

II CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR

" El Médico de Familia garantía de calidad y equidad en los Sistemas de Salud de Iberoamérica"

**CONFEDERACION IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR
(WONCA/CIMF)**

SOCIEDAD CHILENA DE MEDICINA FAMILIAR (SoChiMeF)

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (MINSAL)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)

INDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. PROPÓSITO Y OBJETIVOS**
- 3. AUSPICIADORES**
- 4. COMITÉ ORGANIZADOR**
- 5. CONTENIDO**
- 6. PARTICIPANTES**
- 7. FECHA Y LUGAR DE CELEBRACIÓN**
- 8. CONVENIO MARCO**
- 9. ANEXOS**

 **Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF)**

 **Sociedad Chilena de Medicina Familiar (SoChiMeF)**

1. INTRODUCCIÓN:

La II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar que se llevará a cabo en Santiago de Chile, el 4 y 5 de Octubre de 2005, es una invitación a comprometerse con un efectivo desarrollo de la especialidad de medicina familiar y de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria y la Salud Familiar en todos los países de Iberoamérica. Esto a través de un convenio marco y compromisos de gestión específicos, con tiempos definidos, entre los Ministerios de Salud de la Región, OPS/OMS, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF / VI Región Iberoamericana de WONCA), y las Sociedades Científicas de Medicina Familiar asociadas a CIMF / Wonca, así como todos aquellos actores de la sociedad que tengan influencia en este proceso, en cada uno de los países de Iberoamérica.

Después de Alma Ata en 1978, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) ha participado en numerosas actividades tendientes a desarrollar la Salud Familiar y el médico de familia, tales como : la declaración de Ontario Canadá en 1994 y la de Buenos Aires- Argentina en 1996; la organización de la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Sevilla España en Mayo 2002 y la I Reunión de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas de Medicina Familiar (Cumbre de Margarita) en Noviembre de 2003 en la Isla de Margarita- Venezuela, sentando en ellas las bases conceptuales y operativas para un adecuado desarrollo de los sistemas de salud y las reformas sanitarias en Iberoamérica con base en la Atención Primaria y la Medicina Familiar.

Estas iniciativas, que contaron también con la cooperación e involucramiento de OPS/OMS, y la activa participación de las Sociedades Científicas de Medicina Familiar de los países de la Región, contribuyeron notablemente al desarrollo de la especialidad de Medicina Familiar y del modelo de atención de la salud basado en la Salud Familiar.

Quedan aún muchas tareas pendientes y grandes desafíos sanitarios que debiéramos resolver; tareas que no pueden seguir esperando. Es por ello que se hace necesario dar el impulso definitivo al médico familiar como el especialista clave en los sistemas de salud que, junto al equipo de profesionales de APS, enfrenten exitosamente los desafíos sanitarios de las próximas décadas, articulando la red de servicios de salud y cooperando con sus pacientes a resolver, cerca de sus hogares, en

forma rápida y oportuna, sus problemas de salud con equidad, calidad, eficacia y eficiencia.

Algunos desafíos pendientes podríamos resumirlos en lo siguiente:

- ✍ Fortalecer el intercambio enriquecedor de experiencias que en el ámbito de la Medicina Familiar se están llevando a cabo en los países de Iberoamérica, lo que contribuirá al fortalecimiento de las acciones a desarrollar por el Médico Familiar en pro de la salud de los usuarios.
- ✍ Desarrollar políticas claras que permitan un avance sistemático de la Medicina Familiar y en particular de los médicos de familia, creando oportunidades laborales atractivas, mejoras salariales para los médicos y el equipo de Salud Familiar; facilitando un equipamiento médico apropiado e infraestructura adecuada para los Centros de Salud
- ✍ Generar grupos de estudio que ayuden al logro de las metas sanitarias de cada país, desde la mirada del trabajo con las familias y la promoción de la salud.

Falta aún un largo camino por recorrer para que el médico de familia y la Salud Familiar ocupen el lugar que les corresponde en los sistemas de salud de Iberoamérica.

Durante la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar tendremos la oportunidad de crear vínculos de cooperación, colaboración e intercambio de experiencias de desarrollo, potenciando así el crecimiento de la especialidad.

Podremos compartir e intercambiar distintas experiencias vinculadas a la inserción del Médico de Familia en los Servicios de Salud de la Región, diferentes estrategias docentes sobre la formación de los recursos humanos en Atención Primaria y líneas de investigación comunes que debieran desarrollarse para fortalecer la Atención Primaria en Iberoamérica.

Hacemos un entusiasta llamado a participar activamente en la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, donde esperamos comenzar a concretar en el corto plazo los puntos ya enumerados, donde CIMF/Wonca y sus 18 Sociedades Científicas Nacionales asociadas de la Región que la componen están disponibles para cooperar en el desarrollo de los Sistemas de Salud con base en la Atención Primaria, la Salud Familiar y del especialista en Medicina Familiar– Médico de Familia, crítico para

articular la red sanitaria, dando respuesta a las necesidades de salud de la población a cargo, aportando desde la perspectiva bio-psico-social de la Medicina Familiar al mejoramiento de la salud de la población.

DR. OSCAR FERNANDEZ F.

Presidente II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar– Santiago - CHILE

2. PROPÓSITO:

Contribuir a mejorar la salud de la población de Iberoamérica, con un enfoque centrado en las personas y desde la perspectiva de la atención del médico de familia.

2.1. Objetivos Generales:

1. Posicionar al médico familiar como un líder en las estrategias de asistencia sanitaria, bajo los principios de humanización, integralidad, calidad, equidad de los servicios y continuidad de cuidados.
2. Propiciar el desarrollo de la atención primaria y de la medicina familiar como base de los sistemas sanitarios de Ibero América.
3. Mejorar la calidad de la atención prestada por los médicos de Atención Primaria en Iberoamérica.

2.2. Objetivos específicos:

1. Impulsar el desarrollo de programas de formación continuada en medicina familiar, y la incorporación sistemática de temas de APS y Medicina Familiar en las curriculas de pregrado.
2. Generar acciones colaborativas entre gobiernos, universidades y otras instituciones afines de manera de producir cambios mensurables en la calidad de la atención, en los distintos países de Iberoamérica.
3. Facilitar la integración de los Médicosde Familia en los sistemas sanitarios.

2.3. Estrategias:

1. Establecer metas quinquenales de avance en materia de posicionamiento de la Medicina Familiar en los distintos países de Iberoamérica.

2. Firma de un convenio de colaboración entre los países participantes.
3. Constitución un consejo permanente que organice y coordine las acciones que apunten al logro de los objetivos.

3. AUSPICIADORES:

- ✍ Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF / Wonca)
- ✍ Sociedad Chilena de Medicina Familiar (SoChiMeF)
- ✍ Ministerio de Salud de Chile (MINSAL)
- ✍ Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

4. COMITÉ ORGANIZADOR:

PRESIDENTE

Dr. Oscar Fernández Fuentealba

Vicepresidente SoChiMeF

Coordinador Subregión Cono Sur de la VI Región WONCA-Iberoamericana-CIMF

MIEMBROS

WONCA

Prof. Bruce Sparks

Presidente

Prof. Chris van Weel

Presidente Electo

Dr. Alfred W T Loh

Director Ejecutivo - CEO

Ms Ivonne Chung

Secretaría Administrativa

WONCA/CIMF

Dr. Adolfo Rubinstein

Presidente de la VI Región WONCA-Iberoamericana-CIMF

Dr. César Brandt Toro

CEO de la VI Región WONCA-Iberoamericana-CIMF

Dra. Marina Almenas

Coordinadora Subregión Mesoamérica de la VI Región WONCA-Iberoamericana-CIMF

Dra. Liliana Arias Castillo

Coordinadora Subregión Andina de la VI Región WONCA-Iberoamericana-CIMF

Dra. María Ángeles Ortiz Camúñez

Coordinadora Subregión Península Ibérica de la VI Región WONCA-Iberoamericana-CIMF

Dr. Oscar Fernández Fuentealba

Coordinador Subregión Cono Sur de la VI Región WONCA-Iberoamericana-CIMF

SOCHIMEF

Dra. Ruth Depaux Vega

Directora SoChiMeF

Dra. Gloria Bozzo Scagliotti

Directora Editora Revista Chilena de Medicina Familiar

Dr. Flavio Zepeda

Director SoChiMeF

MINSAL (Chile)

Dr. Roberto Tapia Hidalgo

Jefe de Oficina de Cooperación de Asuntos Internacionales

Dra. Francisca Toro Leyssen

Asesora del Dpto. de Modelo de Atención. Unidad de Atención Primaria

OPS/OMS (Chile)

Dr. Juan Manuel Sotelo

Representante OPS/ Chile

5. CONTENIDO:

" El Médico de Familia garantía de calidad y equidad en los Sistemas de Salud de Iberoamérica "

5.1. Conferencia inaugural:

" El Médico Familiar en Atención Primaria : Salud y Equidad "

Dra. Barbara Starfield (USA)

5.2. Presentaciones :

i. Ministerio de Salud de Chile

ii. OPS/OMS

iii. CIMF / WONCA

5.3. Experiencias exitosas del médico de familia y del modelo de Salud Familiar en Iberoamérica.

5.4. Discusión de las recomendaciones del Convenio Marco, acuerdos y metas para cada Sub Región.

5.5. Suscripción y Firma del Convenio Marco.

5.6. Metodología de Trabajo

El Comité Organizador seleccionará algunas de las experiencias más exitosas en Medicina Familiar que se hayan desarrollado en la Región y otras partes del mundo, para enriquecernos con las experiencias cercanas.

Por otra parte los países agrupados por Sub Región podrán discutir los puntos de las recomendaciones del Convenio Marco, y analizar las metas posibles de alcanzar y desarrollar, que se puedan traducir en acuerdos y compromisos locales con plazos definidos, suscribiendo la firma del Convenio.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES:

LUNES 3 OCTUBRE	MARTES 4 OCTUBRE	MIÉRCOLES 5 OCTUBRE
9:00 a 18:00 hrs Reunión de Junta Directiva de WONCA/CIMF	9:00 a 9:30 hrs Discursos inaugurales 9:30 a 10:30 hrs Conferencia Inaugural Dra. Starfield	8:30 a 9:30 hrs MESA REDONDA : CIMF/Wonca OPS/OMS, Minsal, SochiMeF. Modera : Dra. Starfield 9:30 a 10:30 hrs. Trabajo de Grupos por Sub Región. Discusión del Convenio Marco propuesto y metas posibles de alcanzar y desarrollar por cada país.
10:30 a 11:00 hrs. CAFE	10:30 a 11:00 hrs CAFÉ	10:30 a 11:00 hrs CAFÉ
11:00 a 13:00 hrs Reunión JD CIMF	11:00 a 13:00 hrs Presentaciones OPS MINSAL WONCA	11:00 a 13:00 hrs. Redacción de acuerdos y metas por Sub región y país.
13:00 a 15:00 hrs. ALMUERZO	13:00 a 15:00 hrs ALMUERZO	13:00 a 15:00 hrs ALMUERZO
15:00 a 16:30 hrs. Reunión JD de CIMF	15:00 a 16:30 hrs Presentación de Experiencias exitosas en MF en IBA y el mundo.	15:00 a 16:30 hrs Exposición por Sub Región de trabajo en grupos.
16:30 a 17:00 hrs. CAFE	16:30 a 17:00 hrs CAFÉ	16:30 a 17:00 hrs. CAFE
17:00 a 18:30 hrs Reunión JD CIMF	17:00 a 18:30 hrs Presentación de Experiencias exitosas en MF en IBA y el mundo.	17:00 a 18:00 hrs Exposición por Región de trabajo en grupo.
19 a 20 hrs : Recepción de Invitados, Ministros de Salud y asistentes a la Cumbre. 21 hrs. CENA	19 a 20 hrs. Acto Cultural 21 hrs. CENA	18:00 a 19:00 hrs Acto de Cierre y firma de convenio marco de la II Cumbre IBA De MF. 21 hrs. CENA

6. PARTICIPANTES:

- ✍ **Ministros de Salud** de cada uno de los estados participantes en la Cumbre.
- ✍ Otros representantes de **instituciones** con responsabilidad en la toma de decisiones ejecutivas, normativas y reguladoras en el ámbito de la salud.
- ✍ Representantes de **instituciones públicas** o **privadas** que brindan oportunidades laborales y formativas a los médicos dentro de la organización de cada país y son responsables de la administración de recursos financieros de grandes grupos de población, que deben traducir en servicios apropiados.
- ✍ Representantes de **Ministerios de Educación** y **Facultades de Medicina** de los países cuya responsabilidad es la formación de los médicos en el pregrado, postgrado y otras actividades educativas.
- ✍ Presidentes de **Asociaciones Científicas de Medicina Familiar** que conforman la CIMF/ Wonca.
- ✍ Responsables en materia de salud de **Organismos Intergubernamentales** (OMS, OPS, UNICEF, etc.).
- ✍ Líderes, expertos y personas de especial relevancia en el ámbito internacional de la medicina familiar.

7. FECHA Y LUGAR DE CELEBRACIÓN.

4 y 5 de Octubre de 2005, Hotel Sheraton , Santiago (Chile)

8. CONVENIO MARCO

? INTRODUCCION

? EL MARCO DE LA REFORMA

Cualquier sistema de salud persigue dos grandes objetivos: el primero es optimizar la salud de la población empleando el mejor y más avanzado conocimiento disponible, el segundo es minimizar las disparidades asegurando igual acceso a los beneficios para todos. Los sistemas de salud están siendo afectados por enormes cambios en la manera de financiar y prestar servicios. Algunos de estos cambios están movidos por la transición epidemiológica y el aumento de las enfermedades crónicas en los países en desarrollo, el envejecimiento poblacional en los países más desarrollados, los avances en la educación de las personas, el desarrollo económico, las conductas y hábitos relacionados con la salud, la ciencia y la tecnología, la globalización e Internet, entre otros. Si los determinantes socio-económicos fueron los principales responsables del incremento de la expectativa de vida desde el siglo XIX hasta mediados del siglo pasado, la innovación tecnológica y la organización de modelos más efectivos de entrega de servicios sanitarios han sido los responsables del mejoramiento de los indicadores en los últimos cincuenta años.

Latinoamérica sigue englobando una región diversa y con amplia heterogeneidad tanto en su desarrollo socio-económico como en sus resultados de salud, con tasas de mortalidad infantil que van de casi 10% en algunas áreas rurales de Bolivia y Brasil a menos de 1% en Cuba o Chile. Los sistemas de Salud a lo largo y a lo ancho de esta región han experimentado reformas en los últimos años. Muchas de ellas han sido orientadas a fortalecer el rol del mercado en el financiamiento, organización y prestación de servicios. La descentralización en los '90- seguida en numerosos casos por privatizaciones- se ligó a políticas específicamente diseñadas para reducir el rol de rectoría del sector público, contrariamente al paradigma de los '70, donde la descentralización fue concebida como una manera de fortalecer los niveles locales siguiendo los principios de la APS; el resultado de la implementación de estas políticas fue la profundización de la fragmentación institucional en nuestros países. Estas reformas se alinearon con otros cambios en el rol del Estado que implicaron profundas transformaciones en los sectores sociales. Una de las consecuencias más devastadoras de la última década, fue el incremento de los niveles de inequidad social a pesar del aumento del PIB en muchos de los países. En efecto, para fines de la década del 90, el 44% de los latinoamericanos (más de 211 millones) era pobre y el 18,5% (89 millones) era indigente.

Los sistemas de servicios de salud en nuestra Región muestran una gran diversidad de esquemas organizativos cuyas características dificultan las respuestas adecuadas a las demandas de sus ciudadanos. Cuatro factores pueden asociarse a esta baja capacidad de respuesta:

- ? Segmentación: implica la coexistencia de subsistemas con financiamientos compartimentalizados (público, seguridad social, privado) que cubren distintos segmentos de la población. Habitualmente el sector de la seguridad social cubre a los empleados de la economía formal y sus familias, el sector privado cubre a las familias de mayores ingresos y el sector público, excepto en pocos países, queda sólo para proveer atención a los segmentos más pobres y a la población indigente.
- ? Fragmentación: implica la existencia de muchas entidades dentro de un mismo subsistema. Esta multiplicación de actores eleva los costos administrativos y transaccionales reduciendo el porcentaje de financiamiento que llega directamente a los servicios de salud. La suma de segmentación y fragmentación conduce a la duplicación de coberturas de salud con efectos adversos sobre la eficiencia y equidad.
- ? Pago directo de los Servicios: implica el pago de los servicios parcial o totalmente en el punto de servicio o atención incluyendo los medicamentos, condicionando el acceso de las personas a los servicios de salud con su capacidad de pago y no con sus necesidades sanitarias. Es importante señalar que el gasto privado para fines de la década del '90 como porcentaje del gasto total en salud representaba el 60% del gasto sanitario total en Latinoamérica.
- ? Rectoría débil del Estado: implicando una pobre presencia del Estado en la regulación del financiamiento, prestación y entrega de los servicios de salud por parte de los distintos actores permitiendo interaccionar a los sectores involucrados sin reglas de juego claras.

Muchos de los procesos de Reforma de Salud en la Región apuntan a superar estas debilidades, reflejadas en porcentajes crecientes de población excluida de los beneficios de la cobertura sanitaria, con políticas tales como la extensión de los esquemas contributivos de los seguros sociales a la población sin cobertura formal a partir de subsidios del Estado (seguros sociales con regímenes subsidiados) como el caso de Colombia y los procesos que están teniendo lugar en México y República Dominicana; desarrollo gradual de sistemas unificados o mejor articulados (Argentina, Brasil y Chile), definiciones más explícitas sobre los servicios cubiertos por el Estado (Argentina, Chile y México); cobertura del Estado a grupos específicos con mayor vulnerabilidad social, etc.

Dentro de estas reformas, el rol de las estrategias de APS y especialmente el del médico de familia como articulador de la APS, es cada vez más importante. Así como España, Portugal, Costa Rica y Cuba cuentan con sistemas de salud con eje en la APS, muchos otros países de la región están fortaleciendo a la Medicina Familiar como base de su sistema sanitario, entre ellos, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y República Dominicana. En este sentido, vale la pena mencionar algunas de estas experiencias de desarrollo y fortalecimiento de la atención primaria en la Región:

La Conferencia convocada por la OMS en Alma Ata en 1978, "Salud para todos en el año 2000" colocó por primera vez a la Atención Primaria de la Salud (APS) en la agenda de los gobiernos y las agencias internacionales, como estrategia para lograr

mayor eficiencia y equidad de los Sistemas de Salud. Los servicios incluidos dentro de esta estrategia debían ser esenciales, prácticos, científicamente sólidos, socialmente aceptables, universalmente accesibles, financiables, y focalizados en el desarrollo social y económico. A pesar de la falta de cumplimiento de estos objetivos, Alma Ata disparó una nueva oleada de reformas sanitarias en todo el mundo. Casidos décadas después, reconociendo las crecientes inequidades sociales y sanitarias en casi todos los países, la OMS adoptó una serie de principios sobre los cuales construir los fundamentos de los servicios que formaban parte de la APS. Conocido como la Resolución de Ljubljana, se propuso que el sistema de servicios de salud debía estar:

- ? Basado en la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional
- ? Dirigido a proteger y promover la salud
- ? Centrado en las personas, permitiendo a los ciudadanos influir sobre los servicios de salud y tomando responsabilidad por su propia salud
- ? Focalizado en la calidad, incluyendo los niveles de costoefectividad de las intervenciones
- ? Sustentado financieramente para permitir la cobertura universal y equitativa
- ? Orientado a la APS

Sin embargo, a medida que avanza el conocimiento, los médicos se han volcado a la especialización creciente -entre otros motivos- en el supuesto de que es imposible conocer todo acerca de todos y cada uno de los problemas de salud. Esta tendencia a la super-especialización ha fragmentado la atención a través del desarrollo de médicos y profesionales con interés y competencia sólo en grupos etarios, género, órganos o sistemas o enfermedades. Por otra parte, la especialización no sólo ha producido una descontextualización de los problemas, sino que también ha traído aparejado una desintegración o negación de la esfera psicosocial de las personas, y en muchos casos una despersonalización profunda de la atención con deterioro de la relación médico-paciente. Ello conspira no sólo contra la satisfacción del usuario, sino también contra la eficiencia de las prestaciones.

Un Sistema de Salud orientado a la especialización también amenaza la equidad. Ninguna sociedad tiene recursos ilimitados para proveer servicios de salud; ni siquiera en los países más desarrollados, incluyendo aquellos que mayores recursos destinan a la atención médica. Los cuidados especializados son más caros que los cuidados primarios por lo que son menos accesibles para los individuos que no pueden pagarlos. Además, los recursos gastados en cuidados altamente técnicos orientados a las enfermedades compiten con los destinados a proveer servicios básicos y esenciales, especialmente para los grupos más vulnerables con desventajas socio-económicas, culturales, demográficas o epidemiológicas. Lamentablemente, esta misma tendencia se ve también en los países en vías de desarrollo en general y en Latino América en particular. De hecho, estos países, que están enfrentando las consecuencias de una creciente fragmentación institucional y un sector privado cada vez menos regulado, se vuelven también cada vez más incapaces para rediseñar los sistemas de salud hacia los objetivos de la APS. Como resultado, muchas iniciativas y programas orientados a la APS en diferentes países latinoamericanos fueron experiencias que terminaron en frustraciones o fracasos. Las causas de estas fallas pueden ser atribuidas al financiamiento inadecuado, recurso humano mal entrenado, poco tiempo de dedicación

o equipamiento insuficiente para los problemas que debían enfrentar. En definitiva, la calidad de los cuidados era habitualmente tan pobre que podía considerarse este tipo de atención más como un tipo de atención “primitiva” que primaria o “primordial”, particularmente cuando la APS estaba limitada sólo a la atención de los pobres y a los cuidados más básicos y simples.

Por el contrario, en los países desarrollados, a excepción de Estados Unidos y algunos pocos países más, la APS ha sido mejor articulada dentro del sistema global porque ha estado más asociada a la práctica de la Medicina Familiar, integrada horizontalmente dentro de Equipos de Salud con otros profesionales como enfermeros, trabajadores sociales, odontólogos, psicólogos, nutricionistas etc.

? ATRIBUTOS DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Hay evidencia cada vez más contundente de que la APS se correlaciona con mejores resultados sanitarios. Lamentablemente, esta evidencia proviene mayoritariamente de los países desarrollados. Hacia mediados de los '90 se condujeron varios estudios que investigaron la relación entre la orientación a la APS de los sistemas de salud y los costos y resultados sanitarios en 13 países industrializados (B. Starfield 1994). El primer hallazgo fue que cuanto mayor la orientación a la APS del sistema de salud, más fuerte el fortalecimiento de la APS dentro del modelo de práctica profesional. El segundo fue que los países que tenían menos orientación a la APS (EEUU, Alemania, Bélgica y otros), tenían mayores costos y peores indicadores sanitarios, especialmente los indicadores de morbilidad infantil, en comparación con aquellos con los de mayor orientación. Asimismo, hallazgos similares se observaron en los EEUU, donde los estados con mayor densidad de profesionales de APS en relación a su población, tuvieron mejores resultados y menores costos. De muchos de estos estudios de correlación se desprende que si bien las políticas de atención primaria no pueden corregir la inequidad social, cuyo mayor determinante es la mala distribución de la renta, sí puede minimizar sus efectos perjudiciales sobre la salud individual y colectiva. Si la APS como política a favor de los sectores más vulnerables y excluidos depende en gran medida del involucramiento del Sector Público para contrarrestar los efectos indeseados de las políticas pro-mercado, los países que fortalezcan sus políticas orientadas a la APS, debieran ser también los países con los mejores resultados en relación a sus recursos.

Sistemas de salud orientados a la atención primaria

Los siguientes son algunos de los criterios que, a juicio de Barbara Starfield (1998), definen, más allá de las declamaciones públicas y los documentos, a un sistema de salud con basamento real en la atención primaria.

Tipo de Sistema

Se considera que la atención primaria regulada es el mayor grado de compromiso que un sistema de salud puede alcanzar en este sentido. Implica que los niveles de cuidados estén bien definidos e integrados verticalmente, que la puerta de entrada al sistema de atención se hace a través de un Médico de Familia y que las políticas y los incentivos del Estado influyan en la localización de los médicos, los hospitales y en la asignación de los demás recursos de acuerdo con las necesidades de la gente y no concentrados en áreas geográficas o en grupos poblacionales particulares. Este modelo se puede observar en el Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, España y Cuba, entre otros países. En Brasil se está llevando a cabo una interesante experiencia de desarrollo y fortalecimiento de la APS, conocida como Programa de Saúde da Família (PSF) que hoy ya alcanza a casi 70 millones de brasileños cubiertos por equipos básicos de salud conformados por un médico generalista y una enfermera. En Chile se está consolidando en el sector público y recientemente en algunos seguros privados, el modelo de Salud Familiar. En México este modelo se está extendiendo en la Seguridad Social y se está considerando para el Seguro Popular de Salud para la población sin cobertura. En la Argentina el sistema está organizado de esta manera en el sector público de algunas provincias, y en los sistemas de atención de algunas obras sociales y seguros privados que están adoptando de manera creciente este modelo de atención.

Tipo de médico de atención primaria

Los Médicos de Familia son el recurso ideal para el desarrollo de un sistema de salud centrado en la atención primaria, ya que su entrenamiento y práctica se concentra en forma exclusiva en esta disciplina, como ocurre en la mayoría de los países europeos (en especial el Reino Unido, España, Portugal, Dinamarca y Holanda) y en Canadá, Australia y Cuba.

Acceso financiero a la atención de la salud

Los sistemas con cobertura universal a través de un seguro nacional o provincial son los más conducentes al acceso a los servicios de atención primaria. Tal es el caso de Gran Bretaña, Canadá y España. Otros países, si bien tienen cobertura universal está fragmentada en mutuales o seguros privados, lo que hace que la atención sea más heterogénea (Holanda y Alemania).

Porcentaje de médicos especialistas

Un valor inferior a 50% de médicos especialistas (o mayor al 50% de médicos generalistas) se considera indicativo de que el sistema está orientado a la atención primaria (Reino Unido y Canadá). Otros países, como Holanda, Alemania y Francia, presentan porcentajes algo mayores (50 a 70%) de especialistas, aún cuando la proporción ("mix") entre especialistas y generalistas no es críticamente baja. Estados Unidos, con una relación de especialistas/generalistas de dos a uno, ha desarrollado políticas públicas activas en sintonía con las fuerzas del mercado asegurador privado, con el objetivo de alcanzar para el año 2010 una relación generalista/especialista de uno a uno.

Remuneración del generalista y del Médico Familiar en relación con otros especialistas

Evidentemente, la remuneración del médico es uno de los incentivos más poderosos para la elección y la práctica de la especialidad. Por lo tanto, un país endonde los generalistas (especialistas en Medicina Familiar) ganan en forma similar a los otros especialistas, como Gran Bretaña, Holanda, Canadá o España (con una relación 0,7 a 1) tienen mayor probabilidad de alcanzar un equilibrio adecuado. En los Estados Unidos la relación promedio es de alrededor de 0,5 a 1, aunque en los sistemas gerenciados se está acercando a 0,7.

Características de la práctica del Médico de Familia

Las características de la práctica del Médico de Familia y del equipo de salud como tal consisten en ser el primer contacto con el sistema de salud y atender en forma longitudinal a una población definida a cargo. La atención debe ser integral y centrada en la familia y en la comunidad. Además, el Médico de Familia es quien debe ejercer la coordinación de los cuidados con los otros niveles de atención médica. Estos atributos, que definen el perfil ideal de este profesional, estarán modulados por los sesgos inherentes al tipo de organización y los incentivos que se apliquen en el sistema de cuidados.

En base a las características expuestas, se pueden identificar algunos criterios comunes que definen los modelos exitosos de sistemas de salud basados en la Atención Primaria.

- ? Alto compromiso de la sociedad (ej: sistemas nacionales de salud, cobertura universal, pago jerarquizado a los médicos de atención Primaria, etc.)
- ? Mejor y más eficiente uso del personal no médico (ej: enfermeras para sustituir al médico en tareas de prevención en la comunidad, manejo de problemas crónicos, etc.)
- ? Fuerte regulación del Estado si el sistema es predominantemente privado, para asegurar una distribución apropiada de los servicios y el balance entre generalistas y especialistas
- ? Pago de los especialistas por salario para asegurar una más eficiente asignación de los recursos
- ? Pago por capitación a los generalistas con incentivos adicionales para estimular la coordinación de servicios y prácticas prioritarias
- ? Acceso restringido de los pacientes al especialista para alentar el primer contacto con el generalista y facilitar la coordinación

- ? Población a cargo y servicios definidos para los Generalistas
- ? Organización de servicios primarios en centros de salud y no en consultorios individuales
- ? Lineamientos claros en cada área para delimitar la incumbencia y la responsabilidad para la implementación de los servicios.

LA AGENDA POLITICA PARA LA TRANSFORMACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN IBEROAMERICA: CONVENIO MARCO PARA EL DESARROLLO DE LA MEDICINA FAMILIAR Y LA ATENCION PRIMARIA EN LA REGION

El cambio en la modalidad de atención difícilmente puede aislarse del cambio en las características de organización y financiamiento del sistema de salud en su conjunto. Sin embargo, algunos aspectos del actual escenario del sector salud favorecen un mayor énfasis de la Atención Primaria. A pesar de esto, todavía subyacen muchos obstáculos para la reorientación del sistema hacia esta meta.

Algunos de los eventos políticos más importantes promovidos por CIMF/WONCA y OPS/OMS en el ámbito de la Medicina Familiar de la región fueron la Conferencia llevada a cabo en Buenos Aires en 1996 inspirada en la conferencia de Ontario, Canadá de 1994, donde se analizó el papel del médico de familia en la adecuación del ejercicio profesional y la formación médica con las necesidades de la población. Algunos años más tarde, en Mayo de 2002 en Sevilla, España, 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". Este importante evento contó con la participación de 116 representantes de Ministerios de Salud, Instituciones de la Seguridad Social, Universidades y otras instituciones académicas, organismos internacionales y las Sociedades Científicas de Medicina Familiar de 17 países de Ibero América. Allí se elaboraron y discutieron propuestas y recomendaciones vinculadas a la inserción de los médicos de familia en los servicios de salud y las universidades de los países de la Región. Los productos de estos grupos de trabajo culminaron con la publicación de cuatro documentos técnicos focalizados en cuatro áreas temáticas: integración de los médicos de familia en los servicios de salud, mejoramiento de la calidad, formación de grado y formación de postgrado que fueron sintetizados en la "Declaración de Sevilla". En 2003, 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" que se llevó a cabo en Isla Margarita, Venezuela, con la participación de más de 30 expertos procedentes de 20 países y que culminó con la "Declaración de Margarita" y la publicación de documentos técnicos y recomendaciones en tres áreas temáticas consideradas de enorme interés estratégico para el desarrollo de la Medicina Familiar, como la elaboración de marcos de referencia para los procesos de Certificación Profesional y Acreditación de Actividades de Educación Médica Continua, y Programas de Residencias de Medicina Familiar para

Ibero-América. Finalmente, en Octubre de 2004, CIMF se incorporó a Wonca como su sexta región mundial con incumbencia específica en Ibero América.

Las recomendaciones que se enuncian a continuación, elaboradas por CIMF/Wonca y OPS/OMS, procuran sentar un Marco de Acuerdos de los Gobiernos de los países Iberoamericanos con el objetivo de promover sus sistemas de salud hacia la atención primaria. Estas recomendaciones tienen como antecedentes las Declaraciones de Sevilla, España (Mayo de 2002) e Isla Margarita, Venezuela (Noviembre de 2003) así como los respectivos Documentos técnicos publicados en dichas conferencias.

RECOMENDACIONES

- 1. Los servicios de Atención Primaria coordinados por un Médico de Familia y el Equipo de Salud deberían 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 mas uniforme, el Estado debe articular estrategias para lograr la cobertura universal.***

El acceso irrestricto a la atención primaria para quien la necesita es un principio básico en todos los países industrializados. En la práctica, la limitación en los recursos muchas veces lleva a la imposición de barreras a algunos servicios. Consideraciones en cuanto a costos pueden hacer deseable que el paciente pague parcial o totalmente algunos servicios. Otras barreras menos visibles tienen que ver con la propia organización del sistema de atención médica. Sin embargo, numerosos estudios han demostrado que este tipo de barreras disminuye no sólo el uso discrecional sino también el uso necesario de los servicios. Por el contrario, algunos sistemas de atención primaria intentan aumentar la utilización de servicios preventivos con incentivos específicos. Cualquier barrera en el acceso a la atención primaria tendrá un mayor impacto en la población más vulnerable, que es la que está socioeconómicamente en desventaja, y aumentará por lo tanto la disparidad en el estado de salud entre los más ricos y los más pobres..

- 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 el contexto de la Atención Primaria de la Salud***

El médico de Familia es el médico primariamente responsable de proveer primer contacto, accesibilidad, atención integral y continua a cualquier individuo que busca atención médica a través de sus servicios o bien coordinando el uso apropiado de los mismos en otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población a cargo como los recursos disponibles en la comunidad que sirve.

3. Deben incentivarse formas de pago de la actividad médica más favorables al desarrollo de la Atención Primaria.

El pago por prestación incentiva los servicios tecnológicos y especializados con un enfoque curativo en desmedro de los servicios de atención primaria, que son en general cognitivos y con un enfoque más basado en la promoción y prevención.. En contraste, la financiación basada en un pago por servicios específicos a una población definida en un periodo dado (capitación), incentiva la atención primaria, la promoción y prevención y la integración de los diferentes niveles de atención

4. Debe estimularse la adopción de formas de trabajo en equipo para potenciar la calidad, efectividad y eficiencia de los servicios de atención primaria.

Esta estrategia compete al trabajo del médico de familia en relación a los demás integrantes del equipo de atención primaria e implica definir las funciones, competencias e incumbencias entre los distintos proveedores, como ya ocurre en algunos países de la región. Por ejemplo, una enfermera calificada puede complementar la tarea del médico en el seguimiento del crecimiento y desarrollo de un niño sano o en el seguimiento de pacientes con problemas crónicos. Una obstétrica (matrona) puede encargarse del manejo del embarazo normal, un trabajador social puede ser el vehículo de integración de diferentes programas sociales (alcoholismo, adicciones, violencia y abuso, ayuda a madres solteras, etc.), un psicoterapeuta apoyar al médico en la resolución de problemas de salud mental, un líder comunitario puede apoyar al resto del equipo en la detección de problemas en la comunidad, etc. En este sentido, la estrategia de la Salud Familiar, que se está implementando en muchos países de la Región permite plasmar el trabajo colaborativo entre el Médico de Familia y los demás profesionales de atención primaria para fortalecer la Atención Médica Primaria.

5. Deben desarrollarse métodos y medidas uniformes para evaluar el desempeño de los sistemas de atención primaria. Estas medidas debieran 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.

En una era signada por la contención de costos y el racionamiento de servicios, el monitoreo del desempeño profesional por medio de indicadores que evalúen los diversos dominios de la práctica médica (disponibilidad y acceso, continuidad, integralidad, coordinación, características humanísticas y calidad técnica), en términos de estructura, proceso y resultados sobre la atención de los pacientes cobra especial relevancia. Existen numerosos instrumentos de medición que pueden actualmente utilizarse para evaluar la calidad técnica de cuidados, el estado de salud, la satisfacción de los pacientes, etc.

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.

Este objetivo está directamente vinculado a decisiones políticas y estratégicas de los Ministerios de Salud de los Gobiernos de promover y articular el aumento del número de especialistas en Medicina Familiar junto al sistema financiador y prestador de servicios públicos y privados, el sistema de formación y entrenamiento de postgrado en las disciplinas de atención primaria (médicas, enfermería y otras), y el sistema de formación de grado en las universidades.

7. Los Gobiernos deben realizar los mayores esfuerzos tendientes a facilitar la incorporación de la enseñanza de la Medicina Familiar en los currículos de grado de las Universidades públicas y privadas de los países de la Región.

En los países de la Región, las escuelas de Medicina tienen una enseñanza hegemonizada y fragmentada por los investigadores básicos o por el modelo clínico de los especialistas. Los graduados, formados por profesores con especialidades tradicionalmente "exitosas" eligen especialidades "exitosas" en lo académico y lo económico. La inclusión de Médicos de Familia como profesores, dentro de un plan de estudios longitudinal que asegure la exposición de los estudiantes a la práctica clínica en Atención Primaria así como la creación de Departamentos de Medicina Familiar en las Universidades, son elementos críticos del cambio curricular necesario para que un mayor porcentaje de graduados elija Medicina Familiar como especialidad del postgrado.

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.

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 Ibero América. 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. Cada país deberá definir el sistema de certificación más conveniente a su realidad.

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.

Considerando que las Residencias Médicas son el sistema ideal de formación de postgrado, los Gobiernos, las Universidades, las Organizaciones Médicas, las Sociedades Científicas y los Servicios de Salud públicos y privados debieran articular los esfuerzos para promover el desarrollo de Programas de Residencia de excelencia en Medicina Familiar que sirvan de sustrato para el acompañamiento de los Procesos de Reforma en los países de la Región

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.

Se debe enfatizar la importancia de la investigación clínica y en servicios de salud promoviendo y financiando los proyectos o programas orientados a mejorar la calidad, eficiencia y equidad en la provisión y entrega de los servicios de atención primaria.

9. ANEXOS

? CONFEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR

Es una Organización sin fines de lucro, que agrupa a las Sociedades, Asociaciones y Federaciones de Medicina Familiar, General y Comunitaria de las Américas, España y Portugal (www.cimfweb.org). Su objetivo principal es promover el desarrollo de la Especialidad en la región. Recientemente integrada con la **WONCA**, transformándose así en la Sexta Región, acto que se realizó en el marco de la 17^{ava.} Conferencia Mundial de Médicos Familiares celebrada durante los días 09 al 17 de Octubre de 2004 en Orlando, Florida, USA.

Actualmente WONCA-Región Iberoamericana-CIMF está conformada por las Asociaciones Nacionales de Medicina Familiar de 18 países que se organizan en 4 subregiones: Andina, Cono Sur, Mesoamérica y Península Ibérica.

Misión

Promover el desarrollo de la Medicina Familiar en los países de la Región.

Objetivos

- ✍ Promover un foro para el intercambio internacional de información y cooperación técnica relacionada con la mejora de la atención de salud, formación de recursos humanos y profesores, a través de la adopción de los principios y la práctica de la Medicina Familiar.
- ✍ Crear, desarrollar y coordinar iniciativas educativas de alta calidad en Medicina Familiar.
- ✍ Promover la investigación en Medicina Familiar y Atención Médica Primaria.
- ✍ Promover y apoyar la creación y desarrollo de Organizaciones Nacionales de Medicina Familiar en todo su ámbito territorial de competencia.
- ✍ Establecer y mantener vínculos formales de colaboración con otros organismos internacionales, organismos gubernamentales y no gubernamentales, instituciones académicas y organizaciones de salud privadas, a efectos de contribuir al

desarrollo y fortalecimiento de los Procesos de Reforma orientados a la Atención Primaria de la Salud en la Región

- ✍ Ofrecer cooperación técnica para el desarrollo de servicios orientados a la Medicina Familiar a las organizaciones que deseen implantar este modelo de atención.

? **SOCIEDAD CHILENA DE MEDICINA FAMILIAR (SoChiMeF)**

La SoChiMeF es una corporación sin fines de lucro, que vela por el adecuado desarrollo de la Medicina Familiar en Chile. Entre sus objetivos está realizar actividades que tiendan a impulsar el desarrollo de esta disciplina en Chile, contribuyendo a elevar su status científico, académico, social y económico; y colaborar con los organismos estatales y/o privados que lo requieran en el diseño de programas de salud, o en el ámbito de la formación de profesionales.

1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA:

La Sociedad Chilena de Medicina Familiar es dirigida y administrada por un Directorio compuesto de 7 miembros que son elegidos por la asamblea de socios activos.

En la actualidad hay dos comités de trabajo en las áreas de docencia e investigación que desarrollan las actividades docentes de la Sociedad y publican la Revista Chilena de Medicina Familiar.

- ? **Comité de Docencia:** desde hace 3 años el Comité de Docencia organiza y coordina varios cursos destinados a los profesionales de APS en Salud Familiar, Gestión en Salud, Trabajo con Familias, y desde hace 2 años coordina el Curso Profam "Curso de Medicina Familiar: Enfoque Clínico Integral".

? **Comité de Investigación:** es responsable de la publicación periódica de la Revista Chilena de Medicina Familiar. Esta publicación que se inició en agosto de 1999 y se mantiene hasta el día de hoy con tres números al año (17 números a la fecha).

Además el Directorio de la SoChiMeF mantiene un sitio web (www.medicinafamiliar.cl) donde quienes la visitan pueden encontrar documentos de trabajo elaborados por la sociedad, algunos artículos de las revistas hasta ahora publicadas, calendario de actividades y todo lo relacionado con la corporación.

2. REUNIONES Y CONGRESOS:

Desde el año 1999 la Sociedad Chilena de Medicina Familiar organiza anualmente el congreso nacional de la especialidad. En este evento todos los profesionales y no profesionales de la APS tienen la oportunidad de conocer y aprender sobre Salud Familiar y Medicina Familiar.

Los congresos que hasta ahora se han organizado son los siguientes:

- ✍ I Congreso Chileno de Medicina Familiar (1999, Santiago)
- ✍ II Congreso Chileno de Medicina Familiar (2000, Santiago)
- ✍ III Congreso Chileno de Medicina Familiar y V Congreso de Medicina Familiar del MERCOSUR de CIMF (2001, Santiago)
- ✍ IV Congreso Chileno de Medicina Familiar (2002, Santiago)
- ✍ V Congreso Chileno de Medicina Familiar (2003, Valdivia)
- ✍ VI Congreso Chileno de Medicina Familiar (2004, Valparaíso-Viña del Mar)