

Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción

Agustín González Calbano^{1†},
 María Inez Padula Anderson²,
 Abraham Rubén Tamez Rodríguez³,
 Ana Carolina Godoy⁴, Helen María
 Barreto Quintana⁵, Isabel Martins⁶,
 Juan Carlos Perozo García⁶,
 Karen Muñoz⁷, Paulyna Orellana⁸,
 Rosa Villanueva Carrasco⁹, Virginia
 Cardozo¹⁰ y Xavier Astudillo Romero¹¹

Forma de citar 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 Publica. 2018;42:e149. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.149>

RESUMEN

Este documento tiene por objetivos resumir los desafíos actuales de la medicina familiar en América Latina y proponer posibles líneas de acción para consolidar su desarrollo. En los últimos 40 años, los sistemas de salud de la Región de las Américas han encarado reformas cuyos resultados fueron

negativos en términos de equidad, y la atención primaria de la salud, lejos de ser aquella estrategia destinada a reducirla, se restringió a una política focal y selectiva. En este contexto, las propuestas técnicas de expansión de las plazas de formación en medicina familiar y su inserción en las carreras de Medicina, han carecido de coherencia y de una dirección política clara, por lo que su falta de eficacia puede leerse como un síntoma de estas reformas incompletas. Al respecto, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar realizó recomendaciones sobre el compromiso político de los gobiernos para asegurar la estructura y el financiamiento necesarios, consolidar el modelo de medicina familiar como mecanismo de instrumentación de la atención primaria de la salud, la jerarquización de los programas de formación, las condiciones laborales de los médicos de familia y la certificación profesional, entre otras. Estas recomendaciones técnicas, sin acción política coherente y oportuna, no serán más exitosas que los intentos previos.

Palabras clave América Latina; atención primaria de salud; medicina familiar y comunitaria; recursos humanos; política de salud; planificación en salud.

Los primeros programas de especialización en medicina familiar (MF) en América Latina se desarrollaron en México y Brasil en la década de los setenta. Estas experiencias iniciales se multiplicaron a partir de la Declaración de Alma-Ata, que proclamó la importancia fundamental y estratégica de la atención primaria de la salud (APS). Sin embargo, las reformas de los sistemas de salud encaradas en los últimos cuarenta años por los países de la Región de las Américas han tenido resultados limitados, contradictorios y hasta negativos en términos de equidad e indicadores sanitarios. La concepción focalizada y selectiva de la APS, sin redes asistenciales integradas con el nivel hospitalario, ha producido importantes desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y en la garantía del derecho a la salud (1).

Actualmente, la Región presenta un déficit de profesionales sanitarios, con 1 a 2 médicos cada 1 000 habitantes y 3,5 centros de salud cada 100 000 habitantes, con una amplia variabilidad en cuanto a su calidad, tamaño y tipo. El modelo de atención, predominantemente centrado en el hospital y orientado a la función curativa, asigna escasos recursos a la prevención. A excepción de Brasil, Uruguay y Costa Rica, los sistemas de financiamiento no están integrados. Sólo Cuba presenta un sistema único de salud, financiado totalmente con recursos estatales. En el resto de los países, la fragmentación en los modelos de financiamiento

[†] Fallecido el 12 de agosto de 2018.

¹ Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

² Universidad Estadual de Río de Janeiro, Río de Janeiro, Brasil La correspondencia se debe dirigir a María Inez Padula Anderson, correo electrónico inezpadula@yahoo.com.br

³ Universidad de Monterrey, Monterrey, México

⁴ Ministerio de Salud de Córdoba, Córdoba, Argentina

⁵ Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

⁶ Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Falcón, Venezuela

⁷ Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia

⁸ Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Quito, Ecuador

⁹ Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria, Lima, Perú

¹⁰ Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria, Montevideo, Uruguay

¹¹ Universidad Técnica Particular de Loja, Loja, Ecuador



caracteriza a sus sistemas de salud, donde el aseguramiento y la cobertura se ofrecen mediante seguros públicos y privados, pero un considerable porcentaje de la población no está asegurada (2).

Este documento tiene por objetivos resumir los desafíos actuales de la MF en América Latina, y propone posibles líneas de acción para consolidar el desarrollo de la especialidad.

El impulso renovado a la medicina familiar

En 2003 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó una serie de recomendaciones tendientes a fortalecer la APS en el continente, e invitó a los Estados Miembros a recuperar los valores de Alma-Ata: justicia social y el derecho a una mejor salud para todos, con participación y solidaridad (3). Respecto de la formación en MF, se recomendó orientar las políticas de recursos humanos para su contribución al desarrollo de la APS.

A partir de este impulso, varios países aumentaron sus programas de especialización en MF, con resultados dispares. En México, donde se estima que el sector público necesitará para 2030 más de 20 000 médicos de familia, el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS) profundizó su modelo de atención basado en la APS y aumentó sus plazas ofertadas para MF de 316 en 2001 a 1 136 en 2012 (4), con gran éxito en la adjudicación de estas. Por el contrario, en Argentina el aumento de las plazas ofertadas no se correlacionó con una mayor adjudicación, por lo que el 60% de las plazas anuales quedaron vacantes (5). Una situación similar ocurre en Brasil (6). Un factor que probablemente influya en esta diferencia es que el IMSS absorbe a la mayoría de los médicos de familia que egresan de sus residencias.

Otro ejemplo destacable es el caso de la gestión 2008–2016 de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro (SMS-RJ), que entendió a la APS como una estrategia para transformar el sistema, alejándose de la concepción selectiva prevalente hasta ese entonces. En 2008 la cobertura de Equipos de Salud Familiar en la ciudad alcanzaba a sólo 3,5% de la población, la más baja entre las capitales de Brasil. En apenas cinco años, la reforma de la APS en la Secretaría Municipal de Salud alcanzó a más del 40% de los cariocas, con 732 nuevos equipos multidisciplinarios conformados por médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, agentes comunitarios de salud y profesionales de salud bucal que dan cobertura a más de 2,5 millones de personas (7). Para dar cuenta de este crecimiento acelerado, la SMS-RJ comenzó a atraer médicos de familia de todas las regiones de Brasil a través de mejoras salariales e incentivos por desempeño, además de inaugurar en 2011 el mayor programa de residencia en MF de América Latina (8). Este programa comenzó ofreciendo 60 plazas, las cuales aumentaron hasta 150 en 2015, con tasas de adjudicación del 90–100% en los últimos años. Este éxito se debió en parte a la implementación de diversos mecanismos para atraer a jóvenes egresados: se introdujo un incentivo en la beca de formación

abonada por el gobierno federal que triplicaba el monto final, se eligieron los centros de salud con las instalaciones más aptas para el desarrollo de las actividades formativas, y se capacitó a los preceptores en educación basada en competencias (con un preceptor cada dos residentes), entre otros (6, 8). Hacia fines de 2015, la SMS-RJ había contratado al 63% de los egresados del programa.

A pesar de estas excepciones, en los países de América Latina en general se observa una tendencia a que el sector público opere como único o principal ámbito de trabajo para los médicos de familia, pero sin una capacidad real de los sistemas de absorber a todos los egresados. En algunos países se viven incluso situaciones de inseguridad laboral, con tasas significativas de desempleo, lo que en algunos casos determina hasta migraciones fuera del país de origen (9). La presencia de profesionales no calificados constituye una gran debilidad de los sistemas de salud de la región. La proporción relativa de especialistas en MF es aún muy baja en comparación con la de médicos sin especialización. En México, la proporción de médicos generales es de 24%, y sólo 8% son médicos de familia (4). Se observa un divorcio entre la importancia otorgada a la APS en la planificación de los sistemas de salud y la implementación concreta de la estrategia.

La medicina familiar en el pregrado

Uno de los mayores logros de la MF latinoamericana ha sido su inserción en las currículas de pregrado, favorecido en parte por el apoyo de los organismos internacionales. Fruto de una convocatoria de la OPS, en 2005 el “Llamado a la Acción de Toronto” promovió esfuerzos intersectoriales para el desarrollo de los recursos humanos en salud en los países americanos. Uno de los indicadores diseñados para monitorear los progresos realizados en el área señalaba que para 2015 “el 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la APS”.

A pesar de esto, relevamientos realizados en estudiantes de medicina de los últimos años muestran que éstos no consideran una carrera como especialistas en MF. En distintos estudios las principales razones referidas para elegir una especialidad fueron la renta económica, el tiempo libre, la afinidad, y la influencia de los profesores (10). Además, la percepción de que otras especialidades tienen más prestigio contribuye a la menor consideración de la MF por parte de los estudiantes (11). Una situación similar ocurre en países con mayor tradición de MF, como el Reino Unido y Canadá, pero en estos países la adjudicación de cargos no ha disminuído, e incluso está aumentando la cantidad de egresados que eligen la MF (12, 13). Esto remarca la existencia de una serie de procesos más complejos en la elección de la especialidad, y que requieren de intervenciones que incluyan una mirada sociológica sobre las necesidades y preferencias laborales de las nuevas generaciones (14). Por ejemplo, mecanismos de selección previa destinados a reconocer a los postulantes

con más posibilidades de orientar su carrera hacia la MF y las áreas con menor provisión de servicios de salud han demostrado mejorar la elección de la especialidad y la radicación en dichas áreas (15).

En este sentido, según Feuerwerker, las plazas que quedan vacantes ocurren en función del estímulo para determinadas especialidades, pero también de las instituciones (16). Asimismo, Belmartino y cols. señalan que los mensajes orientadores de la formación y la práctica que el estudiante y el graduado reciben –tanto del sistema prestador como de los centros vinculados a la capacitación–, los inducen a insertarse en una especialidad de acuerdo a las demandas del mercado (17). Las experiencias de Río de Janeiro y el IMSS, donde los modelos de atención están basados en la MF, pueden estar relacionadas con la alta proporción de adjudicaciones que reportan. En un análisis comparativo, el salario de la SMS-RJ está entre los más competitivos de América Latina (Cuadro 1).

Conclusiones y recomendaciones

Hasta aquí, el desarrollo de la MF en América Latina ha mostrado importantes avances que han acompañado las definiciones políticas de los países de la Región. Los esfuerzos técnicos aislados no lograron los resultados esperados por carecer de una dirección política clara sostenida en capacidades de gobierno y liderazgo que entiendan a la salud como un derecho humano, y a la APS como la estrategia apropiada para garantizarlo. Los éxitos parciales en la formación de más especialistas en MF pueden interpretarse como un síntoma de una reforma incompleta, donde la MF ocupa un lugar central en la enunciación de las políticas públicas, pero marginal en los sistemas de salud.

Al respecto, las conclusiones del Taller sobre Planificación de Recursos Humanos para la APS, organizado en 2010 en San Salvador, reconocen que la implementación de políticas de estado orientadas a la extensión de la protección social y la cobertura de atención implican un reto para los gobiernos, y que para enfrentarlo requieren de estrategias innovadoras en el desarrollo y la construcción de viabilidad y

sustentabilidad de los planes. Una de las principales recomendaciones del Compromiso de San Salvador, surgido del Taller mencionado y firmado por representantes de varios sectores gubernamentales de países de la Región, es la construcción de capacidades de gobierno para liderar y de mecanismos de diálogo, intercambio y aprendizaje intersectorial, en una lógica de responsabilidad compartida.

En esa misma línea, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) ha recomendado reconceptualizar la cobertura universal para que trascienda los aspectos técnicos del financiamiento sanitario, e incorpore los principios de equidad, igualdad y solidaridad en el derecho a la salud, y la responsabilidad de los gobiernos para establecerla (18). El modelo de MF, como mecanismo de instrumentación de la APS, debe mantener el enfoque individual, familiar y comunitario, con fuerte sesgo hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (19). Las plazas de MF deben corresponder al 40% del total, como ocurre en países con sistemas nacionales de salud (18), para lo cual debe desarrollarse un gran número de instructores, jerarquizarse el pago de los residentes de MF e instituirse pagos a los instructores de residencia, así como facilitarse la incorporación de médicos de familia a la docencia de pre y posgrado. Las recomendaciones incluyen la garantía de recursos destinados al desarrollo de la plena capacidad de los equipos multidisciplinarios en los que la MF se inserta, para desplegar su máximo potencial resolutivo (19).

En la Carta de Fortaleza, la CIMF recomendó promover incentivos para el mejor desempeño, el desarrollo profesional permanente, y la certificación y recertificación periódica de los médicos de familia. En vista de la alta proporción de médicos sin especialización en el continente, es razonable que en diez años se exija a los médicos que quieran trabajar en APS el título de especialista en MF, y certificar a los profesionales no calificados que ya se encuentran trabajando. Esto debe hacerse en plazos de al menos 5 años, para que sean capacitados a través de cursos de especialización, organizados por las sociedades científicas de la especialidad en coordinación estratégica con los ministerios de salud y las universidades (20).

Por último, es necesario remarcar una vez más que las recomendaciones técnicas, sin acción política coherente y oportuna, no pueden alcanzar el objetivo deseado por todos los que creemos en la MF: poner a la APS en el centro de las políticas de desarrollo de sociedades más saludables, más longevas y con mejor calidad de vida.

Conflictos de intereses. Los autores son médicos de familia y participan activamente de sus sociedades científicas nacionales y de la CIMF.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH y/o de la OPS.

Cuadro 1. Salario aproximado de un médico de familia (cargo inicial en el sistema público), en dólares estadounidenses

País	USD
Brasil	3 300
Chile	3 000
Ecuador	2 641
Colombia	2 200
Uruguay	1 800
Perú	1 600
México	1 350
Argentina	850
Venezuela	104 ^a

Fuente: Elaboración propia.

^a Conversión en base a cotización oficial (DICOM).

REFERENCIAS

1. Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud colectiva*. 2009; 5(1):27–47. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v5n1/v5n1a03.pdf>. Acceso el 3 de agosto de 2018.
2. Organización Panamericana de la Salud. Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS; 2018 Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34947>. Acceso el 30 de julio de 2018.
3. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: OPS; 2003.
4. Santacruz Varela J, Fajardo Dolci G, Hernández Torres F, Real Tovar FA. Metodología para estimar el número de médicos especialistas en México. En: Fajardo Dolci G, Santacruz Varela J, Lavalle Montalvo C, eds. *La formación de médicos especialistas en México*. Ciudad de México: Intersistemas, S. A. de C. V.; 2015. p. 71–151.
5. Silberman P, Godoy AC, González Calbano A, Zamora AC, Perrotta AC, Fernández Ponce de León RC. Análisis del programa de becas en Medicina Familiar y General según estratos sociosanitarios de la República Argentina. *Rev. salud pública*. 2016;20(1):17–24. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/12385>. Acceso el 20 de diciembre de 2017.
6. Martins Tosta SM, Proença de Oliveira F, Lima XA. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(Supl 1):1301–1314. DOI:10.1590/1807-57622016.0511. Acceso el 26 de julio de 2018.
7. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1327–1338. DOI: 10.1590/1413-81232015215.01022016. Acceso el 21 de julio de 2018.
8. Andrade JAL, Luzón OL, Palhano de Melo T. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1471–1480. DOI:10.1590/1413-81232015215.04342016. Acceso el 21 de julio de 2018.
9. L'hopital C. Dónde, cómo y por qué trabajan los médicos generalistas formados por el Estado. *Rev arch med familiar gen*. 2017;14(1):7–17. Disponible en: <http://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/27>. Acceso el 23 de diciembre de 2017.
10. Belarmino LNM; Martins MF, Franco MCA. Aspirações Médicas: Análise dos Alunos do Internato das Instituições de Ensino Superior do Estado do Pará. *Rev bras educ med*. 2016;40(4):685–693. DOI:10.1590/1981-52712015v40n4e01682015. Acceso el 20 de diciembre de 2017.
11. Magalhães Issa AHT, Rocha ADC, Daher IC, Heliodoro BEDM, Berquó Peleja M, García-Zapata MTA. A escolha pela Medicina de Família entre estudantes de Medicina no mundo tropical: uma revisão de literatura. *Rev Educ Saúde*. 2016;4(2):117–126. Disponible en: <http://revistas.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/2025>. Acceso el 20 de diciembre de 2017.
12. Health Education England. Facing the facts, shaping the future: a draft health and care workforce strategy for England to 2027. Londres (GB): Department of Health and Social Care; 2017. Disponible en: <https://www.hee.nhs.uk/our-work/workforce-strategy>. Acceso el 1 de agosto de 2018.
13. Canadian Resident Matching Service. R-1 match interactive data. Ottawa: Canadian Resident Matching Service (CA); 2018. Disponible en: <https://www.carms.ca/data-reports/r1-data-reports/r-1-match-interactive-data/>. Acceso el 1 de agosto de 2018.
14. Godoy AC. El mercado laboral y los médicos de familia. Aportes desde la realidad en Argentina. *Rev Mex Med Fam*. 2018;5(2):83–88. DOI:10.24875/RMF.18000071. Acceso el 18 de julio de 2018.
15. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of health-care professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009; 9:1060. Disponible en: <https://www.rrh.org.au/journal/article/1060>. Acceso el 18 de julio de 2018.
16. Feuerwerker LCM. A especialização de médicos e as residências médicas no Brasil. *Saúde debate*. 2001;25(57):39–54.
17. Belmartino S, Bloch C, Luppi I, Quinteros ZT, Troncoso MC. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1990. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18747>. Acceso el 17 de diciembre de 2017.
18. Vance C, Barrera A, Kidd M, Peña M, Padula M, León E. Carta de Quito: cobertura universal, medicina familiar y participación social. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Supl 1):88–91. DOI:10.5712/rbmf11(1)1315. Acceso el 4 de agosto de 2018.
19. Meoño TM, Anderson MIP, Ángel MF. VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Familia e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Supl 2):1–3. DOI:10.5712/rbmf11(0)1397. Acceso el 4 de agosto de 2018.
20. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; Sociedad Brasileira de Medicina de Familia y Comunidad; Ministerio de Salud (BR), Organización Panamericana de la Salud. Carta de Fortaleza. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6(Supl 1):25–28. DOI:10.5712/rbmf6(0)432. Acceso el 4 de agosto de 2018.

Manuscrito recibido el 14 de enero de 2018.
Aceptado para su publicación, tras revisión, el 9 de agosto de 2018.

ABSTRACT

Expansion of family medicine in Latin America: challenges and lines of action

This article summarizes the current challenges of family medicine in Latin America and proposes possible lines of action to consolidate its development. In the last 40 years, the health systems of the Region of the Americas have faced reforms whose results were negative in terms of equity, and primary health care, far from being a strategy designed to reduce it, was restricted to a selective and focal policy. In this context, the technical proposals for expansion of training positions in family medicine and their insertion in medical careers have lacked consistency and a clear political direction, and thus their lack of effectiveness can be considered a symptom of these incomplete reforms. In this regard, the Ibero-American Confederation of Family Medicine made recommendations on the political commitment of governments to ensure the necessary structure and funding, consolidate the model of family medicine as a mechanism for the implementation of primary health care, the hierarchy of programs of training, the working conditions of family doctors and professional certification, among others. These technical recommendations, without a consistent and timely political action, will not be more successful than previous attempts.

Keywords Latin America; primary health care; family practice; human resources; health policy; health planning.

RESUMO

Expans3o da medicina familiar na Am3rica Latina: desafios e linhas de a3o

Este documento tem como objetivo resumir os desafios atuais da medicina familiar na Am3rica Latina e propor poss3veis linhas de a3o para consolidar seu desenvolvimento. Nos 3ltimos 40 anos, os sistemas de sa3de da Regi3o das Am3ricas encararam reformas cujos resultados foram negativos em termos de igualdade, e a aten3o prim3ria 3 sa3de, longe de s3-la aquela estrat3gia destinada a reduzir-la, restringiu-se a uma pol3tica focal e seletiva. Neste contexto, as propostas t3cnicas de expans3o das pra3as de forma3o em medicina familiar e sua inser3o nas carreiras de Medicina, n3o dispuseram de coer3ncia e de uma dire3o pol3tica clara, raz3o pela qual sua falta de efic3cia se pode ler como um sintoma destas reformas incompletas. Neste sentido, a Confedera3o Ibero-americana de Medicina Familiar realizou recomenda3es sobre o compromisso pol3tico dos governos a fim de assegurar a estrutura e o financiamento necess3rios, consolidar o modelo de medicina familiar como mecanismo de instrumenta3o da aten3o prim3ria 3 sa3de, a hierarquiza3o dos programas de forma3o, as condi3es laborais dos m3dicos de fam3lia e a certifica3o profissional, entre outras. Estas recomenda3es t3cnicas, sem a3o pol3tica coerente e oportuna, n3o ser3o mais exitosos que as tentativas pr3vias.

Palavras-chave Am3rica Latina; aten3o prim3ria 3 sa3de; medicina de fam3lia e comunidade; recursos humanos; pol3tica de sa3de; planejamento em sa3de.
