REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
RBMFC
www.rbmfc.org.br
ENSAYOS

Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar

Universal Health Coverage, Primary Care and Family Medicine

Cobertura Universal em Saúde e Atenção Primária e Medicina da Família

Maria Inez Padula Anderson. Faculdade de Ciencias Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitaria. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br *(Autora para correspondencia)*
Maria de Lourdes Rojas Armadillo. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ciudad de México, DF, México. educacion.rubi@gmail.com
Niurka Taureaux Díaz. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (UCMH), Sociedad Cubana de Medicina Familiar. Cuba. niurka.toro@infomed.sld.cu
Maria Sofía Cuba Fuentes. Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria. Lima - Perú. maria.cuba@upch.pe

Grupo de trabajo

Daniel Márquez (Uruguay); Edgar León Segovia (Ecuador); Fernando Copolillo (Argentina); Javier Dávila Torres (México); Juan José Mazón Ramírez (México); Julio Ojeda (Ecuador); Sergio Minué Lorenzo España); Manuel Cervantes Ocampo (México); Maria Augusta Molina (Ecuador); Maria de Lourdes Rojas Armadillo (México); Maria Inez Padula Anderson (Brasil); Mario Cruz (OPS); Miguel Angel Suárez (Bolivia); Nilson Massakazu Ando (Brasil); Niurka Taureaux Díaz (Cuba); Osman Barboza (Venezuela); Raúl Castellanos (Puerto Rico); Renato Tasca (OPS); Ricardo Donato (Brasil); Rodolfo Deusdará (Brasil); Sofía Cuba Fuentes (Perú); Verónica Espinosa (Ecuador); Wesley Eugene Schmidt (Paraguay).

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo presentar un análisis de la situación de la Cobertura Universal de Salud Iberoamérica en relación a la oferta de servicios de Atención Primaria (AP), considerando la participación de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Además, propone indicadores relacionados relativos a la AP y a la MFyC, de manera que la Cobertura Universal de Salud pueda ser evaluada a partir de una perspectiva longitudinal que permiirá acompañar su evolución y los resultados alcanzados. Para tal fin, se realizó un estudio de caso con informaciones obtenidas a partir de los presidentes de las Asociaciones de Medicina Familiar integrantes de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). Los indicadores propuestos en este estudio pueden representar una contribución efectiva para el alcance de una Cobertura Universal de calidad, basada en criterios de proceso y más amplios que los de programas verticales basados en el abordaje de condiciones o enfermedades especificas, de carácter más puntual y coyuntural, que usualmente ocupan las agendas de la gestión en salud. Aunque estos programas verticales tengan alguna validez, ellos dejan en segundo plano aspectos estructurales y estratégicos que permitirían un alcance más amplio y duradero de las acciones de salud a lo largo del tiempo.

Palabras clave:
Cobertura Universal
Atencion Primaria de Salud
Medicina Familiar y Comunitaria
Indicadores en Salud

Abstract

This paper aims to present an analysis of the situation of Latin America Universal Health Coverage in relation to the supply of Primary Care (PC), considering the participation of Family and Community Medicine (FCM). It also proposes indicators to measure Universal Health Coverage relating to the PC and the FCM in a longitudinal perspective watching their progress and results achieved. To this end, a case study was conducted with information obtained from the Presidents of the Associations of Family Medicine members of the Latin American Confederation of Family Medicine - Wonca Iberoamericana CIMF. The indicators proposed in this study may represent an effective contribution to the achievement of universal coverage quality, based on criteria of process and broader than vertical programs, based on specific conditions or diseases, more timely and temporary nature that usually occupy the agendas of health management. Although these vertical programs approach have some validity, they leave in the background structural and strategic aspects that would allow a broader and lasting health actions over time to reach.

Keywords:
Universal Health Coverage
Primary Care
Family Medicine
Health Indicators

Financiación:
ninguna declarada.
Aprobación ética:
no aplicable.
Conflicto de intereses:
ninguna declarada.
Procedencia y revisión por pares:
revisado por pares.
Recibido el: 19/02/2016.
Aceptado el: 19/03/2016.

Cómo citar: Anderson MIP, Rojas ML, Taureaux N, Cuba MS. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 1):4-30. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1276

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma análise da situação da Cobertura Universal em Saúde na Iberoamérica em relação à oferta de serviços de Atenção Primária (AP), considerando a participação da Medicina de Família e Comunidade (MFC). Também, propõe indicadores relacionados à AP e à MFC para que a Cobertura Universal em Saúde possa ser mensurada e avaliada numa perspectiva longitudinal, permitindo acompanhar seu progresso e os resultados alcançados. Com esta finalidade, foi realizado um estudo de caso utilizando informações obtidas dos presidentes das Associações de Medicina de Família da Confederação Iberoamericana de Medicina de Família (WONCA Iberoamericana-CIMF). Os indicadores propostos neste estudo podem representar uma contribuição efetiva para o alcance de uma Cobertura Universal de qualidade, com base em critérios de processo, mais abrangentes que os dos programas verticais baseados na abordagem de condições ou doenças específicas que, habitualmente, ocupam as agendas de gestão de saúde. Embora estes programas verticais tenham alguma validade, eles deixam em segundo plano aspectos estruturais e estratégicos dos sistemas de saúde que permitiriam obter resultados mais abrangentes e duradouros das ações de saúde ao longo do tempo.

Palavras-chave:
Cobertura Universal em Saúde
Atenção Primaria à Saúde
Medicina de Família
e Comunicade
Indicadores em Saúde

Introducción

"La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud […] ... los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación".[1]

En 2013, se ha cumplido 35 años de la celebración de la histórica Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Atención Primaria de Salud (APS) celebrada en Alma-Ata, cuyo objetivo fue establecer estrategias para alcanzar la meta "Salud Para Todos en el Año 2000".[2]

A pesar de los esfuerzos desarrollados, el mundo aún está lejos de alcanzar la meta establecida. Luego de tantos años, "… es lamentable la situación de salud de gran parte de la humanidad, pues ella aún no goza de una atención a la salud integral, equitativa o ni siquiera básica".[3]

La meta "Salud para Todos" aún es, de hecho, un gran desafío. Tras tres décadas de Alma Ata, el acceso a los bienes y servicios de salud aún no es para todos. Son muchos los millones de excluidos en todo el mundo. Sobre todo los más pobres.

La total falta de acceso a la red de servicios de salud no es, todavía, un problema aislado. Afecta a un considerable contingente de la población mundial que vive en condiciones sub-humanas. Particularmente las personas que viven en comunidades geográficamente aisladas, con dificultad en el acces. Pero, también, es un problema en las comunidades instaladas precariamente en las periferias de los grandes centros urbanos, tantas veces desasistidas y rehenes de organizaciones criminales.

La OMS ha reiterado la necesidad cada vez más urgente de revertir esta intolerable situación de exclusión, que torna al campo de la salud como cómplice de un proyecto de sociedad centrado en criterios dictados por el mercado, donde los intereses particulares y el consumo se sobreponen a la cooperación, a la fraternidad y a el interés colectivo.

No obstante, esta cuestión abarca aún otros aspectos. Involucra barreras que dificultan el acceso de millones de personas a los bienes y servicios de salud que de hecho necesitan. La sencilla extensión, selectiva y restringida, de bienes y servicios no resuelve el problema de las necesidades reales de salud de la población, ni tampoco de universalización de la cobertura; tampoco una generosa cartera de servicios, si los cuidados necesarios llegan tarde por demás.

En los últimos años, la gravedad de la situación sanitaria consecuente a la ineficacia de las políticas de salud, sumadas a la insatisfacción de las personas con los sistemas, los problemas de financiamiento y a los costos elevados, ha impulsado a muchas organizaciones de salud con liderazgo como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a asumir un posicionamiento más activo y a implementar gestiones, realizando eventos, así como publicando documentos sobre la necesidad de renovar los compromisos asumidos en Alma Ata, a través de una Atención Primaria Renovada.

El documento de la OMS, publicado en 2008,[1] titulado: *"La Atención Primaria de Salud: Más Necesaria que Nunca"* y, uno anterior, elaborado y publicado por la OPS: "*Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud"*[4] pueden ser considerados marcos contemporáneos para que los países, finalmente, constituyan sistemas sanitarios con base en una Atención Primaria de Salud (APS) fuerte y cualificada.

Tal vez por primera vez, y de una manera más clara, los documentos reconocen que, hasta aquí, la APS se interpretó erróneamente como la prestación de una mala (y pobre) atención a los pobres, aunque algunos la calificaron de utópica y otros pensaron que era una amenaza para el cuerpo médico. En estos documentos, se habló también de la necesidad de la APS en los sistemas de salud y reconocieron la importancia de la especialidad de Medicina Familiar en los equipos de salud para constituir la base para la Cobertura Universal.

Cobertura Universal en Salud con base en una APS cualificada significa acceso oportuno de las personas, familias y comunidades, sin distinción, a los bienes y servicios que sus condiciones de salud requieren. En otras palabras, significa acceso de todas las personas a cuidados integrales y coordinados de promoción, protección, asistencia y recuperación de la salud, en conformidad con las necesidades que presentan en el curso de sus vidas. Al final, esta es la propia razón de ser de un servicio y de un sistema de salud.

Cobertura Universal

Garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones para todos es una meta hacia la que toda sociedad quiere avanzar, más aún en una región tan desigual como América Latina y el Caribe. La cobertura universal es un objetivo importante para la mayoría de los países; sin embargo, el contexto para lograr una cobertura universal es difícil: cada día aumenta la presión sobre el gasto en salud. El rápido desarrollo de la tecnología médica, los cambios epidemiológicos y el envejecimiento de la población son algunos de los factores que llevan a los países a incrementar su gasto en salud.

Además, como resultado de mejores condiciones de vida y más acceso a información médica, la población tiene expectativas cada vez mayores de lo que debiera ofrecerle el sistema de salud. Al mismo tiempo, los recursos para la salud no han crecido a la par de la demanda, lo que ha generado una brecha creciente.

El camino hacia la cobertura universal ha sido llamado *"La tercera transición sanitaria mundial"*, tras las transiciones demográfica y epidemiológica. La cobertura universal es ya una ambición de todas las naciones de la Tierra, cualquiera que sea la etapa de desarrollo en que se encuentren. El calendario y las prioridades de acción difieren sensiblemente de un país a otro, pero la elevada meta de garantizar

que todas las personas puedan recurrir a los servicios de salud que necesiten sin riesgo de quebranto económico, es la misma en todas partes.

El objetivo de la cobertura universal es garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de la ruina económica o el empobrecimiento. Heredero del movimiento "Salud para Todos" el concepto de cobertura sanitaria universal se funda en una visión amplia de los servicios necesarios para gozar de unas buenas condiciones de salud y bienestar.

Reflexiones acerca de Demandas, Ofertas y Necesidades en Salud en la Actualidad: Desafíos para la Cobertura Universal

Como resultado de mejores condiciones de vida y mejor acceso a información médica, la población tiene expectativas cada vez mayores de lo que debiera ofrecerle el sistema de salud. Y, en gran parte de las ocasiones, lo que las personas imaginan debiera ser el mejor servicio de salud, no lo es, en realidad. El imaginario) popular está relacionado con aquellas instituciones/unidades de salud donde se encuentran especialistas focales (cardiólogos, endocrinólogos, etc.); es posible acceder y hacer exámenes complementarios cada vez más sofisticados (muchas veces innecesarios e inapropiados). Donde, de alguna manera, se alimenta la idea de que para tener salud, lo más importante es realizarse chequeos y tomar medicamentos para prevenir o curar las enfermedades. Así, como si fuera una visión sesgada de la práctica y de las acciones en salud. Esta manera de entender los servicios sanitarios, por otro lado, interesa y es alimentada por el mercado de la salud, especialmente por las industrias de equipamientos y la farmacéutica y, porque no decir, muchas veces, por intereses corporativos de la clase médica y de otros profesionales de la salud, construidos con base en la super especialización.

Sirviendo de sustento a eso, está la concepción de base cartesiana, el paradigma anatomoclínico, constituido a finales del siglo XVIII, aún hegemónico, que ha forjado la medicina como ciencia y validado, así, el ejercicio de la propia práctica médica. A través de este paradigma se fortaleció la idea de que para tratar la enfermedad necesitamos saber más y más acerca de la parte del cuerpo afectada por ella. Así, progresivamente, la cultura social empezó a valorar al profesional de salud y sus prácticas en conformidad con sus habilidades instrumentales: cuanto más focales y puntuales, supuestamente, serán mejores para tratar a la gente. Esta comprensión puede, en parte, servir de explicación para una eventual baja valoración, carencia de incentivos y políticas específicas para el pleno desarrollo de la APS y de la Medicina Familiar, una vez que estas actúan con base en el paradigma biopsicosocial, centradas en la persona y no en la enfermedad, integrando acciones de promoción y asistencia de salud de nivel individual, familiar y comunitario.[5] La enfermedad se puede manifestar en el cuerpo, pero, sobretodo, es la persona quien se enferma.

Los problemas relacionados con la emergencia del paradigma cartesiano, no parecían ser tan graves en el inicio del siglo XIX, toda vez que las personas se enfermaban mayoritariamente, por causas infecciosas, o sea, por una "causa" externa que una vez tratada, se curaba. Además, se morían más temprano, es decir, el tiempo de vida era mucho más corto, así como el tiempo conviviendo con enfermedades crónicas.

Pero, ahora, los problemas derivados de esta concepción cartesiana de pensar y practicar la medicina son mucho más serios[6] pues, el perfil de morbilidad/mortalidad de las poblaciones, y la expectativa de vida de las personas, constituyen una realidad muy distinta de aquella configurada en ocasión del establecimiento de la medicina anatomo-clínica. Hoy, las personas viven el doble del tiempo y el perfil nosológico está

conformado por enfermedades crónicas degenerativas, influidas por los hábitos y estilos de vida. Son enfermedades 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. O sea, se ampliaron los factores y las situaciones de riesgo a la salud y, por otro lado, se evidenció y amplió la comprensión de que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno complejo, en el cual actúan e interactúan variables de distintas dimensiones: biológica, psicológica, cultural, social y económica.[5,7]

La hegemonía del paradigma anatomoclínico -que en la actualidad podría ser mejor denominado como biotecnológico- está relacionado, a su vez, con la organización de los sistemas sanitarios de muchos países que privilegian la atención a las demandas puntuales de salud, que en la actualidad, no son solamente los cuadros infecciosos. Para hacer frente a estas demandas, muchos países, de una manera equivocada, han expandido los niveles de atención secundario y terciario en detrimento de la APS.

La Cobertura Universal en Salud, por lo tanto, representa un gran desafío, en un mundo donde muchas personas son pobres, viven en condiciones insalubres y donde el concepto de salud está cultural, intrínseca y equivocadamente involucrado con el consumo de bienes y servicios, que en general, al contrario, causan más daños y enfermedades que beneficios y salud. Así, la Cobertura Universal en Salud representa un desafío aún más grande si la estrategia central para alcanzarla está basada en acciones y programas enfocados en la enfermedad, y no en las personas, lo que contribuye al aumento progresivo de los costos, la ineficacia y la iatrogenia, además de retroalimentar el consumo innecesario.

En el marco de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, un mes antes de la celebración de la 66ª Asamblea de la Organización Mundial de Salud, autoridades sanitarias de países de Iberoamérica estuvieron reunidas para reflexionar acerca del tema Cobertura Universal y Medicina Familiar, justificándose este estudio como forma de apoyar el debate acerca de este tema además de contribuir para la efectividad de las acciones de gestión y formación de recursos humanos.

Objetivos

General

Contribuir para que la Cobertura Universal en Salud en los países de Iberoamérica sea hecha con base a las necesidades de salud de las personas a lo largo de sus vidas, a través de acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en salud, y no basada en medidas o acciones programáticas, aisladas y focalizadas en las enfermedades.

Específicos

a. Describir la situación de los países de la región iberoamericana en relación a la cobertura universal de la salud de sus pueblos, fortalezas y debilidades.
b. Proponer directrices que orienten a los países en la búsqueda del objetivo de cobertura universal de calidad en el corto, mediano y largo plazo.
c. Proponer indicadores para evaluar la Cobertura Universal, la calidad de la cobertura, y su relación costo-efectividad en los países de la región.

Material y métodos

Se realizó un estudio exploratorio, de carácter transversal, basado en datos secundarios acerca de los indicadores de salud y económicos de la región y en las informaciones recabadas de representantes de las asociaciones de medicina familiar de los 20 países asociados a Wonca Iberoamericana-CIMF.

Tales representantes fueron considerados como informantes-claves, es decir, capaces de representar la visión de otros médicos familiares con respecto a la realidad de sus países en términos de organización de sus sistemas y servicios de salud, especialmente, en el área de la APS y la Medicina Familiar (MF).

En la primera etapa de la investigación se realizó una búsqueda temática con relación a conceptos e informaciones acerca de la cobertura universal. En un segundo momento, por consenso de los especialistas que formaron parte del grupo de trabajo y luego de varias rondas por correo electrónico, se conformó un cuestionario semi-estructurado que fue enviado y contestado en línea, abarcando 34 preguntas distribuídas en tres grandes dimensiones:

a. Características de los países, perfil socio-demográfico, inversión en salud, tipos de sistemas de salud.
b. Características de los sistemas de salud acerca de evaluación de la calidad; de la conformación de los equipos de salud y de los atributos de APS.
c. Entendimiento, valoración y presencia de la MF en la comunidad académica y en la población; indicadores adecuados para medir la Cobertura Universal de calidad.

Situación actual Resultados

Quince de los 20 países (75%) contestaron el cuestionario: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador; España, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Los datos fueron procesados y se obtuvieron resultados que se reflejaron en tablas, en números y porcentajes.

Los resultados serán presentados en conformidad con las tres dimensiones, arriba descritas, a saber:

Dimensión 1 - Características de los países, perfil socio-demográfico, inversión en salud, tipos de sistemas de salud.

Dimensión 2 - Características de los sistemas de salud acerca de evaluación de la calidad; de la conformación de los equipos de salud y de los atributos de APS.

Dimensión 3 - Entendimiento, valoración y presencia de la MF en la comunidad académica y en la población; indicadores adecuados para medir la Cobertura Universal de calidad.

Resultados - Dimensión 1

En los países de Iberoamérica persisten las dificultades para alcanzar el acceso universal, sobre todo afectando a las personas más vulnerables, particularmente indígenas, pobres e pobladores rurales. En cuanto a la ruta de acceso a la cobertura universal, se identifica la contínua dependencia de los pagos directos, incluídas las cuotas de usuario, como el mayor obstáculo para el progreso.

Como se observa en la Tabla 1, solamente en la mitad de los países hay acceso universal a los sistemas de salud, aunque, en la mayor parte (93,5%) hay grupos poblacionales sin cobertura.

Tabla 1. Acceso y Cobertura de grupos poblaciones según países. CIMF, 2014.

País	Acceso Universal		Grupo Poblacionales Sin Cobertura	
	Sí	No	Si	No
Argentina	X		X	
Brasil	X		X	
Chile	X		X	
Cuba	X			X
El Salvador	X		X	
Panamá	X		X	
Uruguay	X		X	
Venezuela	X		X	
Bolivia		X	X	
Colombia		X	X	
Ecuador		X	X	
España		X	X	
México		X	X	
Paraguay		X	X	
Perú		X	X	
Total	8 53,3 %	7 46,7%	14 93,5%	1 6,5%

Fuente: Encuesta CIMF, 2014.

La resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 asegura que todos tenemos derecho a acceder a los servicios sanitarios y que nadie debe sufrir dificultades financieras por hacerlo. En Iberoamérica, todavía, estamos muy lejos de la cobertura universal en ambos aspectos.

Mientras el mundo lucha contra la desaceleración económica, la globalización de las enfermedades y de las economías, y la creciente demanda de atención a los enfermos crónicos relacionada en parte con el envejecimiento de las poblaciones, la necesidad de una cobertura sanitaria universal y de una estrategia para financiarla nunca ha sido mayor (Figuras 1 y 2).

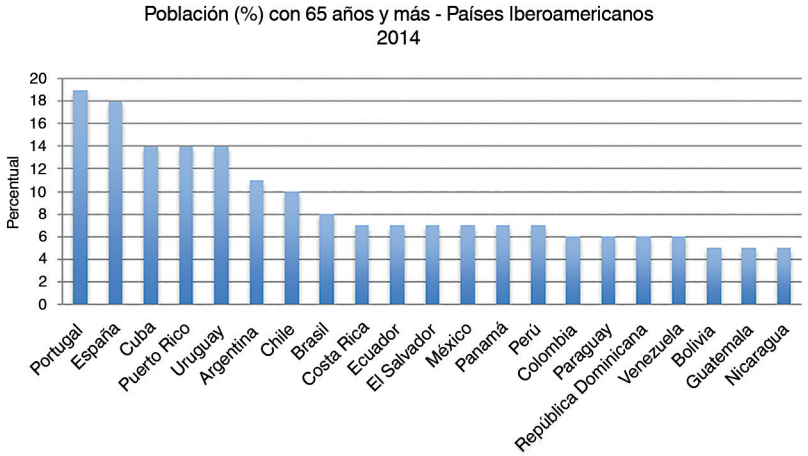


Figura 1. Población (%) con 65 años y más según países, 2014.

Fuente: http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS

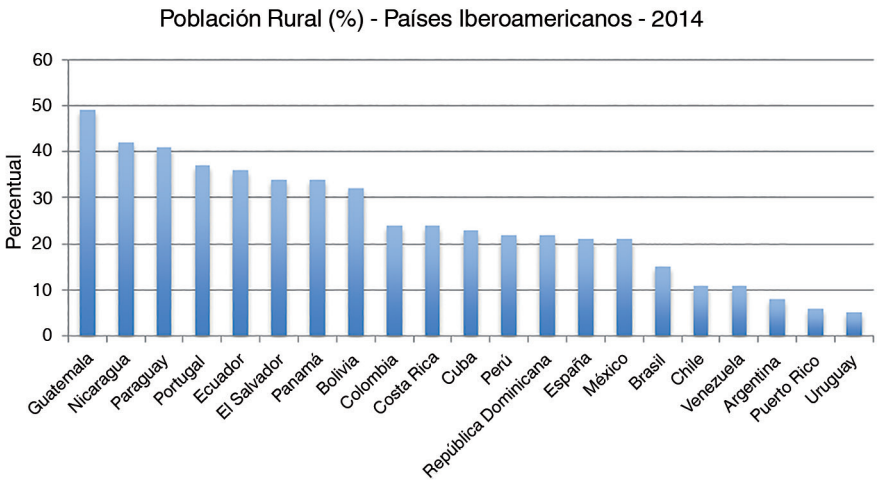


Figura 2. Población (%) en área rural según países, 2014. Fuente: Banco Mundial - http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS

Inversión en Salud

En su camino hacia la cobertura universal, los países se encuentran con tres problemas fundamentales, relacionados entre sí. El primero es la disponibilidad de recursos: ningún país, con independencia de su riqueza, ha sido capaz de garantizar a todas las personas el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida. En el otro extremo de la escala, en los países más pobres, hay pocos servicios disponibles para todos.

La otra barrera para la cobertura universal es la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento en que la gente necesita asistencia. Esto incluye los pagos de medicamentos sin recetas y las cuotas de las consultas y los procedimientos. Aún disponiendo de algún tipo de seguro médico, puede ser obligatorio contribuir en forma de copagos, coseguros o deducibles. La obligación de pagar directamente por los servicios en el momento de necesitarlos, ya sea que el pago se realice de manera formal o de manera informal impide que millones de personas reciban asistencia médica cuando la necesitan. Para aquellos que realmente buscan tratamiento, esto puede dar lugar a una situación económica grave, llegando incluso a empobrecerse.

El tercer obstáculo para avanzar más rápido hacia la cobertura universal es el uso ineficiente y no equitativo de los recursos. Se malgasta el 20-40% de los recursos destinados a la salud, siendo ésta una estimación conservadora. Reducir este despilfarro mejoraría en gran medida la capacidad de los sistemas sanitarios para prestar servicios de calidad y mejorar la salud (Tabla 2).

De acuerdo con los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las cifras de pobreza y de pobreza extrema se encuentran en los niveles más bajos que ha presentado la Región, pero continúan siendo un problema que tiene que ser encarado a nivel regional y nacional como un determinante crítico de la salud. En el 2012, la CEPAL calculó que el número de latinoamericanos en condiciones de pobreza ascendía a 167 millones. De este total, 66 millones viven en condiciones de pobreza extrema con ingresos insuficientes para acceder a una alimentación adecuada.

Tabla 2. Nivel de ingreso, PIB y esperanza de vida al nacer según países.

País	Nivel de Ingresos	PIB (Mil millones dólares)	Población total (Millones)	Esperanza vida al nacer
Argentina	Ingreso Mediano Alto	475.5	41,09	76 años
Bolivia	Ingreso Mediano Bajo	27,04	25,04	67 años
Paraguay	Ingreso Mediano Bajo	25,50	6,687	72 años
Brasil	Ingreso Mediano Alto	2,253 billones	198.7	73 años
Colombia	Ingreso Mediano Alto	369.6	47,70	74 años
Perú	Ingreso Mediano alto	203,8	29,99	74 años
Venezuela	Ingreso mediano alto	381,3	29,95	74 años
Ecuador	Ingreso Mediano Alto	84,04	15,49	76 años
México	Ingreso mediano Alto	1,178 billones	120,8	77 años
Panamá	Ingreso mediano Alto	36,25	3,802	77 años
Uruguay	Ingreso alto	49,92	3,395	77 años
Chile	Ingreso Alto Miembro OCDE	269,9	17,46	79 años
Cuba	Ingreso Mediano	113 millones	11,163	79 años
España	Ingreso Alto OCDE	1,323 billones	46,22	82 años

Fuente: Banco Mundial, 2014.

Todos los países tienen la posibilidad de recaudar más dinero para la salud a nivel nacional, siempre que los gobiernos y las personas se comprometan a hacerlo. Existen tres formas generales de conseguirlo, más una cuarta opción para aumentar la ayuda al desarrollo y hacer que funcione mejor en el caso de la salud:

Aumentar la eficiencia en la recaudación de ingresos. Incluso en los países de ingresos altos, la evasión y la recaudación ineficiente de impuestos y primas de seguros pueden suponer un grave problema. Las dificultades reales de la recaudación de impuestos y las aportaciones al seguro médico, especialmente en los países con un gran sector informal, están bien documentadas. Mejorar la eficiencia de la recaudación de ingresos aumentará los fondos que se puedan utilizar para prestar servicios o comprarlos en nombre de la población. Por ejemplo, Indonesia ha cambiado por completo su sistema fiscal, obteniendo así beneficios sustanciales en el gasto público general y, en concreto, en el gasto sanitario.

Restablecer las prioridades de los presupuestos del estado. Algunas veces, los gobiernos dan una importancia relativamente baja a la salud cuando asignan sus presupuestos. Como los recursos no alcanzan para ofrecer todos los servicios médicos a todos quienes los necesitan, la provisión necesariamente se restringe; es decir que explícita o implícitamente se termina decidiendo quiénes reciben qué servicios y con qué recursos. Muchos países, dentro y fuera de la región, siguen valiéndose de mecanismos implícitos: listas de espera, “dilución” de la calidad de las prestaciones, negación de los servicios en el punto de atención o pagos de bolsillo elevados. Estos no siempre privilegian a los grupos más vulnerables, o a los temas de salud más apremiantes. Por ello, algunos países consideran al racionamiento implícito poco equitativo y eficiente, y han adoptado planes de beneficios de salud que definen explícitamente los servicios que serán cubiertos con recursos públicos.

El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa. Un índice de Gini de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 100 representa una inequidad máxima.

En la tabla 3 se resumen los Gastos Sanitarios per Cápita en Salud (US$), los Gastos Públicos (%) en Salud y Índice de Gini. Los países que muestran más inequidad, según resultados del índice de Gini, son: Colombia, Guatemala, Brasil, Paraguay, Chile, Nicaragua, Puerto Rico y Panamá, todos por encima de 50, los que muestran valores más bajos y por ende más equidad son Portugal, España y Cuba.

Solo 7/15 (35%) de los países invierten más de US$1,000 per capita en salud y para la mitad de los países el porcentaje de gastos públicos está por debajo del 55%; en 3 países es menor del 40%. De una manera general, los países que tienen los mejores índices de Gini son aquellos que tienen la mayor proporción de gastos públicos o invierten más en salud (Cuba, Uruguay, España, Argentina, Portugal, Costa Rica) (Tabla 3).

Tabla 3. Gasto Sanitario per Cápita en Salud (US$), Gasto Público (%) en Salud y Índice de Gini*, según países. CIMF, 2014.

	Gasto per capita en Salud (2013)	% Gasto Público/Gasto total en Salud (2013)	Indice de GINI (2012)
España (2010)	2,581	70.4	35,8
Portugal*	2,037	64.7	34,2
Uruguay	1,431	70.2	41.3
Chile	1,204	47.4	50,8
Brasil	1,085	48.2	52.7
Argentina (2011)	1,074	67.7	43,6
Costa Rica	1,005	75.0	48.6
Panamá	796	68.4	51.9
México	664	51.7	48.1
Cuba** (2002)	603	93.0	37.7
Colombia	533	76.0	53.5
Venezuela, (2012)	520	27.1	39
Ecuador	431	52.3	46.6
Paraguay	395	38.5	48.0
Perú	354	58.7	45.3
República Dominicana	315	52.2	45.7
El Salvador	266	66.7	41.8
Guatemala (2011)	222	37.8	52,4
Bolivia	174	78.4	46.6
Nicaragua****	155	53.7	53,5
Puerto Rico***** (2010)			53,7

* Índice de GINI*: Índice Cero: Máxima Equidad; Índice 100: Máxima Inequidad. Fuente: Indicadores del desarrollo mundial - Banco Mundial - http://datos.bancomundial.org/; ** Portugal: http://observatorio-das-desigualdades.com/2015/03/06/coeficiente-de-gini-portugal-entre-os-paises-da-ue-mais-desiguais--na-distribuicao-do-rendimento-2/; *** Cuba: https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Pa%C3%ADses_por_igualdad_de_ingreso; **** Nicaragua: http://www.upv.es/contenidos/ORI/info/U0652114.pdf; ***** Puerto Rico: http://www.census.gov/prod/2011pubs/acsbr10-02.pdf

Gastos en Salud

Según la Organización Mundial de la Salud, *"El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios".*

La evidencia muestra que el principal determinante del crecimiento del gasto per cápita en salud de las últimas décadas ha sido la difusión y uso de nuevas tecnologías médicas. Estas tecnologías sanitarias extremadamente costosas tendrán un impacto cada vez más importante sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

La región de América Latina y el Caribe no ha sido ajena a este problema. Una resolución reciente de la Organización Panamericana para la Salud en 2012 indica que las tecnologías *sanitarias "son decisivas para la calidad de la atención y, por otro lado, representan un impacto presupuestario cada vez mayor que puede amenazar la sostenibilidad de los sistemas de salud"*.[8]

En general, la innovación tecnológica ha implicado mayores presiones sobre el gasto de la salud y en una buena parte de las veces no hacen diferencia en el curso de la enfermedad, al contrario, muchas veces son dañinas.

En este contexto, la iatrogenia creciente de las prácticas sanitarias se vuelve, progresivamente, uno de los problemas más graves de salud en la actualidad. Un grupo cada vez más grande de personas ha empezado a sufrir las consecuencias dañinas del uso indiscriminado de tecnologías y medicamentos para "prevenir" o tratar las enfermedades. Pero, en realidad, muchas veces, este uso causa más daño, como por ejemplo el uso de Calcio y Vitamina para "prevenir" la osteoporosis y también, la rutina de solicitar el antígeno prostático especifico (PSA) y el tacto rectal para identificar más precozmente el cáncer de próstata a todos los hombres con más de 40 años, independientemente de la historia clínica.

Pero, la iatrogenia se hace más grave aún para los más frágiles: los ancianos y los niños. En los adultos mayores la polifarmacia evidencia en muchos casos el uso abusivo de medicamentos que no traerán beneficios adicionales a la salud o a la calidad de vida, al contrario, serán perjudiciales, pudiendo, inclusive, causar más daño y graves enfermedades o incluso la propia muerte. En los niños, la medicalización casi rutinaria de los más "rebeldes" o "agitados", con la explosión del diagnóstico de "déficit de aprendizaje" o "trastorno de déficit de atención", muchas veces denuncia situaciones de negligencia o falta de atención por parte de los padres que delegan en la escuela y los profesores la tarea de educar y hacer compañía a sus hijos.

Además de los conceptos ampliamente reconocidos de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, es necesario aludir al concepto de Prevención Cuaternaria (P4), elaborado hace algunos años por Marc Jamoulle, un medico familar belga. P4 puede ser comprendida como las acciones o medidas adoptadas para identificar a un paciente en riesgo de medicalización excesiva, para protegerlo de nuevas intervenciones invasivas médicas, y sugerir intervenciones éticamente aceptables.[9]

Así, no es sorpresa constatar que del 20% al 40% del gasto sanitario total se pierde por la ineficiencia del Sistema de Salud. Por lo que se hace necesario asumir políticas y prácticas más adecuadas que podrían aumentar el impacto de los gastos, a veces de manera espectacular. Solamente, la inversión de estos recursos de forma más apropiada podría hacer que los países se acercasen mucho más a la cobertura universal, sin aumentar sus gastos.

En el contexto de la situación recién descrita, la pregunta ya no es solamente si los gobiernos deben o no tomar decisiones acerca de qué financiar, sino de cómo hacerlo. *¿Cómo orientar los limitados recursos públicos hacia los servicios de salud que más benefician a la población en un mundo en donde la tecnología sanitaria evoluciona a gran velocidad pero tienen limitaciones importantes en términos de*

beneficios, considerando la mayoría de la población, aunque las posibilidades y necesidades médicas parezcan infinitas?, ¿Qué servicios de salud deberían cubrirse, prestados por cual tipo de profesionales, bajo qué circunstancias y para quiénes, con los recursos que se tiene a disposición? (Cuadro 1).

Cuadro 1. Clasificación de los Sistemas de Salud según segmentación pública o privada.

		Integración sistemas	
		Integrado	**Segmentado**
Participación del sector privado en prestación (p) o aseguramiento (a)	Sí	Brasil (p), Uruguay (p, a; SNIS)	Chile (a, p), Colombia (a, p), Perú (a), Argentina (a), Nicaragua (a, p), República Dominicana (a, p), Paraguay (a, p)
	No	Antigua y Barbuda, Barbados, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kits y Nevis, Saint Vincent y Grenadines, Trinidad y Tobago	México, Ecuador, Bahamas, Belice, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Saint Lúcia, Surinam, Venezuela.

Fuente: Encuesta CIMF, 2014.

A nivel mundial, según datos reportados en 2015 por el observatorio de la salud de la OMS, los recursos públicos asignados a salud son en promedio ocho veces mayores en los países de ingresos altos.[10]

Lo anterior implica que los gobiernos de la región no pueden financiar la misma cobertura de servicios médicos que los países de alto ingreso, aún más considerando que la región todavía enfrenta problemas de equidad, con buena parte de la población sin acceso ni siquiera a los servicios de salud básicos.

Nadie que necesite asistencia sanitaria, ya sea terapéutica o preventiva, debe arriesgarse a la ruina financiera por ello. Tal como muestran los datos, los países necesitan fondos estables y suficientes para la sanidad, pero la riqueza nacional no es un requisito previo para avanzar hacia la cobertura universal. Países con niveles similares de gasto sanitario alcanzan unos resultados de salud sorprendentemente dispares en comparación con sus inversiones, y la inversión en una Atención Primaria cualificada pesa en este sentido.

Cuando las necesidades son mayores que los recursos disponibles, existe inevitablemente algún tipo de racionamiento. Muchos países dentro y fuera de la región siguen operando solo con mecanismos de racionamiento implícito (listas de espera, trámites de autorización engorrosos, negación de los servicios en el punto de atención, etc.). Sin embargo, un número cada vez mayor ha adoptado herramientas de priorización explícita. Esos países toman decisiones explícitas acerca de cuáles tecnologías sanitarias se deben financiar o no con recursos públicos.

Existen dos tipos de mecanismos para hacerlo, que en muchos países se aplican de manera complementaria: la institucionalización de los procesos para la priorización explícita, por ejemplo con la ayuda de instituciones dedicadas a la evaluación de los beneficios y costos de nuevas tecnologías médicas, y/o la adopción de un Plan de Beneficios de Salud (PBS) que define explícitamente qué servicios se van a financiar con recursos públicos.

La adopción de PBS es una tendencia en muchos países, tanto de ingresos bajos o medios como de ingresos altos. Además, la mayoría de los países definen explícitamente los beneficios farmacéuticos que se cubren en sus sistemas de salud, independientemente del sistema de salud que tenga, incluso en algunos sistemas que se financian con impuestos generales, actualmente se está discutiendo la conveniencia de adoptar planes más explícitos de beneficios.

En América Latina y el Caribe un número creciente de países han adoptado esquemas explícitos de beneficios para cubrir a toda la población o a grupos prioritarios con planes de alcance integral o limitado. Además, varios países destinan una parte significativa de sus recursos públicos para salud a financiar un plan explícito de beneficios. En Colombia se canaliza ya más del 70% hacia la financiación del Plan Obligatorio de Salud (POS), mientras que en Uruguay se destinan dos terceras partes (2008), en Chile el 37% (2010) y en México el 23% (2010). Es así como los planes de beneficios determinan cada vez más la asignación de recursos públicos y se están convirtiendo en factores importantes de la eficiencia y equidad en el gasto de salud.

Más recientemente, y bajo el concepto de cobertura universal promovido por la OMS, los planes o paquetes explícitos de beneficios han recibido un renovado interés. Según el "cubo" de la cobertura universal, ésta se define en tres ejes o dimensiones: las personas cubiertas por la seguridad social, el porcentaje del costo de las intervenciones que se cubre, y los servicios cubiertos.

Un PBS es una manera de definir qué servicios están cubiertos. Una serie de estudios recientes del Banco Mundial que analiza 22 países que han avanzado hacia la cobertura universal encontró que el 80% de ellos tiene un plan explícito de beneficios (Banco Mundial, 2013).[11]

Determinantes Sociales y Cobertura en Salud

Las circunstancias en las que las personas crecen, trabajan y envejecen influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad. No obstante, el acceso oportuno a los servicios sanitarios también es crítico: una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto no se puede conseguir, excepto para una pequeña minoría de la población, sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente, además de existir un sistema de salud que priorice el acceso a una buena Atención Primaria: que pueda hacer la coordinación del cuidado en salud, de una manera longitudinal e integral, que sea centrado en la persona, desde una mirada familiar y comunitaria, y no en un paquete de servicios. Esos dos temas son los que determinan si a las personas se les puede permitir el uso de los servicios sanitarios cuando los necesitan. Son, además, los que determinan la existencia de los propios servicios.

La Declaración de Alma Ata marcó un hito en la salud pública mundial y fue la conclusión de una de las conferencias internacionales más importantes sobre el rol de los sistemas de salud y de la atención primaria. Pero en Alma Ata, se reconoció que había algo más en la mejora de salud de la población que la atención primaria de salud. En la Declaración se pedían recursos que se dedicaran a fines pacíficos y en particular, a la aceleración del desarrollo social y económico de la atención primaria de la salud como un elemento esencial de dicho asignando una proporción adecuada. Sin embargo, la parte de Alma Ata sobre los determinantes sociales de la desaceleración económica y desarrollo social fue en gran parte olvidado y dejado fuera de la agenda internacional. Mejorar el acceso a la atención primaria es un objetivo valioso y necesario, pero, por sí, sino se impacta en las determinantes sociales no se logrará reducir las grandes desigualdades en salud. Existe el peligro de ir nuevamente por el mismo camino con la Cobertura Universal en Salud, de ahí la importancia del énfasis en los factores sociales.

Una forma de garantizar que los determinantes sociales de la salud continúen siendo centrales en las inquietudes sobre la cobertura universal de salud es incluir determinantes sociales dentro de un marco de seguimiento, lo cual sería fácil de implementar a través de dos componentes. En primer lugar, el seguimiento de todas las medidas de salud y de la atención sanitaria. En segundo lugar, la posición socioeconómica, el sexo, la distribución geográfica, y otros considerados marcadores pertinentes de la equidad en la salud, como la educación. Si la salud y la atención sanitaria han de ser los derechos humanos universales, entonces tenemos que entender lo injusto de la distribución tanto del estado de salud como de los servicios de salud.

Para finalizar la Agenda para el desarrollo después del 2015 en el tema de salud, la OPS, en concordancia con lo planteado por la OMS, ha llevado a cabo consultas regionales con los responsables de los sistemas y servicios de salud y con actores clave que no siempre tienen participación en las decisiones, como son alcaldes, líderes indígenas, afrodescendientes y organizaciones de la sociedad civil. Todos han coincidido en la necesidad de priorizar el acceso universal a la salud, entendida como la garantía del derecho a la salud, respondiendo no sólo a la cobertura de los servicios de salud sino a las intervenciones en los determinantes sociales de la salud, como el objetivo prioritario a ser presentado dentro de la Agenda para el desarrollo después del 2015: continuar avanzando en los ODM directamente relacionados con la salud; maximizar una vida saludable durante todas las etapas de la vida, como el objetivo general; tener en cuenta el incremento de las Enfermedades No Trasmisibles (ENT) e impulsar la cobertura universal que debe incluir el acceso a todas las intervenciones claves, y fortalecer los sistemas de salud, como metas. Será necesario asegurar que estos resultados sean analizados por todos los países y se logre el compromiso para avanzar en el acceso a la salud para todos los habitantes de las Américas.

Resultados - Dimensión 2

Variables relacionadas a las características de los sistemas de salud acerca de evaluación de la calidad; de la conformación de los equipos de salud y de los atributos de APS.

El 65% de los países de la región cuenta con un sistema para medir la efectividad de sistema público y con un sistema para medir la atención primaria. El 35% solo tiene estadísticas como forma de medición de su sistema sanitario. La región Sur (Chile, Uruguay, Paraguay, Brasil y Argentina), presenta este sistema de evaluación en casi todos sus países, sin embargo los países que cuentan con éste, lo califican como insuficiente y poco eficaz.

En la mayor parte de los países de la región, los médicos del equipo básico tienen formación heterogénea: generalistas, médicos de familia, pediatras, clínicos y obstetras. Con una minoría de médicos de familia, los únicos países de la región donde los médicos de los equipos son especialistas en medicina familiar con posgrado, y se exige la especialidad para trabajar en la APS, son España, Cuba y Portugal.

El porcentaje de Equipos de Atención Primaria (EAP) que tiene médicos de familia es variable. Todos los países de la región andina tienen un porcentaje menor al 1%. Los Equipos de Atención Primaria de en la región, están mayoritariamente conformados por el médico y otros profesionales como odontólogos, enfermeros, agentes de salud y técnicos de enfermería. En un menor porcentaje estos equipos cuentan además con trabajadores sociales, psicólogos, obstetras/matronas y técnicos de odontología.

En los últimos 10 años, la situación percibida por los informantes-claves acerca de la Atención Primaria y la Medicina Familiar en sus países ha mejorado, con excepción de cinco, cuyos representantes observan que no hubo un crecimiento o bien, hubo un empeoramiento.

Los representantes de los países que refirieron percibir una mejora, identifican como razones:

- Aumento del número de especialistas y crecimiento de la medicina familiar como especialidad.
- Inclusión en la legislación local.
- Inclusión de la Atención Primaria en el discurso de los actores políticos.
- Fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria.
- Inserción tanto en el pregrado como en el posgrado de contenidos de la Medicina Familiar.

Las razones por las cuales algunos países consideran que existe una situación peor son:

- La financiación disminuye cada año, no existen departamentos universitarios de Medicina de Familia y la Atención primaria no es una prioridad para ningún gobierno.
- Se ha formado un personal con capacidad resolutiva deficitaria.
- El gobierno privilegia la formación de médicos integrales comunitarios u otras formaciones paralelas.
- Insuficiente número de especialistas en medicina familiar y comunitaria por habitante.
- Orientación en el discurso hacia la medicina familiar, sin una política para la formación de especialistas suficientes.
- Falta de incentivos para la formación.
- La orientación de la formación de especialistas sigue siendo hospitalocéntrica.

A los informantes de los países fue solicitado que, según sus evaluaciones, comprobasen con un valor máximo de 8 y mínimo de 0, los atributos esenciales de la APS en sus países: Acceso/Primer contacto; Integralidad; Coordinación del Cuidado; Longitudinalidad. Y, también los derivados: Orientación Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural.

Acceso e Integralidad

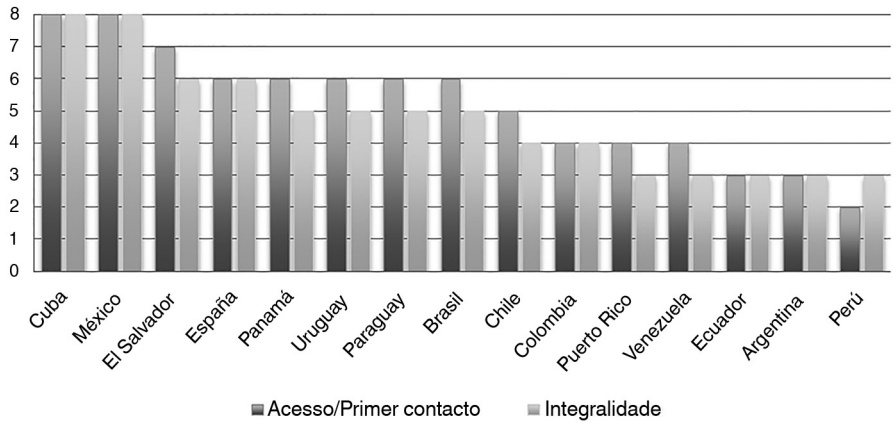


Figura 3. Acceso/Primer contacto e integralidad*.

Fuente: Encuesta, CIMF, 2014. * Notas dadas a los atributos Acceso/Primer contacto e integralidad por los informantes de cada uno de los países - considerando 8 la mejor y mayor nota y 0 (cero) la peor y menor.

Coordinación del Cuidado y Longitudinalidad

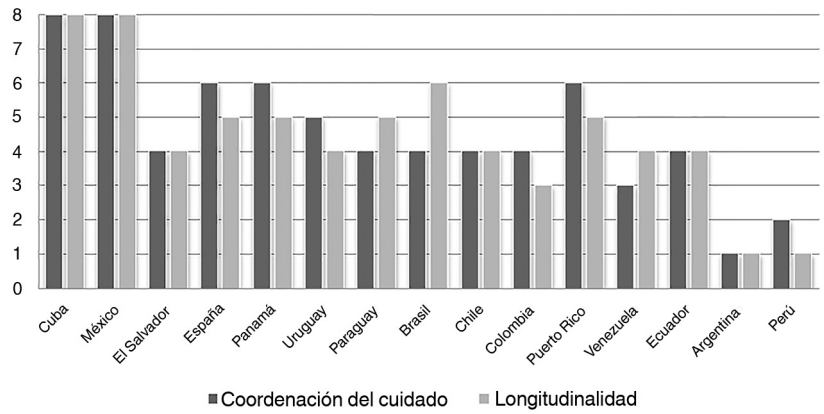


Figura 4. Coordinación del Cuidado y Longitudinalidad*.

* Notas dadas a los atributos Coordinación del cuidado y Longitudinalidad por los informantes de cada uno de los países - considerando 8 la mayor nota y 0 (cero) la menor.

Orientacion Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural

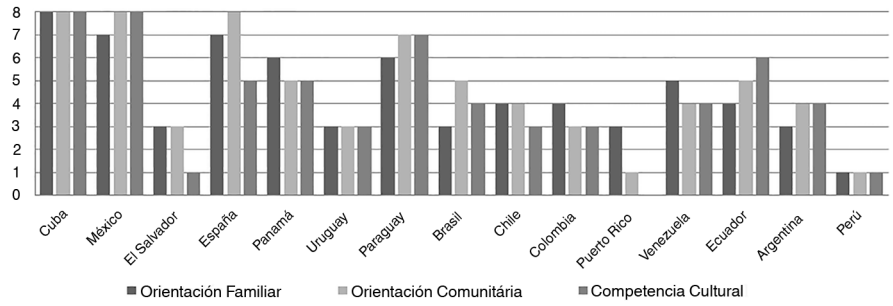


Figura 5. Orientacion Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural*.

* Puntuación dada a los atributos derivados Orientación Familiar, Orientacion Comunitaria y Competencia Cultural por los informantes de cada uno de los países - considerando 8 la mayor nota y 0 la menor.

En la figura 6 se presenta la media de las notas dadas por cada uno de los países, considerando todos los atributos en su conjunto.

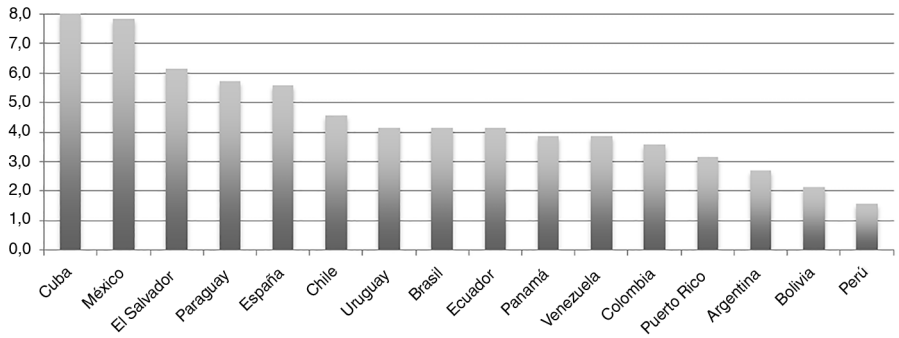


Figura 6. Atributos esenciales: Acceso/Primer contacto; Integralidad; Coordinacion del cuidado; Longitudinalidad. Atributos derivados: Orientación Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural*.

* Media de las notas dadas por los informantes de cada uno de los países acerca de los atributos esenciales y derivados de la APS - considerando 8 la mayor nota y 0 (cero) la menor.

Resultados - Dimensión 3

Variables relacionadas a: Entendimiento, valoración y presencia de la MF en la comunidad académica y en la población; Indicadores adecuados para medir la Cobertura Universal de calidad.

Para la gran mayoría (87,5%) de los países (14/16), la formación en MF no es requisito para trabajar en el primer nivel de atención, en la Atención Primaria (Figura 7).

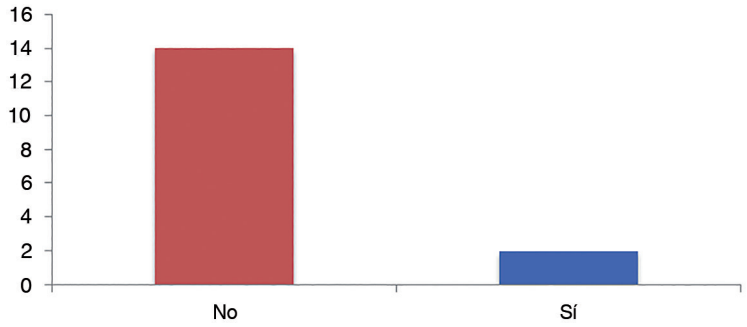


Figura 7. ¿Para trabajar en la Atención Primaria, se exige la formación en Medicina Familiar?

Fuente: Encuesta Informantes-clave - Paises CIMF, 2014.

Mientras tanto, para ocho de los 15 países respondientes (53%), el gobierno de su país reconoce la necesidad de tener el MF en sus sistemas de salud. Los informantes de siete países (Bolívia, Brasil, Chile, El Salvador, Panamá, Perú y Venezuela) dijeron que su país no exige la formación en MF y además, el Gobierno no reconoce la MF como necesaria.

Los que evalúan que los gobiernos de sus países no reconocen la necesidad de la MF, justificaron sus respuestas, diciendo que: (a) falta una política de valorización de la MF; (b) no son conocidas las competencias de la MF, confunden la MF con "médicos generales"; (c) se cree que la MF "invade" los campos de acción de otras especialidades. En otros países, se dice que hay un discurso, pero no una práctica o que hay una nueva política, pero es reciente y no aplicada o que aún la MF no logró ser la efectora da la APS. En otro país, se dice que tienen otro tipo de especialista (SAFC).

Para los replicadores que dijeron que los gobiernos de sus países reconocen la importancia de la MF, los motivos presentados son porque sus gobiernos saben que es importante para el éxito de la APS y porque la MF es una de las mejores opciones para la cobertura universal.

En relación a la Academia, 13 de los 15 países (87%) informan que la academia ya reconoce o empieza progresivamente a reconocer la MF. Justifican, informando que hay un crecimiento de los espacios docentes, sea en el pregrado, y también de plazas de residencia, por lo que hay un reconocimiento de la importancia de la especialidad, por decisión política, por cambios culturales. Los dos países que han contestado NO, uno ha dicho que la academia aún no reconoce la MF y el otro que las competencias del MF son establecidas por otros especialistas.

En relación a la población, la gran mayoría de los respondientes (8/15 para un 87%) consideran que la MF no es reconocida como importante por las personas de sus países. Esta apreciación la justifican diciendo, que ellas no la conocen o tienen poco acceso a la MF; que no hay difusión; que sobrevaloran a los otros especialistas. Los siete países que han respondido SI, dijeron que actualmente la población

está conociendo mejor el rol del MF, que sienten más seguridad por la atención diferenciada y por la alta resolutividad.

En relación a si hay alguna política específica para la inserción de la MF en el sistema de Salud, 40% (6/15) de los respondientes dijeron que no hay ninguna política. Los restantes informaron que sí, diciendo que existen o empiezan a implementarse políticas de APS.

En relación a si hay una política específica para la inserción de la MF en la Academia, 60% (9/15) dijeron que sí y lo ejemplifican con medidas concretas como reconocimiento de la especialidad por otras sociedades científicas, políticas del comité de residencia médica, fomentó para la apertura de departamentos de MF, entre otros. Tres de los 15 países (20%) dijeron que no, uno ha dicho que no lo sabe y otro, que no tiene academia en su país.

En relación a cuáles son los principales obstáculos técnicos y/o políticos para que los países tengan una cobertura universal de salud, podríamos dividir las respuestas en seis grandes grupos:

- La mayoría de las respuestas trae el tema de la "fuerza" cultural del paradigma vigente que afecta directamente los modelos de atención a la salud: hospitalocentrismo, superespecialización.
- Muchos hablan de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud y relacionan eso al ítem anterior.
- Aún, muchos hablan de la gran fortaleza del sistema privado y/o de grupos corporativos - cajas manejadas por subsectores; poderes sectoriales - gremios que manejan agentes de seguridad social.
- Temas económicos: falta de financiamiento, inversión insuficiente en el primer nivel de atención. Decisión del gobierno de excluir la parte de la población que previamente estaba cubierta.
- Temas políticos: No hay voluntad política de mejorar el Sistema de salud; desconocimiento de la estrategia de APS; Políticas insuficientes para el cambio de los modelos de atención. Centralismo excesivo, dificultades en la regularización del trabajo en salud.
- Falta/Déficit de recursos humanos en MF y otras áreas específicas.

Indicadores para Mensurar y evaluar la Cobertura Universal de Calidad

A los representantes de los 15 países les fue solicitado que apuntásen indicadores que podrían servir de parámetros para evaluar sí los sistemas de salud tienen una cobertura universal de calidad.

La gran mayoría de los indicadores apuntados como estratégicos son intrínsecamente relacionados a la APS y a la MF, esto es: si los gobiernos, al contrario de invertir en acciones focales y líneas programáticas, basadas en enfermedades, que cambian o pueden cambiar a lo largo del tiempo, invirtiesen en estructurar la APS y a insertar la MF en los equipos de salud, podrían lograr alcanzar la cobertura universal con calidad, de una manera segura y sustentable y a una buena relación costo-beneficio.

Para efectos de la sistematización de los resultados de esta dimensión, estos indicadores fueran subdivididos en cinco grupos de indicadores, relacionados a: (1) la organización de los sistemas de salud y al perfil profesional; (2) a los indicadores de salud propiamente dichos; (3) a la inversión en salud; (4) a la calidad de la atención prestada; (5) a aspectos geográficos y socioeconómicos.

Los indicadores sugeridos para analizar y evaluar los avances de la Cobertura Universal en Salud son presentados a continuación:

1. Indicadores Relacionados con la Organización de los Sistemas de Salud y el Perfil Profesional
   - Médicos de familia/total de población. - porcentaje de médicos de familia para otorgar una cobertura universal./Índice de cobertura de AP que poseen los equipos con Médicos de Familia.
   - Número e grupos familiares nominalizados/equipos de salud familiar.
   - Visitas domiciliarias.
   - Participación comunitaria en el primer nivel.
   - Acceso universal/accesibilidad.
   - Longitudinalidad, Integralidad, Coordinación.
   - Intervenciones preventivas.
   - Porcentaje (%) de población cubierta.
   - Equipos interdisciplinarios/población.
   - Gratuidad.
   - Departamentos de Medicina Familiar.
   - Sistema de Referencia y Contrarreferencia adecuado - Referencia a segundo nivel eficaz y efectivo/Atención en 2do y 3er nivel efectivo con retorno apropiado al 1er nivel.
   - Tasa de utilización de servicios complementarios en la consulta de primer nivel.
   - Existencia de una cartera de servicios establecida con criterios de coste efectividad.
   - Cobertura 24 Horas.
   - Ingreso de Profesionales.
2. Indicadores Relacionados a la Salud propiamente dicha
   - Salud Materno-Infantil: Atención prenatal, atención parto, control prenatal completo; disminución de las tasas de mortalidad materna/mortalidad infantil, mortalidad perinatal; cobertura vacunal en niños.
   - Inmunizaciones en todos los grupos de edad.
   - Incidencia de enfermedades agudas prevenibles.
   - Incidencia y prevalencia de uso de drogas en adolescentes y niños.
   - Control de enfermedades prevenibles, mejora en estado nutricional.
   - Disminución de hospitalizaciones prevenibles (índice de ingresos por causas evitables), pacientes con control óptimo de enfermedades crónicas, Índice de complicaciones de enfermedades crónicas.
   - Tasa de utilización de servicios complementarios en la consulta de primer nivel.
3. Indicadores Relacionados la Inversión en Salud
   - Porcentaje (%) de PIB para APS.
   - Porcentaje (%) de presupuesto destinado a la APS.
   - Sistema público para el primer nivel de atención.
4. Indicadores Relacionados a la Calidad de la Atención Prestada
   - MF en primer nivel - alta resolutividad.
   - Las consejerías y educación en salud.

- Calidez en la atención en todos los niveles.
- El tiempo dado para la atención.
- Índice de referencia en la Atención Primaria.
- Índice de satisfacción de parte de los usuarios.
- Capacidad resolutiva/la evaluación en base a resultados (impacto).
- Índice de contrarreferencia.
- Existencia de sistemas de responsabilidad.
- Sistemas de Información integral que incluya a los principales indicadores en todo el territorio.

5. Indicadores Relacionados a Aspectos Geográficos y Socioeconómicos
   - Cobertura por localidad.
   - Intervención sobre los determinantes sociales y actuación contra las desigualdades de salud.
   - Porcentaje de personas con cobertura en la seguridad social y sistema público.
   - Accesibilidad financiera. % población que tiene asegurado el acceso gratuito a asistencia sanitaria.
   - Accesibilidad geográfica.
   - Cobertura por nivel de ingreso.
   - Cobertura por condición laboral.
   - Porcentaje (%) de copago en las prestaciones.
   - Porcentaje (%) gasto de bolsillo.
   - Porcentaje (%) RRHH/población.
   - Nivel de corrupción del país.

Justificaciones para incluir la Medicina Familiar como una Estrategia para Alcanzar la Cobertura Universal De Calidad

A los representantes de los 15 países les fue solicitado que apuntasen hasta diez justificaciones para incluir la MF como una estrategia para alcanzar la Cobertura Universal la Salud con Calidad.

Las respuestas incluyeron:

- Los principios y las estrategias de la atención primaria de salud ofrecen el mayor potencial para mejorar los resultados y reducir las inequidades en materia de salud.
- Garantizan de manera efectiva el acceso universal, equitativo a los servicios y cuidados de salud a todos los ciudadanos.
- Garantiza el fortalecimiento de los sistemas de salud y por esfuerzos intersectoriales.
- Sistemas que son solidarios y participativos.
- Aseguran eficiencia, eficacia y calidad.
- Promueven la prestación de la atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y pone énfasis en la prevención y la promoción.
- Garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.

- Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud.
- Se promueven acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.
- Existen Investigaciones que muestran los beneficios de la APS y que los sistemas de salud basados en la APS tienden a ser más equitativos y a tener mejores resultados en cuanto a la salud a nivel poblacional. Los elementos dirigidos a mejorar el acceso y a lograr la atención en el primer contacto pueden mejorar esos resultados y al mismo tiempo beneficiar a los otros niveles del sistema de salud, con lo que aumenta la eficacia y la eficiencia general de todo el sistema.
- Una APS desarrollada y consolidada contribuye a mejorar la satisfacción del paciente y su adhesión a los tratamientos y puede reducir el número de hospitalizaciones evitables y la utilización innecesaria de las salas de urgencias.

Entre los factores percibidos como barreras para la puesta en práctica de la APS se encuentran la segmentación de los sistemas de salud, la falta de compromiso político, la poca coordinación entre la comunidad y los organismos competentes, el uso inadecuado de la información, la insuficiente colaboración intersectorial y la insuficiente inversión en recursos humanos.[21-25]

Desafíos actuales para la gestión de recursos humanos en la Región ante la transición a un sistema de salud basado en la atención primaria de salud y sus posibles consecuencias.

- Los profesionales de salud de atención primaria en general tienen menor motivación y remuneración que otros profesionales.
- El número de trabajadores de la salud con la adecuada calificación son insuficientes para proveer cobertura universal.
- El trabajo en equipo no tiene el desarrollo ni el estímulo suficientes.
- Los profesionales calificados prefieren trabajar en hospitales y en grandes urbes.
- No hay un adecuado sistema de apoyo y supervisión.
- La formación de pregrado y postgrado del personal de salud no responde a los requerimientos de la práctica de la APS.
- La migración de los trabajadores de la salud más capacitados hacia países de mayor desarrollo (fuga de cerebros) obstaculiza la aplicación de estas reformas en muchos países de la Región.

Consecuencias:

- La cobertura universal requerirá un gran número de profesionales capacitados en atención primaria.
- Los recursos humanos deben programarse de acuerdo con las necesidades de la población.
- La capacitación de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud y ser sostenible.
- Deben adoptarse políticas que conduzcan a elevar la calidad del desempeño del personal de salud.
- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) y se debe ajustar el perfil de cada trabajador a una labor específica.

- Se requieren mecanismos de evaluación contínua que permitan ajustar los perfiles a los puestos de trabajo y faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población.
- Las políticas deben apoyar el abordaje multidisciplinar de la atención integral.
- La definición de trabajador de salud debe abarcar, además de los médicos, los estomatólogos y enfermeros, a quienes trabajan en los sistemas de información, gestión y administración de los servicios de salud.[24-27]

Fortalezas ya Existentes para la Cobertura Universal de Calidad en Iberoamérica

- Perfil epidemiológico influenciado por la demografía: incremento de la esperanza de vida.
- Disminución de la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas.
- Mayor cobertura de programas preventivos: vacunación, tamizaje ampliado, planificación familiar, de detección oportuna de cáncer cervicouterino, cáncer de mama, etc.
- Presencia de Programas Innovadores de Atención Primaria (Brasil, por ejemplo).
- Evolución de la tecnología médica e informática.
- Tendencias socio-políticas que buscan equidad y demandan calidad y oportunidad.
- La comunicación y la información han aumentado la conciencia social y por lo tanto las exigencias de los pacientes.
- En más de la mitad de los países, el gobierno reconoce la necesidad de tener el MF en sus sistemas de salud.
- La población ya está conociendo mejor el rol del MF, sienten más seguridad por la atención diferenciada y por la alta resolutividad.
- Existen o empiezan a implementarse políticas amplias de inserción o calificación de la APS.
- Ya existen políticas específicas para la inserción de la MF en la Academia.
- La especialidad MF está progresivamente siendo reconocida por la sociedad científica.

Principales Desafíos para la Cobertura Universal de Calidad en Iberoamérica

A partir de las referências bibliográficas y la encuesta hecha por CIMF, los principales desafíos que enfrentan los países de Iberoamérica para alcanzar la Universalidad en los Servicios de Salud son:

1. Cambios en la transición epidemiológica y demográfica.
   - Cambios importantes en el perfil de las necesidades de salud.
   - Reducción de la mortalidad de la población adulta lo que implican costos mayores de atención por incremento de enfermedades crónicas.
2. Peso de la enfermedad: Los Principales problemas de salud se concentran en enfermedades asociadas a la discapacidad y con mayor prevalencia en población adulta.
3. Provisión de servicios/Formación profesional.
   - Para la mayoría de los países la formación en MF no es necesaria para trabajar en APS.
   - Falta/Déficit de recursos humanos en MF y otras áreas específicas.

- Deficiencia tanto en capacidad instalada como de profesionales de la salud en APS y otras áreas especificas.
- Desigualdad en la distribución de los servicios.
- Formación de profesionales de la salud enfocados a riesgo no al daño, tendencia a la formación de especialidades verticales.

4. Organización del sistema.
   - Falta de conocimiento y/o voluntad política de mejorar el Sistema de salud.
   - Desconocimiento por parte de los gestores acerca de qué es y cómo hacer la APS de calidad.
   - Desconocimiento y preconceptos en relación a la MF.
   - Políticas insuficientes para el cambio de los modelos de atención.
   - Centralismo excesivo, dificultades en la regularización del trabajo en salud.
   - Cultura del paradigma cartesiano que afecta directamente los modelos de atención a la salud: hospitalocentrismo, superespecialización.
   - Modelo de atención: Fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, sin APS de calidad.
   - Sistema privado y/o grupos corporativos - cajas manejadas por subsectores; poderes sectoriales - gremios que manejan agentes de seguridad social.
   - Heterogeneidad de los sistemas sanitarios de la región.
   - Pasar del discurso político a la acción en la consecución de sistemas basados en atención primaria con cobertura universal y administración pública.
   - Falta de planeamieneto.
5. Retos financieros.
   - Temas económicos: falta de financiamiento, inversión insuficiente en el primer nivel de atención.
   - Financiamiento del sistema de salud; fuentes, fondos, administración, compra de servicios.
   - Desarrollo económico no avanza como lo requieren los cambios en las necesidades de salud.
   - Escaso gasto en salud.
   - El porcentaje de gasto en bolsillo, en relación al gasto total en salud, siendo alto.
   - Incremento del costo de servicios: insumos, medicamentos, equipamiento, etc.
6. Retos legales.
   - Estructuras normativas rígidas.
   - Intereses de grupos de poder (Instituciones, sindicatos, partidos políticos, etc.).

Conclusiones

Atención Primaria, Medicina Familiar y Cobertura Universal

Apoyar el objetivo de la cobertura sanitaria universal significa también preocuparse por la equidad y por el derecho de cada uno a la salud. Se trata aquí de elecciones personales y morales concernientes al tipo de sociedad en que se desea vivir, en las que la cobertura universal trasciende los aspectos técnicos de la financiación sanitaria, la salud publica y la atención clínica.

La Atención Primaria a la Salud es un elemento esencial para lograr alcanzar la Cobertura Universal con calidad. Aunque no sea el único, es seguro que sin una APS cualificada no es posible hacerlo. Sea en el ámbito de los servicios o en el medio académico está demostrado que, para constituir un sistema de salud equitativo, eficiente y efectivo, es necesario una APS fuerte.

Pero, las necesidades de cuidados primarios en salud que las personas necesitan a lo largo de sus vidas exigen más que el empleo de procedimientos focales, transitorios o puntuales. Por lo tanto, es necesario que los profesionales de Atención Primaria desarrollen competencias específicas que hagan justicia a la complejidad del proceso salud-enfermedad, o sea, competencias centradas en el paradigma biopsicosocial. Por tanto, los equipos de salud de APS deben ser conformados con profesionales adecuadamente formados para este nivel de atención, con la necesaria inclusión de especialistas en Medicina Familiar, en número y calidad suficiente para establecer y coordinar el cuidado longitudinal en salud.[4,5]

Los médicos de familia son médicos especialistas en la prestación de cuidados de salud personalizados y continuados, centrados en la persona, independientemente de la edad, sexo o afección, integrando los factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y existenciales involucrados en el proceso salud-enfermedad. Prestan cuidados a los individuos según el contexto familiar, comunitario, cultural de los mismos, tienen una responsabilidad profesional por su comunidad. Desempeñan su papel promoviendo la salud, previniendo la enfermedad y prestando cuidados asistenciales, de acompañamiento clínico, cuidados paliativos, lo hacen de acuerdo las necesidades de salud, los recursos disponibles en la comunidad. Deben aún responsabilizarse por el desarrollo y mantenimiento de sus aptitudes, valores y equilibrio personales, como base para la prestación de cuidados efectivos y seguros. La APS es el terreno de actuación fundamental del Médico de Familia, mientras que la Medicina Familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS.[6,7]

Por todo lo expuesto, es muy preocupante que los sistemas de salud no inviertan con más determinación en la APS y en la MF incluso en Latino América una vez que son políticas estratégicas para identificar precozmente cómo y por qué las personas quedan enfermas y también para establecer acciones y terapéuticas que integran abordajes en el nivel individual, familiar y comunitario, optimizando la recuperación en el camino de la salud.

En este contexto, es importante destacar el rol de la Dra. Barbara Starfield que ha traído elementos de sustentación científica,[4,5,16,17,19] para que los gestores y profesionales de salud puedan revisar sus posiciones y asumir nuevas y promisoras reformas en los sistemas de salud con basado en la MF y la APS.

Afortunadamente ya se puede considerar un avance el constatar que la inteligencia sanitaria, especialmente los gestores de salud y educación de los países con los mejores indicadores de salud, han evidenciado que la Atención Primaria de Salud, la Salud Familiar y la Medicina Familiar constituyen una clave maestra para que la Cobertura Universal (la “Salud para Todos”) pueda transformarse en realidad.[4,5]

Los excelentes resultados alcanzados por algunos países de América Latina, que implementaron políticas fuertes y modelos innovadores de Atención Primaria están sirviendo de ejemplo e impulso para otros países independientemente del nivel de crecimiento económico, corroborando la idea que la APS es buena y hace bien, independiente de las condiciones socio-culturales de las poblaciones.

Cuba, por ejemplo, anteriormente a muchos países, fue el primero de América Latina (y aún, es uno de los únicos) en alcanzar indicadores de salud iguales o mejores que muchos países más ricos

económicamente. En Cuba, el gobierno invirtió fuertemente en la formación y cualificación de la Medicina Familiar, a la cual atribuyen la mayor parte de los resultados exitosos de la APS y del propio sistema de salud. El logro alcanzado en la reducción de la mortalidad infantil es un ejemplo para la Región, a pesar de ser un país pobre y de escasos recursos se ha situado como la nación de las Américas con más baja mortalidad infantil, indicador que mide la seriedad, la calidad con que una sociedad atiende, protege a las gestantes, a las puérperas y a los niños. Esos son resultados de los esfuerzos del país y del sistema de salud a favor de la salud y el bienestar de la madre y el niño, sistema de salud basado en la cobertura universal y atención primaria, que dispone de políticas, estrategias y sistemas de monitoreo e información específicamente orientado a la disminución de la mortalidad materna e infantil, sustentado en una amplia red de centros asistenciales e instituciones de atención primaria, junto a sistemáticas campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La Estrategia Salud de la Familia, modelo brasileño exitoso de APS, que en 18 años pasó a asistir más de la mitad de la población brasileña (cerca de cien millones de personas) a través equipos de salud formados por un médico generalista (la meta es alcanzar todos los equipos con médicos de familia), un enfermero, un dentista, además de técnicos de enfermería, de odontología y agentes comunitarios de salud, ha recibido elogios a nivel internacional y tiene inspirado la reforma de sistemas de salud de otras naciones.

Proposiciones

No podemos olvidar la gran deuda que los sistemas de salud de gran parte de los países del mundo tienen para con sus poblaciones en el sentido de garantizar el derecho a una asistencia sanitaria de calidad, así como garantizar el derecho a salud como un deber del estado y la cobertura universal.

Eso, nos obliga a todos - profesionales y gestores, CIMF y OPS, WONCA y OMS - a involucrarse con acciones efectivas para modificar esta situación en especial en el área de la Atención Primaria a la Salud y de la Medicina de Familia.

Para enfrentar estos retos, se hacen necesarias políticas consistentes de inducción para que la APS y la MF sean, de hecho, incluidas y consideradas estratégicas en los sistemas de salud.[17,20]

En la región de Iberoamérica, entre los principales desafíos se encuentran conformar y organizar sistemas nacionales de salud más justos y ecuánimes, que tengan por base la APS y la actuación de Médicos de Familia. Aún más, deben estimular políticas de salud que garanticen mínimamente el acceso de toda la población a la Medicina Familiar y a la Atención Primaria a la Salud, como derecho de todos los ciudadanos y deber del Estado.

Referencias

1. OMS: Organización Mundial de Salud. Washington, D.C: OMS; 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/es/

2. OMS: Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria 1978

disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518

3. OPS: Organización Panamericana de Salud. Buenos Aires: 2007. (citado 17 ago 2007). De Alma-Ata a la Declaración del Milenio (aprox 4 pantallas) Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Declaracion_Buenos_Aires-2007.pdf

4. OPS/OMS: Organización Panamericana de Salud/Orgaización Mundial de Salud. Washington, D.C: 2007. (citado julio 2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.(aproximadamente 48 páginas) Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

5. Rodrigues RD, Anderson MIP. Integralidade e complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: aspectos teóricos in Tratado De Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática, Gusso G.e Lopes JMc (Org), RS: Artmed, 2012, Vol. 1 - pp 845, pp 60-71

6. Starfield B. Gervas J. Family Medicine Should Encourage Its Clinicians To Subspecialize: Negative Position In: Ideological Debates in Family Medicine, Nova Science Publishers, Inc, Editors: S.A. Buetow and T.W. Kenealy, Nova Science Publishers,2007

7. Starfield B. Family Medicine Should Shape Reform, Not Vice Versa, Fam Pract Manag. 2009 Jul-Aug; 16(4):6-7.

8. Organización Panamericana de la Salud, 2012, Informe Final 28ª Conferencia Sanitaria Panamerican. Washington. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022%3A2012-28th-pan-american-sanitary-conference-17-21-september-2012&catid=4548%3A28th-pan-american-sanitary-conference&Itemid=39541&lang=es

9. SUAREZ CUBA, Miguel Ángel. PREVENCIÓN CUATERNARIA EN MEDICINA FAMILIAR/GENERAL. Rev. Méd. La Paz [online]. 2013, vol.19, n.2 [citado 2016-03-06], pp. 67-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-8958).

10. OMS: World Health statistics 2015. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015_Part2.pdf

11. Banco Mundial, Grupo de investigaciones sobre el desarrollo. PovcalNet (http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm).

12. Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://apps.who.int/nha/database para ver actualizaciones

13. Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. Enero de 2014. Disponible en: http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2014/14355es.pdf

14. Cobertura Universal en Salud. Lecciones Internacionales aprendidas para su consolidación en México. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2013

15. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y ministros de Salud en Quique Chile 2007

16. 3rd Global Fórum on Human Resources for Health. The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage.

17. Starfield B. Family Medicine Should Shape Reform, Not Vice Versa, Fam Pract Manag. 2009 Jul-Aug;16(4):6-7.

18. Starfield, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (Supl.1):20-6 - vol.26 núm Supl.1

19. Rawaf S, Maeseneer JD, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. The Lancet, published online October 14, 2008. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61524-X

20. Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial para la Salud. CD52/INF/4 (Esp.) 18 de julio del 2013

21. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Organización Mundial de la Salud 2013.

22. Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. Enero de 2014

23. Cobertura Universal en Salud. Lecciones Internacionales aprendidas para su consolidación en México. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2013

24. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y ministros de Salud en Quique Chile 2007

25. 3rd Global Fórum on Human Resources for Health. The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage

26. Universal health coverage and social determinants of health. Michael Marmota

27. World Development Indicators: Health systems. http://wdi.worldbank.org/table/2.15 f

28. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.

29. Starfield B. General Practice as an Integral Part of the Health System. 16th Nordic Conference on General Practice. Copenhagen, Denmark; May 13-16, 2009 disponible en http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbara_Starfield

30. WONCA EUROPA, A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar, disponible en http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf

31. Lopes JMC, Princípios da Medicina de Família e Comunidade in Tratado De Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática, Gusso G.e Lopes JMc (Org), RS: Artmed, 2012, Vol. 1, pp 1-12

32. Estatutos WONCA-Iberoamericana-CIMF, disponible en www.cimfweb.org.

33. Declaración de Sevilla, Anais de la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, 2002, disponible en www.cimfweb.org

34. Anais de la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, Santiago de Chile, 2005, disponible en www.cimfweb.orgRenovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Washington, D.C: OPS, 2007.

35. III Cumbre Ibero-Americana de Medicina Familiar, Suplemento 1, RBMFC, v. 6, 2011

36. Carta de Asunción, IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, noviembre de 2011, disponible en www.cimfweb.org

37. Rodrigues RD, Anderson MIP Integralidade e complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: aspectos teóricos in Tratado De Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática, Gusso G.e Lopes JMc (Org), RS: Artmed, 2012, Vol. 1 - pp 845, pp 60 - 71

38. Starfield B. Gervas J. Family Medicine Should Encourage Its Clinicians To Subspecialize: Negative Position In: Ideological Debates in Family Medicine, Nova Science Publishers, Inc, Editors: S.A. Buetow and T.W. Kenealy, Nova Science Publishers, 2007.