

La situación de la Medicina de familia en la Universidad brasileña

Adriana FT Roncoletta*

Pablo González Blasco**

* Médico de familia. Directora de Graduação de SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família (www.sobramfa.com.br).

** Doctor en Medicina. Director científico de SOBRAMFA.

LA MEDICINA DE FAMILIA EN BRASIL: ESCENARIO ACTUAL

La Constitución Federal Brasileña, promulgada en 1988, otorgó a todos los ciudadanos brasileños el derecho al libre acceso a los servicios de prevención y promoción de la salud. Se crea el SUS (Sistema Único de Salud), que supone la consolidación real de un esfuerzo para construir un sistema de salud que pueda responder y atender a las expectativas y necesidades de la población.

Una vez establecido el programa SUS por los responsables de las políticas de Salud, el aparato formador representado por las Universidades debe dar la respuesta adecuada: preparar los profesionales que se tornarán capaces de ejecutar, en la práctica y de modo real, lo que el programa SUS ofrece. El aval que nos brindan los 18 años de funcionamiento del SUS es que las Instituciones Formadoras –principalmente las Facultades y Escuelas Médicas– no han preparado a los médicos para ejercer con competencia esa función. No se ha dado el destaque ni fomentado la preparación adecuada –no se ha vocacionado, por decirlo de un modo directo– para la prevención y promoción en salud mediante la atención básica. Al contrario, la formación del médico continúa centrada en la enfermedad y no en el enfermo, ubicada primordialmente en la enseñanza hospitalaria y convergiendo para la especialización, que se vuelve cada día más dependiente de la tecnología médica.

No se han obtenido las respuestas que la sociedad brasileña podría esperar como impacto del programa SUS. En 1994, mediante un nuevo esfuerzo continuador de la misma estrategia, el Gobierno Brasileño inaugura el Programa de Salud de la Familia (PSF). Se contempla en este programa la instalación de equipos de salud que puedan responsabilizarse de los cuidados de 3.000 personas/equipo. La implantación del PSF, inspirado en modelos que funcionan en otros países, ha sido progresiva y trae como consecuencia un aumento real del número de equipos de salud de la familia. Aun así, es justamente la figura del médico de familia, elemento primordial que coordina la acción del equipo, lo que permanece conflictivo y se constituye en la mayor limitación para obtener un impacto efectivo del PSF. Las dificultades son las mismas que se comentaron anteriormente con relación al SUS: las instituciones de enseñanza no preparan al médico adecuadamente para esta función ni despiertan interés real –promoviendo verdaderas vocaciones de médicos de familia– para atender la demanda del programa. Constatamos, una vez más, el descompás existente entre las acciones estratégicas en salud propuestas por el Gobierno y el modelo de médico que se gradúa en la Universidad.

Los programas de Residencia Médica en Salud de la Familia constituyen otro intento de colaboración conjunta entre el Gobierno, empeñado en el éxito de un programa que en sí tiene objetivos nobles, y la Institución Universitaria. También en estos casos la demanda de médicos recién regresados de estos programas de residencia médica es muy limitada y completamente desproporcional a los programas de residencia convencional que cualquier otra especialidad ofrece, y que se encuentran saturados de candidatos. La explicación para esta desmotivación es fácil de encontrar en la respuesta universitaria a las solicitudes del Gobierno. Una respuesta que es tímida, poco definida, carente de metodología científica y académica, en absoluta desventaja con las demás opciones de especialización en residencia médica.

La ausencia del componente académico en la especialización del médico de familia trae como consecuencia la falta de credibilidad entre los jóvenes profesionales, y no consigue despertar el interés deseado, y que el Gobierno, con sucesivos intentos, busca promover. En otras palabras, podemos afirmar que el poco interés de la institución académica universitaria por la Medicina de Familia no pasa desapercibida para los jóvenes médicos que se gradúan. Y, naturalmente, dirigen sus objetivos profesionales en otra dirección.

LA RESPUESTA ACADÉMICA A LA MEDICINA DE FAMILIA EN BRASIL

La respuesta académica de las instituciones educadoras en Brasil, como en muchos otros países, ha sido también variada. Mientras las políticas de salud en estos países adoptan el Modelo de Salud para Todos, utilizando la Atención Primaria y la Medicina de Familia como base de articulación, la desproporción se deja notar en el preparo académico 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. Y es justamente la ausencia de este factor, educacional-académico, el objeto primordial de esta reflexión.

El desafío educacional no es pequeño. Crear un nuevo modelo de médico, con competencia para resolver 90% de los problemas que surgen en el escenario de la Atención Primaria, con conocimientos de prevención y promoción de la salud; un médico que sea capaz de cuidar de todos los individuos independiente de sexo, edad, condición social y de la patología que les afecte, de modo continuado, amplio, integrando factores biológicos, psíquicos y sociales; un profesional que esté atento a lo individual integrándolo en lo colectivo, que cuide de familias y comunidades sin descuidar las necesidades de cada persona; un cuidador que es al mismo tiempo educador en salud y que se gana la confianza de las gentes. Crear este médico implica un cambio de paradigma educacional en el ambiente académico universitario. No hace falta mucha reflexión para entender que no se puede enseñar lo que, de hecho, no se muestra y demuestra en la práctica, y que para crear este modelo de médico habría que instalar en las Facultades de Medicina nuevos modelos de aprendizaje, poseedores del correspondiente prestigio académico para promover vocaciones de médicos de familia y formarlos con competencia.

Contemplando con serenidad esta realidad, vale la pena considerar si es realmente posible –o mejor, si es sensato– establecer un programa de especialización de algo que, por estar ausente en el pregrado, los alumnos recién graduados no han visto ni vivido nunca. Querer resolver con una residencia lo que no ha sido construido –ni fomentado, ni mucho menos vocacionado– en el pregrado parece solución paliativa. Y todo lo que es paliativo coloca en tela de juicio las posibilidades reales de esperanzas futuras. 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 preparación. Probablemente, los que a ella se dirigieran no sabrían exactamente lo que andan buscando y en muchos casos sería una opción de consolación por no haber conseguido otros objetivos de mayor concurrencia.

Los esfuerzos formadores en Medicina de Familia 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. El problema no es de quien los impulsa desde los organismos gubernamentales ya que nada más lógico que quien monta el escenario y el teatro tenga prisa por conseguir, cuanto antes, los actores de categoría para desempeñar el papel previsto. La cuestión crítica es la solución de compromiso de las instituciones formadoras, de la Universidad, que agujoneadas 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, de Medicina Preventiva, de Medicina Comunitaria y General o, lo que es peor, repartidos entre varias especialidades al mismo tiempo, sin coordinación y demostrando, en todos estos casos, verdadera ausencia de identidad como especialidad consistente.

La historia nos advierte del riesgo que entraña simplificar las cuestiones y nos enseña a buscar una comprensión fenomenológica para las actitudes humanas. No es difícil encontrar un motivo para este desajuste que la Medicina de Familia padece en el escenario académico universitario. Las Facultades de Medicina, ancladas en la seguridad de la alta especialización, responden a la repetida solicitud gubernamental –los productores que financian la metafórica obra de teatro– con la rapidez de quien no quiere distraerse con detalles de menor importancia, para concentrarse en lo que de verdad les importa: investigación en ultra-especialidades. Y la Medicina de Familia, la promoción de médicos generales para suplir la Atención Primaria –de cuya competencia en el fondo desconfían– es despachada “por proximidad” mal entendida para departamentos que, teniendo el correspondiente prestigio, carecen de las competencias adecuadas. Entender de población, de estudios epidemiológicos, de salud pública o de prevención no significa entender de Medicina de Familia. Si las otras especialidades, que son tales por contemplar las enfermedades específicas, no poseen la perspectiva necesaria para cuidar de la persona –centro de la Medicina de Familia–, las que se atienen a la población y a las comunidades como prioridad de objeto de estudio tampoco la tienen.

Es esta una cuestión esencial donde está en juego 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 de Familia 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.

La afirmación de la identidad de la Medicina de Familia como especialidad pasa necesariamente por su progresiva inserción universitaria como disciplina académica.^{1,2} El prestigio de los médicos de familia que enseñen en las instituciones académicas implicará tener una postura de hablar de igual para igual con los demás especialistas, en paralelismo de competencias, con conciencia de que poseen un cuerpo propio de conocimientos, una metodología específica que también configura sus líneas de

investigación. Y todo esto sin sentirse más importante ni menos que los otros especialistas, sino portadores de algo que les es peculiar, objeto de sus habilidades y campo específico de acción médica en lo cotidiano del médico de familia. Y de este modo, con actuación propia en el pregrado y en la posgraduación, se hará posible vocacionar estudiantes para esta opción profesional. Una vocación que despierta al contacto con modelos reales, con médicos de familia que gozan de respeto académico y que enseñan mientras trabajan, con competencia y resolución en las cuestiones de Atención Primaria a la Salud. Vocaciones de estudiantes que libremente deciden ser médicos de familia, y no como opción que les sobró por no haber conseguido cursar otra especialidad. Serán estos estudiantes –convenientemente vocacionados, trabajados, formados– los verdaderos liderazgos para perpetuar entre sus pares el prestigio de la Medicina de Familia como especialidad. Y del resultado de su trabajo vendrán las mejoras deseadas en los sistemas de salud.³

En Brasil, carece de esta dimensión académica y del reconocimiento correspondiente. No hay Departamentos de Medicina de Familia en las Facultades de Medicina, ni médicos de familia enseñando los principios de la Medicina de Familia. Como mucho, encontramos médicos de familia –muy pocos– dando clases de otras disciplinas. Por eso, es necesario, más que nunca, pensar en la educación como norte que nos apunte el rumbo académico. El ejemplo de otros países que han creado Sociedades de Profesores de Medicina de Familia⁴ como estrategia de implantación académica nos ofrece un punto de partida para esta reflexión de reconstrucción de nuestra especialidad. No se puede, hoy en día, ejercer la Medicina de Familia en el ámbito universitario sin pensar en Educación Médica, uno de los pilares fundamentales de la disciplina.⁵ Lo que en algunos países se inició hace más de 30 años como una necesidad para conquistar credibilidad y mostrar seriedad académica es actualmente condición *sine qua non*, un verdadero consenso. El médico de familia es un educador genuino, y prescindir de esta dimensión –por omisión, por incompetencia o por complejo de inferioridad– pondrá en riesgo no sólo el prestigio de la Medicina de Familia como especialidad, sino su propia identidad y su compromiso educacional.

PROMOVIENDO LA MEDICINA DE FAMILIA ENTRE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA BRASILEÑOS: LA EXPERIENCIA DE LA SOBRAMFA

La SOBRAMFA –Sociedade Brasileira de Medicina de Familia– es una sociedad de carácter académico fundada en 1992 en São Paulo, Brasil, y tiene como objetivo establecer los fundamentos científicos y académicos para promover el desarrollo de la Medicina de Familia. A lo largo de los últimos 14 años (1992-2006), SOBRAMFA, que es iniciativa pionera para promover la Medicina de Familia en Brasil, ha difundido la filosofía de la Medicina de Familia entre los estudiantes de Medicina a través de Congresos, encuentros académicos, seminarios, Jornadas Internacionales en Brasil y cursos de educación continuada.

Estudiantes de graduación y Medicina Familiar: un desafío constante

Colocar al estudiante en contacto con la Medicina de Familia, en diversidad de situaciones prácticas –junto al enfermo y al médico de familia– y en discusiones teóricas conducidas por los mismos estudiantes que propagan este nuevo paradigma, ha demostrado ser una fuerza renovadora con doble sentido. En primer lugar, con los estudiantes que aprenden a integrar en la práctica –en el cuidado de la persona– los conocimientos teóricos variados que aprenden en las diversas asignaturas en la Universidad. En segundo lugar, la renovación acomete al propio médico de familia que, solicitado con

continuas preguntas por parte de los estudiantes, se ve convertido en un profesor, al tiempo que estimula su autodidactismo en busca de información y actualización para atender su función educacional, construyéndose como profesional más competente.

SOBRAMFA tiene actividades dirigidas a los estudiantes de Medicina para promover la Medicina de Familia, con su propio cuerpo de conocimiento, como una especialidad médica con identidad propia, como una disciplina académica más. El contacto con la SOBRAMFA permite al estudiante un aprendizaje durante su formación en diversas áreas específicas, definido por el propio campo de actuación del médico de familia. Así, se pueden citar, por ejemplo, como fruto de nuestra experiencia docente:

- **Contacto precoz con el paciente al inicio de la carrera.** Es notorio como el contacto con el paciente actúa como verdadero catalizador del proceso de aprendizaje, y despierta el interés y el compromiso de cuidar. El alumno se dedica con esfuerzo nuevo, busca información relevante para el caso del paciente que está a su cuidado y mejora su empeño en integrar los conocimientos que adquiere en las diversas disciplinas. El paciente actúa como elemento que hace convergir el aprendizaje del alumno, y nuestra experiencia confirma la importancia de semejantes proyectos.
- Cuidar del paciente y de su familia, **con continuidad**, a lo largo de toda la carrera médica, es un escenario muy motivador para el alumno. De los problemas de salud que el paciente le traiga sacará impulso para el estudio y la investigación, y aprenderá técnicas para relacionarse mejor y establecer vínculos con sus enfermos. Observará cómo cuidar de las enfermedades más comunes y prevalentes, y aprenderá en la práctica el curso habitual de las mismas.
- **Cuidado integral del paciente.** Los médicos de familia pueden enseñar a los alumnos de los primeros años de la Facultad las habilidades básicas para con el paciente: semiología, modos de abordar la historia clínica, cómo realizar un examen físico dirigido, desarrollar el sentido clínico y la crítica, el manejo diagnóstico y posibilidades terapéuticas, sin olvidar un sinfín de cuestiones de carácter ético que surgen en la práctica diaria.
- **Manejar enfermedades más prevalentes**, como molestias crónicas, y enfermedades con gran impacto de morbilidad y mortalidad. Los estudiantes desarrollan, en contacto con la Medicina de Familia, habilidades específicas para tratar diversas patologías y para reconocer la gravedad o no de cada caso, y la necesidad real de derivar al paciente a un especialista específico o no. Igualmente, existe un aprendizaje específico en prevención de enfermedades.
- **Desarrollar habilidades de comunicación y aprendizaje para trabajar con familias**, aspectos que en la formación convencional en las Facultades de Medicina no son convenientemente desarrollados y que los médicos de familia tienen la posibilidad de enseñar a los estudiantes.
- **Aprendizaje de liderazgos y management.** Por ser la Medicina de Familia una especialidad esencialmente humanista, promueve la reflexión y formación de modo que los estudiantes elaboren sus propias opiniones y progresen en el conocimiento propio. Aprender a conocerse implicará en mejor trato con los colegas y otros especialistas, desarrollará sus habilidades como educador, aprenderá a trabajar con jerarquía y prioridades, mejorando su capacidad de manejo y decisión.
- **Formación integral como persona**, ejercitando la ciudadanía, el interés y la dedicación social, aspectos imprescindibles para un médico de familia. De igual modo, desarrolla su capacidad como persona que debe madurar continuamente para ser útil y servir a la sociedad con su profesión.

Formar al estudiante es tarea que requiere mucho más que sencillos cambios de contenido curricular, con dedicación de más horas al aprendizaje de la Atención Primaria. La gran cuestión no es el tiempo que se dedica, sino cómo se dedica y qué es lo que realmente se aprende. La respuesta del alumno es directamente proporcional a la motivación que los modelos –médicos y profesores– despiertan en él durante su formación. Cuando el modelo es atrayente, la respuesta es positiva y el alumno asume su papel de protagonista en la propia formación y busca el sentido a las propuestas didáctica que le son ofrecidas. El alumno tiene que aprender a ser médico y a hacer lo que hará el resto de su vida; por eso, utilizar tiempo en aprender acciones que pueden ser muy útiles, pero que no tienen relación directa con su futuro profesional, desmotiva más que estimula. La formación del estudiante tiene que estar integrada en sinergismo educacional, para hacer del alumno el mejor médico posible; al mismo tiempo, esta sinceridad educacional despertará las verdaderas vocaciones de médicos de familia que optan por esta especialidad por sentirse llamados –con vocación– para ella, y sabrán ser los líderes para desarrollar la especialidad en simultaneidad de competencias con los otros colegas especialistas.⁶

Un aspecto que merece ser comentado, que es una actividad desarrollada por SOBRAMFA y es una metodología educacional innovadora, es la relacionada con la **educación afectiva del estudiante de Medicina**. La dimensión afectiva –educación de las emociones– se presenta particularmente destacada hoy en día, cuando de educar se trata. Las emociones del alumno no pueden ser ignoradas; es más, hay que contemplarlas y utilizarlas, porque son, desde la perspectiva del alumno, un elemento esencial en su proceso formativo. Es en este punto donde el uso de las **humanidades en la formación médica** encuentra su razón de ser. Las humanidades, cuando son incorporadas en el proceso formativo académico, surgen como importante recurso que permite desarrollar la dimensión humana del profesional. Para lidiar con estas realidades, las humanidades ayudan y, sobre todo, educan. Educar es mucho más que entrenar habilidades: implica crear una actitud reflexiva y un deseo continuado de aprender.

Las iniciativas que se proponen integrar las humanidades en el currículum médico no son por tanto propuestas artificiales periféricas –como “pasatiempos” útiles–, ya que requieren metodología, sistemática e integración moderna. Proponerse crear el hábito de pensar y enseñar caminos para una reflexión permanente –un verdadero ejercicio filosófico de la profesión– es una preocupación constante entre los educadores, que encuentra espacio en las publicaciones orientadas para educación médica. Los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. Literatura y teatro,⁷ poesía,⁸ ópera⁹ y artes¹⁰ componen el mosaico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa. El cine también empieza a surgir entre las publicaciones como un recurso útil en el universo de la educación médica.¹¹ La utilización del **cine como metodología educacional en Medicina de Familia** es una experiencia de resultados alentadores, incorporada habitualmente por SOBRAMFA, que abre nuevas perspectivas en la formación de los futuros médicos.¹²⁻¹⁶ Y, dentro de este esfuerzo educacional, es justo reconocer que la Medicina de Familia como disciplina académica se empeña, por su propia naturaleza, en ofrecer un contexto formal para desarrollar estos proyectos

Proyectos de SOBRAMFA con los estudiantes

- **MF2 – Rotaciones en Medicina de Familia para Estudiantes (mini fellowship)**

Una de las experiencias más exitosas del trabajo con alumnos de pregrado es enseñarles, en la

práctica, la actuación de un médico de familia. El proyecto MF2 (mini *fellowship* en Medicina de Familia) son rotaciones que SOBRAMFA ofrece a estudiantes de las variadas Facultades de Medicina de Brasil, con duración mínima de una semana y aprobación oficial de las respectivas instituciones docentes. Cada día de la rotación el estudiante acompaña un médico de familia y a los residentes que cursan el Programa *Fitness* de Residencia Médica en SOBRAMFA por escenarios de práctica diversos: visitas domiciliarias, ambulatorio, pacientes internados en hospital, instituciones geriátricas, cuidados paliativos, gestión de pacientes crónicos complejos. Estudiantes de más de 22 Facultades de Medicina ya han participado de estas rotaciones y las solicitudes con constantes y animadoras.

- **Las ligas de Medicina de Familia**, fundadas por SOBRAMFA en 8 Facultades de Medicina del Estado de São Paulo, y promovida también en Facultades de otros estados brasileños, hacen que estudiantes de otras 10 Facultades frecuenten regularmente las reuniones promovidas por la Directiva Académica de SOBRAMFA. Las ligas son grupos organizados e integrados por estudiantes que se estructuran de modo paralelo al currículum oficial para abordar, estudiar y discutir aspectos de su interés, en horarios extracurriculares. Es, pues, un espacio de reflexión constructiva que el método de la Medicina de Familia ofrece como algo muy propio y peculiar.
- **El proyecto PRAMEF-21** (Proyecto Académico para el médico de familia del siglo XXI) conduce un Ambulatorio de Aprendizaje en Medicina de Familia, donde estudiantes de varias Facultades de Medicina diferentes atienden pacientes y aprenden la metodología de la Medicina Centrada en el Paciente, al tiempo que reflexionan con sus pares sobre las propias experiencias educativas y se instruyen en lo que denominamos ejercicio filosófico de la profesión –*reflective practitioner*–. Es ciertamente innovador un ambulatorio donde, independientemente del año que el estudiante está cursando, puede tener la oportunidad de cuidar de un enfermo. Algo que podría parecer imprudente, pues el alumno recién ingresado en la Facultad no sabe Medicina suficiente. No obstante, debemos reconocer que sabe lo que es una persona –posiblemente ese es el motivo que le llevó a querer ser médico–, y ese punto de partida es suficiente para colocarlo en contacto con el paciente. Cada uno atiende al enfermo dentro de sus conocimientos, y los estudiantes de años superiores y los médicos supervisores (directivos de SOBRAMFA) complementan la exploración clínica, la información necesaria y la toma de decisiones. El resultado sorprendente es que todos contribuyen en este ambulatorio de verdadero “conocimiento construido”. Mientras los estudiantes más jóvenes prestan más atención a la dimensión de la persona que sufre –pues es lo que mejor alcanzan a observar, ya que no tienen otros recursos técnicos– y así lo comentan en la discusión conjunta del caso, los estudiantes más avanzados complementan la toma de decisiones con los conocimientos específicos de diagnóstico y terapéuticos. Los jóvenes, de algún modo, “recuerdan” a los mayores la importancia de la dimensión humana a la que tal vez estos últimos están menos atentos, por ocuparse primordialmente de la técnica diagnóstica y terapéutica. Y los mayores motivan a los más jóvenes cuando les demuestran la utilidad práctica de los conocimientos de ciencias básicas que el estudiante de los primeros años no siempre consigue vislumbrar. Unos motivan a otros, el supervisor provoca la reflexión y el paciente motiva a todos. Los más jóvenes observan a los veteranos cuando atienden al paciente. Y cuando son ellos, los de primeros años, los que atienden al enfermo, los veteranos no están presentes en la sala, ni el profesor tampoco. Hay que dejarlos hacer y crear, sentir al enfermo en toda su dimensión, sin preocuparse de la natural carencia de conocimientos técnicos. Después habrá tiempo de suplirlos. Lo importante es no distraer al joven estudiante en su función de cuidador del enfermo, y cuando alguien con más experiencia está presente, esta presencia acaba por preocupar más al estudiante que el propio paciente.
- El **Programa de Millas en Medicina de Familia**¹⁷ es una de las más recientes iniciativas de SOBRAMFA. Está estructurado como un **Proyecto de Educación Médica Continuada para estudiantes de Medicina** durante el pregrado, y tiene como objetivo primordial vocacionar y for-

mar a los estudiantes en el contexto de la Medicina de Familia. Las variadas actividades que son ofrecidas por la Directiva de SOBRAMFA para los estudiantes se integran de este modo en un proyecto que consigue proporcionar a los participantes un sistema de evaluación extracurricular de la formación que van adquiriendo. Los estudiantes adquieren, mediante su participación en los diversos escenarios educacionales que la SOBRAMFA dispone, las *millas* correspondientes.

Los estudiantes pueden monitorizar sus millas a través de la web de SOBRAMFA, y solicitar orientación para conseguir un equilibrio deseable y productivo entre los diversos tipos de millas. Es posible de este modo ejercitar una tutoría personalizada –no sólo en el ambiente web, sino personalmente para los que lo desean– a lo largo de los 6 años de formación de pregrado, en paralelo con la formación convencional ofrecida por las Facultades de Medicina. El aprendizaje oficial y convencional es integrado de modo personalizado, mostrando la dimensión importantísima que la Medicina de Familia tiene en la Educación Médica. Se promueven al mismo tiempo con este sistema de educación continuada verdaderos liderazgos entre los estudiantes, que pasan a ejercer como preceptores de alumnos más jóvenes. Esta interacción entre los alumnos –comúnmente denominada currículum informal, de importancia universalmente reconocida– es aprovechada también dentro de este contexto educativo. El programa de Millas en Medicina de Familia es, en la práctica, un embrión de una Escuela de Profesores de Medicina de Familia que empieza a ser activa desde el pregrado en aquellos que muestran talento para ejercer esta especialidad. Se trata, pues, de una “espera activa y productiva”, donde se fomenta la docencia en una disciplina que, algún día, la Universidad querrá incorporar formalmente.

- **Las Reuniones Mensuales del Departamento de Medicina de Familia** de la Asociación Paulista de Medicina son coordinadas y dirigidas por estudiantes, y en ellas se inaugura un método con resultados de alto impacto: estudiantes enseñando a estudiantes. La bibliografía utilizada como base de la discusión que los estudiantes presentarán son textos clásicos de producción internacional o nacional. En el año 2006 se inició la utilización de la web *Conference* y se convocaron, a través de esta metodología moderna, profesores líderes de Medicina de Familia de varias partes del planeta para interactuar con al audiencia brasileña. Un modo de enseñar con sentido globalizado, con mayor y mejor calidad.
- **El Congreso Académico Anual de Medicina de Familia** es también organizado por los estudiantes y crean un ambiente de aprendizaje donde domina el entusiasmo y la pasión profesional, diseñando un escenario interactivo. En los últimos tres Congresos Anuales, la Directiva de SOBRAMFA contó con líderes de reconocido prestigio mundial en el campo de la Medicina de Familia, miembros de la Sociedad de Profesores de Medicina de Familia de EE.UU. (STFM-*Society of Teachers of Family Medicine*) y con participación internacional variada: profesores de México, Honduras, Inglaterra-India y Bolivia. Estos **Congresos Internacionales**, donde los estudiantes y profesores de SOBRAMFA presentaron los resultados de sus trabajos en Brasil, han supuesto también un incentivo en la investigación para los jóvenes estudiantes y médicos recién regresados, por convivir con un ambiente académico donde la Medicina de Familia tiene un reconocimiento conquistado. La presencia en los Congresos de la Sociedad de Profesores de Medicina de Familia Americana (STFM) para presentar trabajos de investigación ha sido constante en los últimos años (2001-2006) y la SOBRAMFA, representada por un nutrido grupo de estudiantes y jóvenes médicos, realizó una serie de presentaciones en el Congreso Mundial de Médicos de Familia (17 *Wonca World Congress*), que tuvo lugar en Orlando, Florida, en octubre de 2004.
- **Programa Fitness**, Formación Integral y Entrenamiento en Servicio con Supervisión, es una iniciativa educativa de SOBRAMFA para formar médicos de familia de modo equivalente a la Residencia Médica. El Programa se guía por parámetros de excelencia y objetiva capacitar a los candidatos para la vida real cotidiana del médico de familia. Los candidatos al Programa son seleccionados

de modo innovador, siendo obligados a realizar una rotación en los locales de práctica, a la que sigue una entrevista, con el objetivo de apurar los que se sienten realmente vocacionados para cursar la especialidad. Durante los tres años de duración del Programa, el médico en formación es acompañado por un tutor que le evalúa de modo continuo y le ayuda para tomar las decisiones y en el proceso de crecimiento personal para que pueda responsabilizarse, con madurez, del cuidado de sus propios pacientes. Los escenarios de práctica corresponden a las variadas situaciones que el médico de familia enfrenta diariamente: visitas en domicilio, ambulatorios y oficinas, gestión de pacientes crónicos, cuidados paliativos, acompañar a sus pacientes cuando son hospitalizados, atención en instituciones geriátricas... Las actividades de educación continuada imprimen el ritmo de aprendizaje, así como un ambiente favorable de cooperación que facilita la integración y el trabajo en equipo. El médico también es preparado para ser un profesor de Medicina de Familia, un pensador y un líder en la conducción de la especialidad.

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Las reflexiones sobre las experiencias brasileñas de SOBRAMFA aquí expuestas quieren contribuir a la construcción de las perspectivas futuras de la Medicina de Familia en nuestro país. Son, pues, un llamamiento sincero que queremos hacer a todos los países a modo de convocación de liderazgos. No podemos conformarnos con ser médicos de familia y dejar las cosas como están. Necesitamos pensar, con seriedad y madurez, quiénes somos, qué queremos y qué esperamos de nuestra especialidad... y de nosotros mismos como personas.

Notaremos que el privilegio de poder cuidar de personas es algo que nos ha sido dado, y que no es para todos, ni tampoco para los que sobraron porque no cuadraron en otro lugar. Debe ser una verdadera decisión profesional ponderada, que lleva consigo la correspondiente opción de vida. Estamos delante de un verdadero punto de inflexión en la marcha, quizás cansina y gris, de la Medicina de Familia en Latinoamérica. Es el momento de comprometerse a pensar en educación en Medicina de Familia como fuerza renovadora que nos conduzca al rumbo académico, a la excelencia. La credibilidad de nuestra especialidad requiere ese esfuerzo. Nuestros pacientes, que confían en nosotros, lo merecen. El compromiso vocacional que tenemos lo exige.

Sirvan las palabras del Dr. Gregorio Marañón, médico y humanista, para poner punto final a estas consideraciones que podrían calificarse como críticas y pesimistas, pero que están llenas de esperanza por un mundo mejor. "Sentiría mucho –dice Marañón– que alguien dedujese de lo dicho que soy irrespetuoso con la Medicina y que soy pesimista sobre su presente y su porvenir. Yo respeto la Medicina porque la amo; y es el amor la fuente suprema del culto, en lo humano como en lo divino. Pero el amor es también, o debe ser también, crítica. Sólo cuando desmenuzamos el objeto amado cuanto tiene de deleznable, acertamos a encontrar, allá en el fondo, lo que tiene de impercedero. El que habla valientemente de los defectos de su patria es el mejor patriota, y el que extrema las censuras justas a su profesión es el que la sirve con toda plenitud".

BIBLIOGRAFÍA

1. McWhinney. A textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press; 1997.
2. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da Medicina de Família. São Paulo: SOBRAMFA; 2003. (cfr www.sobramfa.com.br).

3. Boelen Ch, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. A Guidebook. Collaborative project of the World Organization of Family Doctors-WONCA & World Health Organization-WHO, 2002.
4. www.stfm.org.
5. González Blasco P. Los cuatro pilares de la Medicina de Familia. Arch Med Fam 2004;6(2):31-3.
6. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da medicina de família São Paulo: SOBRAMFA, 2003.
7. Shapiro J. Literature and the arts in medical education. Fam Med 2000;32(3):157-8.
8. Whitman N. A poet confronts his own mortality: what a poet can teach medical students and teacher. Fam Med 2000;32(10):673-4.
9. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Teaching Humanities through Opera: Leading Medical Students to Reflective Attitudes. Fam Med 2005;37(1):18-20.
10. Blasco PG, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Freeman J. Arts and humanism in medical education to promote family medicine. Symposium WONCA, 17th World Conference of Family Doctors; 2004. Conference program. Abstract n. 3936.
11. Alexander M, Lenahan P, Pavlov. Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
12. Blasco PG. Literature and movies for medical students. Fam Med 2001;33(6):426-8.
13. Blasco PG. Medicina de Família & Cinema: Recursos Humanísticos na Educação Médica. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 2002.
14. Blasco PG, Levites MR, Moreto G, Roncoletta AFT, Tyssinger JWT, Benedetto MAC. Using movie and opera clips to teach Family Medicine core values and address students emotions. In Seminar 38th Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2005. Conference program. p. 26 S 40. Disponible en: <http://www.stfm.org/AnnualConf/AN05/annual05WEB.pdf>.
15. Blasco PG, Alexander M. Ethics and Human Values. In: Alexander M, Lenahan P, Pavlov. Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
16. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: Improving Education in the Affective Domain. Fam Med 2006;(2):94-6.
17. Blasco PG, Roncoletta AFT, Janaudis MA, Leoto RF, Freeman J, Haq C. The Family Medicine Miles Program: involving students in family medicine where the medical schools do not. In Lecture Discussion. 37th Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2004. Conference program. P. 52. Disponible en: <http://www.stfm.org/conference/handoutresults.cfm?conference=AN04>.