

Archivos de Medicina Familiar

Volumen **7**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Abril **2005**
January-April

Artículo:

Editorial

La formación de médicos familiares en
Latinoamérica: Timidez académica y
liderazgo errático

Derechos reservados, Copyright © 2005

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

La formación de médicos familiares en Latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático

Family Physicians Training in Latin America: Academic Timidity and Erratic Leadership

González-Blasco P,* Ramírez-Villaseñor I,** Bustos-Saldaña R,*** Moreto G.****

La respuesta académica de las instituciones formadoras de médicos familiares en México y en la mayoría de los países latinoamericanos ha sido muy diversa. Mientras las políticas de salud en estos países han adoptado el modelo de *Salud para Todos*, –utilizando a la atención primaria y la medicina familiar como base de articulación– los desaciertos en la puesta en marcha del modelo se advierten, sobre todo en la preparación académica de los médicos que deberían protagonizar este cambio de paradigma en la promoción de la salud. El escenario está construido, pero los actores no están preparados. Es justamente la ausencia de este factor educacional-académico, el objeto primordial de las presentes reflexiones.

La falta de interés por la medicina familiar entre los médicos recién graduados contrasta radicalmente con el interés mostrado por otras especialidades médicas. Esto es resultado de la respuesta tímida, poco definida y carente de metodología científica por parte de las facultades de medicina con relación a la medicina de familia. Cuando en el pregrado falta el componente académico educacional que informe y realice los primeros acercamientos hacia la especialidad en medicina familiar, la consecuencia inmediata es la pérdida de credibilidad entre los candidatos que prefieren la seguridad que les ofrece la alta especialización, y no arriesgarse a ser médicos de “segunda categoría”.

Los programas de residencia y especialización en medicina familiar están en desventaja con los que otras especialidades ofrecen, y por lo tanto presentan una menor demanda. Vale la pena considerar si es realmente posible –o mejor, si es sensato– establecer un programa de especialización de una asignatura que, por estar ausente en el pregrado, los alumnos recién graduados no lo han visto, ni vivido nunca. Querer resolver con una residencia lo que no ha sido construido ni fomentado en el pregrado parece ser

una solución paliativa. Aún más grave es la situación de algunos de los programas actuales de la residencia de medicina familiar; los cuales están dirigidos a paliar las deficiencias en la formación de los médicos generales, pero están a gran distancia de la formación en los métodos y valores de la medicina centrada en la persona. Imaginemos, por ejemplo, lo que sería ofrecer una residencia en neurología en una hipotética escuela de medicina donde esta disciplina estuviese ausente en los años de pregrado. Probablemente, los que a ella se dirigieran no sabrían exactamente lo que están buscando y en muchos casos sería una opción de consolación por no haber conseguido otros objetivos de mayor prestigio social.

Los esfuerzos formadores en medicina familiar no carecen de buena voluntad y de empeño sincero. Pero no bastan estos atributos para tener éxito, y sólo con buenas intenciones no se construye la ciencia y la competencia médica. Algunos de los programas de residencia médica y especialización, fomentados por los responsables de las políticas de salud, acaban siendo confiadas a liderazgos equivocados. En muchas ocasiones las universidades, aguijoneadas por la urgencia político-gubernamental, delegan esta importante misión en quien no tiene la preparación adecuada para llevarla a cabo. Así, encontramos programas de residencia médica y especialización en medicina de familia incrustados en Departamentos de Salud Pública, de Epidemiología, Medicina Preventiva, Medicina Comunitaria y General o lo que es peor, repartidos entre varias especialidades al mismo tiempo, sin coordinación y demostrando una ausencia de verdadera identidad como especialidad consistente.

Sin tratar de simplificar en exceso, no es difícil encontrar una explicación para este desajuste que la medicina familiar padece en el ámbito académico universitario. Las

* Doctor en Medicina. Director Científico Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA)

** Maestro en Farmacología. Jefe de Servicio, Unidad de Medicina Familiar No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara, México.

*** Maestro en Ciencias Médicas Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 9 en Ciudad Guzmán, México. IMSS.

**** Médico de Familia. Coordinadora Científica de la Residencia Médica de SOBRAMFA y de la CLAMF.

facultades de medicina, ancladas en la seguridad de la alta especialización responden a la repetida solicitud gubernamental con la rapidez de quien no quiere distraerse con detalles de menor importancia, para concentrarse en lo que de verdad les importa: La investigación en ultraespecialidades. ¿Y la Medicina Familiar?, ¿La promoción de médicos generalistas para laborar en el campo de la Atención Primaria? Es despachada “por proximidad” mal entendida hacia departamentos que, teniendo el correspondiente prestigio, carecen de las competencias adecuadas para enseñar medicina centrada en la persona. Entender de población, de estudios epidemiológicos, de salud pública, o de prevención no significa entender de medicina de familia. Existen otras especialidades y subespecialidades, que se dirigen al estudio de enfermedades específicas y no poseen la perspectiva necesaria para cuidar de la persona razón de ser de la medicina de familia.

Estas aclaraciones no pretenden convertirse en disputa por delimitar fronteras de feudos académicos. El centro de la cuestión es demostrar la identidad de la medicina de familia como especialidad, con cuerpo propio de conocimientos y competencias específicas. Consentir en que cualquiera puede hacer –y, lo que es peor, enseñar– medicina familiar, es lo mismo que decir que se trata de cosas de poca monta, pormenores que cualquier médico podría resolver con sentido común, en el tiempo libre que le deje su especialidad. El médico de familia sería, como lógica conclusión, el que por no conseguir convertirse en nada mejor tiene que dedicar su vida a lo que sobró, a esos sencillos detalles. Estamos en total desacuerdo con esa visión.

La Universidad, como promotora de ideas y vanguardia de la evolución científica promueve el desarrollo de los estudiantes en competencias basadas en adelantos tecnológicos. Pero en muchas ocasiones descuida el humanismo médico, la formación sobre dilemas éticos y la educación emocional de los futuros médicos. Estos aspectos son cada vez más sentidos por los pacientes, y constituyen conocimientos y actitudes que pueden ser enseñados por buenos médicos familiares. Entre los modelos de los grandes maestros no suelen encontrarse, en el medio académico, los médicos familiares. Por citar un ejemplo de nuestra realidad, en el Centro Universitario del Sur, de la Universidad de Guadalajara, México, hay sólo tres médicos familiares impartiendo clases, de un total de 92 plazas. Si queremos estudiantes que nos sigan, hay que tener ejemplos presentes.

Para enseñar a los estudiantes conocimientos, destrezas y actitudes que les permitan atender –por toda la vida– a personas con enfermedades crónicas, se requiere un profesor que de hecho haga eso en su práctica cotidiana. Si no se conquista el espacio académico para enseñar esto, la atención primaria se aprenderá como se pueda de mala manera, y de modo fragmentado, a través de profesionales sanitarios, cuyas competencias son específicas y completamente diferentes a las de la medicina de familia como especialidad. Construir y enseñar este paradigma nos conduce al terreno de la educación médica, uno de los pilares de la medicina de familia como disciplina académica.

Es necesario reconocer que los médicos familiares tenemos buena parte de la responsabilidad en la falta de cré-

dito de la especialidad. Admitamos, por ejemplo, la ausencia de referenciales de calidad y de programas de educación continua, que demuestren métodos de actualización científica de eficacia probada en nuestra especialidad. Vale también destacar el tiempo que se consume con actividades que lejos de ser académicas son más de carácter sindicalista y político. Y, finalmente, los Congresos y actividades científicas organizadas por instituciones de medicina familiar donde, en vez de ser palco para cambiar experiencias y construirse como especialistas que saben reflexionar y esculpir sus competencias específicas, se convierten en una sucesión de conferencias de otros especialistas invitados. Nada aquí contra la actualización en los progresos científicos, a no ser dos sencillas advertencias. La primera es que la perspectiva de un determinado especialista en el abordaje del enfermo, nunca será la del médico familiar, y si lo que se pretende es mejorar la formación de los médicos de familia no puede estar ausente, en todo momento y como elemento unificador, esta perspectiva específica. La segunda es que puede estar latente –en esta actitud de delegar en otros lo que nos corresponde a nosotros– un cierto complejo de inferioridad profesional. Puede ser que, sin querer, estemos contribuyendo a perpetuar la idea negativa de que la medicina de familia es algo que cualquiera puede hacer y enseñar.

La afirmación de la identidad de la medicina de familia como especialidad pasa necesariamente por su progresiva inserción universitaria como disciplina académica. El prestigio de los médicos de familia que enseñen en las instituciones académicas implicará tener una postura para hablar de igual a igual con los demás especialistas; con la conciencia de poseer un paralelismo de competencias, un cuerpo propio de conocimientos, una metodología específica que construya sólidas líneas de investigación; de esta manera el profesor de medicina familiar no se sentirá ni más ni menos importante que otros especialistas.

Con el objetivo de unir esfuerzos y fortalecer estas iniciativas educacionales, la directiva de la SOBAMFA- Sociedade Brasileira de Medicina de Familia, junto con algunos profesores de medicina familiar de México han establecido la Confederación Latinoamericana Académica de Medicina de Familia (CLAMF). El proceso de instalación de la Confederación se inició en el IX Congreso Estatal y VI Congreso Regional de Medicina Familiar en Guadalajara, México, en septiembre de 2004 y se hizo el lanzamiento oficial en el XVII Congreso Mundial de Médicos de Familia en Orlando, Estados Unidos de Norteamérica, un mes después.

La misión de la CLAMF es congrega a los estudiantes de Latinoamérica interesados en la medicina de familia, para promover intercambios y fomentar a la educación médica continuada como una estrategia útil para suplir la ausencia académica de la medicina familiar en algunos países de Latinoamérica. Serán los estudiantes los principales protagonistas de la CLAMF. Los médicos familiares que tengan interés educacional, así como los profesores de ciencias de la salud que se sientan llamados a colaborar, podrán participar en el intercambio multicultural, y darán sustentación al proyecto con su experiencia profesional y docente.

La SOBRAMFA acaba de iniciar en su página web un espacio para este diálogo multicultural (<http://www.sobramfa.com.br/dialogos.php>), Su Directiva se compromete a apoyar la CLAMF, estableciendo el Primer Encuentro Internacional de la Confederación con ocasión del IX Congreso Académico de Medicina de Familia, programado en Brasil del 8 al 10 de julio de 2005.

Estas consideraciones son un llamado sincero que hacemos por toda América Latina convocando a sus liderazgos. No podemos conformarnos con ser médicos de familia y dejar las cosas como están. Necesitamos pensar con seriedad y madurez, ¿quiénes somos?, ¿qué esperamos de nosotros mismos como personas?, y ¿qué esperamos de nuestra especialidad? Reconocemos que el privilegio de cuidar de personas es algo que nos ha sido dado, y que no es para todos, ni tampoco para los que sobraron porque no se colocaron en otro lugar. Es, debe ser, una verdadera decisión profesional ponderada que lleve consigo la correspondiente opción de vida. Ha llegado el momento de un verdadero punto de inflexión en la marcha, quizá cansina y gris, de la medicina familiar en Latinoamérica.

Es el momento de comprometerse con la educación en medicina de familia, como fuerza renovadora que nos conduzca al rumbo académico de la excelencia. Dejemos de ser mediocres, tratemos de demostrar nuestro valor académico, social, moral y médico en una sociedad en la que, con frecuencia, nos sorprende estar trabajando como se-

cretarios, recepcionistas de pacientes o cuidadores de las actividades de los especialistas de segundo o tercer nivel. Tratemos de imponer nuestra imagen y presencia de quien practica la medicina familiar: una especialidad independiente, completa e integradora. La credibilidad de nuestra especialidad requiere ese esfuerzo. Nuestros pacientes, que confían en nosotros, lo merecen. El compromiso vocacional que tenemos, lo exige.

Referencias

1. Whitcomb M, Jordan C. The Future of Primary Care Medicine. *NEJM* 2004; 351(7): 710-712.
2. González-Blasco P. Los cuatro pilares de la Medicina de Familia. *Arch Med Fam* 2004; 6(2): 31-33.
3. Roncoletta AF, Moreto G, Levites M, Janaudis M, González-Blasco P, Leoto R. Principios da Medicina de Família. SOBRAMFA. São Paulo. 2003. (cfr www.sobramfa.com.br)
4. Blasco PG. *Starting Family Medicine in a country: stories from the front line –Panel Plenary Speaker - WONCA 17th World Congress of Family Doctors*. Orlando, Florida- October 2004.
5. McWhinney I. *A textbook of Family Medicine*. New York. Oxford University Press. 1997.
6. *Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. A Guidebook*. (Collaborative Project of the World Organization of Family Doctors-WONCA & World Health Organization-WHO. www.wonca2004.org y www.globalfamilydoctor.com
7. Rakel RE. *Essentials of Family Practice*. W.B Saunders (1997) Philadelphia 1993.

