que en su esencia favorecen el desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en los países de Iberoamérica con mayor énfasis a las acciones que Guatemala ha emprendido, estas son: 1. Actualización del perfil del médico de familia y comunidad (competencias y habilidades esenciales de la MF/MFyC) y elaboración de recomendaciones para Guatemala; 2. Certificación en la MF/MFyC; 3. Condiciones de trabajo para la MF/MFyC y 4. Aportes de la MFyC en la transformación de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta ante emergencias (COVID-19 y otras). Cada una de estas consignas aportan un extenso marco teórico y una serie de recomendaciones específicas para Guatemala, que serán de utilidad para la reorientación del sistema de salud y la incorporación de la MF/MFyC.

Respaldados en los resultados de la Cumbre y en particular de las cuatro consignas, nosotros las autoridades de salud de Guatemala, y la alta dirección de WONCA y CIMF Declaramos lo siguiente:

#### **Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y Presidente de Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

1. Nuestro compromiso y firme decisión de impulsar la Medicina Familiar y Comunitaria en el país, la que junto con otras estrategias como la Red Integrada de Servicios de Salud y la Atención Primaria en Salud, configuren un nuevo orden político estratégico que resulte en la transformación del sistema de salud guatemalteco.
2. Aprovechar al máximo los productos de la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, propiciando las condiciones político-estratégicas y técnicas, para la discusión e implementación del contenido de los documentos e instrumentos generados en la Cumbre.



3. Continuar en el corto plazo la revisión y discusión con perspectiva nacional de los elementos conceptuales y operativos de la Medicina Familiar y Comunitaria para que, junto con otras estrategias, permita en el mediano plazo construir e implementar el Modelo de Atención de la Salud para Guatemala, que responda a las demandas sociales y económicas y que con visión prospectiva permita resolver en el largo plazo los problemas de salud de los guatemaltecos.
4. Promover esquemas de trabajo conjunto con diversos sectores del contexto nacional para impulsar los procesos e iniciativas necesarias para la implementación de la Medicina Familiar y Comunitaria en el país, prioritariamente con la academia, para la formación de los especialistas necesarios.

#### **WONCA World y WONCA Iberoamérica -CIMF-:**

1. Reconocemos y valoramos la decisión política de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, quienes en una visión de sistema de salud han decidido implementar estrategias orientadas a transformar la atención de la salud en el país. Es en este marco donde se inscribe la importancia del desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en Guatemala, vista como la estrategia de mayor viabilidad e impacto para la salud de las poblaciones.
2. El compromiso de WONCA-Iberoamericana-CIMF, por respaldar plenamente la decisión y aspiración de Guatemala, poniendo a disposición su experiencia, conocimiento y estructura organizativa para este fin, tal como se vio reflejada en el trabajo de más de 200 expertos en Medicina Familiar y Comunitaria, los que a lo largo de cuatro meses de trabajo intenso desarrollaron el andamiaje técnico para concretar las cuatro consignas de trabajo.
3. La importancia de propiciar los mecanismos para la participación de Guatemala en los procesos y actividades que en el marco de la planificación de CIMF se desarrollen. Esta incorporación, significa la valoración del trabajo y compromiso demostrado de los técnicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por desarrollar instrumentos pertinentes y útiles al país.
4. El compromiso de WONCA-Iberoamericana-CIMF, de seguir en el análisis, revisión y propuesta de elementos técnicos que fortalezcan o permitan la evolución adaptada al contexto, necesidades o situaciones coyunturales de la Medicina Familiar en los países de Iberoamérica. En este sentido, declaramos nuestro compromiso para promover la implementación o un mayor desarrollo de la Medicina Familiar /Medicina Familiar y Comunitaria en aquellos países donde en la actualidad no existe o se encuentra en una fase de rezago.



5. Darle continuidad a los resultados de la presente Cumbre, mediante la generación de estrategias e instrumentos; desarrollo de actividades formativas, generación y socialización de conocimiento científico y técnico, así como, la articulación entre países para la instalación de espacios para compartir buenas prácticas y experiencias exitosas.

Los elementos que configuran la presente Declaratoria, encuentran su soporte técnico y operativo en una serie de documentos e instrumentos, productos de la VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, los cuales, por su naturaleza técnica, serán actualizados periódicamente y adaptados a las particularidades de los países de Iberoamérica. Esto conlleva, el compromiso de continuar con el trabajo de los grupos especializados, establecidos en el marco de la presente Cumbre y auspiciados por WONCA-Iberoamericana-CIMF, haciendo énfasis a las demandas y requerimientos que Guatemala haga para la transformación de su sistema de salud.

**Dra. Jacqueline Ponzo**  
Presidenta  
WONCA Iberoamérica –CIMF-

**Dr. Francisco José Coma Martín**  
Ministro  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Social

**Lic. José Adolfo Flamenco Jau**  
Presidente de Junta Directiva  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Testigos de Honor:**

**Dra. Anna Stavdal**  
Presidenta de WONCA World