

# MEDICINA:

Campo teórico, métodos e  
geração de conhecimento

Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(ORGANIZADOR)



4

# MEDICINA:

Campo teórico, métodos e  
geração de conhecimento

Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(ORGANIZADOR)



4

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



## Medicina: campo teórico, métodos e geração de conhecimento 4

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Benedito Rodrigues da Silva Neto

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: campo teórico, métodos e geração de conhecimento 4 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0136-0

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.360222804>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br



**Atena**  
Editora  
Ano 2022

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## APRESENTAÇÃO

Uma definição categórica sobre as Ciências Médicas, basicamente, gira em torno do aspecto do desenvolvimento de estudos relacionados à saúde, vida e doença, com o objetivo de formar profissionais com habilidades técnicas e atuação humanística, que se preocupam com o bem estar dos pacientes, sendo responsáveis pela investigação e estudo da origem de doenças humanas, e além disso, buscando proporcionar o tratamento adequado para a recuperação da saúde.

O campo teórico da saúde no geral é um pilar fundamental, haja vista que todo conhecimento nas últimas décadas tem se concentrado nos bancos de dados que fornecem investigações e métodos substanciais para o crescimento vertical e horizontal do conhecimento. Atualmente as revisões bibliográficas no campo da saúde estabelecem a formação dos profissionais, basta observarmos a quantidade desse modelo de material produzido nos trabalhos de conclusão de curso das academias, assim como nos bancos de dados internacionais, onde revisões sistemáticas também compõe a geração de conhecimento na área.

Assim, formação e capacitação do profissional da área da saúde, em sua grande maioria, parte de conceitos e aplicações teóricas bem fundamentadas que vão desde o estabelecimento da causa da patologia individual, ou sobre a comunidade, até os procedimentos estratégicos paliativos e/ou de mitigação da enfermidade.

Dentro deste aspecto acima embasado, a obra que temos o privilégio de apresentar em cinco volumes, objetiva oferecer ao leitor da área da saúde exatamente este aspecto informacional, isto é, teoria agregada à formação de conhecimento específico. Portanto, de forma integrada, a nossa proposta, apoiada pela Atena Editora, proporciona ao leitor produções acadêmicas relevantes abrangendo informações e estudos científicos no campo das ciências médicas.

Desejo uma proveitosa leitura a todos!

Benedito Rodrigues da Silva Neto



## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **A VULNERABILIDADE DA CRIANÇA COM TRAUMA ORTOPÉDICO**


Adrielle Pantoja Cunha  
Lívia de Aguiar Valentim  
Sheyla Mara Silva de Oliveira  
Tatiane Costa Quaresma  
Yara Macambira Santana Lima  
Franciane de Paula Fernandes  
Maria Goreth da Silva Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3602228041>

### **CAPÍTULO 2..... 12**

#### **HÉRNIA DE AMYAND: UM ACHADO INCIDENTAL E SEU MANEJO**


Cirênio de Almeida Barbosa  
Deborah Campos Oliveira  
Júlia Gallo de Alvarenga Mafra  
Nathália Moura de Melo Delgado  
Ronald Soares dos Santos  
Weber Chaves Moreira  
Ana Luiza Marques Felício de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3602228042>

### **CAPÍTULO 3..... 17**

#### **BREVE ANÁLISE SOBRE MORTALIDADE POR MESOTELIOMA NOS ESTADOS DO BRASIL PERÍODO 2000 A 2019: APRENDIZADO PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**


Telma de Cassia dos Santos Nery  
Erika Alves de Araújo  
Monize Mendonça da Cruz  
Tito César dos Santos Nery

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3602228043>

### **CAPÍTULO 4..... 26**

#### **CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DE COLO UTERINO: UM RELATO DE CASO**


Kalysta de Oliveira Resende Borges  
Bianca Victória Resende e Almeida  
Camila Avelino de Paula  
Herbert Cristian de Souza  
Giulia Manuella Resende e Almeida  
Poliana Pezente  
Karla Fabiane Oliveira Maia Penalber  
Cairo Borges Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3602228044>

**CAPÍTULO 5.....33**

**COMPARATIVO DAS TAXAS DE COBERTURA VACINAL E MORTALIDADE INFANTIL NOS ÚLTIMOS 4 ANOS NO BRASIL**

Vinícius Gomes de Moraes  
Mariana Rodrigues Miranda  
Rafaella Antunes Fiorotto de Abreu  
Thálita Rezende Vilela  
Gabriella Germany Machado Freitas  
Isabela Nunes Tavares  
Suzana Guareschi  
Ana Clara Fernandes Barroso  
Thatiane Chaves Lopes  
Isabella Heloiza Santana da Silva  
Victória Maria Grandeaux Teston  
Joaci Correia Mota Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3602228045>

**CAPÍTULO 6.....37**

**DETECÇÃO DAS CÉLULAS TUMORAIS CIRCULANTES ENVOLVIDAS NO CARCINOMA DE MERKEL E SUAS RELAÇÕES COM O POLIOMAVÍRUS**


Carlos Roberto Gomes da Silva Filho  
Lucas Fernandes de Queiroz Carvalho  
Maria Eduarda Baracuhy Cruz Chaves  
Maria Isabella Machado Arruda  
Bianca Brunet Cavalcanti  
Maria Fernanda Stuart Holmes Rocha  
Luiz Felipe Martins Monteiro  
Pedro Guilherme Pinto Guedes Pereira  
Victor Pires de Sá Mendes  
Esther Rocha de Queiroz  
Jéssica Freire Madruga Viana  
Camylla Fernandes Filgueira de Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3602228046>

**CAPÍTULO 7.....43**

**DOENÇA DE WILSON: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Emanoeli dos Santos Marques Cordeiro  
Mariana Rodrigues Castanho  
Janaína Lopes Câmara

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3602228047>

**CAPÍTULO 8.....52**

**DRENAGEM DE CISTO PANCREÁTICO COM CISTOJEJUNOANASTOMOSE EM Y-ROUX: RELATO DE CASO**

Cirênio de Almeida Barbosa  
Adélio José da Cunha  
Débora Helena da Cunha


Deborah Campos Oliveira  
Tuian Cerqueira Santiago  
Ana Luiza Marques Felício de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3602228048>

**CAPÍTULO 9..... 61**

**FABRICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE DOSÍMETROS LUMINESCENTE (SiO<sub>2</sub>) PARA RADIAÇÃO UV-C, USADA NA ESTERILIZAÇÃO DE AMBIENTES HOSPITALARES PARATRATAMENTO DA COVID-19**

Noemi Aguiar Silva  
Sonia Hatsue Tatum  
Diego Renan Giglioti Tudela  
Nagabhushana Kuruduganahalli Ramachandraiah  
Álvaro de Farias Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3602228049>

**CAPÍTULO 10..... 72**

**GESTÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE ONCOLÓGICO EM UMA UNACON EM SANTARÉM-PARÁ**


Kalysta de Oliveira Resende Borges  
Anderson da Silva Oliveira  
Wellen Maia Guimarães  
Lia Mara Couto Diniz Dos Santos  
Deusilene Mendes Pontes  
Hebert Moreschi  
Cairo Borges Junior  
Karen Susan Portela Ramalho  
Thais Riker da Rocha Oliveira  
Giulia Manuela Resende e Almeida  
Bianca Victoria Resende e Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.36022280410>

**CAPÍTULO 11..... 76**

**IMPACTO DO LEVODOPA E PRAMIPEXOL NA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA EM PACIENTES COM PARKINSON**


Marcello Facundo do Valle Filho  
Jamilly Lima de Queirós  
Júlia Araújo de Castro  
Dalmir Melo da Camara

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.36022280411>

**CAPÍTULO 12..... 88**

**INSÔNIA ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA**


Bárbara Santos Roscoff  
Daniela Folador  
Rubia Vieira Simon  
Junir Antonio Lutinski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.36022280412>

**CAPÍTULO 13..... 98**

**RELATO DE CASO: MANEJO FARMACOLÓGICO PERIOPERATÓRIO NO PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON**


Victória Sant'Anna Marinho  
Jader de Sousa e Souza  
Guilherme Abreu de Britto Comte Alencar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.36022280413>

**CAPÍTULO 14..... 108**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES HIV/AIDS DIAGNOSTICADAS NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA**


Leônidas de Jesus Cantanhede Reis  
Claudia Tereza Frias Rios  
Lívia Cristina Sousa  
Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias  
Maria de Fátima Lires Paiva  
Regina Maria Abreu Mota  
Paula Fernanda Gomes Privado  
Shirley Priscila Martins Chagas Diniz  
Aline Sousa Falcão  
Dorlene Maria Cardoso de Aquino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.36022280414>

**CAPÍTULO 15..... 121**

**PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN IBEROAMÉRICA**


Gabriela Armijos Ruilova  
Luisa Vaca Caspi  
Luis Aguilera García  
Verónica Casado Vicente  
Galo Sánchez del Hierro  
Susana Alvear Durán

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.36022280415>

**CAPÍTULO 16..... 140**

**PSICOEDUCAÇÃO E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS PARA A EDUCAÇÃO SEXUAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Samuel Silverio Seixas  
Bianca Campos Pereira  
Ana Paula Ferreira Gomes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.36022280416>

**CAPÍTULO 17..... 148**

**REVISÃO COMPREENSIVA SOBRE ESTOMIA: TÉCNICAS E INDICAÇÕES**

Ana Clara Pontieri Nassar


Rafael Rodrigues de Melo  
Marina Meneghesso Buonarotti  
Vinícius Magalhães Rodrigues Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.36022280417>

**CAPÍTULO 18..... 152**

**SÍNDROME DE BOERHAAVE SECUNDÁRIA A OBSTRUÇÃO GÁSTRICA POR FITOBEZOAR: UM RELATO DE CASO**


Alúísio Miranda Reis  
Petrille André Cavalcante de Barros  
Raquel Zarnowski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.36022280418>

**CAPÍTULO 19..... 155**

**SÍNDROMES GERIÁTRICAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DEL OCCIDENTE DE MÉXICO**

Octavio Hernández Pelayo  
Christopher Emmanuel Quirarte León

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.36022280419>

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 164**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 165**

# CAPÍTULO 15

## PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN IBEROAMÉRICA

*Data de aceite: 01/04/2022*

### **Gabriela Armijos Ruilova**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
(PUCE), Facultad de Medicina  
Quito, Ecuador

### **Luisa Vaca Caspi**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
(PUCE), Facultad de Medicina  
Quito, Ecuador

### **Luis Aguilera García**

Facultad de Medicina de la Universidad  
de Valladolid (UVa); Confederación  
Iberoamericana de Medicina de Familia (CIMF),  
Wonca Iberoamericana-CIMF; Sociedad  
Española de Medicina de Familia y Comunitaria  
(semFYC)  
Valladolid, España

### **Verónica Casado Vicente**

Ciencias de la Salud y Responsable de la  
unidad docente de Medicina de Familia de la  
Facultad de Medicina de Valladolid; Centro de  
Salud docente y universitario de Parquesol,  
Unidad Docente de Atención Familiar y  
Comunitaria de Valladolid-Oeste  
Valladolid, España

### **Galo Sánchez del Hierro**

University of Antwerp (UAntwerp),  
Departamento de Atención y Cuidado  
Interdisciplinario; Universidad Técnica  
Particular de Loja (UTPL), Departamento de  
Ciencias da la Salud; Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador (PUCE), Facultad de  
Medicina  
Quito, Ecuador.

### **Susana Alvear Durán**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
(PUCE), Facultad de Medicina  
Quito, Ecuador

**RESUMEN:** En el siglo XXI los sistemas de salud buscan fortalecer su estructura y funcionamiento enfocándose en la estrategia de Atención Primaria de Salud, para lo cual se necesitan recursos humanos de alta calidad. Para alinear los sistemas de salud sobre la base de los valores que guían esta estrategia hacen falta políticas ambiciosas en la formación de recursos humanos competentes y suficientes. La medicina familiar, como disciplina orientada hacia la atención curativa, integral y continua, hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como hacia la prestación de servicios en los diferentes niveles de atención, es el eje que permite cumplir dicho fortalecimiento. El médico familiar, previo a su papel como especialista, pasa por un proceso de formación en la residencia. En Iberoamérica existen pocas residencias de Medicina Familiar, y muchos programas no acreditan la calidad necesaria para formar un recurso humano médico competitivo. La respuesta académica de las instituciones en la mayoría de los países latinoamericanos ha sido muy diversa; y en algunos casos ha servido para cubrir la brecha entre la necesidad de personal y la oferta formativa, debido a la urgencia político-gubernamental. Esta revisión desea mostrar la actualidad de los programas de formación en Iberoamérica. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en varias bibliotecas

virtuales, así como literatura gris en páginas de sociedades científicas. Se recopilaron datos de líderes de opinión en la “V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar” celebrada en Quito, Ecuador, en Abril de 2014. **Resultados:** Se obtuvieron los siguientes datos: Los tiempos en formación en Medicina Familiar en países Iberoamericanos varían entre 2 y 4 años; el 61% de los países (11 de 18) ofertan 3 años de formación, el 22,2% 4 años, y 11% 2 años (Cuba y Venezuela); en el 63,6% (7 de 11 países), el título de Medicina Familiar es obligatorio para la práctica. **Conclusiones:** En Iberoamérica, los programas de residencia en medicina familiar están dirigidos a corregir las deficiencias en la formación de los médicos generales y cerrar la brecha para satisfacer las necesidades de salud pública. in embargo, estos programas todavía carecen de muchos elementos de la formación en medicina familiar para alcanzar las competencias estandarizadas en todo el mundo. Por otra parte, si existen deficiencias en los programas de formación con las competencias y si sus necesidades no están basadas en normasi nternacionales, la formación resultante no produce los especialistas médicos de alta calidad capaces de resolver el 80% de los problemas de salud que presentan los pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Medicina Familiar Y Comunitaria, Programas de Capacitación Educación Basada en Competencias Residencia Médica.

## TRAINING PROGRAMS IN FAMILY MEDICINE IN LATIN AMERICA

**ABSTRACT:** In the 21<sup>st</sup> century, health systems wanted to strengthen their structure and operation by focusing on a strategy of Primary Health Care through high-quality human resources. Ambitious policies are needed in the training of competent and sufficient human resources to align health systems based on these strategic values. Family Medicine is the axis that allows health system strengthening by providing healing-oriented, comprehensive and continuous healthcare, with health promotion, disease prevention and the provision of services across various levels of care. The family doctor goes through residency training before going into practice. In Latin America there are few residences in Family Medicine, and many programs do not provide the quality needed to form competitive medical human resources. The response of academic institutions in most Latin American countries has been very diverse; and in some cases they served to bridge the gap between the need for personnel and the training offered, due to the political and governmental urgency. This article wants to show the relevance of training programs in Latin America. **Methods:** A literature search was performed in multiple virtual libraries and gray literature of scientific societies. Data were collected from opinion leaders in the “Fifth Iberoamerican Summit of Family Medicine” held in Quito, Ecuador, in April 2014. **Results:** The following data were obtained: Training in Family Medicine in Latin American countries varies between 2 and 4 years; 61% of countries (11 of 18) offer 3 years of training, 22.2% four years, and 11% 2 years (Cuba and Venezuela); in 63.6% (7 of 11 countries), the degree of Family Medicine is required for practice. **Conclusions:** In Latin America, residency programs in family medicine aimed to correct deficiencies in the training that had been present in general practitioners and to close the gap to meet the public health need. However, these programs still lack many elements of family medicine training to reach worldwide standardized competencies. Furthermore, if the training programs are not training to competency and if their requirements are not based on international standards,

then the resulting training does not produce high quality physicians, capable of resolving 80% of the medical problems that patients present to them.

**KEYWORDS:** Family Practice Training Programs, Competency-Based Education Residency, Medical

## PROGRAMAS DE FORMAÇÃO EM MEDICINA DA FAMÍLIA NA AMÉRICA LATINA

**RESUMO:** No século XXI, sistemas de saúde buscam reforçar a sua estrutura e funcionamento com foco em estratégia na Atenção Primária da Saúde, para a qual são necessários recursos humanos de alta qualidade. Para alinhar os sistemas de saúde com base nos valores que orientam esta estratégia, são necessárias políticas ambiciosas na formação de recursos humanos competentes e suficientes. A Medicina de Família, como uma disciplina atenção integral e contínua orientada para a cura, promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como a prestação de serviços em diferentes níveis de atenção, é o eixo que permite cumprir esse fortalecimento. O médico de família, antes de seu papel como um especialista, passa por um processo de treinamento na residência. Na América Latina existem poucas residências de Medicina de Família, e muitos programas não têm a qualidade necessária para formar recursos humanos médicos competitivos. As respostas das instituições acadêmicas, na maioria dos países latino-americanos, têm sido muito diversificadas; e, em alguns casos, têm servido para preencher a lacuna entre a necessidade de pessoal e a oferta de formação, devido à urgência política e governamental. Esta revisão pretende mostrar a relevância dos programas de formação na América Latina. **Métodos:** A pesquisa bibliográfica foi realizada em várias bibliotecas virtuais e na literatura cinzenta de sociedades científicas. Os dados foram coletados com líderes de opinião na “V Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família”, realizada em Quito, Equador, em abril de 2014. **Resultados:** Foram obtidos os seguintes dados: a formação em Medicina de Família em países da América Latina varia entre 2 e 4 anos; 61% dos países (11 de 18) oferecem 3 anos de treinamento, 22,2% quatro anos, e 11% de 2 anos (Cuba e Venezuela); em 63,6% (7 de 11 países), o título de Medicina de Família é necessário para a prática. **Conclusões:** Na América Latina, programas de residência em Medicina de Família são destinados a corrigir as deficiências na formação de médicos de clínica geral e fechar essa lacuna para satisfazer as necessidades da saúde pública. Todavia, esses programas carecem de muitos elementos da formação em Medicina de Família para alcançar as competências padronizadas mundo afora. Por outro lado, se existem deficiências nos programas de formação em relação às competências e se suas necessidades não estão baseadas em normas internacionais, não são formados médicos especialistas de alta qualidade, capazes de resolver 80% dos problemas de saúde apresentados pelos pacientes. **PALAVRAS-CHAVE:** Medicina de Família e Comunidade, Programas de Treinamento Educação Baseada em Competências Residência Médica.

“[...] la Medicina de Familia debe dar forma a la reforma y no al revés.”  
Barbara Starfield



## INTRODUCCIÓN

La atención primaria, más necesaria que nunca

Los valores centrales de la atención primaria de salud (APS) que dieron forma a la Declaración de Alma-Ata en 1978 siguen siendo válidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad. Llegar al objetivo de salud para todos requiere que los sistemas de salud respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados en la atención médica. La APS tiene características principales bien definidas: atención centrada en las personas, integralidad e integración, continuidad asistencial y participación de los pacientes, las familias y las comunidades.<sup>1-10</sup> Desde esta declaración se vislumbró la necesidad de cambiar la manera de funcionamiento de los sistemas sanitarios para lograr impulsar la estrategia basada en APS.<sup>2-5</sup>

Esto entraña una reorientación y reforma sustancial del funcionamiento actual de los sistemas de salud en la sociedad, los cuales se centran en una atención curativa terciaria especializada, con un enfoque de control de enfermedades, provocando fragmentación de los servicios y una atención lucrativa no regulada.<sup>4-8,11</sup> Las reformas al sistema de salud constituyen la renovación de la APS planteada en el 2008 en 4 ejes:<sup>5,12</sup>

1. reformas en pro de la cobertura universal que garanticen la equidad sanitaria, la justicia y la protección social en salud.
2. reformas de la prestación de servicios que reorganicen los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población.
3. reformas de las políticas públicas que mejoren la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria.
4. reformas del liderazgo buscando ser integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud.

Para alinear los sistemas de salud sobre la base de los valores que guían la APS, hace falta políticas ambiciosas en la formación de recursos humanos competentes y suficientes. Esta área ha sido desatendida por mucho tiempo y es uno de los principales obstáculos para el desarrollo de los sistemas de salud. En la actualidad dada su importancia en cada uno de los conjuntos de reformas de la APS, las aptitudes y competencias que se esperan del personal de salud conforman un ambicioso programa, que obliga a replantearse y revisar los enfoques pedagógicos vigentes.<sup>5,7,13</sup>

La respuesta académica de las instituciones en la mayoría de los países latinoamericanos ha sido muy diversa. Algunos de los programas universitarios de la residencia de medicina familiar están dirigidos a paliar las deficiencias en la formación de los médicos generales y cubrir la brecha entre la necesidad de personal y la oferta formativa, debido a la urgencia político-gubernamental. Algunos programas han delegado esta importante misión a departamentos de salud pública, epidemiología, medicina

preventiva, medicinas comunitarias y generales, o repartidas entre varias especialidades al mismo tiempo, demostrando una ausencia de la verdadera identidad como especialidad.<sup>7,14</sup>

## RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA - MÉDICO FAMILIAR

Los sistemas de salud de la región latinoamericana todavía no han logrado la eficacia necesaria para cumplir los objetivos de APS, debido a limitaciones que incluyen: desorganización de los sistemas de salud y sistemas educativos; falta de políticas de incentivos, financiamiento y costos elevados; distribución desigual de servicios; y, fundamentalmente, carencia de recursos humanos capacitados y adecuados para la atención médica.<sup>13,14</sup>

Las competencias son características permanentes - conocimientos, habilidades y actitudes - que la persona demuestra al realizar una actividad. Los programas de residencia de medicina familiar cumplen el propósito de guiar el currículo y formar las bases para el diseño y acreditación de dichos programas.<sup>13,15-18</sup>

Las competencias necesarias que se esperan de un médico de familia se agrupan en siete categorías: comunicación, colaboración, gerencia, promoción de la salud (*advocacy*), académico, profesionalismo y experticia en medicina familiar.<sup>15-17</sup>

“[...] el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los Miembros de la comunidad.”<sup>1</sup>

Dichas competencias son las mismas que se buscan en programas formativos de residencias de Medicina Familiar/General en países como Reino Unido, Holanda, España, Dinamarca, Portugal, Bélgica, Estados Unidos, Canadá, Australia, y a su vez reflejan las competencias dadas por la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales/Médicos de Familia - WONCA. En Latinoamérica existe mayor diferencia de las competencias, no sólo entre países de la región como Argentina y México, sino dentro de un mismo país, como es el caso de Ecuador y Venezuela por citar algunos ejemplos.<sup>15,19-23</sup>

## PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

El sistema de formación especializada, a través de la residencia, contribuye a elevar de forma homogénea la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, mejorando la calidad de atención.<sup>19,24,25</sup> Europa

Los estados miembros de la Unión Europea cuentan con un programa general de formación específica/ formación especializada para los Médicos Familiares orientados por competencias, desde el año 1999,<sup>19,25-27</sup> con las siguientes características (Tabla 1):

Denominación	Medicina General 40% de países Medicina Familiar 60% de países
Especialidad reconocida	93.3% países
Tiempo de formación	4, 5, 6 años 53% de países 3 años 47% de países
Programa oficial	70% de países
Responsable de la formación	50% Universidad 50% Gobierno/profesión
Formación ambulatoria/hospitalaria	71% de los países existe un tiempo de formación mayor o igual en nivel atención primaria vs hospital
Examen final obligatorio vs evaluación sumativa final	100% de los países
Título obligatorio para la práctica	70% países
Recertificación	16 países

Tabla 1. Características generales de los programas de formación en Medicina Familiar/General en la Unión Europea, 2012.

Fuente:<sup>26-28</sup> Elaboración: autores.

Los programas de residencia en la Unión Europea, así como los de los Estados Unidos cumplen, en mayor o menor medida, con ciertas características:<sup>19-21</sup>

1. Flexibilidad, es decir que las competencias sean determinadas por el perfil profesional como médico familiar.
2. Pluripotencialidad, es decir, formar médicos familiares que puedan trabajar no sólo en el primer nivel de atención, sino en otros entornos laborales, como las urgencias, el cuidado hospitalario, los cuidados paliativos, la atención a grupos de riesgo, etc.<sup>29,30</sup>
3. Eje Tutor-Residente: la formación central se da en el primer nivel de atención, pero se debe buscar un balance en el entrenamiento a nivel hospitalario y comunitario como entornos docentes ya que cumplen con el objetivo de adquirir competencias. La formación debe ser individualizada, con un incremento progresivo de la responsabilidad.<sup>20,31</sup>
4. Se definen las áreas de competencias y por cada área se determinan los objetivos específicos y las actividades propias para la adquisición de estas competencias.<sup>24,26</sup>

## AMÉRICA LATINA

En la región existen pocos estudios que reúnan información sobre la situación específica de los programas de residencias en medicina familiar. Revisando el documento “Residencias Médicas en América Latina” se extraen los siguientes datos:<sup>32</sup> Los cambios gubernamentales han limitado el desarrollo de políticas públicas en recursos humanos,

dificultando lograr continuidad y sustentabilidad.

En la región existe una gran disponibilidad de plazas para las áreas clínicas y quirúrgicas, y a pesar de que algunos países incrementaron la cantidad de residencias en medicina familiar, el porcentaje resulta menor al 11% del total de las básicas: medicina general integral, salud familiar comunitaria intercultural (Bolivia), pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna (clínica médica), psiquiatría y cirugía general; y 6% con respecto al total de plazas de residencias asignadas.

La formación en las residencias en América Latina, en general, es una fuente de conflicto entre la universidad y el sistema de salud por razones relacionadas con los mecanismos de titulación; definición y evaluación de los programas; acompañamiento docente; acreditación de los programas; entre otros.

En todos los países las rotaciones están programadas. Los tiempos de rotación de los residentes se ajustan a un período considerado suficiente para lograr los objetivos de aprendizaje contemplados en los diferentes programas de formación en cada especialidad; sin embargo no resulta explícito como se definen los objetivos generales y específicos a ser alcanzados en la rotación ni el nivel de competencia que ha de obtenerse durante el periodo de formación.

Este documento pretende actualizar la información acerca de programas de formación y hacer un análisis de recursos humanos en medicina familiar en la región de Iberoamérica con el objetivo de plantear recomendaciones sobre la calidad de formación a través de estándares mundiales sugeridos por WONCA y otros organismos internacionales.

## **METODOS**

Se realizó una búsqueda en PUBMED, Cochrane, Scielo, Latindex, Biblioteca Virtual de la Salud, IntraMed, PAHO, con las palabras claves: medicina de familia, medicina familiar y comunitaria, programas, educación basada en competencias, residencia. Además se realizó búsqueda general de literatura gris en páginas de WONCA, sociedades científicas y otros. Se recopilaron datos de líderes de opinión en la “V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar” celebrada en Quito, Ecuador, en Abril de 2014.

## **RESULTADOS**

En base a la revisión de fuentes bibliográficas diversas, dispersas y limitadas, para la mesa número 3 de trabajo: “Estado actual de los programas formativos en Iberoamérica”, llevada a cabo en la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar celebrada en Quito, Ecuador, en abril de 2014, se obtuvieron los siguientes datos:

Los tiempos en formación en Medicina Familiar en países Iberoamericanos varían entre dos y cuatro años. El 61% de los países (11 de 18) ofertan 3 años de formación, el

22,2% 4 años, y 11% 2 años (Cuba y Venezuela).

En el 92% de los países (12 de 13) existe Programa formativo nacional, con rotaciones prefijadas en el 100% de los programas.

El acceso al programa formativo se da a través de un examen único en 8 de 15 países (53,3%).

De 14 países: 35,7% el responsable de la formación en medicina familiar es el Gobierno, 35,7% Gobierno en conjunto con Universidades y el 28,5% a cargo de la Universidad.

Diez países realizan formación teórica práctica y en todos ellos se incluye la investigación en el programa.

Tiempo asignado de formación en rotaciones ambulatoria/Hospitalaria:

- igual en cuatro países
- en cinco países indican que se forman más en rotaciones ambulatorias y comunitarias.

La evaluación del programa es formativa en 72,7% de casos y sumativa 100% (11 de 11 países).

La rendición de examen final obligatorio no se requiere en el 36,3% de países (4 de 11).

En el 63,6% (7 de 11 países) de los casos el título de MF es obligatorio para la práctica.

En el 63,6% de países no se realiza proceso de certificación ni recertificación (Tabla 2).

## DISCUSIÓN

Existen dos vías para formación de médicos familiares. Una, a través de programas formales conocidos como residencias médicas. Y otra, por programas alternos como procesos de reconversión con cursos de especialidad para médicos generales y otros especialistas (México), procesos de formación acelerada (Estados Unidos, 1992-2002), educación médica continua y prácticas clínicas (Argentina, Chile), entre otros.41,49,51

País	A	H/CS	PFN	EUAP	RP	CTP	EFO	RF	EF	ES	OPP	R
Argentina	4	50%-50%	SI	NO	NO/SI (2011)	-	SI	G	NO	SI	NO	SI
Bolivia MF Y MFCI	3 y 3	+/-	SI	SI	SI	-	SI	G	-	-	SI	SI
Brasil	2	6m/18m	SI	NO	SI	600h-900h	NO	G/U	SI	SI	NO	NO
Chile	3	-	-	-	-	-	-	U(70%)/G	-	-	-	-
Colombia	3	-	-	NO	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	4	+/-	SI	SI	-	50/50	-	-	SI	SI	-	-
Cuba	2	-/+	SI	NO	SI	384h/5516h	SI	G	SI	SI	SI	-
Ecuador	3	8m/28m	SI	NO	SI	160h/1013h x semestre	NO	G/U	NO	SI	SI	NO
El Salvador	3	-	-	NO	-	-	-	U	-	-	-	NO
España	4	22m/22m	SI	SI	SI	300h	NO	G/U	SI	SI	SI	NO
México MF Y MGI	3 y 2	50/50 3er mas comunidad	SI	SI	SI	T: 828h/ P: 4692h	SI	U	SI	SI	SI	NO
Panamá	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	3	-	SI	SI	SI	400h	SI	G/U	NO	SI	NO	SI
Perú	3	18m/18m	NO	SI	SI	50/50	NO	U	SI	SI	SI	SI
Portugal	3	-/+	SI	-	SI	180h	SI	G/U	-	-	SI	NO
República Dominicana	4	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	3	-/+	SI	SI	SI	7500 (total h)	SI	G	SI	SI	NO	NO
Venezuela MGF	3 y 2	-/+	NO	NO	SI	90 unidades/ 60 x crédito	NO	U	SI	SI	SI	Elaborado, aún no ejecutado
Venezuela MGI	3	-/+	SI	NO	SI	256h/1000 h	SI	G	-	-	-	NO

A: Años; H/CS: Hospital/Centro de Salud; PFN: Programa Formativo Nacional; EUAP: Examen Único de Admisión al Programa; RP: Rotaciones Prefijadas; CTP: Contenido Teórico-Práctico; EFO: Examen Final Obligatorio; RF: Responsables de la Formación; EF: Evaluación Formativa; ES: Evaluación Sumativa; OPP: Obligatorio para la Práctica; R: Recertificación.

Tabla 2. Estado actual de los programas de formación en medicina familiar en algunos países de Iberoamérica, 2014.

Fuente:<sup>26,27,32-50</sup> Elaboración: autores.

Los programas de reconversión o alternos nacen impulsados por políticas gubernamentales que tratan de cumplir con las reformas de salud debido al número limitado de médicos familiares egresados de residencias universitarias. Se los consideraba transitorios en la búsqueda de la expansión de la medicina familiar, sin embargo en los países de Iberoamérica se siguen desarrollando cada vez más.<sup>2,5,7,41,49,51-53</sup>

En cuanto a los tiempos de formación de los programas formales, estos pueden variar desde los dos años de residencia (Canadá) hasta los seis años (Finlandia), con una media de tres años en la mayoría de países (Portugal, Ecuador, Bolivia). No hay un consenso,

ni existen estudios en Iberoamérica sobre cuál es el tiempo apropiado para adquirir las competencias necesarias que le permitan al médico estudiante ejercer la medicina de familia. Al respecto existe un debate entre médicos familiares en Canadá, unos a favor del período de tres años alegando que dos años no es tiempo suficiente para adquirir las competencias necesarias para la práctica, y aquellos que defienden una duración de 24 meses en base a que un tiempo mayor de especialidad reduciría el número de aspirantes y que las competencias se pueden seguir adquiriendo en la práctica profesional.<sup>22,27,37,54-57</sup>

Es un consenso a nivel mundial que la educación en las residencias debe estar basada en competencias esenciales para la disciplina de la especialidad de medicina familiar. Sin embargo, en algunos países no se definen cuáles son estas competencias y se observan variaciones entre continentes, regiones y un mismo país. Como ejemplos, tenemos los modelos basados en competencias con marcos similares y comparables como CanMEDS para Canadá, que en la actualidad sirve de ejemplo ilustrativo para muchos países en todo el mundo, o *Accreditation Council for Graduate Medical Education - ACGME* para Estados Unidos, o *WONCA* para los países de la Unión Europea.<sup>15-17,58-62</sup>

La otra cara de la moneda es Latinoamérica, en donde existe una gran heterogeneidad en cuanto a las competencias adquiridas, como es el caso de Venezuela, Cuba, Bolivia y Ecuador.<sup>63-66</sup> Esta heterogeneidad se da no sólo en las competencias sino también en los nombres que recibe la especialidad aunque no cumpla los requisitos como tal y solo sirva para ese sistema de salud; por ejemplo el caso de Cuba y actualmente Venezuela, producto de un proceso político, con la definición de Medicina General Integral (MGI).<sup>32,49,52</sup> El problema de fondo con la denominación variada de la especialidad, es que probablemente refleja la toma de decisiones políticas que escogen el nombre de la especialidad sin conocer a profundidad el enfoque que tiene la Medicina Familiar.<sup>63-65</sup>

En Iberoamérica, a pesar de las diferentes estrategias para conseguir un mayor número de médicos familiares, los esfuerzos resultan insuficientes dado el número de habitantes de cada país como se puede observar en la Tabla 3. El número estándar de médicos familiares debe ser de uno por 2000 habitantes.<sup>63,67</sup> Pocos países de la región cumplen o se acercan a esta meta, como Cuba y México; en cambio otros, como Ecuador y Panamá, están lejos de la misma. En dicha tabla no se hace distinción el número de médicos provenientes de diferentes denominaciones o programas de formación.

<b>País</b>	<b>Poblacion millones*</b>	<b>Estándar 1MF/2000 personas</b>	<b>Numero de medicos familiares<sup>a</sup></b>	<b>Razon de medicos por 1000 Hab<sup>b</sup></b>	<b>Estimacion de poblacion por medico familiar</b>
Argentina	41.09	20.545	2.500 (2003)	3.16	16.400 IND. x MF
Bolivia	10.5	5.250	400 (2006)	1.22	25.000 IND. x MF
Brasil	198.7	99.350	30.328 (2011)	1.72	6.551 IND. x MF
Chile	17.46	8.730	470 (2012)	1.09	37.148 IND. x MF
Colombia	47.7	23.850	150 (2006)	1.35	318.000 IND. x MF
Costa Rica	4.805	2.403	-	1.32	-
Cuba	11.27	5.635	36.478 (2011)	6.4	309 IND. x MF
Ecuador	15.49	7.950	300 (2013)	1.48	51.633 IND. x MF
El Salvador	6.297	3.149	81 (2005)	1.59	77.740 IND. x MF
España	47.27	23.635	27.913 (2008)	3.96	1.693 IND. x MF
México	120.8	60.400	39.000 (2011)	2.89	3.097 IND. x MF
Panamá	3.802	1.901	40 (2006)	1.5	95.050 IND. x MF
Paraguay	6.687	3.344	400 (2006)	1.1	16.717 IND. x MF
Perú	29.99	14.995	62 (2006)	0.92	483.709 IND. x MF
Portugal	10.53	5.265	7.034 (2005)	3.7	1.497 IND. x MF
República Dominicana	10.28	5.140	500 (2013)	1.88	20.560 IND. x MF
Uruguay	3.395	1.698	419 (2012)	4.4	8.102 IND. x MF
Venezuela	29.95	14.975	1.700 (2007)	1.94	17.617 IND. x MF

\* Datos de población de países en millones del año 2012; # Datos de razón de médicos por 1000 habitantes de diferentes años; <sup>a</sup> Datos del número de médicos familiares por países desde el año 2003 hasta el 2013. IND.: Individuos; MF: Médico Familiar.

Tabla 3. Relación de médicos por 1000 habitantes, número de médicos familiares, y estimación de población por médico familiar en algunos países de Iberoamérica, 2014.

Fuente:<sup>34,41,43,44,46,47,50,63,68-72</sup>. Elaboración: autores.

Probablemente las razones del porqué la APS y la Medicina familiar no han impactado la salud en Latinoamérica son el bajo número de Médicos Familiares y que los programas actuales de formación responden a políticas de gobierno que tienen como marco conceptual una ideología y no las competencias de la especialidad. Esto provoca diversidad y masificación con pérdida de calidad en la formación.<sup>7,14,49</sup> Otra de las razones del bajo impacto a pesar de programas que llevan décadas en la región Iberoamericana (Bolivia, Ecuador), y que se originaron por razones distintas a las descritas previamente, tiene que ver con el sistema de salud, discusión que no compete al documento actual pero se proyecta como otro tema de análisis.<sup>63</sup>

## CONCLUSIONES

En Iberoamérica, los programas de residencia de medicina familiar dirigidos a paliar



las deficiencias en la formación de los médicos generales así como solucionar dificultades de contingencia, están a gran distancia de la formación en los métodos y valores de la verdadera medicina familiar, más aún si los programas no son claros en cuanto a las competencias y estas no son comparables con las adquiridas en programas internacionales que buscan homogenizar un perfil.<sup>7,14,26</sup>

En Latinoamérica no se ha llegado a construir un perfil único del médico familiar, no se han homogenizado los programas de residencia ni existe un consenso acerca del nombre de la especialidad en la región, lo que conlleva a una formación de médicos familiares con liderazgos erráticos, diversos, y con ausencia de verdadera identidad como especialidad y disciplina con un cuerpo propio de conocimientos y competencias específicas.<sup>14,63</sup>

El desarrollo de herramientas tecnológicas permite al médico familiar desenvolverse en cualquier ámbito de la atención médica. Esta pluripotencialidad de crecimiento no puede ser limitada por procesos políticos. Hay médicos familiares que trabajan en urgencias o son entrenados en cesáreas para prestar atención obstétrica completa. Esto no significa una subespecialización de la medicina familiar sino un fortalecimiento de sus competencias de acuerdo a las necesidades de la población o de sus intereses particulares de aprendizaje.<sup>29,30</sup>

## RECOMENDACIONES

Los programas formativos deben tener características comunes que avalen su calidad, como son: estar acreditados por una universidad o por la profesión (comisiones nacionales de especialidad); deben estar basados en competencias esenciales de acuerdo a modelos internacionales y cumplir con un tiempo de formación que capacite al médico para su desempeño en cualquier nivel de atención.<sup>23</sup>

En la carta de Quito redactada tras la realización de la “V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar” celebrada en Quito, Ecuador, en abril de 2014, se hicieron varias recomendaciones. Citamos algunas de interés al presente artículo:<sup>73</sup>

Apoyar la formación del talento humano en medicina familiar y comunitaria, responsabilizándose por el desarrollo y mantenimiento de sus competencias, promover la investigación y la formación continua como elementos fundamentales para mantener el nivel profesional de los médicos familiares.

Promover que en los sistemas de salud de Iberoamérica la proporción de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en relación al total de especialistas alcance el 50% y que este valor sea un indicador para el alcance de la Cobertura Universal.

Reconocer que la Certificación y Acreditación profesional en Medicina Familiar y Comunitaria permite el fortalecimiento de la calidad de atención en el tiempo y estimula la actualización del profesional.

Promover la creación del Observatorio de Medicina Familiar en la región con la participación de Wonca y Wonca Iberoamericana-CIMF, para fortalecer la identidad de la

especialidad y que se constituya en una herramienta relevante para la toma de decisiones de los gobiernos, los organismos internacionales, la academia y la comunidad.

## **AGRADECIMIENTOS**

A los médicos familiares integrantes del grupo de trabajo constituido para el desarrollo del eje temático “Estado actual de los programas formativos en Iberoamérica” de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.

A los participantes de la mesa número 3 de trabajo “Estado actual de los programas formativos en Iberoamérica”, llevada a cabo en el transcurso de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar celebrada en Quito, Ecuador, en Abril de 2014.

Y a las Sociedades Científicas que integran la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, Wonca Iberoamericana-CIMF. De manera especial al Dr. Edgar León y al Dr. Giovanni Rojas, Presidente y Vicepresidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar respectivamente, por su apoyo.

Participantes de la Mesa: Dra. Elva Arias (Ecuador), Dr. Rodrigo Díaz (Ecuador), Dr. Julio Ojeda (MSP-Ecuador), Dr. Lenin Cadena (Ecuador), Dr. Humberto Jure (Argentina), Dr. Carlos Ortíz (Colombia), Dr. Homero de los Santos (México), Dr. Octavio Noel Pons (México), Dr. David Alonso Galván (Perú), Dra. María Cristina da Costa (Venezuela); Ponencias: Dra. Verónica Casado (España), Dr. José Francisco García (OPS/OMS); Coordinación: Dra. Susana Alvear (Ecuador), Dr. Luis Aguilera (España); Relatoras: Dra. Gabriela Armijos (Ecuador) y Dra. Luisa Vaca (Ecuador).

Integrantes del grupo de trabajo: Dr. Humberto Jure (Argentina), Dr. Daniel Knupp (Brasil), Dr. Eduardo Alemany (Cuba), Dra. Verónica Casado (España), Dr. Juan V. Quintana (España), Dr. Octavio Noel Pons (México), Dr. Homero de los Santos (México), Dr. Andrés Szwako (Paraguay), Dr. David Alonso Galván (Perú), Luis R. Vega (Puerto Rico), Dr. Julio Braida (Uruguay), Dr. Juan Carlos Perozo (Venezuela), Dra. María Cristina da Costa (Venezuela), Coordinación: Dra. Susana Alvear (Ecuador), Dr. Luis Aguilera (España).

## **FINANCIACIÓN**

Ninguna declarada.

## **APROBACIÓN ÉTICA**

No aplicable.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

Ninguna declarada.

## REFERENCIAS

1. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: Una meta para todos. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2001;1(1):7-16.
2. Ceitlin J. Introducción a la Medicina Familiar. Libros Virtuales Intramed [Internet]. Buenos Aires-Argentina; 2009. p.1-7. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/>
3. Zurro A. Atención Primaria de Salud y Medicina de Familia. Intramed. [Internet]. 2005. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=34800>
4. Nervi LL. Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud [Internet]. 2008. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://myslide.es/documents/alma-ata-y-aps.html>
5. Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca- Informe sobre la salud en el mundo 2008 [Internet]. 2008. [Acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08/\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08/_report_es.pdf)
6. Villarreal Amaris GE. Atención primaria marco regulador de los sistemas de salud. *REVISALUD Unisucre* [Internet]. 2013;1(1):63-6.
7. PROFAM. Introducción a la práctica de la Medicina Familiar [Internet]. 2000. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/introduccion-a-la-mf-foroaps.pdf>
8. Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colect*. 2009;5:27-47.
9. Zurro AM, Solà GJ. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria [Internet]. En: Zurro AM, Solà GJ. *Atención familiar y salud comunitaria*. Madrid: Elsevier España; 2011. p.3-16. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
10. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106(3):97-102.
11. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)
12. Pantoja C T. ¿Por qué un Departamento Académico de Medicina Familiar? *Rev Méd Chile*. 2003;131(3):338-42.
13. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(2):176-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000800011>
14. González-Blasco P, Ramírez-Villaseñor I, Bustos-Saldaña R, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático. *Archiv Med Fam*. 2005;7(1):1-3.
15. WONCA Europe. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia. 2005;1-15. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Wonca%20definicion%20spanish%20version.pdf>

16. CFPC Working Group on Curriculum Review. CanMEDS-Family Medicine. A New Competency Framework for Family Medicine Education and Practice in Canada. 2009;1-20. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.congress-info.ch/wonca2009/pages/handouts/pdf/WS-006.pdf>
17. Tannenbau D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et al. CanMEDS- Family Medicine- Working Group on Curriculum Review. 2009. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds FM Eng.pdf>
18. Rey-Gamero AC, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2013;12(25):28-39.
19. Casado V, Luzón L. Razones, retos y aportaciones del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España. [Internet]. [acceso 24 Mar 2016]. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(31):195-205. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)876](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)876)
20. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf> y <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>
21. Argentina. Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud. Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas Especialidad Medicina General y/o Familiar. 2010;1-31. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina\\_general\\_y\\_familiar\\_ok.pdf](http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina_general_y_familiar_ok.pdf)
22. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, et al. Family practice development around the world. *Fam Pract*. 1996;13(4):351-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/13.4.351>
23. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *J Am Board Fam Pract*. 2001;14(1):54-63.
24. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JC, Evans KL, et al.; Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med*. 2004;2(Supp 1):S3-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.130>
25. Salvá Cerdá A. El Plan Bolonia y la regulación de los estudios universitarios de Medicina. *SEMERGEN Med Fam*. 2010;36(8):419-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2010.09.001>
26. Harzheim E, Casado V, Bonal P. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. 2009. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_formacion/acerca\\_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion\\_profesional\\_para\\_la\\_APS.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion_profesional_para_la_APS.pdf)
27. Casado V. Medicina familiar y comunitaria en Europa- Convergencia europea en el Postgrado [Internet]. p.169-71. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.semfyec.es/pfw\\_files/cma/Informacion/2.Observatorio/Documentos/Convergencia%20Europea%20en%20el%20Postgrado.pdf](http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/2.Observatorio/Documentos/Convergencia%20Europea%20en%20el%20Postgrado.pdf)
28. EURACT, WONCA. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.euract.eu/resources/specialist-training>

29. Sánchez Del Hierro G, Remmen R, Verhoeven V, Van Royen P, Hendrickx K. Are recent graduates enough prepared to perform obstetric skills in their rural and compulsory year? A study from Ecuador. *BMJ Open*. 2014;4(7):e005759.
30. Rodney WM, Martinez C, Collins M, Laurence G, Pean C, Stallings J. OB Fellowship outcomes 1992-2010: where do they go, who stops delivering, and why? *Fam Med*. 2010;42(10):712-6. PMID: 21061203
31. Murai M, Kitamura K, Feters MD. Lessons learned in developing family medicine residency training programs in Japan. *BMC Med Educ*. 2005;5:33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-5-33>
32. Organización Panamericana de la Salud. Residencias médicas en América Latina [Internet]. Washington; 2011. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6317%3A2012-residencias-medicas-america-latina&catid=526%3Ainfo&Itemid=2054&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6317%3A2012-residencias-medicas-america-latina&catid=526%3Ainfo&Itemid=2054&lang=es)
33. Vallese MC, Roa R. Medicina familiar y general en Argentina. *Aten Primaria*. 2006;38(10):577-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13095931>
34. Ruiz Guzmán J. La medicina familiar en Bolivia. *Aten Primaria*. 2007;39(3):157-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13099564>
35. Suárez-Cuba MA. Medicina Familiar en Bolivia: 30 años de evolución. *Bol Mex His Fil Med*. 2006;9(2):59-63.
36. Baéz Barahona N. Especialidad en medicina familiar y comunitaria [Internet]. San Jose: Universidad de Costa Rica. Seguro Social. CENDEISS; 2003. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [www.cendeiss.sa.cr/posgrados/Programa\\_Medicina\\_Familiar.pdf](http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/Programa_Medicina_Familiar.pdf)
37. Romero N, Díaz R, Tinoco E, Valle M. La medicina familiar en Ecuador. *Aten Primaria*. 2006;38(9):515-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13095057>
38. Arévalo Melho J, Vásquez Vásquez J, Alegre Palomino Y. Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Plan Curricular. 2010;1-57. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.unapiquitos.edu.pe/pregrado/facultades/medicina/descargas/medicina\\_familiar.pdf](http://www.unapiquitos.edu.pe/pregrado/facultades/medicina/descargas/medicina_familiar.pdf)
39. Szwako Pawlowicz AA. Medicina familiar en Paraguay. *Aten Primaria*. 2007;39(6):323. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13106289>
40. Dibarboure Icasuriaga H. La atención primaria de salud (APS) en Uruguay [Internet]. 2005. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/eismu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/art8.pdf>
41. Fernández MA. Formación de especialistas en Medicina Familiar en México-Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; 2014 [Internet]. [Acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo\\_medfam/miguelfernandez\\_mexico.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/miguelfernandez_mexico.pdf)
42. UNAM. Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar [Internet]. México; 2009. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/medfamiliar.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/medfamiliar.pdf)

43. Mejía MA, Quintero OM, D'Ávila MC, Silva CC. La Medicina Familiar en América Latina. Situación actual de la medicina familiar en Venezuela. *Aten Prim*. 2007;39(9):495-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13109501>
44. Ramos E, Granadino Franco SL. Medicina familiar en El Salvador. *Aten Primaria*. 2006;38(9):517-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13095058>
45. Quiroz Pérez JR, Irigoyen Coria A. Reseña Histórica en Medicina Familiar - Una visión histórica sobre la Medicina Familiar en México. *MPA e-J Med Fam Aten Primaria Int*. 2008;2(1):49-54.
46. Ponzó J. Orígenes y posibilidades de desarrollo de la medicina familiar y comunitaria en Uruguay. *Medwave*. 2013;13(1):e5615. DOI: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2013.01.5615>
47. Perfil de recursos humanos del sector salud en Uruguay [Internet]. 2012. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [www.bvsops.org.uy/pdf/recursoshumanos.pdf](http://www.bvsops.org.uy/pdf/recursoshumanos.pdf)
48. Lermen Junior N, Norman AH. Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. *Medwave*. 2013;13(1):e5588.
49. Suárez-Bustamante MA. La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2008;25(3):309-15.
50. Fernández Ortega MA, Arias Castillo L, Brandt Toro C, Irigoyen Coria A, Roo Prato J; Grupo de trabajo: Formación y capacitación de equipos de salud de la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. *Arc Med Fam*. 2012;14(4):93-112.
51. Delzell JE Jr, McCall J, Midtling JE, Rodney WM. The University of Tennessee's accelerated family medicine residency program 1992-2002: an 11-year report. *Fam Med*. 2005;37(3):178-83. PMID: 15739133
52. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Ministros de Salud de Suramérica en Mayo de 2012. Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad [Internet]. 2012. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb\[8\]ling\[2\]anx\[9\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[8]ling[2]anx[9].pdf)
53. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 [Internet]. 2007. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4157/csp27-10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
54. Buchman S. It's about time: 3-year FM residency training. *Can Fam Physician*. 2012;58(9):1045.
55. Lehmann F. Should family medicine residency be 3 years? YES. *Can Fam Physician*. 2009;55(4):342,344,346 passim.
56. ACGME. Family Medicine Length of Training Pilot. 2014. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.lotpilot.org/>

57. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. General Standards Applicable to All Residency Programs- B Standards. 2013. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/accreditation/accreditation\\_blue\\_book\\_b\\_standards\\_e.pdf](http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/accreditation/accreditation_blue_book_b_standards_e.pdf)
58. Ten Cate O. Formación médica y evaluación basadas en las competencias: ¿de qué se trata y cómo puede relacionarse con la realidad de la práctica clínica? *Rev Argent Cardiol*. 2011;79(5):405-7.
59. The family medicine milestone project. *J Grad Med Educ*. 2014;6(1 Suppl 1):74-86.
60. Saucier D, Shaw E, Kerr J, Konkin J, Oandasan I, Organek AJ, et al. Competency-based curriculum for family medicine. *Can Fam Physician*. 2012;58(6):707-8.
61. Villanueva T. Family Medicine, the specialty of the future: the Portuguese situation within the European context. *Int Arch Med*. 2009;2(1):36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1755-7682-2-36>
62. Torbeck L, Wrightson AS. A method for defining competency-based promotion criteria for family medicine residents. *Acad Med*. 2005;80(9):832-9. PMID: 16123463 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200509000-00010>
63. Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Aten Primaria*. 2006;38(9):511-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13095056>
64. Cuesta Mejías LA. ¿Medicina general integral o medicina familiar? *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2008;23(3).
65. Ledesma S FM, Flores Martínez O. Medicina familiar: La auténtica especialidad en atención médica primaria. *Gac Med Caracas*. 2008;116(4):330-40.
66. Suárez-Cuba MA. Reseña Histórica en Medicina Familiar - 35 Años de la Medicina Familiar en la Caja Nacional de Salud de Bolivia. *MPA e-J Med Fam Aten Primaria Int*. 2011;5(1):41-4.
67. Finarelli Jr HJ. *The Hospital Executive's Guide to Physician Staffing*. Danvers: Health Leaders Media; 2009.
68. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en&showonly=HWF>
69. Indexmundi [Internet]. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2226&r=na&l=es>
70. Semergen. Análisis sobre la situación de los médicos de familia en España [Internet]. 2011. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://static.diariomedico.com/docs/2011/05/03/situacion\\_semergen.pdf](http://static.diariomedico.com/docs/2011/05/03/situacion_semergen.pdf)
71. Martinez Y. Medicina Familiar [Internet]. 2013. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/elsuperyova/medicina-familiar-18638919>
72. Pisco L. La Reforma de la Atención Primaria en Portugal. Implementación de las Unidades de Salud Familiar y Agrupamientos de Centros de Salud [Internet]. 2009. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/rcofinof/la-reforma-de-la-atencin-primaria-en-portugal>

73. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Carta de Quito. "Cobertura universal, medicina familiar y participación social" Quito - Ecuador 11 y 12 de Abril de 2014 [Internet]. Quito-Ecuador; 2014. p. 1-6. [acceso 24 Mar 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1182:carta-quito- hace-un-llamado-fortalecer-cobertura-universal-incorporando-principios-equidad-igualdad-solidaridad&Itemid=360](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1182:carta-quito- hace-un-llamado-fortalecer-cobertura-universal-incorporando-principios-equidad-igualdad-solidaridad&Itemid=360)



## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Adulto mayor 155, 156, 159, 161

Amianto 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25

Apêndice vermiforme 12, 13, 15

Apendicite aguda 12, 13, 14, 15

Atenção primária 17, 18, 23, 53, 123, 140, 142, 143, 144, 145, 146

### C

Carcinoma de células de Merkel 37, 38, 39

Carcinoma de pequenas células 26, 27, 28, 30, 31, 32

Células tumorais circulantes 37, 38, 39

Cirurgia 12, 16, 28, 29, 30, 52, 54, 55, 58, 59, 76, 81, 82, 83, 84, 86, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 150, 152

Cistojejunoanastomose 52, 53, 55, 59

Cistos pancreáticos 52, 53, 59

Cobertura vacinal 33, 34, 35, 36

Colo uterino 26, 29, 30, 32

Crianças 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 20, 34, 35, 36, 46, 47, 50

### D

Dependência 11, 78, 85

Desnutrición 155, 156, 158, 159, 160, 161

Distúrbios do sono 89, 90, 97, 100, 102

Doença de Parkinson 76, 77, 84, 85, 86, 87, 98, 99, 100, 101, 102, 105, 106

Doença de Wilson 43, 44, 45, 47, 49

Dopamina 76, 78, 79, 83, 86, 98, 99, 100, 103, 104

### E

Enfermagem 10, 11, 24, 43, 48, 49, 50, 51, 57, 101, 108, 113, 118, 119, 120, 146, 148, 150, 164

Envejecimiento 155, 156, 161, 162

Epidemiologia 5, 11, 34, 36

Estomia 148, 149, 150, 151

## **G**

Gene ATP7B 43, 44

Gestantes 36, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 146

Gestão em saúde 72, 74

## **H**

Héxia de Amyand 12

Héxia inguinal 12

## **I**

Indicações 81, 117, 148

Institutos de câncer 74

IST's 140, 141, 142, 143, 144, 145

## **L**

Levodopa 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 98, 99, 100, 103, 104, 105, 106

## **M**

Manejo perioperatório 98, 100, 101, 102, 105

Medicina familiar 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139

Mesotelioma 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

Mortalidade 3, 6, 11, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 30, 33, 34, 35, 36, 44, 78, 82

Mutação 43, 46, 47

## **P**

Pancreatite 52, 53, 54, 58, 59, 60

Parkinson 76, 84, 85, 86, 98, 106

Poliomavírus 37, 38, 39, 41

Pramipexol 76, 77, 78, 79, 80, 84, 85

Prevenção 1, 4, 7, 9, 10, 11, 22, 49, 102, 109, 123, 140, 141, 143, 145, 146

Psicoeducação 140, 142, 143, 144, 145, 146

## **Q**

Qualidade de vida 30, 43, 44, 48, 49, 81, 83, 84, 89, 95, 96, 97, 106, 110, 140, 145, 149

## **S**

Saco herniário 12, 13, 14, 15, 16

Saúde do trabalhador 17, 18

Segurança do paciente 72, 73, 74

Síndrome da imunodeficiência adquirida 109

Síndromes geriátricas 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162

SiO<sub>2</sub> 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 71

## **T**

Técnicas 22, 53, 95, 97, 101, 103, 117, 148, 149

Tecnologia 140, 143, 145

TL and OSL 61, 62

Trauma ortopédico 1, 8, 9, 10, 11

Tumores neuroendócrinos 26, 27, 28, 30, 41

## **U**

UV-C 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70

## **V**

Vacinação 33, 34, 35, 36

Vulnerabilidade 1, 5, 8, 9, 11


## **Y**


Y-Roux 52, 53, 55, 59

# MEDICINA:

Campo teórico, métodos e  
geração de conhecimento



[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

@atenaeditora 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 


# 4

# MEDICINA:

Campo teórico, métodos e  
geração de conhecimento



[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

@atenaeditora 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

# 4