

Formación de Médicos de Familia: Experiencia en Latino América

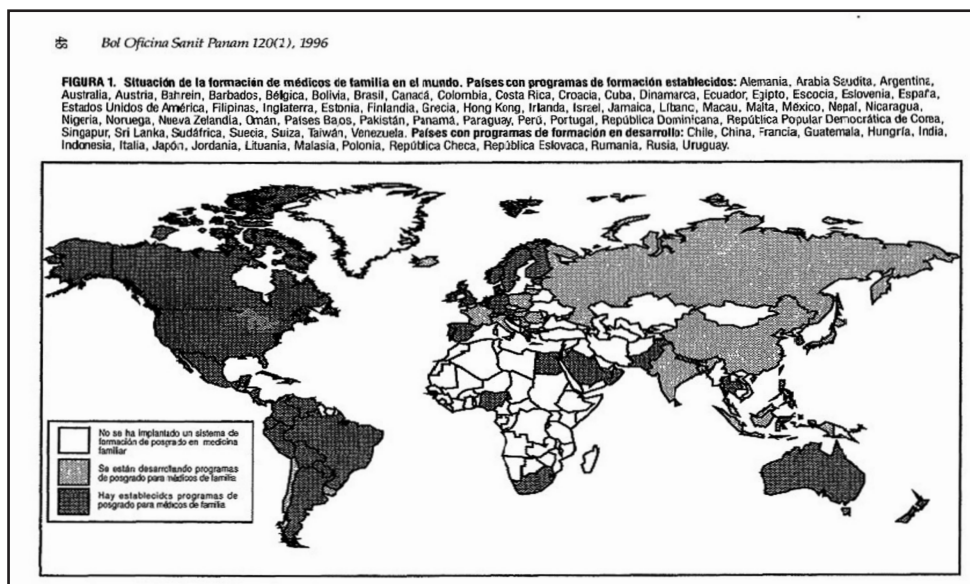
Dr. Miguel Dávila Dávila

ANTECEDENTES:

- Década de los setenta: México organizó el 1er programa de MF en AL en el IMSS. La UNAM en 1975 creó el 1er programa de MF.
- Década de los ochenta: al comenzar había MF en 3 países: México, Panamá y Bolivia. El desarrollo estuvo liderado por el Centro Internacional para la Medicina Familiar: Se crearon residencias en 13 países de AL, se fundaron Sociedades nacionales de MF, se organizaron reuniones internacionales y hubo intercambio de residentes y docentes.
- Década de los noventa: los países con MF eran 18 y reunían un total de 160 programas. Promoción de APS por OPS/OMS, influencia de líderes, desarrollo de la especialidad en Canadá y EEUU y el interés y apoyo de España en el marco del CIMF.

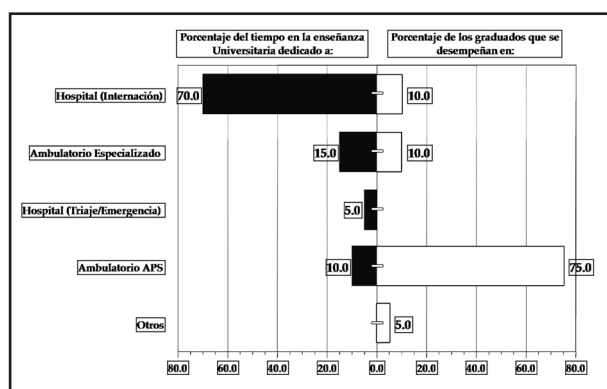
PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL DESARROLLO DE LA MF A ESCALA MUNDIAL

1. No reconocer la MF como especialidad
2. No ver la necesidad de integrar la práctica y los servicios clínicos y comunitarios
3. No entender la necesidad de integrar la atención preventiva y la curativa
4. Preferencia por la atención selectiva frente a la integral
5. Tendencia histórica hacia la especialización
6. Creciente dependencia de tecnologías de atención terciaria
7. Financiamiento desproporcionado de la atención terciaria
8. Preferencia por la atención urbana frente al desarrollo de salud rural
9. La baja posición profesional de los médicos de familia



10. Pocas oportunidades de formación de médicos de familia
11. Falta de liderazgo y de figuras modelo en la MF
12. Falta de resolución para comprometerse a proveer APS integral y accesible
13. Educación médica predispuesta a favor de la formación de especialistas en hospitales.

DISCORDANCIA ENTRE LA FORMACIÓN Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL



Enseñanza de la Pediatría en Escuelas de Medicina en América Latina. ALAPE y OPS, Octubre 2002.

ULTIMA DÉCADA DEL SIGLO XX

- Dos fenómenos de enorme influencia sobre los sistemas de salud y por ende sobre la APS: La reforma de los sistemas de salud y el concepto de medicina gerenciada o gestionada.
 - Se pusieron en boga los conceptos de «servicios de salud como mercancía».
 - se impulsó el concepto del «MF como barrear o portero» del sistema de salud, cuya misión es limitar el acceso de los pacientes a niveles más complejos del sistema, con el objeto de bajar los costos.
 - Este concepto jamás fue sostenido por los fundadores de la MF quienes concebían al MF como facilitador, coordinador, orientador y cuidador de sus pacientes aun en los niveles más complejos del sistema.
- La APS recibió los embates de la globalización, no tuvo apoyo político en América Latina y salvo en España que en 1978 dispuso: el MF

constituye la figura del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención integrada y completa a los miembros de la comunidad.

- A diferencia de lo ocurrido en los países desarrollados, en los cuales la crisis se produjo con posterioridad a un gran desarrollo de la APS/MF; en la mayoría de los países de AL la APS presenta una crisis desde fines de la década de los noventa, aún antes de haberse desarrollado plenamente.

«CONTRAMOVIMIENTOS»

- 1994: Conferencia sobre MF en la Reforma de los Servicios de Salud de las Américas organizado por WONCA/OMS en London, Ontario, Canadá. Documento aprobado bajo el título: «Hacer que la práctica médica sea más relevante a las necesidades de la comunidad»
- 1996: en Buenos Aires con auspicio de OPS, CIMF y WONCA. «La MF en la reforma de los servicios de salud». Similar orientación a la anterior y se aprobó:
 - Las escuelas y facultades de medicina deben implementar procesos de inserción de la MF dentro de los planes curriculares de pregrado, que permitan al alumno un contacto temprano, gradual y continuo con los principios universales y las modalidades de práctica de esta disciplina.
 - Con base a sus propias características, cada país debe desarrollar modelos integrales de atención a la salud, que permita utilizar de manera óptima los principios y ventajas de la MF, convirtiéndola en la vía de entrada a los servicios de salud.

SIGLO XXI

La Resolución de los Ministros de Salud de las Américas, septiembre 2005, constituye un reconocimiento franco del deficiente estado de la APS en la Región.

- Que APS cuente con recursos que aseguren su contribución a la reducción de desigualdades en salud
- Renovar el compromiso de fortalecer los RRHH para la APS

- Reconocer el potencial de la APS para reorientar los SS a la promoción de la salud
- Fortalecer sistemas de información y vigilancia de la APS
- Respalda la participación activa de las comunidades en la APS.

Tres Cumbres Iberoamericanas: Sevilla 2002, Santiago de Chile 2005 y Fortaleza 2006.

- Task Force Iberoamericano para el desarrollo de la MF.
- Alianzas estratégicas para incorporar la MF y la APS en el pregrado.
- Movilizar voluntades y garantizar recursos.
- Formación de profesores y líderes docentes en MF.
- Diseñar estrategias para introducir la disciplina de MF en el currículo del pregrado.

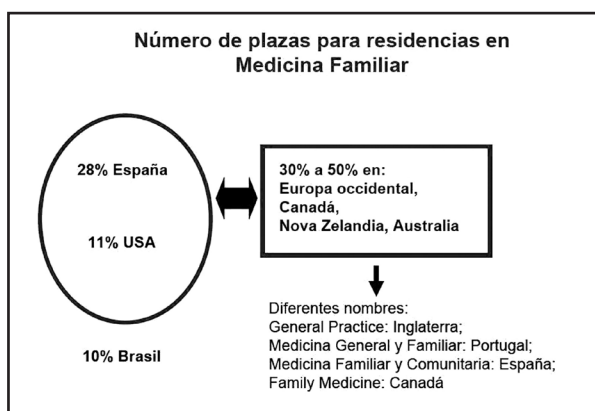
País	Pob. total (millones de hab)	Total MF	Nº hab/MF	Nº ideal MF	Diferencia
Cuba	11,2	33000	339	5600	27400
México	103,4	37000	2800	51700	-14700
Venezuela	24,3	1700	4300	12750	-11050
Argentina	38,7	2500	15480	19350	-16850
Paraguay	6,3	400	15750	3150	-2750
Bolivia	8,4	400	21000	4200	-3800
Uruguay	3,4	130	26153	1700	-1570
Panamá	2,9	40	72500	1450	-1410
El Salvador	6,7	52	130000	3350	-3298
Ecuador	13,4	50	268000	6700	-6650
Perú	28,0	62	451600	14000	-13938

Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian Mc Whinney. Centro Privado de Medicina Familiar afiliado a la USC. Buenos Aires. Argentina. Atención Primaria 2006

AVANCES AL 2005

Aunque el panorama general de la APS y la MF en AL es carencial e insatisfactorio, pueden mencionarse algunas realizaciones valiosas:

- Estatus universitario para la disciplina
- Programas de conversión de médicos generales
- Creación de una entidad para impulsar la investigación en MF
- La difusión de los principios e instrumentos de la MF entre otros especialistas.



Plazas especialidades de APS, básicas y totales por país

País	APS (MG Y Familiar)	%	Plazas Básicas	%	Plazas Totales
ARG	349	10	1.665	49	3.365
BOL	100	24	260	61	424
BRA	505	4	5.448	48	11.263
CHI	40	6	343	52	659
COL	17	2	349	41	852
COR	7	3	53	24	225
CUB	3299	69	3.836	80	4.801
EIS	14	9	158	100	158
HON	-	-	135	45	300
MEX	1.073	18	3.752	61	6.122
PAR	43	14	181	59	306
PER	66	5	502	36	1.391
DOR	84	12	229	34	683
URU	40	16	135	55	246
Total	5.637	18	17.046	55	30.795

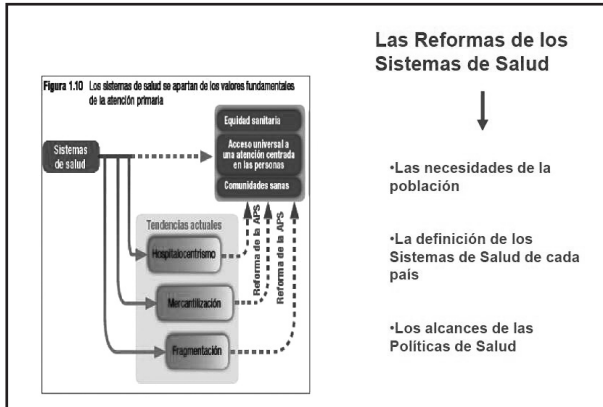
En una década ha bajado el porcentaje de plazas otorgadas a las residencias vinculadas a la APS!!!



Del 41% al 18%

Medicina Familiar 6%

Aumentar el número de plazas en Medicina Familiar



Recomendaciones del estudio

- 1- Orientar las políticas de las Residencias Médicas para su contribución al desarrollo de la APS y las RISS.
- 2- Establecer sistemas de Planificación de las residencias médicas e invertir en Salud Familiar.
- 3- Fortalecer la coordinación entre Salud y Educación para la gestión de las residencias médicas.
- 4- Orientar los programas de residencias por competencias y los ámbitos de aprendizaje en la lógica de las RISS.
- 5- Estructurar los programas de formación con la incorporación de las universidades.
- 6- Impulsar procesos de acreditación de los programas de formación de los especialistas

2011

DESAFIO 5 y METAS

"Generar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación profesional (Universidades, Escuelas) y las de servicio que permitan adecuar la formación de profesionales de salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población".

- 80% orientado su formación hacia APS.
- 80% habrá adoptado programas para atraer poblaciones sub-atendidas.
- 70% escuelas de C. de la S. y S.P. estarán acreditadas

Metas Regionales 2007-2015 aprobadas por La Conferencia Sanitaria Panamericana 2007

Plan Andino de Recursos Humanos

- Monitoreo de las Metas Regionales de Recursos Humanos en la Región Andina. (OPS 2007) con base a los desafíos de Toronto.

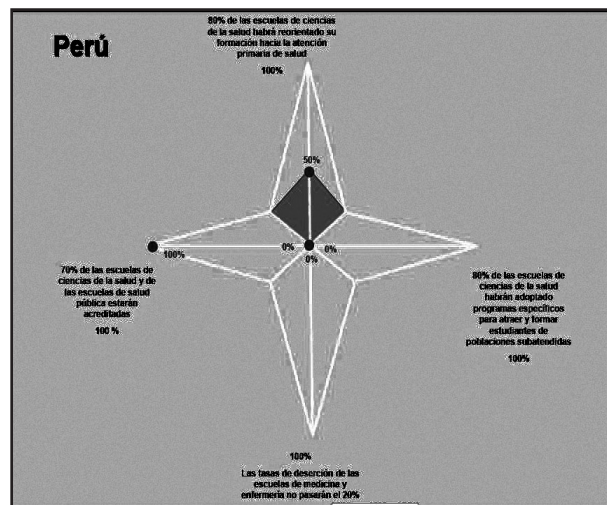
DESAFIO 5:
crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud

Monitoreo de las Metas de Recursos Humanos

- **Meta 17:** El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
- **Meta 18:** el 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

Monitoreo de las Metas Regionales

- **Meta 19:** las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%
- **Meta 20:** el 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de salud pública estarán acreditadas por un entidad reconocida



Futuro de la MF en AL

- Decisiones políticas de salud, planes y recursos
- Inserción universitaria
- Difusión del rol de los MF en el sistema y en la sociedad
- Exposición de otros especialistas a los principios e instrumentos de la MF
- Reconversión de los médicos que trabajan en APS a MF
- Fomento de la investigación en APS/MF con formación de investigadores en este campo.