



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL semFYC

Cumbre de Cali. VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar



Summit meeting of Cali. VII Iberoamerican of Family Medicine

Durante los días 13 y 14 de marzo del presente año se celebró en Cali (Colombia), la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar bajo el título de *Cuarenta años de Alma Ata: Medicina Familiar y Salud Familiar, un Camino para la Paz*. Contó con la presencia de representantes políticos de los Ministerios de Salud de Colombia, Argentina, Cuba, Nicaragua, Panamá, Paraguay; representantes de la Organización Panamericana de Salud y los miembros de las 20 sociedades científicas que conforman WONCA-Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) entre las cuales se incluye la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

El eje central de la cumbre era el papel de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria en el desarrollo de una Cultura de Paz y su capacidad para desarrollar un abordaje eficiente sobre los efectos de la violencia en la salud, trabajando directamente con las personas, las familias y las comunidades. La violencia es un problema de salud pública en todo el mundo y está especialmente presente en todas sus formas (violencia colectiva, interpersonal y autoinfligida) en América Latina¹. La tasa de homicidios alcanzó el año 2015 la cifra de 24 por cada 100.000 habitantes (4 veces la media mundial) y se estima que los costes totales derivados de los delitos pudieron sobrepasar (en promedio) el 3% del PIB (2,41-3,55%) de los países de la región. La violencia es un problema complejo que se relaciona con esquemas de pensamiento y comportamiento conformados por multitud de fuerzas en el seno de las familias y comunidades, fuerzas que pueden también traspasar las fronteras nacionales. La violencia no solo se traduce en impacto económico, sino que acarrea graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo sobre la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países. Numerosos estudios muestran que los costos indirectos o intangibles del crimen y de la violencia son significativos y tienden a concentrarse en los grupos de población

más vulnerables, exacerbando sus condiciones de pobreza y marginación social².

Trabajar en contra de la violencia ha sido una recomendación específica de la OMS y la OPS desde 2002, y por eso creemos que el sistema de salud en su conjunto debería fijarse como objetivo nacional el fortalecimiento de la capacidad y la financiación para brindar atención de calidad a las víctimas de todos los tipos de violencia, así como los servicios de rehabilitación y apoyo necesarios para prevenir ulteriores complicaciones.

En este contexto, declaraba Alejandro Gaviria, Ministro de Salud y Protección Social de Colombia en la Conferencia inaugural, que la «atención primaria y la medicina familiar tienen que jugar un papel fundamental en el posconflicto. En ellas, tenemos la posibilidad de alcanzar la utopía necesaria de la salud para todos».

Fortalecimiento de la medicina familiar y comunitaria y la atención primaria

La cumbre facilitó la elaboración de un acuerdo entre todos los países presentes y que se inició renovando el compromiso con Alma-Ata reconociendo la atención primaria como una estrategia fundamental para frenar la inequidad en salud y garantizar los derechos en salud a nivel mundial. El documento se puede consultar en: https://www.minsalud.gov.co/Documents/General/Medicina_Familiar_Declaracion.pdf

De los acuerdos alcanzados destacamos 3 aspectos: El primero de ellos es el compromiso de fortalecer la medicina familiar como estrategia para el fortalecimiento de los sistemas de salud de la región. Eso pasa ineludiblemente por incrementar el número de especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFyC). No es posible hablar de servicios de alta calidad en atención primaria si no se dispone de

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.001>

0212-6567/© 2018 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1 Número de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria por cada 100.000 habitantes ordenados de mayor a menor

País	Numero
España	74,8
Portugal	62
México	34,2
Uruguay	14,6
Argentina	14,3
Resto de países de Iberoamérica	< 10

médicos de familia. Y a día de hoy, es necesario reconocer que la cantidad de especialistas de MFyC en algunos países es prácticamente testimonial (tabla 1).

Y, aunque en la mayoría de países de la región han pasado más de 30 años desde que se creó la especialidad, observamos que los que tienen que tomar decisiones (los políticos, los planificadores...) no lo hacen a favor de incrementar el número de especialistas a formar en medicina familiar y comunitaria.

En la tabla 2 se observa cómo, aunque se mejora el número de plazas ofertadas para formación en MFyC entre los años 2000 y 2010, el incremento es inferior al de otras especialidades. Es decir, la proporción de médicos de familia en relación al de otras especialidades pasa del 13,78% en el año 2000 al 10,25% en el año 2010.

En España se han ofertado para este año, 1.810 plazas de medicina familiar y comunitaria de un total de 8.042, lo que supone un 22,5% del total. Pero si analizamos la evolución del número de plazas entre los años 2018 y 2010 observamos que se han perdido 1.501 plazas o dicho de otra manera, en 8 años hemos perdido prácticamente un año. Aunque es muy probable que en los últimos años se haya incrementado el número de MFyC en formación en Latinoamérica vale la pena subrayar el hecho objetivo de que mientras en España

inician su formación en MFyC cada año, 38 MFyC por millón de habitantes, en los países latinoamericanos incluidos en la tabla, solo lo hacen 4 por millón de habitantes.

El segundo aspecto que queremos resaltar se refiere al acuerdo firmado de fomentar las políticas destinadas a la gestión del conocimiento en medicina familiar, el aumento de la disponibilidad de evidencia científica en esta materia y el fortalecimiento de las destrezas de los médicos familiares en los equipos de salud. En Latinoamérica, lamentablemente no se ha llegado a construir un perfil único del médico familiar, no se dispone de programas homogéneos de residencia ni siquiera en el mismo país, y no existe un consenso acerca del nombre de la especialidad en la región. Es más, para un espectador externo y muy probablemente para los propios ciudadanos de cada país, parece que asistimos a una ceremonia de confusión de nombres: médicos familiares, médicos generales integrales, médicos especialistas en salud familiar comunitaria intercultural... Y todo ello da lugar a una falta de reconocimiento de la especialidad tanto por los políticos, que tienden a infravalorarla, como por los ciudadanos e incluso por los profesionales. No es un hecho aislado. Recientemente, en nuestro país, bajo la presión de la escasez de médicos de familia por los cambios sociodemográficos que está sufriendo la profesión y más intensamente la especialidad de MFyC, han surgido algunas voces que minusvalorando la formación de los médicos de familia proponen reducir su formación sacándola del sistema MIR y limitar su formación a un período de 2 años. Eliminar la vía formativa MIR supondría un claro retroceso de la calidad asistencial que debe recibir la población y una amenaza grave para la seguridad clínica de nuestros pacientes. ¿Alguien en su sano juicio propondría reducir la formación de un cardiólogo a 2 años o la de un internista o un cirujano? Y ¿por qué si para la medicina de familia?

Se hace necesario promover el liderazgo profesional, huir de la creación de subespecialidades dentro de la propia especialidad (el experto en diabetes, el riesgo cardiovascular,..) copiando lo peor de las especialidades hospitalarias

Tabla 2 Oferta de plazas de formación en Medicina Familiar y Comunitaria en relación con la oferta total de plazas de los años 2000 y 2010

País	Plazas 1 ^{er} año MF 2000	Porcentaje total de plazas disponibles	Plazas 1 ^{er} año MF 2010	
			Plazas 1 ^{er} año MF 2010	Porcentaje total de plazas disponibles
Argentina	350	23	349	10
Bolivia	15	ND	100	24
Brasil	0	ND	505	4
Chile	50	50	40	6
Colombia	30	10	17	2
Costa Rica	4	5	7	3
El Salvador	8	3	14	9
México	717	22	1.073	18
Paraguay	10	ND	43	14
Perú	12	2	66	5
República Dominicana	17	4	84	12
Uruguay	10	5	40	16
Total	1.223	13,78	2.338	10,25

MF: Medicina Familiar y Comunitaria (todas las denominaciones); ND: no disponible.

Fuente: Armiños et al.³.

y fragmentando nuestro abordaje pasando de atender a la persona como un todo al enfoque de enfermedad u órgano. Debemos recuperar la verdadera identidad de la especialidad y nuestros valores de compromiso con las personas, con la profesión (compromiso ético y científico) y con la sociedad. La MFyC es una disciplina académica y científica con contenidos pedagógicos, investigación, evidencia fundamentada y actividad clínicas propios, y es una especialidad clínica orientada a la atención primaria⁴.

El tercer compromiso aprobado en la cumbre es la de conformar una red de cooperación técnica, con el apoyo de la Organización Panamericana de Salud (OPS), entre los ministerios de salud de los países participantes en materia de medicina familiar y atención primaria y solicitar su inclusión en el registro de redes Iberoamericanas. Creemos que es una iniciativa extraordinariamente importante que potencia la visibilidad de la MFyC y la atención primaria, que permitirá crear y difundir información, que aumentará la cohesión de la región y que acercará la realidad sanitaria a las distintas instancias de la conferencia y los organismos iberoamericanos.

Pocas semanas después de haber finalizado la cumbre tenemos la seguridad de que es posible avanzar en todos los países, de que surgen ante nosotros oportunidades para participar e influir para que los sistemas sanitarios de cada uno de nuestros países sean más eficaces, más eficientes, de acceso universal y más equitativos. Y creo que nosotros, los médicos de familia y las sociedades que conforman la CIMF, podemos y debemos liderar esa transformación.

NOTA: Durante la cumbre se hizo un pequeño homenaje al Dr. José Ll. Piñol, vicepresidente de la Región Ibérica de la CIMF y vicepresidente de la semFYC recientemente fallecido. Sirva también este editorial para mantenerlo en nuestro recuerdo.

Bibliografía

1. Dahlberg LL, Krug EG. La violencia un problema de salud pública. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica n.º 588. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
2. Jaitman L. Los costos del crimen y de la violencia: nueva evidencia y hallazgos en América Latina y el Caribe. Monografía del Banco Interamericano de Desarrollo; 510. División de Capacidad Institucional del Estado. III. Serie. IDB-MG-510. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 2017.
3. Armiños G, Vaca L, Aguilera L, Casado V, Sánchez G, Alvear S. Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;12 Suppl 1:547-60.
4. Organización Panamericana de la Salud-Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. «Residencias médicas en América Latina». Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N.º 5. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2011.

S. Tranche Iparraguirre^{a,*}, J.M. Bueno Ortiz^b,
M. Fernández García^c y E. Polentinos Castro^d
^a *Presidente de la semFYC*
^b *Responsable Sección Internacional*
^c *Vicepresidenta de la semFYC*
^d *Vicesecretaria de la semFYC*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: stranchei@semfyc.es
(S. Tranche Iparraguirre).