

CONFEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR  
(WONCA IBEROAMERICANA/CIMF)

SOCIEDAD BRASILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA  
(SBMFC)

MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
(OPS/OMS)

# III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar

Misión y Desafíos para la Medicina Familiar  
y la Atención Primaria en el Siglo XXI:  
Equidad, Integralidad y Calidad en los  
Sistemas de Salud



Fortaleza – Brasil  
29 y 30 de abril de 2008



# Instituciones organizadoras

## **Presidente de la III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar**

- **Dra. Maria Inez Padula Anderson**, Presidente de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria – SBMFC – Brasil/WONCA-CIMF

## **WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia)**

- **Prof. Chris van Weel**, Presidente
- **Prof. Richard Roberts**, Presidente Electo
- **Dr. Alfred W T Loh**, Director Ejecutivo – CEO

## **WONCA Iberoamericana/CIMF (Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar)**

- **Dr. Adolfo Rubinstein**, Presidente de WONCA Iberoamericana/CIMF
- **Dr. César Brandt Toro**, Secretario ejecutivo WONCA Iberoamericana/CIMF
- **Dra. Marina Almenas**, Directora financiera WONCA Iberoamericana/CIMF
- **Dr. Octavio Pons**, Coordinador Sub-región Mesoamérica WONCA/Iberoamericana/CIMF
- **Dr. Oscar Fernández Fuentealba**, Coordinador Sub-región Cono Sur WONCA Iberoamericana/CIMF
- **Dra. Liliana Arias Castillo**, Coordinadora Sub-región Andina de WONCA Iberoamericana/CIMF
- **Dr. Rui Nogueira**, Coordinador Sub-región Península Ibérica de WONCA Iberoamericana/CIMF

## **Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria/SBMFC**

### Comisión Organizadora Local

- **Dr. Carlos Eduardo Aguilera** – Director SBMFC
- **Dr. Eno Dias de Castro Filho** – Director SBMFC
- **Dr. Gustavo Gusso** – Director SBMFC
- **Dr. Leonardo Savasi** – Consejo Director SBMFC
- **Dr. Marcello Dalla** – Vicepresidente SBMFC
- **Dr. Marcelo Demarzo** – Director SBMFC

- **Dr. Ricardo Donato** – Consejo Director de la SBMFC
- **Dr. Tales Sampaio** – Consejo Director SBMFC

## **Ministerio de la Salud del Brasil**

- **Dr. José Gomes Temporão** – Ex Ministro de Salud de Brasil
- **Dr. Luis Fernando Rolin** – Director del Departamento de Atención Básica del Ministerio de Salud (DAB/SAS/MS)
- **Dr. Nulvio Lermen Junior** – Coordinador de Gestión de la Atención Básica (DAB/SAS/MS)
- **Dra. Claunara Schilling Mendonça** – Subdirectora del DAB/SAS/MS

## **OPS/OMS**

- **Dr. Diego Victoria** – Representante – OPS/OMS – Brasil
- **Dr. Júlio Suarez** – Consultor en Servicios de Salud OPS/OMS – Brasil
- **Dr. Newton Lemos** – Asesor Técnico – Sistemas y Servicios de Salud – OPS/OMS – Brasil

## III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar

Bajo el patrocinio y la promoción del Ministerio de la Salud de Brasil, de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF/WONCA), de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SBMFC) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), fue realizada durante los días **29 y 30 de abril de 2008**, en Fortaleza, Ceará, Brasil, la **III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar**, teniendo como temática central: **Misión y Desafíos para la Medicina Familiar y la Atención Primaria en el Siglo XXI: Equidad, Integralidad y Calidad en los Sistemas de Salud**.

En el año en que se celebró el 30º Aniversario de la Declaración de Alma-Ata (1978), que promovió que los Estados Miembros de la OMS adopten la Estrategia de los Cuidados Primarios en Salud para alcanzar **Salud para Todos**, esta Cumbre tuvo como objetivo mayor el contribuir para el intercambio y fortalecimiento de las políticas de salud en el campo de la Atención Primaria y de la Medicina Familiar en la Región de Iberoamérica.

El evento reunió Ministros de Salud de Iberoamérica y representantes de sus Equipos Técnicos; Secretarías Estaduales y Municipales de Salud; Representantes máximos de WONCA, CIMF y sus países miembros; Gestores de Educación de las Escuelas Médicas; Coordinadores de Programas de Residencia en Medicina Familiar; Representantes de Sociedades Científicas y Académicas con interés en Medicina Familiar y Atención Primaria de la Salud.

## Objetivos generales de la III Cumbre

- Evaluar la situación actual de los países iberoamericanos con relación a las recomendaciones establecidas en las Cumbres ya realizadas.
- Contribuir al desarrollo, calificación y consolidación de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria en los países de Iberoamérica.
- Promover la colaboración, el intercambio y el establecimiento de alianzas entre los países de Iberoamérica con respecto a las acciones de formación, capacitación, asistencia e investigación en MFC y APS.

## Objetivos Específicos

- Posicionar y valorizar la medicina de familia y comunidad como una especialidad fundamental para los sistemas de salud, transformándola en una política de estado.
- Evidenciar y fortalecer junto a los gestores de salud la importancia y la necesidad de invertir en la formación y valoración de la MF, así como en la infraestructura y en las condiciones de trabajo en la APS para que se pueda calificar y alcanzar mayores y mejores resultados de los sistemas de salud.

- Conocer la experiencia brasileña en la implementación de la Estrategia de Salud de la Familia, identificando sus resultados, desafíos y aplicabilidad en otros escenarios iberoamericanos.
- Conocer otras experiencias exitosas de implementación de políticas de APS y MFC en países de Iberoamérica e identificar su aplicabilidad en otros escenarios iberoamericanos.
- Establecer acuerdos, recomendaciones, estrategias y metas que puedan promover la formación y la capacitación de MFC y de educadores en MFC, así como los mecanismos de conversión de otros especialistas, procesos de certificación y re-certificación profesional contribuyendo al intercambio de acciones.
- Orientar y perfeccionar la conversión de otros especialistas en MFC.
- Fomentar:
  - inserción académica de la MF y de la APS;
  - políticas para investigación y producción científica de la MF y de la APS;
  - inclusión de MFCs en la gestión de los sistemas de salud;
  - intercambio de residentes de MFC.

# Marco introductorio

La histórica Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de Salud patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma-Ata cumplió 30 años en 2008. No obstante los esfuerzos desarrollados, el mundo está aún lejos de alcanzar la meta “*Salud Para Todos en el Año 2000*”, proclamada con entusiasmo, en aquella ocasión, por las delegaciones de 134 países y por decenas de representantes de organismos internacionales con interés en el área de la salud.

Transcurridos tantos años, “aún es lamentable la situación de salud de gran parcela de la humanidad, pues la misma 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).

Pero ya puede ser considerado un gran avance constatar que, 30 años después, hablar sobre Atención Primaria de Salud (APS) no provoca más cuestionamientos sobre su importancia para la estructuración de los sistemas de salud. La inteligencia sanitaria mundial ha evidenciado lo acertada de la estrategia consagrada en Alma-Ata. Hoy en día, es consensual entre los formuladores de políticas de salud que los *Cuidados Primarios de Salud* constituyen la llave maestra para que “Salud Para Todos” pueda ser transformada en realidad.

Ya sea en el ámbito de los servicios y de las instancias de gestión o en el medio académico, es sabido que, sin un sistema de salud con base en la APS, no es posible constituir políticas de salud equitativas, eficientes y efectivas. Al contrario, se sabe que, sin una APS calificada, los sistemas de salud se tornan progresivamente más fragmentados, iatrogénicos y, además, acumulan costos elevados e innecesarios.

Pero es necesario reconocer: aún existen grandes distancias entre las intenciones y las decisiones y acciones.

Muchos obstáculos para la implantación de la APS aún persisten. Obstáculos de orígenes y órdenes diversos, incluyendo la lógica de mercado, fruto de los intereses del complejo médico-industrial y su influencia en la configuración de los sistemas de salud. Dificultades operacionales o conceptuales son halladas en algunas regiones, en instituciones de educación y con relación a las iniciativas gubernamentales: algunos de ellos, implementando acciones efectivamente transformadoras; otros, denotando considerable perplejidad, accionan e invierten en programas que más contribuyen a perpetuar las condiciones existentes, que para caminar en dirección a los cambios necesarios.

A pesar de ello, la efectividad y la resolutivez de la APS han sido cada vez más evidenciadas. Estudios comparativos vienen disipando dudas eventualmente remanentes: países que consiguen instituir sistemas de salud organizados con base en un modelo calificado e inclusivo de APS vienen obteniendo resultados irreprochables, ya sea en relación a la cobertura asistencial o en relación a los costos, con mejores indicadores de salud.

En este contexto, cabe promover una reflexión sobre la relevancia de la Medicina de Familia y Comunidad, como especialidad médica más adecuada para actuar en este campo de la atención.

La Atención Primaria de Salud sin la efectiva participación de la Medicina de Familia no debe más ser considerada completa y viceversa.

Esta comprensión fue siendo progresivamente construida en el propio rastro de Alma-Ata. Esto porque, desde entonces, se avanzó mucho en lo concerniente a la necesidad de una calificación

profesional coherente con la APS y, simultáneamente, con la ampliación del concepto de salud y enfermedad y su impacto en el ámbito del saber y de la práctica médica.

En la década de los 70, comenzaban a evidenciarse, de forma más visible, los límites del modelo anatomoclínico, pilar del paradigma biomédico, que proyectó la enfermedad – tomada como entidad – como objeto y foco principal de la atención médica.

Con base en este paradigma, aún vigente, el valor y la importancia del profesional y de sus prácticas son tan mayores cuanto más focales y puntuales sean su visión y su intervención sobre las disfunciones fisiológicas, sobre las enfermedades. La actuación dentro de los hospitales aún es fuertemente comprendida como más “compleja” en vista que, en aquel espacio, se lidia con “enfermedades complejas” y se utilizan instrumentos industrializados “de alta complejidad”.

Formación, saber y práctica médica, status y valoración profesional son aún, en gran parte, afectos a tal concepción biotecnista.

Siendo así, con base en este mismo paradigma, los profesionales que se vuelcan y desarrollan acciones en la y para la APS, no necesitarían desarrollar calificación específica para aplicar las tecnologías propias de este campo de prácticas, lo que nos remite a una visión simplista y descalificada de lo que sea la complejidad del trabajo en este nivel de atención.

Esta comprensión equivocada puede, en parte, servir de explicación para la eventual carencia de incentivos y políticas específicas que aún es posible observar en muchas regiones.

En estas últimas décadas, entretanto, la ciencia ha demostrado que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno complejo, en el cual actúan variables de diferentes dimensiones, biológica, psicológica, cultural y social. Además de ello, el perfil de morbilidad y mortalidad de las poblaciones, la expectativa de vida, la sociedad y la cultura constituyen una realidad bastante diversa de aquella configurada con ocasión de la emergencia y del establecimiento de la medicina anatomoclínica.

Si, en aquella época, las enfermedades infecciosas representaban el gran desafío, hoy son las enfermedades crónico-degenerativas, influenciadas por los hábitos y estilos de vida, adquiridos en la familia y en la sociedad que lo representan. Son las dolencias generadas por la violencia, por las condiciones generales de vida, en las grandes y pequeñas ciudades, por los valores impuestos por la sociedad de consumo y por la globalización. Se ampliaron los factores y las situaciones de riesgo.

No se puede más relegar a un segundo plano las acciones de promoción y educación en salud. Ni se puede más aguardar que los procesos de padecimiento prosigan en su “evolución natural”, para ser entonces objeto de “recuperación” por parte de la medicina.

Se impone el desarrollo de acciones de promoción a la salud, así como trabajar mecanismos de resiliencia, buscando las medidas que procuren ambientes y prácticas sociales saludables. Identificar precozmente cómo y por qué las personas adolecen y contribuir a reasumir el camino de la salud constituye el elemento central por el cual se deben organizar y actuar los sistemas de salud.

Por todo esto, se comprende hoy, con mayor claridad, la importancia de la Atención Primaria de Salud. Es en este nivel de atención en el que todo se inicia. Aquí deben ser desarrolladas – de forma integrada y articulada – acciones de educación, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para los problemas más prevalentes de salud. El foco no son las partes del cuerpo o los sistemas orgánicos, sino las personas, las familias, la comunidad y sus procesos de enfermar y preservar la salud.

Las cuestiones a ser abordadas y desarrolladas en la APS son, por lo tanto, complejas, y los profesionales deben tener una formación específica y adecuada para lidiar con las necesidades y demandas de salud que allí se presentan, trabajando bajo la perspectiva del cuidado y de la autonomía.

De Alma-Ata hasta acá, mucho ya se caminó y se ha caminado en ese sentido, tanto con relación a la comprensión e implementación de la APS como en relación a la calificación de sus profesionales, en especial del Médico de Familia y Comunidad. Muchas y buenas lecciones pueden ser extraídas de la experiencia de países con diferentes



niveles de desarrollo económico, inclusive de Iberoamérica, a ejemplo de Cuba, Brasil, México, Costa Rica, España y Portugal.

Pero aún hay grandes distancias entre intención y gesto, especialmente en los países llamados en desarrollo.

En la región de Iberoamérica, entre los principales desafíos se encuentran:

- a) Conformar y organizar sistemas nacionales de salud más justos y equívocos, y que tengan como base la APS y la actuación de Médicos de Familia.
- b) Promover políticas de salud que garanticen como mínimo el acceso de toda la población a la Medicina de Familia y Comunidad y a la Atención Primaria de Salud (como derecho de todos y deber del Estado).

Para ello, es necesario que se establezcan, se implementen y se incrementen políticas para fortalecer la:

- 1) valorización y valoración de la MFC y de la APS en los sistemas de salud con constitución de mercado y condiciones adecuadas de trabajo;
- 2) formación y capacitación de médicos de familia y comunidad;
- 3) formación y capacitación de educadores, tutores y docentes en Medicina de Familia y Comunidad;
- 4) institucionalización académica de la Medicina de Familia y Comunidad;
- 5) producción y divulgación de conocimiento en el ámbito de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina de Familia.

Todas estas cuestiones han sido objeto de estudio en la esfera de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y han sido trabajadas en las CUMBRES y demás actividades de la CIMF y de sus regionales nacionales.

La I Cumbre, realizada en la España (2002), la II Cumbre, realizada en Chile (2005), así como la I Minicumbre, realizada en Venezuela (2003), presentaron recomendaciones y acciones concretas para enfrentar y superar los desafíos a la Medicina Familiar y la Atención Primaria de Salud en el nivel de Iberoamérica.

Con base en estas recomendaciones y en una encuesta realizada con los países miembros de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar – CIMF sobre el actual estado de desarrollo de los sistemas de salud, de la MF y APS en Iberoamérica, se configuraron los objetivos propuestos para la III Cumbre.

El presente informe resume el desarrollo, las propuestas y los principales acuerdos de la III Cumbre Iberoamericana de medicina familiar expresados en la carta de Fortaleza que va al final de este documento.



# Desarrollo de la III Cumbre – Iberoamericana de Medicina Familiar

Para que la III Cumbre atendiese sus objetivos y su programación abordase los aspectos y cuestiones de mayor interés para los países de Iberoamérica, fue aplicado, desde julio de 2007, un cuestionario destinado a los presidentes de las asociaciones de MF de la CIMF. Este cuestionario estuvo compuesto por las siguientes preguntas:

- 1) Pensando en la III Cumbre como un evento político, ¿Cuál es el principal resultado esperado para su país?
- 2) En este sentido, ¿Cuáles serían las temáticas sugeridas?
- 3) Nombre título sugerido para el evento.

A partir de las respuestas obtenidas de prácticamente todos los países constituyentes de la CIMF, a saber: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Porto Rico, República Dominicana y Uruguay, fueron delineados los objetivos generales y específicos de la III Cumbre, así como la programación científica del evento.

La Cumbre de Fortaleza se desarrolló a través de conferencias, mesas redondas y talleres de trabajo, además de actividades de cuño sociocultural. Contó con la participación de más de 300 delegados, con representantes del primer escalón del Ministerio de Salud de Brasil, Ministros de Salud Estatales de varios países, las Direcciones de WONCA, de CIMF, de SBMFC y de OPS, además de los representantes oficiales y miembros de todas las Asociaciones Iberoamericanas de Medicina Familiar. Participaron también gestores de salud de varios municipios y estados brasileños, así como directores de escuelas médicas, de programas de residencia en medicina familiar, de revistas científicas.

El proceso de organización, planificación y elección de los temas a ser discutidos en los grupos de trabajo durante la CUMBRE fue iniciado en la WEB y se extendió presencialmente en reunión con los coordinadores y sub-coordinadores de los grupos.

En las discusiones a distancia, fueron elegidos los temas de los grupos, los coordinadores y los sub-coordinadores y fueron abiertas inscripciones para que los participantes de la III Cumbre eligiesen sus grupos de trabajo de acuerdo con sus temas de mayor interés.

En reunión presencial con coordinadores y sub-coordinadores, se discutieron los documentos producidos en las CUMBRES anteriores. En esa discusión, quedó evidenciada que, hasta entonces, el énfasis de las discusiones y de los respectivos documentos había sido dado sobre las bases teórico-conceptuales de la Medicina de Familia y Comunidad y su importancia para los sistemas de salud (Qué y por qué hacer). Siendo así, se acordó que las discusiones y el documento producido en esta III CUMBRE de Fortaleza deberían enfatizar más las estrategias y orientaciones de cuestiones y aspectos operacionales relacionadas a la MFC (cómo hacer).

La dinámica en los grupos se dio de la siguiente forma: cuatro salas, con un grupo de hasta 40 participantes en cada sala. La discusión se dio en un primer momento en el grupo de 40 integrantes; en un segundo momento, en 4 subgrupos (con diez integrantes cada uno) para discusión más profunda elegida a partir de la dinámica a continuación descrita. El tiempo de duración de la actividad fue de 3 horas.

La programación científica final fue la siguiente:

## **Mañana del día 29 de abril**

### Mesa de apertura

¿Qué son las Cumbres? ¿Cuál es el motivo de estar reunidos?

- Qué es WONCA/qué es la CIMF – Dr. Chris van Weel – Presidente de la WONCA
- Presentación resumida de las otras Cumbres: Oscar Fernandez – Presidente de la Regional Cono Sur – WONCA/CIMF
- Que es lo que esperamos de esta III Cumbre – Maria Inez Padula Anderson – Presidente de la III Cumbre.

**Conferencia:** Estrategia de Salud de la Familia en el Sistema Único de Salud en Brasil – Resultados y Desafíos – Dr. José de Carvalho Noronha – Viceministro de Salud de Brasil

**Mesa-redonda:** Situación de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina Familiar: Relatos de Experiencias en Iberoamérica

- **Portugal:** Ministra de la Salud – Dra. ANA MARIA TEODORO JORGE
- **Uruguay:** Ministra de Salud Pública – Dra. Maria Julia Muñoz
- **Cuba:** Viceministro de Salud – Dr. Joaquín García Salabarría
- **España:** Secretario General de Sanidad – Dr. José Martínez Olmos

**Conferencia:** Impacto de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina Familiar en los Sistemas de Salud – Dr. Adolfo Rubinstein – Presidente de la CIMF

## **Tarde**

**Conferencia:** Competencias y Funciones de la Medicina Familiar: por que esta especialidad médica debe estar en la base de los Sistemas de Salud – Dr. Richard Roberts – Presidente Eleito de la WONCA

**Mesa-redonda:** Situación de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina Familiar: Relatos de Experiencias en Iberoamérica

- **Ecuador:** Viceministro de Extensión de Protección Social - Dr. Carlos Velasco
- **Costa Rica:** Dra. Adriana Osorio
- **Chile:** Ministerio de Salud – Gobierno de Chile

**Mesa redonda:** Situación de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina Familiar: Relatos de Experiencias en el Brasil

- **Municipio de Gran Porte:** Secretaria Municipal de Belo Horizonte – Dra. Sonia Gesteira
- **Municipio de Gran/Mediano Porte:** Secretaria Municipal de Niterói – Rio de Janeiro – Dra. Maria Célia Vasconcelos
- **Municipio de Mediano/Pequeño Porte:** Secretaria Municipal de Arapiraca – Alagoas – Dra. Aurélia Fernandes
- **Municipio de Pequeño Porte:** Secretaria Municipal de Salud Santa Terezinha de Itaipu – Paraná – Dra. Sirlei Pezzini Rodrigues

## Mañana del día 30 de abril

**Mesa Redonda:** Calificando la APS y la MFC: Formación y Desarrollo Profesional del Médico de Familia

- Educación a distancia/educación permanente (SGETS/DEGES/Brasil) – Dr. Francisco Campos – Secretario de Gestión de la Educación y del Trabajo en Salud – Ministerio de Salud, Brasil
- “Conversión”/Especialización – Dr. Otávio Pons – México
- Residencia Médica – Dr. Luis Aguilera – España
- Importancia de la inserción académica de la Medicina Familiar – Dra. Maria Inez Padula Anderson – Brasil.

Grupos de trabajo:

**Trazando las estrategias para implementar y calificar la APS y la MFw** Grupo 1: Asistencia

- Grupo 2: Gestión del trabajo
- Grupo 3: Formación y desarrollo profesional continuo
- Grupo 4: Investigación en MF y APS

## 12h – 13h30

Almuerzo

## Tarde del día 30 de abril

### 13h30 a las 15h:

Grupos de trabajo (continuación):

Trazando las estrategias para implementar y calificar la APS y la MF

- Grupo 1: Asistencia
- Grupo 2: Gestión del trabajo
- Grupo 3: Formación y desarrollo profesional continuo
- Grupo 4: Investigación en MF y APS

**Mesa redonda:** Papel de la Medicina Familiar en la Renovación de la Atención Primaria de Salud

- Dr. Luis Fernando Rolim – Director del Departamento de Atención Básica del Ministerio de a Salud de Brasil
- Dr. Diego Victoria – Representante de la OPS/OMS en Brasil
- Dr. Chris van Weel – Presidente de la Organización Mundial de Médicos de Familia

**Conferencia:** Salud de la Tierra/Salud de los Hombres – Leonardo Boff:

**Sesión de Cierre** – Lectura de la Carta de Fortaleza



# Resultados de los grupos de trabajo – Trazando las estrategias para implementar y calificar la APS y la MF

A continuación, se presenta el plan de trabajo y los resultados acerca de las actividades de los grupos de trabajo que tuvieron como objetivo principal trazar estrategias de acción para implementar y calificar la APS y la MF en los países de Iberoamérica.

Plan de trabajo elaborado por los coordinadores de los grupos:

Actividades	Tiempo	Instrucción para el facilitador
1 – Presentación de los participantes del grupo	10h30 – 10h45 (15 min)	Apertura con presentación de los participantes (nombre, trabajo y local de origen)
2 – Contextualización y exposición de las preguntas por parte del facilitador	10h45 – 11h (15 min)	Contextualización (Rescate de los documentos anteriores – Sevilla, Santiago del Chile e Isla Margarita) Presentación de las Preguntas (ver cuestiones de cada grupo), dejar registrado en el <i>flip-chart</i>
3 – Dinámica “mercado de ideas” – “compra y venta” de palabras clave	11h – 11h45 (45 min)	Cada participante escribirá en una hoja en blanco de 2 a 3 palabras procurando la operacionalización, relacionadas a las preguntas presentadas por el facilitador. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar que coloquen los papeles escritos en el piso en el centro de la sala.</li> <li>• El facilitador va recogiendo los papeles y preguntando quién compra la idea que está escrita en aquel papel.</li> <li>• Va pegando el papel y listando los nombres de quien lo compra al lado.</li> <li>• Al final del listado, agrupa grupos por ideas/afinidades.</li> </ul> <p>Obs.: No todos precisan presentar ideas, pero todos tienen que comprar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En este momento no se discute, sólo se elige la idea.</li> <li>• Votación en pública “cotización” – para comprar no justifica – quien compra no sabe que eso va a disparar la división de los grupos.</li> <li>• Los compradores de ideas “sin mucho valor” pueden rehacer la compra.</li> <li>• Al final, se forman los subgrupos por afinidad de ideas.</li> </ul> <p>Número “ideal” de grupos formados: 4 subgrupos con un sub-coordinador/dinamizador en cada subgrupo.</p>
4 – Discusión y sistematización en subgrupos (producto: presentación de las ideas clave)	11h45 – 12h45 (60 min)	Discusión de las ideas clave elegidas con foco en las cuestiones disparadoras presentadas por el facilitador al inicio.
	12h45 – 13h (15 min)	Sistematización por escrito, elección de un relator. Presentación del producto de los pequeños grupos.
5 – Presentación, Integración y consolidación de los productos presentados	13h – 13h20 (20 min)	El facilitador consolida el producto final dando una visión general de la producción del grupo.
6 – Evaluación, cierre	13h20–13h30 (10 min)	El facilitador destaca el momento histórico allí vivido por los participantes y anuncia que las ideas allí trabajadas serán orientadoras de la CARTA DE FORTALEZA, documento que será presentado a las 18h30 en la sesión de cierre.

## Resultados de las actividades de grupo:

### Grupo 1 – Inserción y valorización de la medicina familiar en las políticas de salud

Coordinación general: Oscar Fernández (Chile) y Marcelo Dalla (Brasil)

Sub-coordinación: Luis Pisco (Portugal); Nulvio Lemen (Brasil); Luis Aguilera (España)

#### Cuestiones orientadoras de la discusión:

- ¿Cómo incluir la MF en las políticas de salud?
- ¿Cuál es el primer paso?
- ¿Cuándo y para quién?
- ¿Cómo priorizar la calificación?
- ¿Cómo constituir equipos?

#### Producción del grupo 1

	Estrategias	¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?
Inserción y valorización de la medicina familiar en las políticas de salud	<p>Para la inserción y valorización de la Medicina Familiar en las políticas de salud, es necesaria la compilación de las evidencias actuales y la generación de nuevas evidencias de las ventajas de la especialidad, y, para ello, es fundamental el papel de las sociedades científicas, universidades, otras organizaciones relacionadas.</p> <p>Se debe estimular la difusión del impacto y el ámbito de acción de la medicina familiar en grupos clave como los tomadores de decisión, comunidad, profesionales de salud, médicos de otras especialidades.</p> <p>Es necesario reconocer la importancia y la influencia de la Medicina de Familia en las políticas de salud orientadas a la APS.</p> <p>Para fortalecer la calidad de la atención primaria en los países, es importante crear incentivos de desempeño, formación continua y permanente y re-certificación periódica de los Médicos de Familia, con financiamiento garantizado por una política de estado que asegure la sostenibilidad en el tiempo.</p>	<p><b>Educación en tres áreas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrativa política: Gerentes de recursos.</li> <li>2. Profesionales médicos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. otros profesionales. Con relación a la validación. Amenaza para remover campo profesional (pediatras, por ejemplo): entonces educar las pertinencias, priorizando las demás especialidades. Esto es más difícil.</li> <li>b. Profesionales de graduación y postgrado. Formación continuada. Validación.</li> </ol> </li> <li>3. Comunidad: Reforma curricular de graduación y postgrado.</li> </ol>	<p>Estrategias para la Educación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mostrar Evidencia: Sociedades Científicas. No presentar como solución sin evidencia clara, toda vez que habría mostrado resistencia y no ser eficaz.             <p>Como: forums, cumbres, seminarios, etc.</p> <p>Quien: Sociedades científicas de MF. Ministerio de Salud.</p> <p>Establecer redes con otras entidades más simétricas: universidades, organizaciones no gubernamentales, OMS, OPS. Apoyarse más en las entidades mundiales. Es más neutro.</p> <p>Establecer asociaciones con entidades clave.</p> <p>Fortalecimiento de experiencias locales.</p> </li> <li>2. Profesionales médicos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. graduación:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Implementar y acelerar la reforma curricular. Entendiendo que todos los profesionales de salud de los diferentes niveles de la Red deben comprender integralmente y ser parte de la estrategia global de salud de la APS.</li> <li>ii. Programas de MF: aumentar las vacantes.</li> <li>iii. Aproximar las Universidades a la Red de salud y favorecer los centros de salud de APS con campos clínicos.</li> </ol> </li> <li>b. Postgrado y formación continuada: Validación.</li> <li>c. Otros especialistas:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Valorización mutua en referencia y contrarreferencia. Establecer campos propios.</li> </ol> </li> </ol> <p>Integrar los residentes como facilitadores de redes, evidencia en el tiempo.</p> </li> <li>3. Comunidades:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Micro: Estrategia de satisfacción para cada contacto.</li> <li>b. Macro: Propaganda, novelas, etc. Política superior. Apoyo de la sociedad para propaganda de publicidad y prevención, campañas. Políticas gubernamentales. Mostrar evidencias simples, partiendo de políticas de gobierno.</li> </ol> </li> </ol>



## Grupo 2 – Formación y calificación del médico de familia

Coordinación general: Rui Nogueira (Portugal) y Eno Filho (Brasil)

Sub-coordinación: Octavio Pons (México) y Gustavo Gusso (Brasil)

### Cuestiones orientadoras de la discusión:

- ¿Cómo implementar/incrementar los Programas de Residencia Médica en MF?
- ¿Cómo aumentar la calidad?
- ¿Cómo especializar a los profesionales en corto plazo para que actúen como MF?
- ¿Cómo promover el desarrollo profesional permanente?

	Estrategias	¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?
<b>Formación y calificación del médico de familia</b>	Decisiones políticas, plazos y recursos, calidad y cantidad ya	Involucrar instituciones formadoras, gestores y sociedades científicas en la institución de grupo de trabajo representativo que elabore y monitoree la política de calificación durante los próximos 10 años. Establecer plazos que deben ser seguidos. Meta de 5 años para que todos los médicos que trabajan en APS sean capacitados a través de cursos de especialización presenciales o a distancia, es pertinente. Los cursos deben ser orientados y certificados por la Sociedad Científica Nacional de Medicina de Familia y, su aprovechamiento, evaluado por ella. Meta de 10 años, los futuros médicos de APS deben tener residencia médica o título de especialista de su respectiva Sociedad Científica.	Los puntos clave para que esto suceda son: formar preceptores de la especialidad en grande número; valorizar la beca del residente de medicina de familia, tornándola competitiva con oportunidades del mercado de trabajo y con otras especialidades; instituir beca para el preceptor de residencia de medicina de familia y comunidad donde ella no exista; expandir fuertemente las vacantes de residencias de medicina de familia, inclusive en el medio rural.
	Certificación y calificación	Definir, promover y defender un estándar mínimo de competencias necesarias para la certificación.	La certificación de la especialidad de Medicina Familiar es de responsabilidad de las Asociaciones Médicas y/o Sociedades Científicas Nacionales. Incentivos deben ser implementados y desarrollados para la formación, certificación y residencia en la especialidad. Las Asociaciones y Sociedades Científicas Nacionales dispondrán, con los Ministerios de Salud y Universidades, convenios de colaboración para el desarrollo específico de cursos de especialización en Medicina Familiar y desarrollo profesional continuo en diferentes modalidades.
	Telesalud, Telemedicina y Educación a Distancia en el contexto de la formación y calificación en Atención Primaria de Salud	Constituir, en cada país, núcleos para el desarrollo de estrategias de aprovechamiento de la telemática para la calificación de los cuidados primarios en salud. El centro del soporte vía telesalud en el cotidiano de los profesionales son las teleconsultorías de soporte a dudas prácticas provenientes de su actividad clínica, comunitaria y de administración de servicios.	Este apoyo debe ser primordialmente prestado por Médicos de Familia con postgrado que resolverán de modo sincrónico o asincrónico y con base en las mejores evidencias disponibles para ese contexto la gran mayoría de las dudas. Los mismos especialistas tendrán el papel de filtro y regulador, a fin de programar con especialistas focales las teleconsultorías eventualmente necesarias. Tanto las especializaciones de corto plazo y a gran escala, como programas de residencia y para desarrollo profesional continuo, serán también mayormente beneficiadas por este soporte. Casos complejos hipotéticos, generados a partir de esas dudas más frecuentes y relevantes, igualmente serán de gran valía para estructurar educación y aprendizaje, para todos los niveles educacionales, en Atención Primaria de Salud.
	Integración de instituciones/ integración, educación y servicio	1. Viabilizar políticas de formación en salud, integrando sistemas de salud y universidades. 2. Institucionalizar la relación entre universidades, escuelas de salud y sistemas de salud, con definición de responsabilidades y competencias. 3. Fomentar la creación de departamentos de medicina de familia en las universidades.	1. Los Ministerios de Salud y de Educación deben inducir estas políticas a través de incentivos, redefinición curricular, institución de líneas de investigación. 2. Las Sociedades Científicas de Medicina de Familia nacionales deben participar en la formulación de esas políticas, colaborando para que sean establecidos: Responsabilidad y vínculo territorial Política de pasantías e investigación compartida Espacio de cogestión Evaluación y monitoreo de los convenios. 3. Construcción de espacios de negociación entre esferas de gobierno, universidades y sociedades de medicina de familia para el fortalecimiento de las políticas de calificación en APS. 4. Construcción de sistemas salud escuelas.

### Grupo 3 – Inserción académica de la medicina familiar

Coordinación general: Marcelo Demarzo (Brasil) y Eduardo Durante (Argentina)

Sub-coordinación: Ricardo Donato (Brasil) y Marina Almenas (Porto Rico)

**Cuestiones orientadoras de la discusión:**

- **Dado que es estratégico implementar la MFC como disciplina, departamentos en Universidades, Maestrías y Doctorados:**
- **¿Cómo hacerlo y en qué escenarios?**
- **¿Cómo ser docente?**
- **Cuáles son las políticas gubernamentales de incentivo?**
- **¿Cómo insertar en la estructura organizacional, por qué?**
- **¿Cómo priorizar y garantizar la inserción de MFC en las mismas condiciones que las otras especialidades?**

Inserción académica de la medicina familiar		
Estrategias	¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?
<p><b>Crear Redes de Apoyo</b> a los formadores con foco en la Inserción de la MFC y desarrollo docente</p>	<p>Creación de red entre formadores de graduación (con foco en MFC y APS) como espacio de discusión e intercambio de experiencias para auxiliar la implementación local de las directrices y agendas sugeridas por Wonca y Sociedades Nacionales.</p> <p>Creación y Coordinación de redes nacionales por las Sociedades de Especialidad en asociación con asociaciones de docentes de medicina.</p> <p>Diagnóstico situacional y monitoreo de la inserción de la MFC en la Graduación en cuanto a modelo pedagógico, formación del profesor y proporción de MFCs entre los profesores, estructura (escenarios), etc.</p> <p>Construcción de instrumentos para evaluación y monitoreo de las instituciones de educación.</p>	<p>Espacio en la página de Wonca Iberoamericana-CIMF/Sociedades nacionales. <i>Webpage</i> y Grupo de <i>e-mail</i>.</p> <p>Apoyo institucional para el desarrollo y mantenimiento de la red.</p> <p>Evento – Forum en el pre-congreso de los eventos nacionales.</p> <p>Foco de la próxima Cumbre: Inserción de la MFC en la formación médica Docente.</p> <p>6. Grupo de trabajo junto al grupo de investigación para operacionalizar diagnóstico situacional de las instituciones formadoras.</p> <p>7. Acreditación/Certificación de instituciones la partir del diagnóstico y monitoreo.</p>

Inserción académica de la medicina familiar		
Estrategias	¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?
<b>Mudança curricular y integración educación-servicio</b>	<p>Calificación permanente técnica y andragógica para formadores (profesores, preceptores, tutores, médicos de la red) que trabajan con alumnos.</p> <p>Garantía del desarrollo y evaluación (metodologías adecuadas) de las competencias propias de la MFC durante la formación longitudinal en la graduación, sustentada por la contratación de docentes y profesionales del servicio certificados para la función docente, especialistas en MFC.</p> <p>Desarrollo de directrices específicas internacionales y nacionales, con el apoyo gubernamental para la educación de la MFC y APS, que promuevan actividades de forma longitudinal durante el curso, integrando la educación y el servicio.</p> <p>Acreditación / Certificación de instituciones a partir del diagnóstico y monitoreo.</p> <p>Integración de las SMS con las instituciones de educación.</p> <p>Pactar con el municipio en relación a la productividad del tutor.</p> <p>Apoyo institucional para desarrollo y mantenimiento de las redes.</p> <p>Capacitación de los gestores (unidades de salud).</p> <p>Participación de la sociedad en el proceso decisorio.</p> <p>Calificación de las unidades de salud de la familia, incluyendo adecuación de la estructura física, de las unidades típicas de la red, a través de las universidades, apoyo de ministerios, etc.</p> <p>Reducción de exigencia para ingreso de docentes.</p> <p>Creación de programas de maestría y doctorado en MFC. Donde eso aún no sea posible, crear líneas de investigación en MFC en las maestrías y doctorados ya existentes de áreas afines.</p>	<p>Constituir rede de integración educación-servicio (“Red Salud-Escuela”), articulando las diversas esferas gubernamentales con las instituciones de educación. Ese proceso debe ser sustentado por reglamentación y debe haber coordinación compartida entre la academia, gestores de salud, profesionales de salud y comunidad.</p> <p>Criar redes nacionales e internacionales de formadores en MFC y APS en la graduación, como espacio de discusión e intercambio de experiencias, para auxiliar la implementación local de las directrices y agendas sugeridas por Wonca, CIMF y Sociedades Nacionales.</p> <p>Crear grupos de trabajo en las instituciones de educación superior de medicina, formadas con MFC y otros especialistas docentes, alumnos y empleados, para discutir la inserción de la MFC y APS y el cambio que debe ser realizado, apoyados por las Sociedades científicas MFC.</p> <p>Viabilizar escenarios y locales de desarrollo para:</p> <p>Ligas de salud de la familia y MFC</p> <p>Proyectos de extensión (INTEGRALIDADE)</p> <p>Sistema municipal de salud-escuela</p> <p>Integración de las SMS con las instituciones de educación</p> <p>Ley municipal que regule la integración</p> <p>Creación y mantenimiento por parte de Wonca Iberoamericana - CIMF y Sociedades nacionales de <i>Webpages</i> y “Grupo de <i>E-mails</i>” para sustentar la formación de la red de docentes.</p> <p>Realizar eventos o Forums de “Inserción Académica de la MFC” en los espacios de los congresos nacionales e internacionales. Foco de la próxima Cumbre Iberoamericana sobre “Inserción de la MFC en la graduación médica”.</p> <p>Criar Grupo de trabajo junto al grupo de investigación para operacionalizar diagnóstico situacional de las instituciones formadoras.</p> <p>Estimular, por ej., por medio de Sello de Certificación de WONCA, CIMF y Sociedades Nacionales de MFC, para instituciones de educación y redes de integración educación-servicio que sigan las directrices de inserción de la MFC.</p> <p>Privilegiar la adhesión de las IES a esas directrices por medio de incentivos gubernamentales.</p> <p>Crear grupos de trabajo en las IES de medicina, formados por MFC y otros especialistas docentes, alumnos y empleados, para discutir las directrices e implementarlas.</p> <p>Desarrollar diferentes tópicos de la graduación (epidemiología, salud y sociedad, etc.), integrando con las otras grandes áreas (salud del niño, mujer, adultos, ancianos, colectiva, mental, etc.) con la APS, sustentado por un grupo de trabajo que permita integrar y sistematizar la educación.</p> <p>Construir instrumentos para evaluación y monitoreo de las instituciones de educación, procurando establecer un diagnóstico situacional y seguimiento de la inserción de la MFC en la Graduación [por ej., en cuanto a modelo pedagógico, formación del profesor y proporción de MFCs entre los profesores, estructura y escenarios], permitiendo evaluación y calificación del proceso de educación-aprendizaje.</p> <p>Incentivar la participación de residentes, postgraduados y profesionales de los servicios en la docencia de graduación.</p> <p>Incentivar grupos de estudiantes de intereses en la área de MFC (Ligas académicas) que fomenten los cambios culturales en esta área, apoyados por las Sociedades y Gestores, y siendo orientados por los docentes del área de MFC y APS, ofreciendo oportunidades de experiencias prácticas, IC y trabajos de extensión.</p> <p>Crear condiciones de ingreso de docentes especialistas en MFC al medio académico, mientras no haya número suficiente de magísteres y doctores.</p>

## Grupo 4 - Investigación en medicina familiar y atención primaria de salud

Coordinación general: Cesar Brandt (Venezuela) y Erno Harzein (Brasil)

Sub-coordinación: Cecilia Llorach (Panamá) y Liliana Arias (Colombia)

### Cuestiones orientadoras de la discusión:

- **¿Cómo implementar la investigación en MFC/APS?**
- **¿Cómo incluir a los profesionales de la asistencia en ese proceso?**
- **¿Cómo utilizar los Programas de Residencia en MFC para que estimulen la investigación?**
- **¿Cómo formar redes colaborativas nacionales, regionales e internacionales?**

	<b>Estrategias</b>	<b>¿Qué hacer?</b>	<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<b>Investigación en Medicina Familiar</b>	Fomentar la práctica de investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria de Salud	<p>Incrementar las competencias de los Médicos de Familia de los servicios asistenciales para participación en proyectos multicéntricos.</p> <p>Integrar servicios asistenciales de MF/APS y los centros de educación e investigación, universitarios o no, y los programas de residencia médica en MF.</p> <p>Crear cursos de maestría profesional (maestría en servicio) en MF/APS.</p> <p>Incrementar la producción y la divulgación científica en MFC y APS.</p>	<p>Obtener apoyo de los gobiernos y agencias de fomento a la investigación para:</p> <p>reconocimiento de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria de Salud como áreas específicas de conocimiento e investigación;</p> <p>oferta de líneas de financiamiento específicas para estas áreas de conocimiento;</p> <p>creación de cursos de maestría profesional (maestría en servicio) en MF/APS.</p> <p>Proveer incentivos económicos relacionados a la producción científica de cada MF por medio de la adopción de planes de carrera.</p> <p>Las Sociedades Nacionales y los Centros de Referencia en MF/APS deben contribuir a la identificación y validación de este proceso.</p>
			<p>Consolidar la Rede IBIMEFA (Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar).</p> <p>Divulgar la producción de médicos de familia y residentes en revistas científicas, sitios de las sociedades científicas y congresos.</p>

# III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar Carta de Fortaleza

En el año en que se celebra el 30º Aniversario de la Declaración de Alma-Ata (1978), que promovió que los Estados Miembros de la OMS adoptasen la Estrategia de los Cuidados Primarios en Salud para alcanzar **Salud para Todos**, fue realizada durante los días **29 y 30 de abril de 2008**, en Fortaleza, Estado de Ceará, Brasil, la III CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR bajo el tema: **Misión y Desafíos para la Medicina Familiar y la Atención Primaria en el siglo XXI: Equidad, Integralidad y Calidad en los sistemas de Salud.**

A continuación las recomendaciones de la Cumbre:

**I – Para que los sistemas de salud propicien los mejores beneficios que la Atención Primaria de Salud (APS) puede asegurar, es necesario que su componente médico esté constituido por especialistas del área, certificados/titulados como Médicos de Familia y Comunidad (MFC):**

- 1) Beneficios de la certificación y re-certificación de especialista en MFC: Es necesario difundir las evidencias actuales (Shi.) e investigar otras evidencias de esta iniciativa para la resolutivez de la APS. Para ello es fundamental la sinergia de papeles entre las sociedades científicas, universidades y otras organizaciones relacionadas. Tal difusión debe direccionarse hacia los tomadores de decisión, comunidad, médicos de otras especialidades y demás profesionales de salud.
- 2) Es necesario crear incentivos para la disponibilización de Médicos de Familia y Comunidad en los servicios de APS, favoreciendo su desempeño, formación continua y permanente y re-certificación periódica, con financiamiento garantizado por una política de estado que asegure la sustentabilidad en el tiempo.

**II – En el sentido de asegurar la calidad del cuidado de las personas y comunidades atendidas en nuestros servicios de APS, esta Cumbre recomienda especial atención a la formación y calificación del Médico de Familia. El involucramiento de las instituciones formadoras, de los gestores y sociedades científicas en la constitución de grupo de trabajo representativo que elabore y monitoree la política de calificación para los próximos 10 años parece ser el camino apropiado.**

Esta Cumbre sugiere el establecimiento de plazos a ser perseguidos, a saber:

- 3) Una meta de 5 años para que todos los médicos que trabajan en APS sean capacitados a través de cursos de especialización en MFC, presenciales y a distancia, orientados y certificados por la Sociedad Científica nacional de medicina de familia, revirtiendo su aprovechamiento, evaluado por las mismas Sociedades, en puntos a sumarse en la obtención del título de especialista.
- 4) Es decisivo que, en 10 años, a los futuros médicos de APS les sea exigida la residencia médica o título de especialista de su respectiva Sociedad Científica. Algunos elementos clave para que esto suceda son: formar preceptores de la especialidad MFC en grande número; valorizar la bolsa del residente de medicina de familia tornándola competitiva con la remuneración asistencial, instituir beca para el preceptor de residencia de medicina de familia y comunidad donde ella aún no exista; y expandir fuertemente las vacantes de residencias de medicina de familia, inclusive en el medio rural.

- 5) La regulación de la especialidad de Medicina Familiar es responsabilidad de las Sociedades Científicas y Entidades Médicas Nacionales competentes, a quienes les cabe definir, promover y evaluar el estándar de competencias necesarias para la certificación.
- 6) A los gestores les cabe la generación de incentivos para formación, certificación y residencia en la especialidad, inclusive en términos de la carrera.
- 7) Como es decisivo asegurar no sólo una certificación inicial, sino el mantenimiento de la calidad, las Sociedades Científicas Nacionales, los Ministerios de Salud y Universidades dispondrán convenios de colaboración para el desarrollo específico de cursos de especialización en Medicina Familiar y desarrollo profesional continuo en diferentes modalidades.

### **III – La utilización de herramientas de telesalud, telemedicina en la educación a distancia para calificación en Atención Primaria de Salud**

- 8) Frente a las posibilidades abiertas por las nuevas tecnologías para beneficio en escala y calidad, recomendamos que cada país constituya núcleos para el desarrollo de estrategias de aprovechamiento de la telemática para soporte de los cuidados primarios en salud.
- 9) El centro del soporte vía telesalud en el cotidiano de los profesionales deben ser las teleconsultorías de apoyo a dudas prácticas provenientes de su actividad clínica, comunitaria y de administración de servicios. Este apoyo debe ser primordialmente prestado por Médicos de Familia titulados que resolverán, de modo sincronizado o asíncrono y con base en las mejores evidencias disponibles para ese contexto, la gran mayoría de las dudas. Los mismos especialistas deben tener el papel de filtro y regulador, con el fin de programar con especialistas focales las teleconsultorías eventualmente necesarias.
- 10) Tanto especializaciones de corto plazo y gran escala como programas de residencia y para desarrollo profesional continuo serán también enormemente beneficiadas por este tipo de soporte.
- 11) Casos complejos hipotéticos, generados a partir de esas dudas más frecuentes y relevantes, igualmente serán de gran valía para estructurar educación y aprendizaje, para todos los niveles educacionales, en Atención Primaria de Salud.

### **IV – Integración de instituciones/ integración educación y servicio**

- 12) Ministerios de Salud y de Educación deben inducir políticas de formación en salud, integrando sistemas de salud y universidades (a través de incentivos, redefinición curricular, institución de líneas de investigación); para ello, en lo que respecta a APS, las Sociedades Científicas de Medicina de Familia nacionales deben participar en la formulación de esas políticas.
- 13) Institucionalizar la relación entre universidades, escuelas de salud y sistemas de salud, con definición de responsabilidades y competencias:
  - responsabilidad y vínculo territorial;
  - política de pasantías e investigación compartida;
  - espacio de cogestión;
  - evaluación y monitoreo de los convenios.
- 14) Construcción de espacios de negociación entre esferas de gobierno, universidades y sociedades de medicina de familia para el fortalecimiento de las políticas de calificación en APS:
  - construcción de sistemas salud-escuela;
  - fomentar la creación de departamentos de medicina de familia en las universidades.



**V – Considerando el consenso en cuanto a la importancia de la inserción académica de la MFC, con el fin de garantizar el alcance de excelencia tanto en el ámbito de la formación como de la atención en salud, así como del funcionamiento de los respectivos sistemas nacionales, se destacan dimensiones estratégicas, a saber:**

15) Formación y capacitación docente:

- Apoyo a la inserción de docentes especialistas en MFC de forma coherente con la estructura organizacional de cada institución de educación, por medio de acciones inductoras conjuntas entre la CIMF, OPS y los sectores gubernamentales pertinentes de cada país.
- Creación, por parte de mecanismos inductores gubernamentales, de programas de maestría, académica y profesional, y doctorado en MFC.
- Incentivo de la participación de residentes, postgraduados y profesionales de los servicios en la docencia de graduación.
- Creación de redes de formadores en MFC y APS para intercambio de experiencias, monitoreo y evaluación de la inserción académica de la MFC en los diversos países.
- Realización de eventos o foros de “Inserción Académica de la MFC” en los congresos nacionales e internacionales.

16) Reorientación curricular y perfeccionamiento del proceso de educación-aprendizaje:

- Desarrollo de directrices de reorientación de los cursos de graduación con foco en la MFC y APS por la WONCA/CIMF/Sociedades de MFC, estimulando la adhesión de las IES a estas directrices por medio de incentivos gubernamentales.
- Incentivo a grupos de estudiantes con interés en el área de MFC (Ligas Académicas) que fomenten los cambios culturales y académicos en esta área, apoyados por las Sociedades y Gestores, y siendo orientados por los docentes del área de MFC y APS, ofreciendo oportunidades de experiencias prácticas, IC y trabajos de extensión.
- Próxima Cumbre Iberoamericana con foco en la **“Inserción de la MFC en la Graduación”**.

17) Calificación de red de servicios:

- Creación de redes de integración educación-servicio (“Red Salud-Escuela”), sustentada por reglamentación específica.
- Proceso de Certificación de las instituciones de educación y de las redes de integración educación-servicio por la WONCA, CIMF y Sociedades Nacionales de MFC.

**VI – Con el objetivo de fomentar la práctica de investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria de Salud con el fin de subsidiar respuestas pertinentes a los principales problemas de salud de la población y a la calidad de los servicios de salud se destacan:**

- 18) La integración entre servicios asistenciales de MF/APS y los centros de educación e investigación, universitarios o no, y los programas de residencia médica en MF. Con el apoyo de los gobiernos y agencias de fomento a la investigación, tanto para el reconocimiento de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria de Salud como áreas específicas de conocimiento e investigación como para la oferta de líneas de financiamiento específicas para la construcción de conocimiento en estas áreas.
- 19) La valorización de la investigación por medio de incentivos económicos relacionados a la producción científica de cada MF por medio de la adopción de planos de carrera.
- 20) Reconocimiento y consolidación de la Red IBIMEFA (Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar) como co-estrategia promotora de los objetivos citados líneas arriba.
- 21) Divulgación de la producción de conocimiento en MF resultante de estos esfuerzos en revistas científicas del área de Medicina de Familia, así como los trabajos de conclusión de residencia médica.
- 22) Divulgación del conjunto de esta producción científica y de las líneas de investigación asociadas en portales basados en Internet vinculados a las Sociedades Nacionales de MF, así como en eventos científicos regionales.

Fortaleza (CE), Brasil, otoño de 2008





# Referências/Referencias

Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving health systems: the contribution of Family Medicine - A guidebook. Singapore: WONCA; 2002.

Comprometidos con la Salud de la Poblacion; 1º Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar Declaración de Sevilla; 2002, Sevilla, España. Sevilla: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar - CIMF. Declaración de Buenos Aires: Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud; Conferencia Regional de Líderes y Expertos de las Américas; 1996, Buenos Aires. Buenos Aires: CIMF; 1996. Disponible em: <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/declaracion-de-buenos-aires.pdf>

Declaracion: Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria. Buenos Aires; 2007. Disponible em: <http://www.paho.org/Spanish/D/declaracion-final-BuenosAires30-15.pdf>

Ibero American Conference of Experts in Professional Certification and Accreditation Programs in Family Medicine; 2003, Margarita Island, Venezuela. WONCA; 2003. Disponible em: [http://www.cimfweb.org/site/det\\_articulo.asp?broiscms\\_topcatid=2&broiscmsid=223&broiscms\\_catid=16](http://www.cimfweb.org/site/det_articulo.asp?broiscms_topcatid=2&broiscmsid=223&broiscms_catid=16)

Organização Mundial da Saúde - OMS, World Organization of National Colleges, Academies - WONCA. Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica Sean Más Adecuadas a las Necesidades de la Gente: la Contribución del Médico de Familia; Conferencia conjunta OMS-WONCA; 1994, Ontario, Canadá. Ontario: OMS, WONCA; 1994. Disponible em: [http://www.cimfweb.org/bn\\_admin/include/images/pdf/Declaraci%C3%B3n\\_de\\_Ontario.pdf](http://www.cimfweb.org/bn_admin/include/images/pdf/Declaraci%C3%B3n_de_Ontario.pdf)

Rubinstein A, Fernández O, Aspillaga PG, Salgado O, León MT, Navarro JE, Montenegro H. El Médico de Familia garantía de calidad y equidad en los Sistemas de Salud de Iberoamérica; 2º Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar - Compromiso de Santiago de Chile Octubre; 2005, Santiago de Chile. Santiago de Chile: WONCA, Región Iberoamericana, CIMF; 2005. Disponible em: [http://www.cimfweb.org/site/det\\_articulo.asp?broiscms\\_topcatid=2&broiscmsid=311&broiscms\\_catid=16](http://www.cimfweb.org/site/det_articulo.asp?broiscms_topcatid=2&broiscmsid=311&broiscms_catid=16)

