

Salud Familiar en las Américas

Medwave 2013 Ene/Feb;13(1):e5589 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5589

Medicina familiar en el Perú: camino a la consolidación como disciplina científica

Family medicine in Peru: consolidating the discipline

Autores: María Sofía Cuba Fuentes⁽¹⁾, Zoila Olga de los Milagros Romero Albino⁽²⁾, Rafael Omar Domínguez Samamés⁽³⁾

Filiación: ⁽¹⁾Presidenta de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC); Universidad Peruana Cayetano Heredia; Policlínico Juan José Rodríguez Lazo-EsSalud

⁽²⁾Dirección de Salud II, Lima Sur

⁽³⁾Dirección de Salud V, Lima Ciudad

E-mail: maria.cuba@upch.pe

Citación: Cuba MS, Romero ZO, Domínguez RO. Family medicine in Peru: consolidating the discipline. *Medwave* 2013 Ene/Feb;13(1):e5589 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5589

Fecha de envío: 11/10/2012

Fecha de aceptación: 10/12/2012

Fecha de publicación: 1/1/2013

Origen: solicitado

Tipo de revisión: con revisión externa por 1 revisor, a doble ciego

Palabras clave: family medicine, Peru, discipline

Resumen

La medicina familiar en el Perú tuvo sus orígenes en el año 1989, fecha en que se creó el residency médico para esta especialidad; a partir de entonces ha tenido etapas de auge y otras de retroceso, en la actualidad existen más de 250 médicos familiares egresados, se ofrecen entre 70 y 90 plazas de residency en forma anual, no habiendo aun inserción de la medicina familiar en el pregrado de las facultades de medicina. La inserción de los médicos familiares en el sistema de salud ha sido más lenta y complicada de lo esperado, el Perú tiene un sistema mixto de salud con múltiples aseguradores y prestadores y con un 30% de la población sin cobertura; o sea no cuentan con un real cumplimiento de características de sistemas basados en atención primaria como primer contacto y acceso, longitudinalidad, integralidad y coordinación. Se espera a futuro consolidar la especialidad mejorando los escenarios de formación y desarrollando un sistema sanitario único.

Abstract

Family medicine in Peru had its origins in 1989, when the first family medicine residency was created; thereafter has had stages of improving and decline, there are currently more than 250 family physician graduated, between 70 and 90 seats of residency in annually, not having even insert family medicine in undergraduate medical schools. The inclusion of family physicians in the health system has been torpid, Peru has a mixed health system with multiple insurers and providers and 30% of the population without coverage, no real compliance characteristics of systems based on attention primary and first contact and access, longitudinality, comprehensiveness and coordination. It is expected to strengthen the specialty improve future training scenarios and developing a united health system.

Introducción

En 1978, el doctor Ian McWhinney, publicó en *The Journal of Family Practice*, "Medicina Familiar como Ciencia"¹, artículo totalmente vigente en el nuevo milenio. En él encontramos la visión del académico sobre el camino a seguir para lograr la madurez de la medicina familiar como ciencia basada en tres pilares: la reflexión sobre como actuamos, el trabajo continuo en el desarrollo y evaluación de nuestras herramientas y la acumulación de

conocimiento a través de la observación clínica meticulosa.

La medicina familiar en el Perú hoy enfrenta el reto de lograr consolidarse como disciplina científica. Esta revisión describe el camino hacia ese objetivo, empezando con la historia, pasando por la situación actual y terminando con las perspectivas a futuro en este país.

Metodología

La presente revisión se ha basado en artículos publicados en revistas peruanas relacionados a la evolución de la medicina familiar en el país, artículos publicados en Medline y Scielo sobre la situación de la especialidad en Latinoamérica que incluyeran datos sobre Perú; libros de texto de medicina familiar; así como artículos publicados en la página web de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF); se han recolectado datos de los socios de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC) para el análisis de la situación actual y de las páginas web oficiales del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y del Seguro Social del Perú (EsSalud). Asimismo se realizó una encuesta vía correo electrónico, que se envió a 70 médicos familiares, quienes tenían un registro de correo electrónico en la base de la SOPEMFYC. Se recibió información de 28 de ellos, lo que permitió obtener datos sobre la formación académica recibida, situación laboral y perspectivas futuras para ellos mismos y para la especialidad en este país. Adicionalmente se realizaron reuniones con líderes locales para completar datos de las perspectivas a futuro de la especialidad en el Perú.

Historia de la medicina familiar en el Perú, entendiendo el pasado para crear oportunidades en el futuro

Dicen que todos los viajes de descubrimiento deben empezar con un entendimiento profundo de uno mismo y sus circunstancias, el reto de entender mejor a la medicina familiar como disciplina científica puede seguir el mismo principio.

En 1976, se inició la formación de especialistas en el Perú, como un sistema educativo que ofrecía a los médicos enseñanza y adiestramiento especializado en postgrado mediante programas docente – asistenciales desarrollados por las facultades de medicina en coordinación con los servicios de salud del país: debía orientarse con los objetivos de los planes nacionales y regionales de Salud^{2,3}.

En 1978, la declaración de Alma-Ata⁴ y la apuesta de los países por lograr mejores estándares de salud para el siguiente milenio, propició cambios en los países latinoamericanos que intentaban orientar sus políticas de salud hacia esta perspectiva. Es así que en Perú, en mayo de 1981, se realizó el Seminario “El Médico General/Familiar”, organizado por el Convenio Hipólito Unánue, en el que participaron distintos profesores médicos latinoamericanos. El comité de coordinación se elevó a la VII Región de Ministros de Salud del Área Andina, habiéndose extendido una importante resolución: aprobar el Programa de Formación y utilización del Médico Familiar en la Sub región Andina y el apoyo del convenio².

Casi una década después, en 1989, se inició en el Perú el residentado médico para formar especialistas en atención primaria, ofreciéndose 60 plazas de residentado, con el nombre de “Medicina General Integral” en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y con la denominación de “Medicina Familiar” y

“Medicina Integral Familiar”, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y Universidad Federico Villareal (UNFV), respectivamente. En todas estas experiencias, poco después de iniciada la especialización adquirió la denominación uniforme de Medicina General Integral.

En 1990, en el interior del país, la Universidad Nacional de Trujillo estableció la especialidad de medicina familiar^{2,5}.

Los nuevos egresados de la especialidad enfrentaban muchos desafíos como no haber tenido una formación adecuada durante sus años de entrenamiento, realizando rotaciones hospitalarias y en centros de atención primaria durante tres años, sin exposición a los fundamentos de la disciplina académica y herramientas de la especialidad; ni contar con médicos familiares tutores y carecer las universidades de departamentos o unidades de medicina familiar.

Al egresar la mayor parte de plazas médicas para el primer nivel de atención siguieron siendo ofertadas sin una diferenciación para los médicos especialistas en medicina familiar y sin incentivos para que estos médicos realizaran su práctica en este nivel.

La incertidumbre e inestabilidad entre los especialistas en medicina general integral y medicina familiar, sumada a la falta de apoyo desde el nivel político en el Ministerio de Salud y a nivel universitario, afectó como un círculo vicioso el número de vacantes disponibles para estos programas⁵.

Muchos de los egresados, hasta los primeros años del nuevo milenio se posicionaron en plazas administrativas u optaron por postular a una nueva especialidad.

A fines de los años 90, la especialidad reduce el número de vacantes ofrecidas en todas las universidades y cierra varios programas previamente existentes como el de la Universidad Nacional de Trujillo. Adicionalmente, la UNMSM modifica el plan curricular de su especialidad y origina el cambio de nombre a “Medicina Integral y Gestión en Salud”, dándole un énfasis administrativo y de salud pública, y una menor o inexistente formación prestacional en atención primaria⁵.

En el año 2000 se realiza un primer esfuerzo por formar una sociedad científica que agrupe a las diferentes especialidades relacionadas a la formación en medicina familiar y se funda la Sociedad Peruana de Medicina General Integral y Gestión en Salud (SOPEMFIG), cuyo primer presidente fue el Dr. Miguel Suárez Bustamante, médico familiar formado en Brasil.

En el 2002, el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), aprobó los estándares mínimos de formación para el Programa de Segunda Especialización en “Medicina Familiar y Comunitaria” y en febrero del 2003 el mismo comité establece 3 denominaciones equivalentes para la especialidad: Medicina General e

Integral, Medicina Familiar y Medicina Familiar y Comunitaria².

A partir del año 2003 se han abierto nuevas plazas en diferentes lugares del país. Desde el año 2007 se ofrecen algunas vacantes de médico familiar para el primer nivel de atención en el sistema público (MINSA y ESSALUD), por lo cual algunos centros de atención primaria cuentan con médicos familiares.

En el 2011 después de un periodo de estancamiento y con la finalidad de seguir el camino hacia la consolidación de la medicina familiar en el Perú, se decidió refundar la Sociedad Peruana de Medicina Familiar, cambiando la denominación por Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC) la cual cuenta ahora con alrededor de 100 asociados.

¿Cuál es la situación actual?

• Formación en pregrado y posgrado

Una declaración del consejo de educación Médica del Reino Unido del 2003 recomendaba que la educación médica tenía que reflejar los patrones de los cuidados de salud en un sistema sanitario y que debía incluir ambientes de práctica de medicina familiar en la comunidad en el entrenamiento de los futuros médicos⁶.

Este tipo de entrenamiento se da en forma parcial en los médicos peruanos. Aunque la mayor parte de facultades de medicina tienen cursos relacionados a salud comunitaria, en los que los estudiantes salen de los ambientes hospitalarios, este entrenamiento no garantiza su adecuada exposición a la disciplina de la medicina familiar y al conocimiento y práctica clínica en un ambiente de atención primaria. No existiendo en el Perú departamentos de medicina familiar en ninguna universidad, los médicos egresados de las diferentes facultades de medicina tienen una escasa o casi nula exposición a los principios y práctica de la medicina familiar.

Como se ha comentado al principio del artículo, la medicina familiar clínica como especialidad ha recorrido un largo camino que se inició en el Perú en el año 1989, llegando a tener en este momento 13 universidades que ofrecen la especialidad de medicina familiar y comunitaria y habiéndose ofrecido 96 plazas de residentado para la especialidad en el año 2012 (Figura 1). Sin embargo, solo dos universidades cuentan con tutores de la especialidad para el entrenamiento de los médicos residentes. Cabe señalar, que desde el 2007 se ofrecen en promedio 70 a 90 plazas anuales para residentes médicos en medicina familiar; no ocupándose todas debido a que la mitad de estas plazas son destinadas a los profesionales que ya trabajan en el sistema público de salud, los que muchas veces no optan por postular a la especialidad. Por lo anterior, la mayoría de los nuevos especialistas deben buscar como insertarse al sistema sanitario.

Además del residentado médico, existen algunas propuestas de formación de posgrado como diplomados

en salud familiar y maestrías en medicina familiar y atención primaria, que actualmente forman, con diferentes tipos de competencias, a los estudiantes que optan por estas.

• Modelo sanitario: ¿dónde trabajan los médicos familiares?

En el 2001 se inicia la formulación de propuestas para un nuevo modelo de atención para el sistema sanitario peruano y el año 2003 empieza a regir el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) creado en el Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 729-2003. En el 2011 se renueva el documento, denominándose Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, que incluye la formación del Equipo Básico de Salud y la orientación hacia actividades de familia y comunidad⁷.

Aunque la publicación de ambos documentos marcó un hito en las políticas sanitarias del país, a diferencia de otros países de la región, el Perú no ha logrado su operativización en la mayor parte de establecimientos de salud. Esto debido a múltiples factores, incluyendo la fragmentación del sistema sanitario peruano, con múltiples aseguradores y proveedores y con un porcentaje alto de la población sin cobertura sanitaria⁸ (Figura 2) y la falta de acompañamiento de la política pública con el desarrollo de recursos humanos que sean capaces de efectivizar el modelo.

Aunque no se tienen cifras oficiales sobre el número de médicos familiares egresados de residencias médicas en el Perú, de acuerdo a los datos del Colegio Médico del Perú (CMP) y de la SOPEMFYC, existen 114 médicos familiares con registro nacional de especialistas, pero se calcula que el número de egresados supera los 250.

Según una encuesta realizada por la SOPEMFYC, la mayor parte de médicos familiares egresados antes del año 2000 trabajan en administración y gestión sanitaria. Los médicos egresados a partir del año 2001 se desempeñan mayoritariamente en centros del primer nivel de atención, aunque no tienen una diferenciación de la especialidad en el aspecto organizativo, funcional, ni remunerativo, con los médicos que no han realizado especialización. Un 20% de los médicos especialistas en medicina familiar optaron por realizar otra especialidad después de egresados⁹.

A diferencia de lo ocurrido en otros países como Brasil y México, en los que se formularon incentivos para la formación y práctica de la medicina familiar entre los médicos egresados de las escuelas de medicina que deseaban insertarse en el sistema sanitario^{10,11}; en el Perú, no se han ofrecido incentivos para los médicos que desean trabajar como especialistas de medicina familiar, haciendo más difícil su ingreso al sistema sanitario público.

Cabe mencionar que en los últimos 3 años, se han incrementado las convocatorias para médicos familiares en el sistema público. Según la página web de la SOPEMFYC hasta septiembre de este año, se han realizado

convocatorias para 35 plazas de médico familiar entre MINSA, ESSALUD y privados (Figura 3).

Perspectivas a futuro

La exposición a la disciplina de la medicina familiar en el pregrado, mediante rotaciones, cursos y experiencias en centros de atención primaria hace más probable la elección de esta especialidad para los médicos graduados. Kahn y Morai-Young publicaron un estudio en el que encontraron que los estudiantes formados en universidades con departamentos de medicina familiar tenían un 57% más de posibilidad de elegir una especialidad relacionada a la APS que los formados en facultades sin tales departamentos^{12,13}, por lo que se hace necesario el desarrollo académico de la especialidad en las facultades de medicina, iniciando por la inclusión de médicos familiares en su plana docente en pre y posgrado y la formación a futuro de unidades o departamentos de medicina familiar.

Se espera que el desarrollo docente vaya de la mano con el desarrollo de investigación en medicina familiar y atención primaria, elemento necesario para la consolidación de la especialidad como disciplina científica, que lleve a la toma de mejores decisiones en el sistema sanitario peruano.

Se debe modificar el escenario de formación de los especialistas en medicina familiar, actualmente centrado en el ámbito hospitalario, por lo que una alternativa sería que además de ampliar los tiempos de formación en centros de atención primaria, se asignen tutores médicos familiares que acompañen a los residentes a lo largo de su formación¹⁴.

Se requiere un mejor sistema de evaluación que certifique la adquisición de competencias por los médicos familiares al final del proceso de formación. Garantizando la homogeneidad entre los programas formativos. Además de un sistema de recertificación periódica para los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención.

La formación de nuevos especialistas a través de diversas modalidades entre las que podría estar la formación por competencias o reconversión de médicos generales en médicos familiares, este proceso debe ir de la mano de un diseño idóneo del programa educativo y del monitoreo y evaluación de la adquisición de las competencias requeridas.

Conclusiones

Es necesario preparar los ámbitos donde los médicos familiares formados puedan desplegar todas sus competencias, centros donde se cumplan los atributos que caracterizan a la atención primaria, como primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación¹⁵, además de la calidad del servicio.

El cumplimiento de estos atributos se hace difícil con un sistema fragmentado, con un 30% de la población sin cobertura de salud, con división de la oferta pública de

servicios (EsSalud y MINSA) y sin una regulación de todo el sistema hacia la equidad y el acceso universal⁸. Por lo que se deberían hacer esfuerzos a nivel político para la creación de un sistema sanitario único para el Perú y con aseguramiento universal real que garantice la cobertura de las necesidades de salud de toda la población.

De acuerdo a la experiencia internacional, se debe incentivar de diferentes maneras (pago diferenciado, acceso a plazas con mayor estabilidad laboral y reconocimiento institucional) a los médicos que escojan la especialidad de medicina familiar y decidan laborar en el primer nivel de atención.

Finalmente, de acuerdo a la encuesta realizada por la SOPEMFYC, la expectativa a futuro que manifiestan los médicos familiares es la consolidación y el reconocimiento de la especialidad en el Perú, lo cual requerirá un esfuerzo para acercarla más a las personas, a los profesionales de salud y a los que toman las decisiones sobre el sistema sanitario.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando a la autora responsable.

Referencias

1. McWhinney IR. Family medicine as a science. *J Fam Pract.* 1978 Jul;7(1):53-8. [↑ | PubMed |](#)
2. Egúsqiza M. Situación de la Medicina Integral/Familiar en el Perú. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, 2004. [on line]. [↑ | Link |](#)
3. Goicochea-Ríos ES, Egúsqiza-Ortega MR. Medicina Familiar en Perú. *Aten Primaria.* 2007 Jul;39(7):377-8. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
4. Organización Mundial de la Salud. *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud.* Ginebra: WHO, 1978. [↑ | Link |](#)
5. Suárez-Bustamante MA. La Medicina Familiar en el Perú: evolución y desafíos. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2008 Jul-Sep;25(3):309-15. [↑ | Link |](#)
6. General Medical Council London. *Tomorrow's doctors: recommendation on undergraduate medical education.* London, 2003. [on Line] [↑ | Link |](#)
7. Ministerio de Salud del Perú. *Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad.* Lima Perú: MINSA, 2011. [↑ | Link |](#)
8. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. *Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.* UNASUR, 2012. [on line]. [↑ | Link |](#)

9. Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria. Encuesta sobre la Situación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el Perú, 2012. Lima, Peru: SOPEMFYC, 2012. ↑
10. Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC. Atención Primaria de Salud. En: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. ↑ | [Link](#) |
11. Domínguez J. La medicina familiar en México y en el mundo. Arch Med Fam. 2003;5(4):136-9. ↑
12. Kahn N, Morai-Young Ch. Formación de pregrado en Medicina de Familia. En: Medicina de Familia. La clave de un nuevo modelo. Madrid: SEMFYC, 1997. ↑
13. Kahn NB Jr, Schmittling GT, Graham R. Entry of US medical school graduates into family practice residences: 1994-1995 and 3-year summary. Fam Med. 1995 Sep;27(8):492-500. ↑ | [PubMed](#) |
14. Ceitlin J, Gómez T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC, 1997. ↑
15. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2004. ↑

Figuras

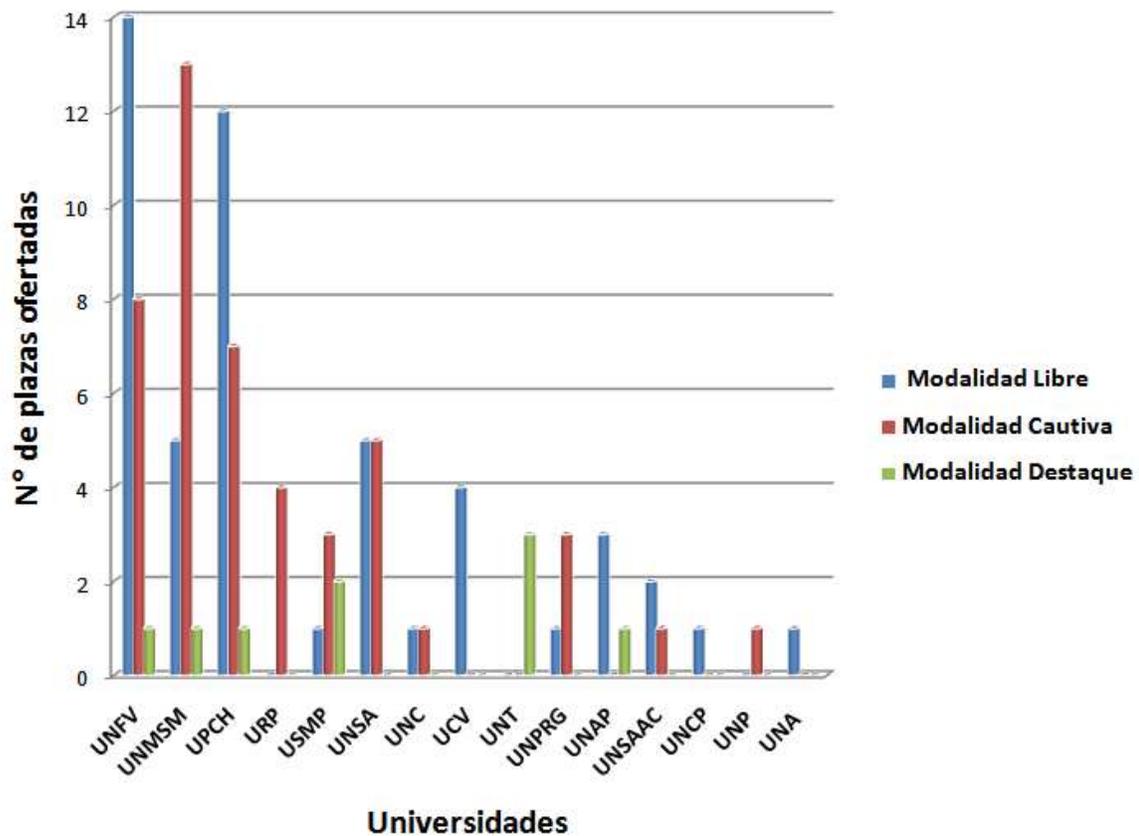
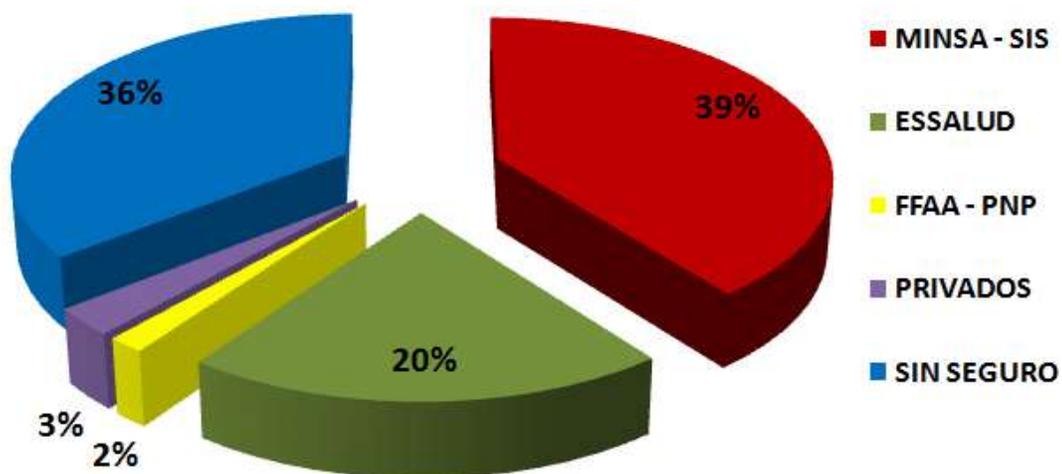


Figura 1. Relación entre universidades y plazas ofertadas de medicina familiar y comunitaria (2002).
Fuente. Elaboración propia basada en www.sopemfyc.org



Abreviaturas:
 MINSA-SIS: Ministerio de Salud del Perú-Sistema Integral de Salud
 ESSALUD: Seguro Social de Salud del Perú
 FFAA-PNP: Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

Figura 2. Cobertura de entes prestadores en el Sistema Sanitario Peruano. *Fuente:* Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad (2010).

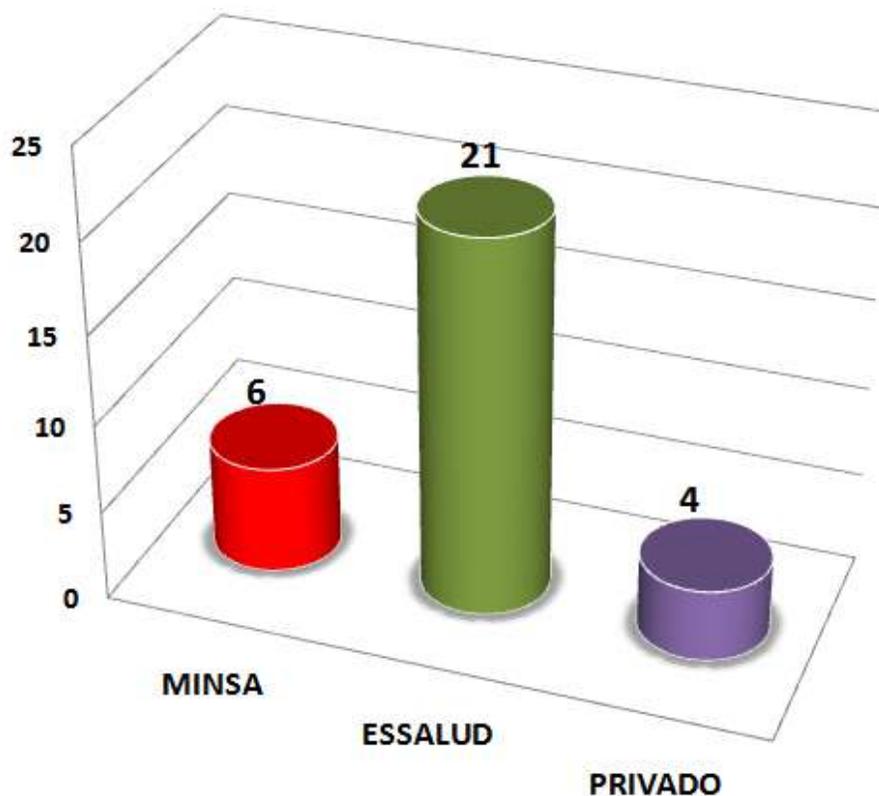


Figura 3. Ofertas laborales para médicos familiares (Enero-Septiembre 2012). *Fuente:* Elaboración propia basada en www.sopemfyc.org

Correspondencia a:

⁽¹⁾Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria
Calle Micaela Bastidas 146, Departamento 101
Urbanización Santa Patricia, La Molina
Lima, Perú



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.