



**Organización Panamericana de la Salud
Diálogo Virtual
Observatorio de Recursos Humanos**

Formación en Medicina Familiar y Cobertura Universal en Salud

Julio de 2014

Maria Inez Padula Anderson
Medica Familiar y Comunitaria

Doutora em Saúde Coletiva

Profesora Adjunta – Faculdade de Ciências Médicas

Coordenadora - Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Brasil

Presidente Wonca Ibero Americana CIMF - 2013/2016





Confederación Ibero-Americana de Medicina Familiar (WONCA-Iberoamericana-CIMF)

- Organización internacional **sin fines de lucro** de Asociaciones Nacionales de Medicina Familiar
- **Octubre de 2004 – 6ª Región del Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA).**
- **4 sub-regiones:** Andina, Cono Sur, Ibérica e Meso-América
- **20 países:** Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, España, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.



Cobertura Universal de Salud

Aparece en 2005 cómo un **compromiso de los estados miembros de la OMS.**

- Todas las personas deben **tener acceso a servicios de salud que necesitan, sin correr el riesgo de ruina financiera o empobrecimiento.**
- Trabajar para la Cobertura Universal de Salud es **un poderoso medio de mejorar la salud y el bienestar y promover el desarrollo humano.**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD - 2012

COBERTURA UNIVERSAL

"La cobertura universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede lograr"



Dra. Margaret Chan, Directora da OMS

Discurso

65ª Asamblea Mundial de la Salud, mayo 2012

Cobertura Universal de Salud

Desarrollar **sistemas de financiación** de salud.

- En la era de la “globalización de las enfermedades” y de la atención a las enfermedades crónicas
- Se considera que lograr una cobertura universal es relativamente simple en principio pero se torna difícil en la práctica.

Cobertura Universal de Salud

- **Dos acciones claves** —entre otras— están destacadas en el informe

1) Captación de recursos suficientes para la salud

- En primer lugar, **los países deben captar suficientes fondos...**
- Algunas naciones **actualmente destinan aproximadamente 32 dólares per cápita en salud.**
- Para brindar cobertura universal este monto **debe elevarse a 60 dólares para el año 2015.**

Cobertura Universal de Salud

2) Promover la eficacia y eliminar las pérdidas

- Se aduce que **se pierde entre un 20 y un 40%** de los recursos destinados a la salud.
- Se puede lograr **un ahorro del 5%** en **gastos de salud si se reducen** gastos innecesarios **en medicamentos...**
- Lograr lo máximo posible de las tecnologías
- Y los servicios de salud,
 - motivar a los trabajadores de la salud,
 - reducir los errores médicos,
 - eliminar la corrupción.

“Alma-Ata”

- **Hace 36 años, en 1978,** se llevó a cabo la histórica **Conferencia Internacional** sobre Atención Primaria de Salud, patrocinado por la **Organización Mundial de la Salud (OMS), Alma Ata.**
- En esta Conferencia se han comprometido con la meta
 - **"Salud para todos en el año 2000"**
- proclamada con entusiasmo por las delegaciones de 134 países.

COBERTURA UNIVERSAL

- Sin embargo, *luego de tantos años,*
- “ *... aún 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*”
- *Declaración de Buenos Aires: de Alma –Ata a la Declaración del Milenio, 2007.*



LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

QUE CAMINOS SEGUIR?

Después de Alma-Ata:

Que ha pasado con los Sistemas de Salud de los países su-desarrollados?

Reformas de Salud basadas en una **concepción primitiva de Atención Primaria (atención pobre para los pobres)**

- **“Canastas asistenciales”** (paquetes)
 - Programas puntuales, asistencialistas y verticales,
 - Generalmente, su-financiados por el Banco Mundial:
 - Salud materno-infantil
 - Tuberculosis y otras enfermedades transmisibles
 - Desnutrición...



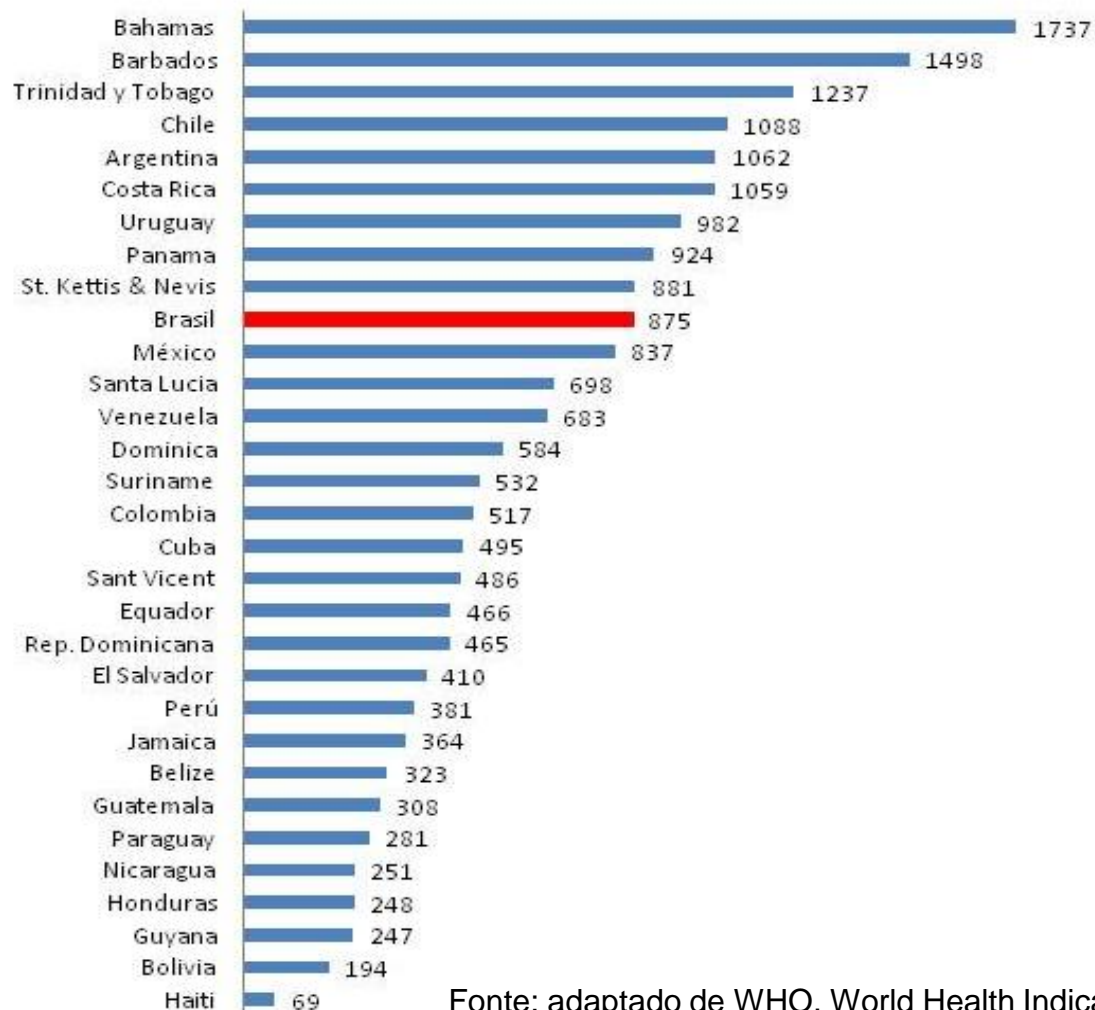
DESAFÍOS PARA LA COBERTURA UNIVERSAL

ALGUNAS
REFLEXIONES

Cobertura Universal de Salud

No es, **SOLAMENTE**, un problema de financiamiento

Total de gastos – USD - per cápita en Salud, América Latina y Caribe, 2008



Fonte: adaptado de WHO, World Health Indicators, Ed. WHO, Geneve, 2011.

Crisis de los Sistemas de Salud

- o Devaluación del examen clínico
(queja=examen laboratorial=diagnóstico=medicación)
- o Aumento explosivo de costes y gastos en salud
- o Iatrogenia creciente
- o Baja Capacidad Resolutiva de las acciones de salud (enfermedades crónicas, violencia, trastornos mentales)
- o (Des) educación sanitaria

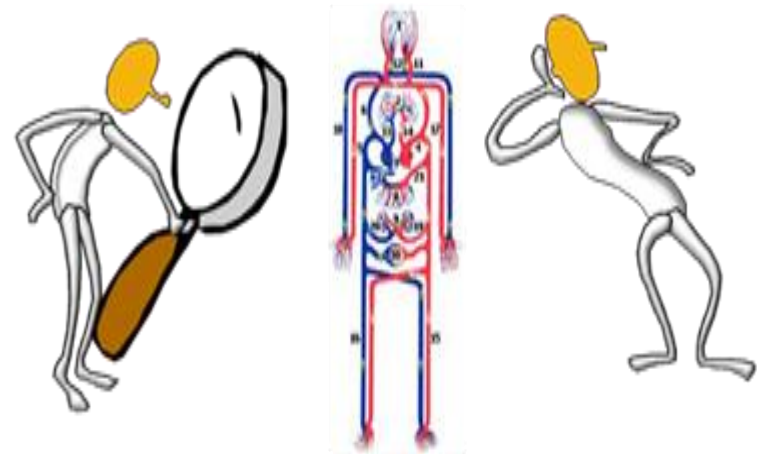
Sistemas de Salud en la actualidad

- Consumo intensivo e inadecuado de tecnologías industriales y de procedimientos médicos
- Creciente superespecialización de los profesionales
- Segmentación y impersonalidad de la asistencia
- Devaluación de la relación médico-paciente
- “*Elitización*” (aburguesamiento) de la asistencia sanitaria

Bases conceptuales y paradigmáticas del modelo hegemónico de pensar y hacer en salud - (Afecta la Formación y la Práctica de Salud)

- Cartesiana/Flexneriana;
- Centrada en la teoría de las enfermedades
- Mirada es focal dirigida para el cuerpo y sus partes
- Abordaje fisiopatológica

MODELO ANATOMO CLÍNICO



Concepção Cartesiana/Flexineriana

(Afeta a Formação, a Prática em Saúde e as Expectativas da População)

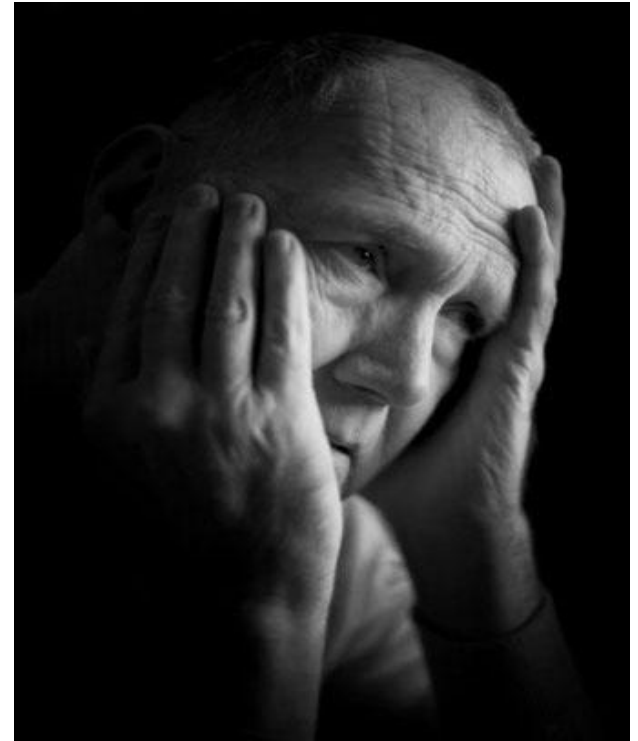


Concepção Cartesiana/Flexineriana

(Afeta a Formação, a Prática em Saúde e as Expectativas da População)



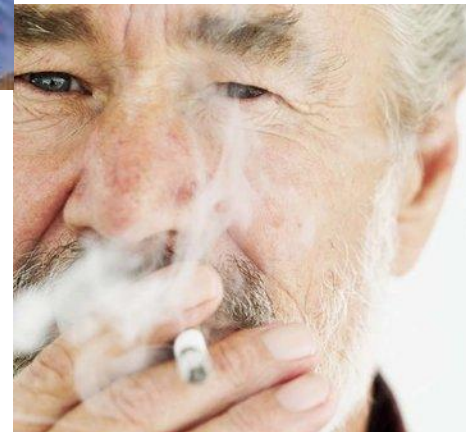
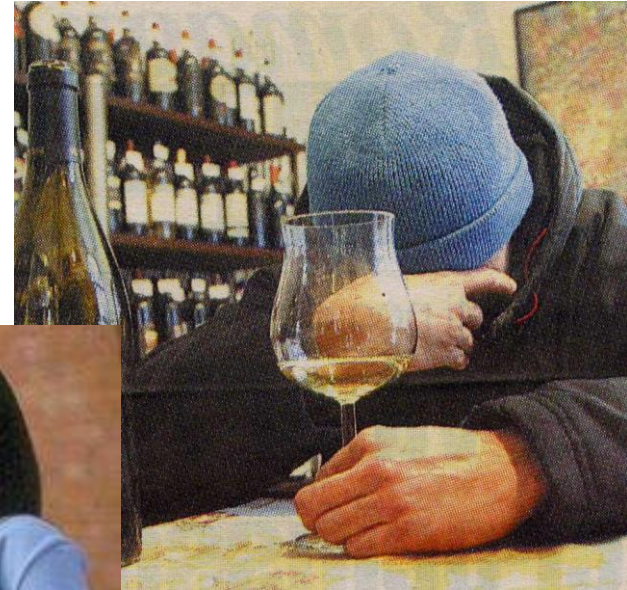
Quais as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades na prática diária da AP e da MFC?



Quais as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades na prática diária da AP e da MFC?



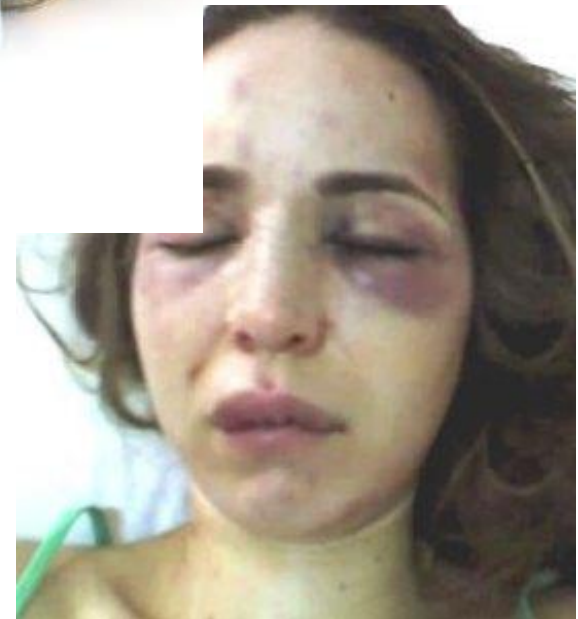
Quais as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades na prática diária da AP e da MFC?



Quais as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades na prática diária da AP e da MFC?



Quais as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades na prática diária da AP e da MFC?



Quais as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades na prática diária da AP e da MFC?



Quais as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades na prática diária da AP e da MFC?



Quais as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades na prática diária da AP e da MFC?



Quais as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades na prática diária da AP e da MFC?





Quais as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades na prática diária da AP e da MFC?





Hipertensão Arterial

Depressão

Câncer

Diabetes

Obesidade

Sedentarismo

Alcoolismo

Tabagismo

Maus hábitos alimentares

Fatores de Risco



Hipertensão Arterial

Depressão

Câncer

Diabetes

Obesidade

Sedentarismo

Alcoolismo

Tabagismo

Maus hábitos alimentares

Fatores de Risco

Desemprego

Angustias

Baixa autoestima

Exploração

Mágoas

Desafetos

Impotência

Lutos

Desesperança

Competividade

Abusos

Violência

Traições

e

Desvalias

Problemas Familiares

Perdas

Valores Sociais

Maus Tratos

Poluição

Falta de Lazer

Não pertencimento

Destruição meio ambiente

Falta de Cultura

Excesso de trabalho

Fatores de Risco (estressores) Proximais Individuais, Familiares, Comunitários

Sistemas de Salud

Necesidades, Demandas y Ofertas

- **Una falta de “sintonía”** entre las necesidades de las población y lo que demandan las personas y lo que ofrece el sistema.

Consecuentemente:

- **inadecuación y ineficacia de los sistemas de salud**
- **Insatisfacción de las personas**



Principal Problema del Sistema de Salud de Brasil (pero también puede ser para otros países de América Latina)

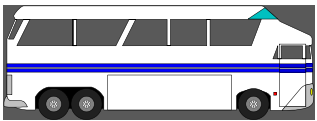
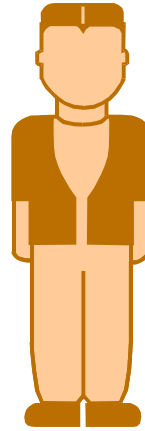
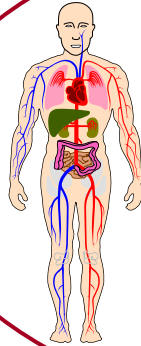
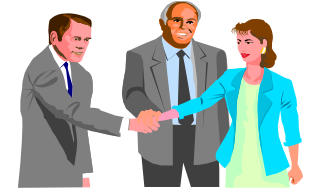
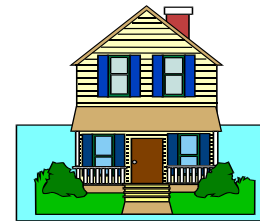
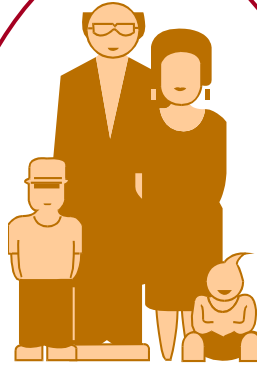
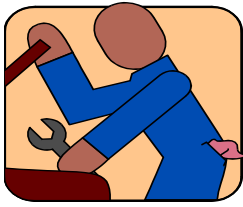
"... una inconsistencia entre un padrón de salud con triple carga de enfermedad con una prevalencia de enfermedades crónicas y un sistema de salud fragmentado, centrado en condiciones agudas."

Fonte: Mendes EV



Sistemas de Salud basados en programas de “combate” a las enfermedades – Canastas Asistenciales/Paquetes básicos

- *“Un enfoque en la enfermedad-por la-enfermedad no **solucionará** el déficit más grave en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, relacionados con la salud.*
- *También va a empeorar las desigualdades globales.*
- *Las personas **expuestas a una variedad de influencias interactuantes** son vulnerables a muchas enfermedades.*
- *La eliminación de las enfermedades de uno en uno no va a reducir de manera consistente las posibilidades de otras.”*



CAMBIAR EL FOCO Y LAS PRÁCTICAS EN SALUD

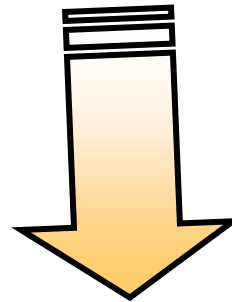
Tecnología Industrial

FACTOR ETIOLÓGICO

ENFERMEDAD

Cuerpo

Atención Fragmentada,
especializada y "medicalizante"



Tecnología del Cuidado

Proceso

Persona
Familia
Comunidad

SALUD - ENFERMEDAD

Atención Integral de Salud

Tornar la Práctica y la Educación Médica más relevantes para las necesidades de Salud de las Personas

LA CONTRIBUCIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR

Recomendaciones de la OMS/WONCA – Ontário, Canadá, 1994

- ◆ **“Aceptar que los cuidados de salud necesitan cambiar”.**
- ◆ **“ La mayor parte de los médicos de un país deben ser médicos de familia. ...establecer políticas nacionales en el sentido de alcanzar este objetivo tan luego cuanto posible.” (40 a 50%);**

51% of physicians in Canada are family physicians.



LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Más necesaria que nunca (OMS – 2008)

- *«La gente está cada vez más descontenta [con] 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.*
- ***Y la APS puede afrontar esos desafíos.»***

POR QUE LA ATENCIÓN PRIMARIA ES ESTRATEGICA PARA LA COBERTURA UNIVERSAL?

- La Atención Primaria sola no da cuenta de la Cobertura Universal.
- Pero, sin una ATENCIÓN PRIMARIA calificada, no será posible lograr la COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD.
- Una AP calificada es resolutive por lo menos el 85% de los problemas de salud de una población específica.

POR QUE LA ATENCIÓN PRIMARIA ES ESTRATEGICA PARA LA COBERTURA UNIVERSAL?

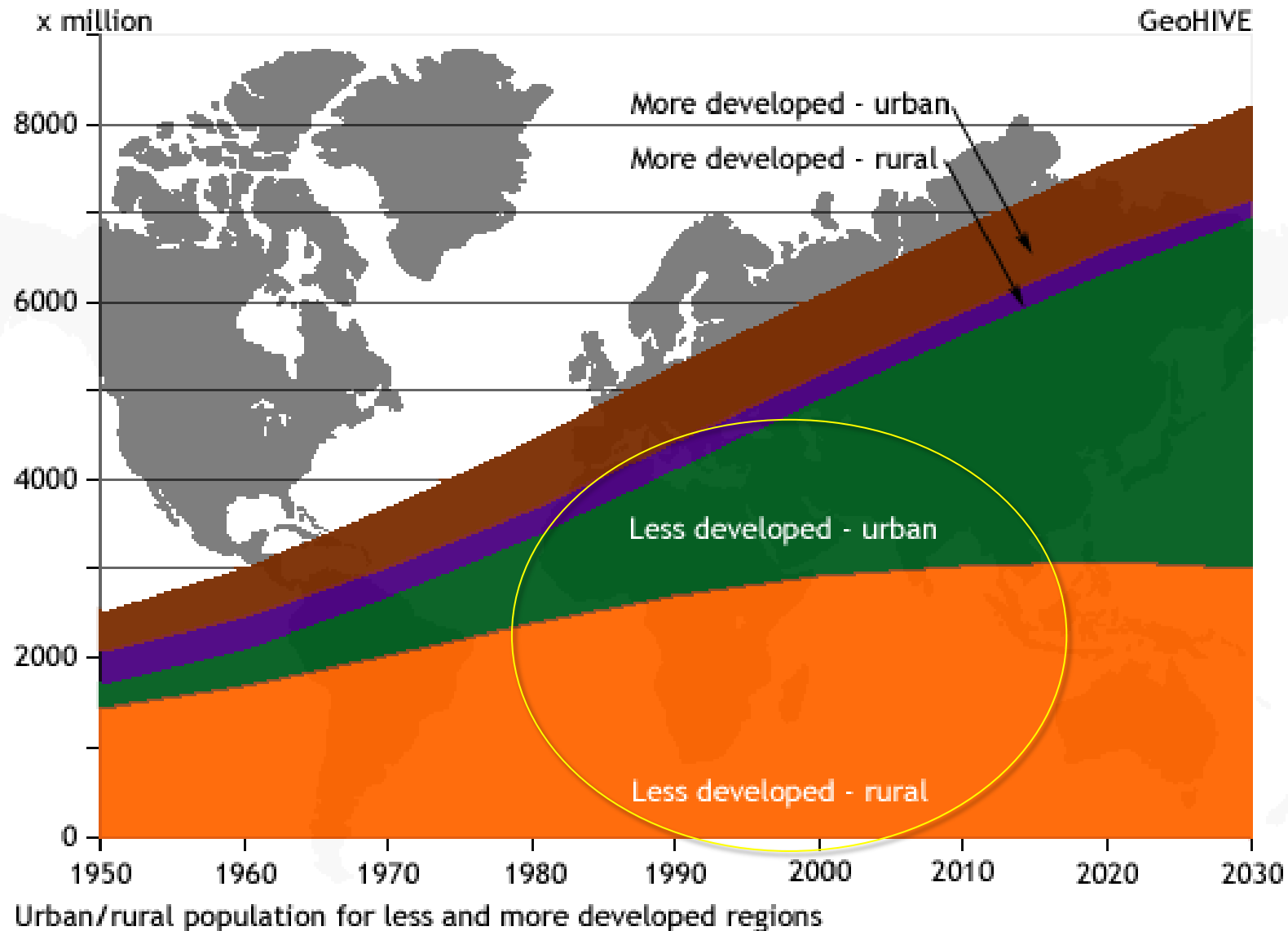
Sistemas de salud orientados hacia los principios de la AP alcanzan:



- **mejores resultados en salud**
- **más satisfacción de los usuarios**
- **mayor equidad en salud**
- **menores costes**

Atención Primaria y Sistemas de Salud: Sumario basado en evidencia

- Países con una **fuerte Atención Primaria**
 - Presentan **costes globales más bajos**
 - Tienen, en general, **población más saludables**
- En los propios países
 - Áreas **con elevada disponibilidad de médicos de familia** (pero no de otros especialistas) **presentan poblaciones más saludables**
 - **Una mayor disponibilidad de médicos de familia disminuye los efectos adversos de la inequidad social**



Fonte: Population Division, UN: *World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*.

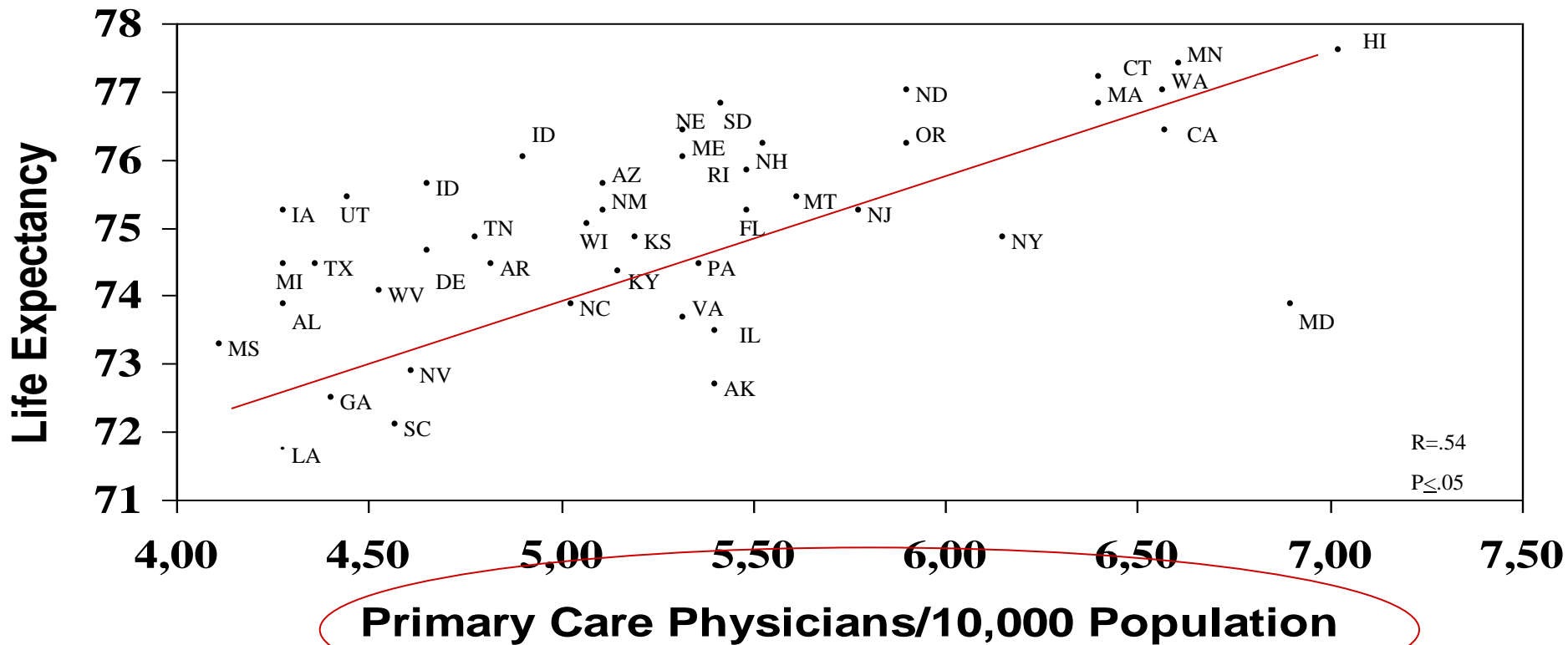
note: More developed regions; they comprise all regions of Europe plus Northern America, Australia/New Zealand and Japan.
 Less developed regions; they comprise all regions of Africa, Asia (excluding Japan), Latin America and the Caribbean plus Melanesia, Micronesia and Polynesia.

¿Por qué calificar la Atención Primaria* e incluir la Medicina de Familia amplia la Equidad en Salud?

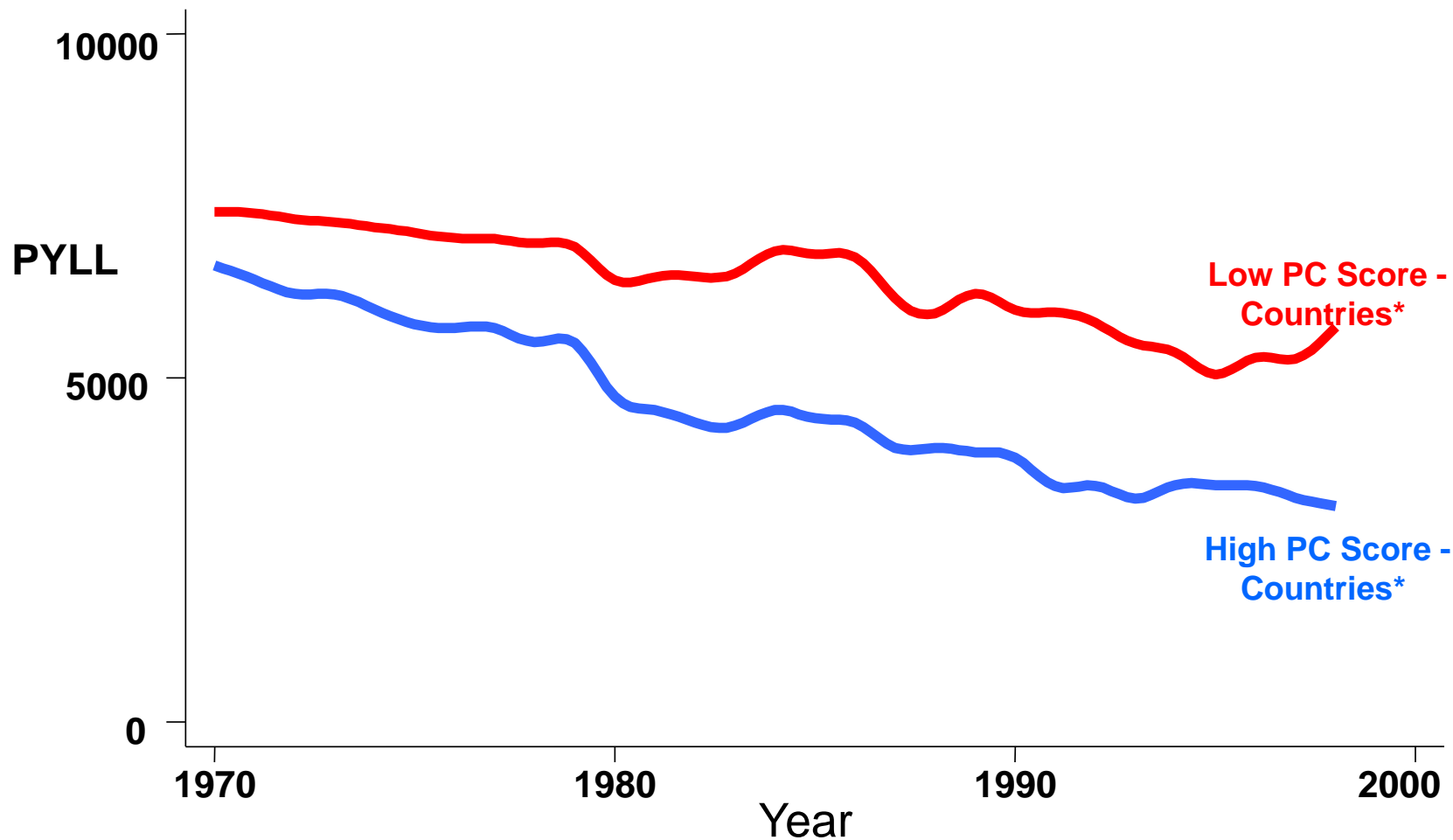
- Cuidado persona-centrado en el tiempo
 - mejor conocimiento de los pacientes
 - mejor reconocimiento de los problemas
- Una mayor accesibilidad a los servicios
- Una mejor coordinación del cuidado en salud.
- Prevención más eficaz: persona-centrado

AP con médicos de familia: mayor expectativa de vida

– Estados norteamericanos - USA (Shi et al, 1999)



Primary Care Strength and Premature Mortality in 18 OECD Countries (Organisation for Economic Co-operation and Development)

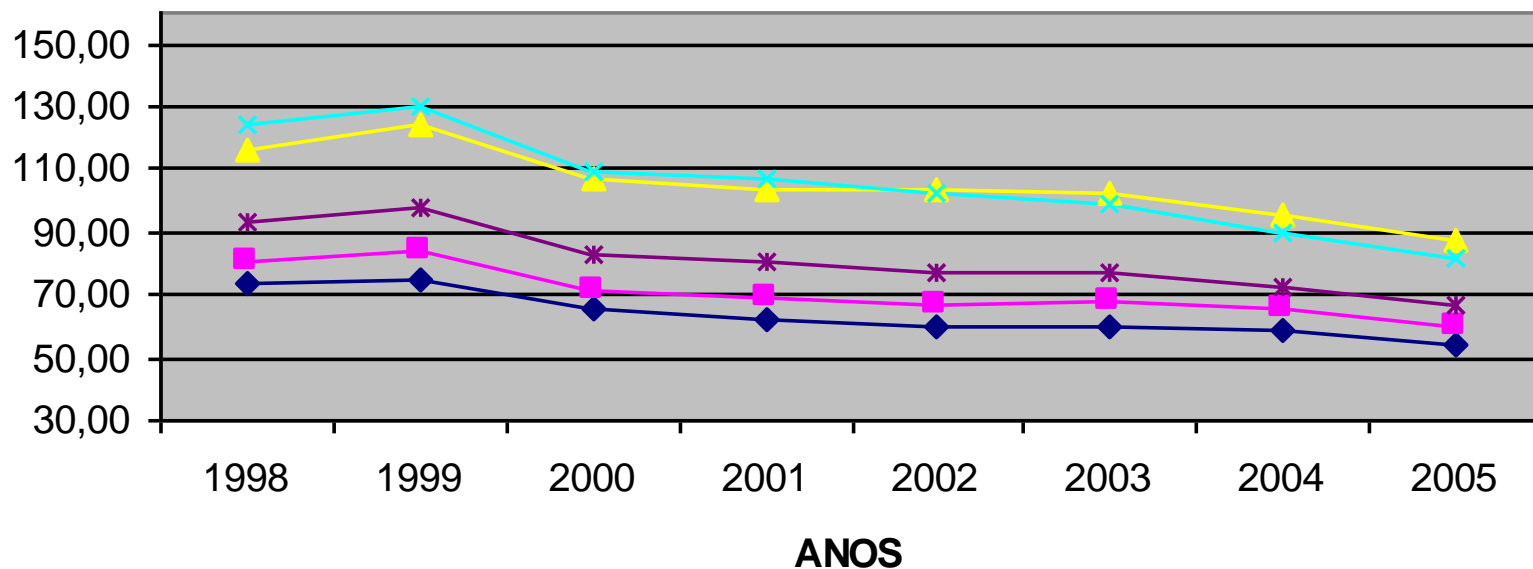


*Predicted PYLL (both genders) estimated by fixed effects, using pooled cross-sectional time series design. Analysis controlled for GDP, percent elderly, doctors/capita, average income (ppp), alcohol and tobacco use.

RESULTADOS

SAUDE DA FAMÍLIA - BRASIL

Taxa de internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) na população de 40 anos ou mais segundo estrato de cobertura do PSF. Brasil, 1998/2005

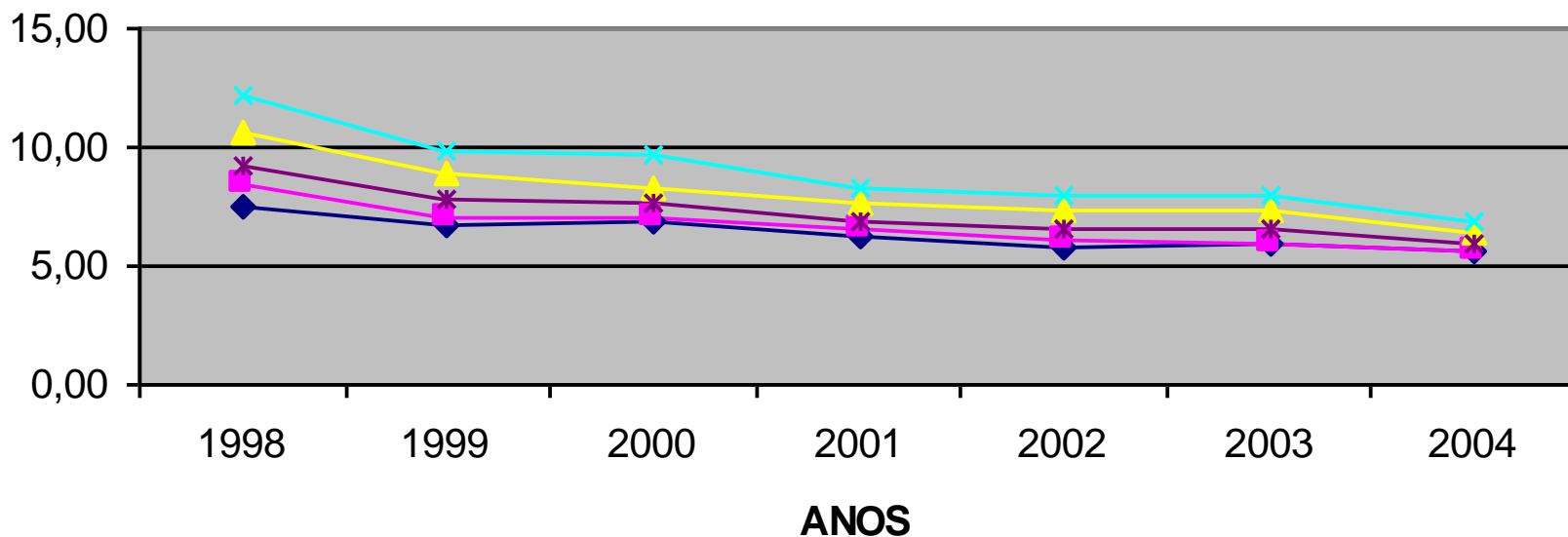


—◆— < 20% —■— 20 |-- 50% —▲— 50 |-- 70% —×— >=70% —*— Brasil

RESULTADOS

SAUDE DA FAMÍLIA - BRASIL

Taxa de mortalidade infantil pos neonatal segundo estrato de cobertura do PSF. Brasil 1998/2004



◆ < 20% ■ 20 |-- 50% ▲ 50 |-- 70% ✕ >=70% * Brasil

RESULTADOS

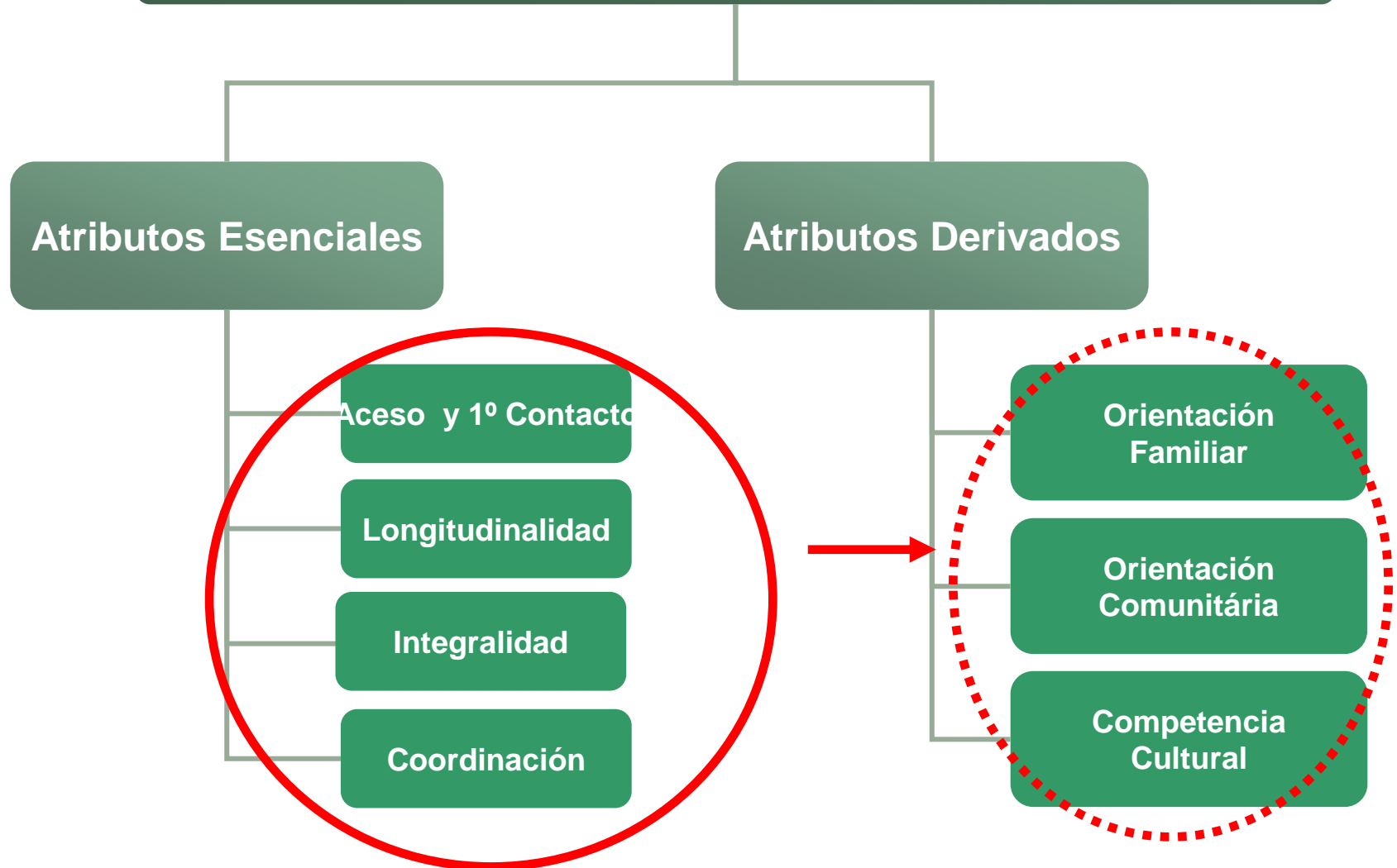
SAUDE DA FAMÍLIA - BRASIL

- A cada aumento de 10% en la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia, se reduce en un 4,6% de la mortalidad infantil.

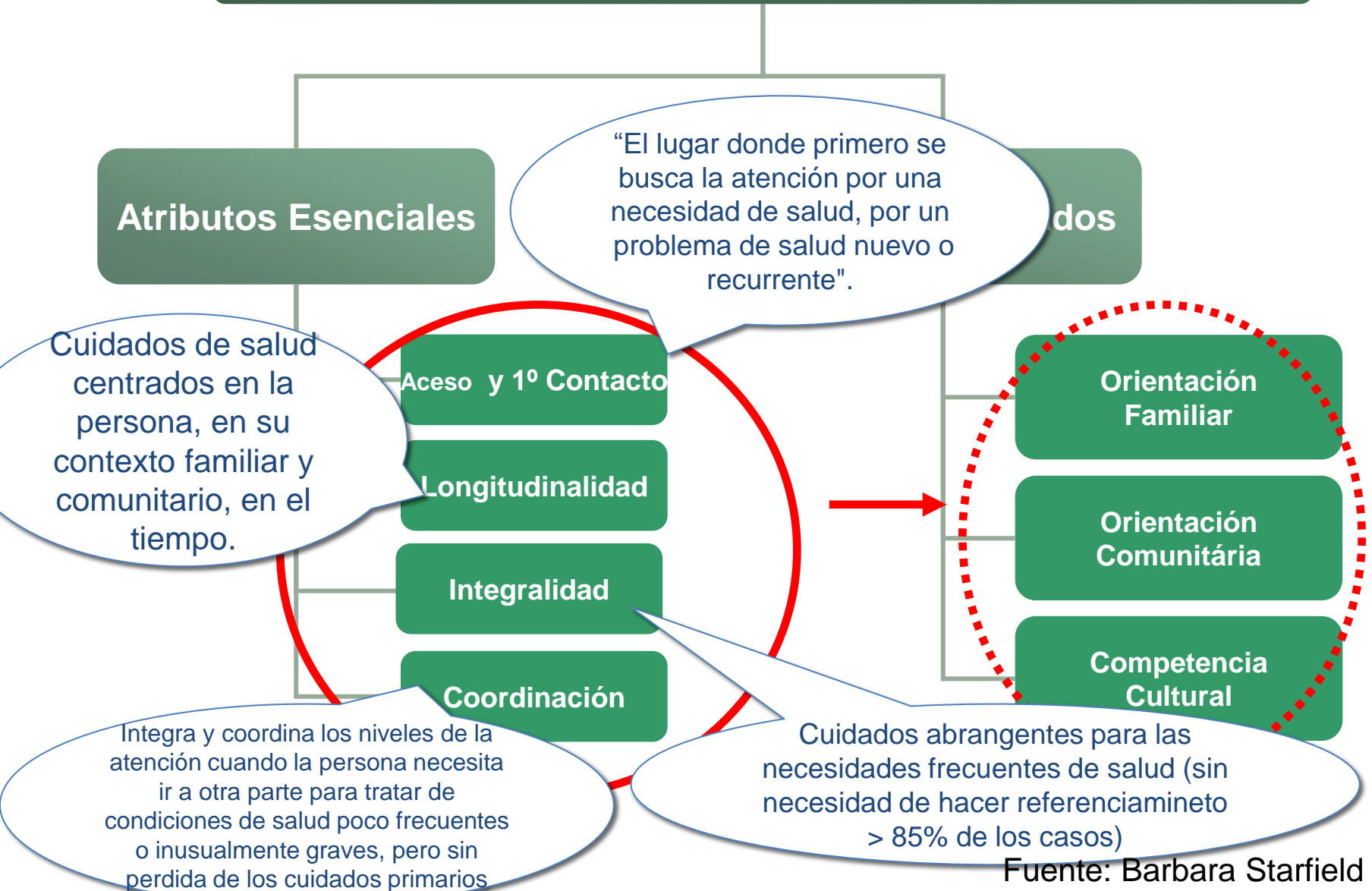
- Macinko 2006

- **Vox Populi 2002:**
- 74% de las familias inscritas en el FHS satisfechos o muy satisfechos
- Secretaria Municipal de Salud- Rio de Janeiro
- > 85% de satisfacción

Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria



Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria



Fuente: Barbara Starfield

ATENCIÓN PRIMARIA

ACCIONES CONTINUADAS DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN,
ASISTENCIA Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD



Modelo de la Estrategia Salud de la Familia

EQUIPO BÁSICO

- 1 Médico
- Enfermería (1 enfermera + Técnico de enfermería)
- 4 a 6 Agentes Comunitarios de salud

- Equipo de Odontología
(1 Odontólogo + Técnicos de Salud Bucal – cada 3 equipos de SF)

EQUIPO BÁSICO

- 1 Médico
- Enfermería (1 enfermera + Técnico de enfermería)
- 4 a 6 Agentes Comunitarios de salud

- Equipo de Odontología
(1 Odontólogo + Técnicos de Salud Bucal – cada 3 equipos de SF)

**Equipo de Apoyo Matricial (Variable)
Sistema de Referencia / Contra-Referencia
Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento**

EQUIPO BÁSICO

- 1 Médico
- Enfermería (1 enfermera + Técnicos de enfermería)
- 4 a 6 Agentes Comunitarios de salud

- Equipo de Odontología
(1 Odontólogo + Técnicos de Salud Bucal – cada 3 equipos de SF)

EQUIPO BÁSICO

- 1 Médico
- Enfermería (1 enfermera + Técnicos de enfermería)
- 4 a 6 Agentes Comunitarios de salud

- Equipo de Odontología
(1 Odontólogo + Técnicos de Salud Bucal – cada 3 equipos de SF)

Especificidades de la Medicina Familiar y Comunitaria

- ◆ Campo propio de actuación
- ◆ Cuerpo de conocimientos
- ◆ Metodología de trabajo
- ◆ Paradigma Biopsicosocial

ENCENÁRIOS PRIVILEGIADOS

ATIVIDADES CENTRAIS

CONSULTA INDIVIDUAL

CONSULTORIOS
UNIDADES DE SALUD

CONSULTA FAMILIAR

VIVIENDA/HOGAR

VISITA / CONSULTA / INTERNACIÓN DOMICILIAR

ESCUELAS, CENTROS Y
ESPACIOS DE REUNIÓN

ACTIVIDADES CON GRUPO

ACTIVIDADES COMUNITÁRIAS

PLAZAS, ESPACIOS DE CONVIVENCIA
Y
INSTITUCIONES COMUNITÁRIAS

OTRAS ACTIVIDADES Y ECENARIOS

ENSEÑANZA

INVESTIGACIÓN

**URGENCIAS/EMERGENCIAS/
CUIDADOS HOSPITALARIOS**

GESTIÓN

**UNIVERSIDAD
ECENARIOS DE PRÁCTICA**

**UNIVERSIDADES
CENTROS DE INVESTIGACIÓN
SERVICIOS**

**UNIDADES DE URGENCIA
HOSPITALARES Y NO HOSPITALARES**

**UNIDADES Y SISTEMAS
LOCALES DE SALUD**

Principios de la Medicina Familiar y Comunitaria

- I - El Médico de Familia y Comunidad es un **profesional calificado**.
- II - La Medicina Familiar y Comunitaria **es influenciada por la Comunidad**.
- III - El Médico de Familia y Comunidad **es un recurso de una población definida**.
- IV - La **Relación profesional-persona** es fundamental en el desempeño del MFyC.



Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad médica central da AP

Sigue los mismos principios de la AP:

- Presta y **coordina los cuidados médicos de una manera continua, longitudinal e integral**;
- Junto a **un equipo de salud y de forma integrada con los otros profesionales de la AP**;
- debe tener **formación específica para desarrollar elevado padrón y autonomía** en la practica y manejo de las situaciones que lida en el día a día.



Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad médica central da AP

- **acceso facilitado** de las personas (independiente de la edad y condiciones de salud y enfermedad).



Medicina Familiar y Comunitaria la especialidad médica central de la AP

- Las acciones de salud son:
- contextualizadas en las familias y comunidades
- segundo el diagnóstico de las necesidades de salud de la comunidad
- y el trabajo es desarrollado en equipo



Medicina Familiar y Comunitaria la especialidad médica central de la AP

- Acciones de promoción y educación en salud
- desarrollan el empoderamiento de la comunidad
- a través de la promoción de la participación social
 - consejos locales de salud, reuniones comunitarias, entre otros





"Sin embargo, factores socio-demográficos indubitavelmente influencien la salud,

un sistema de salud orientado hacia la atención primaria es una estrategia política altamente relevante porque su efecto es claro y relativamente rápido [...]."

Montevideo 2015



4° Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar y Comunitaria

“Calidad y Equidad en el Cuidado a la Salud”

WONCA Iberoamericana-CIMF

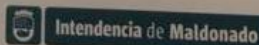
Hotel Radisson- 16 a 19 de Marzo 2015. Montevideo, Uruguay

www.montevideo2015wonca-cimf.org

Organizan:



Auspician:



Informes e inscripciones:

Congreso 4to de WONCA Iberoamericana y Medicina Comunitaria
Palacio CEM, 1000 Montevideo, Uruguay
Tel: +598 2401 0534 al 31
Montevideo2015wonca-cimf@gruposm.com.uy | www.gruposm.com.uy

21TH Wonca World Conference of Family Doctors



Family Medicine
Now, more than ever!

GRACIAS

inezpadula@yahoo.com.br