

La educación médica y la propuesta “Salud para todos”: la Declaración de Alma-Ata treinta años después

**Graziela Moreto¹, María Auxiliadora C. de Benedetto²,
Adriana Roncoletta³, Francisco Lamus⁴, Pablo González⁵**

RECIBIDO: 11-06-2008 ACEPTADO: 03-10-2008

Resumen

En septiembre de 2008, la declaración de “Salud para todos” cumplió treinta años de haber sido promulgada. Se revisan en este artículo hitos y repercusiones en la educación y el ejercicio médico que sucedieron a la histórica reunión de Alma-Ata. Se destaca el valor de la atención primaria renovado en 2005, como una oportunidad para impulsar la promoción de los principios planteados en 1978, a través del replanteamiento de la formación de los profesionales médicos. Se resalta la necesidad de asumir el desafío de identificar un nuevo abordaje del ejercicio profesional médico “no reduccionista”, que a su vez lo convierta en un gestor de la disminución de las inequidades existentes en salud. Para ello se exponen y se proponen nuevas alternativas de enseñanza-aprendizaje del arte y la ciencia médicas, que permitan la capacitación para cuidar integralmente a las personas con un diferencial de calidad marcado por el profesionalismo, el desarrollo de capacidades reflexivas, la educación en la afectividad, el trabajo en equipo, el liderazgo y el uso adecuado de

la información. Para terminar se presenta la experiencia de la Sociedad Brasileira de Medicina Familiar (Sobramfa), donde se han puesto en práctica los modelos planteados, además de avanzar en propuestas innovadoras de la formación médica orientadas al desafío educacional de fomentar el aprendizaje de actitudes en los profesionales de la salud que marquen una diferencia favorable para los pacientes, sus familias y las colectividades a las que pertenecen.

Palabras clave: atención primaria de salud, educación médica, medicina familiar y comunitaria. (Fuente: DeCS).

Abstract

Medical training and the “Health for all” proposal: the Alma-Ata declaration thirty years later

In September 2008, the declaration of “Health for All” celebrated its thirtieth anniversary. This article reviews the milestones and repercussions on medical training and prac-

¹ Médico de Familia. Directora de los Programas Internacionales de Sobramfa, São Paulo, Brasil.

² Médico de familia. Directora del Departamento de Humanidades de Sobramfa, São Paulo, Brasil.

³ Médico de familia. Directora de los Programas de Pre Grado en Sobramfa, São Paulo, Brasil.

⁴ Médico. Director del Departamento de Medicina de Familia y Comunidad, Universidad de La Sabana, Campus Universitario del Puente del Común, Autopista Norte de Bogotá, Chía, Cundinamarca, Colombia. francisco.lamus@unisabana.edu.co

⁵ Doctor en Medicina. Director Científico da Sobramfa, Rua Silvia, 56 - Bela Vista, São Paulo, Brasil. pablogb@sobramfa.com.br

tice that emerged from the historic meeting at Alma-Ata. The renewed commitment to primary health care in 2005 is cited as an opportunity to promote the principles set forth in 1978 by rethinking the way medical professionals are trained. The need to assume the challenge of identifying a new, “non-reductionist” approach to medical practice to help reduce the inequalities that exist in health care is emphasized. New alternatives for teaching and learning the art and science of medicine are discussed and proposed to that end, with an eye towards training to provide comprehensive care with a difference in terms of quality characterized by professionalism, the development of capacity for reflection, education in affectivity, teamwork, leadership and the proper use of information. The article ends with a look at the experience of the Brazilian Society of Family Medicine (Sobramfa), which has applied the suggested models and achieved important progress towards innovative proposals for medical training geared to the educational challenge of encouraging attitudes among health professionals that make a favorable difference for patients, their families and their communities.

Key words: Primary health care, medical training, family and community medicine.

Resumo

A educação médica e a proposta Saúde para todos: a Declaração de Alma-Ata 30 anos depois

Em setembro de 2008, a declaração Saúde para todos cumpriu 30 anos de existência. Neste artigo são revisados marcos e repercussões na educação e o serviço médico, ocorridos depois da reunião de Alma-Ata. Destaca-se o valor da atenção primária, renovado em 2005, como oportunidade para empuxar a promoção dos princípios formulados em 1978, mediante a reestruturação da formação de médicos. É ressaltada a necessidade de assumir o reto de procurar uma nova abordagem do exercício profissional do médico, “não reducionista”, que por sua vez o transforme em um gestor da diminuição das iniquidades em saúde. Portanto, são expostas alternativas de ensino-aprendizagem do arte e da ciência médica, que permitam capacitar no cuidado integral

das pessoas, com qualidade refletida no profissionalismo, o desenvolvimento de capacidades reflexivas, a educação na afetividade, o trabalho em equipe, a liderança e o uso adequado da informação. Também é apresentado o caso da Sociedade Brasileira de Medicina Familiar (Sobramfa), que aplica modelos propostos, além de avançar em propostas inovadoras da formação médica dirigidas ao reto educacional de promover a aprendizagem de atitudes nos profissionais da saúde que marcam uma diferencia favorável para os pacientes, suas famílias e as coletividades a que pertencem.

Palavras-chave: atenção primária em saúde, educação médica, medicina familiar e comunitária. (Fuente: DeCS).

Una celebración necesaria

La promoción y el cuidado de la salud es condición esencial para el desarrollo económico y social de las naciones, contribuye a la calidad de vida del ser humano y a la paz del mundo. Ésta es una de las definiciones resultantes de la reunión histórica de Alma-Ata (en la antigua Unión Soviética), promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en septiembre de 1978 (1). Esa Conferencia Internacional sobre atención primaria a la salud estrenaba el concepto de “Health for All – Salud para todos”, y convocaba a que todos los países –desarrollados o no– revisaran sus sistemas de salud, haciéndolos accesibles a la población, como derecho inalienable del ciudadano.

El ideal “Salud para todos” es una conquista de muchos países del mundo, y un deseo para los que todavía no lo han conseguido. Todas las banderas políticas, en cierto modo, defienden este ideal. Los treinta años de este documento ofrecen un motivo de celebración y una ocasión para reflexiones que ayuden a promocionar eficazmente esta propuesta. Uno de los aspectos esenciales para la materialización de estos ideales

radica en la capacidad que tienen los sistemas y las metodologías educativas en salud para construir las competencias necesarias en los profesionales del área para responder a las necesidades en salud de individuos, familias y comunidades. A continuación miraremos las reflexiones que se desprenden para el sector educativo en el proceso de formar profesionales médicos con la capacidad de responder con calidad a las necesidades en salud de la población que están llamados a servir.

Reflexiones educacionales: el próximo paso

La respuesta académica para la formación de médicos generalistas ha variado en los años siguientes a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Mientras en algunos países las recomendaciones de Alma-Ata se juntaron al crecimiento de especialidades dedicadas a la atención primaria, como es el caso de la medicina familiar, en otros la demanda de estos profesionales ha quedado desatendida. La explicación más lógica en este último caso es que las facultades de medicina –las universidades como un todo– continuaron centradas en la formación de especialistas por encontrarse apoyadas sobre un paradigma de educación médica donde la calidad del médico está asociada tradicionalmente a su preparación como especialista.

La historia de la educación médica en el siglo XX, donde la busca de excelencia condujo a la especialización, ofrece una explicación para esta falta de respuesta académica: conquistar, mediante la especialización, un nivel de calidad científica. Se volvió más seguro permanecer instalados en ese nivel en vez de aventurarse por nuevos caminos que, por ser desconocidos, podrían comprometer la calidad del profesional que estaba formándose. La falta de respuesta de las insti-

tuciones académicas se entiende, es lógica, pero en el momento actual no se justifica. Requiere una reflexión más profunda.

Crear un nuevo modelo de médico, con capacidad para resolver competentemente el noventa por ciento de los problemas que surgen en atención primaria –esto significa responder al noventa por ciento de las quejas que los enfermos le presentan– y que, al mismo tiempo, tenga competencia para prevención en salud; un médico que sea capaz de cuidar de todos los individuos independientemente del sexo, edad, condición social y de la enfermedad que les aqueje, en atención continuada y amplia; un médico que tenga en cuenta los componentes bio-psico-sociales e integre el individuo en el contexto de la familia y de la comunidad, y sea al mismo tiempo un educador en salud; crear este nuevo modelo requiere un verdadero cambio de paradigma educacional en el ambiente académico. Sería necesario instalar en la universidad un nuevo escenario de aprendizaje que promoviese la formación de médicos generalistas que tuvieran todas estas competencias citadas. Ese sería un camino posible para facilitar una respuesta positiva a la convocación de Alma-Ata por parte de las instituciones formadoras.

Justamente ésta es la misión de la medicina de familia como disciplina académica. La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Wonca) (Organización Mundial de los Médicos de Familia) se sintió llamada a responder a la convocación de “Salud para todos”. A partir de 1980 empieza una estrecha colaboración entre Wonca y la Organización Mundial de la Salud (OMS) que culmina en otra reunión histórica, esta vez en Ontario, Cana-

dá, en 1994. Se elabora un documento conjunto que propone transformar la educación médica en una más adecuada a las necesidades reales de la población, y se enfatiza la necesidad de implantar la medicina de familia como disciplina académica en las facultades de medicina, para promover un mayor equilibrio entre generalistas y especialistas, y ofrecer a los estudiantes de medicina –futuros médicos– un recurso de educación continuada que les enseñara a responder efectivamente a las necesidades de las personas en lo individual, lo comunitario y de la nación (2). De modo explícito se destaca en ese documento la importancia “de la relación personal íntima entre el médico y el enfermo, pues en muchos casos el diagnóstico y tratamiento dependen directamente de esa relación, y la incapacidad en construirla satisfactoriamente se presenta como un obstáculo que anula la acción médica”. La dimensión humana del médico –verdadero núcleo de actuación de la medicina de familia– es un consenso, pues, universal. Solamente de este modo se podrán formar y promover médicos que sean capaces de cumplir el compromiso de Alma-Ata.

De Alma-Ata hasta la educación médica: cómo incorporar este ideal en la formación de los futuros médicos

Adaptar científicamente la formación de los médicos para que actúen en atención primaria, y que la educación médica vaya pareja a las necesidades de las personas, ¿será una quimera, un sueño?

Desde Descartes y el Renacimiento, la ciencia, incluyendo la medicina, siguió un camino diferente para estudiar la naturaleza. Este camino, que podría ser descrito de modo quizá

excesivamente sencillo como “dividir para vencer”, parte del principio de que los problemas complejos se resuelven dividiéndolos en partes menores, más sencillas, reduciéndolos a unidades. Esta postura de interpretación y análisis del mundo se denominó reduccionismo, y ha desempeñado un papel de protagonista en la ciencia de los últimos siglos (3). El reduccionismo invade también la ciencia médica, y afecta el modo como hacemos los diagnósticos, los tratamientos y la prevención y, por supuesto, afecta el modo como formamos los médicos. Aunque el reduccionismo ha supuesto progresos innegables en la ciencia moderna, tiene también importantes limitaciones (4, 5).

El comienzo del reduccionismo en la educación médica tiene su marco definido con la publicación, hace casi un siglo, del Informe Flexner. Era una época donde la enseñanza de la medicina en Estados Unidos y Canadá estaba presidida por una total falta de calidad, y saturada de abordajes no científicos. El documento de Flexner propone renovar científicamente, con el mismo método usado en las ciencias naturales, la enseñanza médica (6). A pesar de las mejoras científicas innegables proporcionadas por la aplicación del Informe Flexner, hubo que pagar el precio del cambio, dejándose de lado el desarrollo de otros aspectos también importantes. El propio Abraham Flexner, quince años después de publicar su informe, comentó que el currículo médico se había saturado de científicismo y abandonado los aspectos humanos y sociales. En 1925 escribió: “La ciencia médica en América –joven, vigorosa, positivista– se presenta hoy en día con déficit en su *background* cultural y filosófico” (7, 8). Sin duda, Flexner se lamentaría mucho más hoy viendo que su crítica tiene fun-

damento –infelizmente cada vez mayor– en el tiempo presente (9, 10, 11).

Un conocido estudio –publicado en 1961 (9), y realizado y nuevamente publicado en 2001– (10) relata que en una población de 1000 personas, cada mes 700 sienten algún síntoma, 350 van al médico, y menos de uno es ingresado en un hospital universitario. La pregunta obligatoria se impone: ¿dónde estamos enseñando medicina? ¿Cuál es el escenario de aprendizaje que ofrecemos a los estudiantes? Lo más probable es que se valore el 1 por 1000 –y se prepare muy bien al médico para que lo atienda–, y se deja de formar al futuro médico para ser capaz de atender a todos los otros pacientes y a las personas en general que nunca llegan a consultar los servicios de salud universitarios.

Buscar nuevos caminos para enseñar implica preguntarse qué diferencias de abordaje, manejo, diagnóstico y tratamiento nos ofrecería una perspectiva no reduccionista. La manera de pensar, diagnosticar (o saber progresar sin diagnóstico, que también es arte médica), tratar y enseñar medicina exigen un nuevo abordaje. Como Gayle Stephen –uno de los patriarcas de la medicina de familia– comenta en su obra *The Intellectual Bases of Family Medicine* (11), necesitamos un nuevo cuerpo de conocimiento que sepa trabajar con todo este desafío: identificar el nuevo abordaje y transformarlo en ciencia.

Los límites en los sistemas de salud se encuentran, muchas veces, en la calidad de los profesionales que están instalados en él. No se trata de incompetencia sino de falta de adecuarse al sistema y a la propuesta de trabajo. Si el médico es convocado como si de un empleo se tratara –aunque se pague muy bien– y no se evalúan las condiciones vocacionales que tiene para desem-

peñarlo correctamente (como, por cierto, se hace en cualquier empresa o corporación de iniciativa privada), no podemos delegarle la culpa al sistema cuando los resultados no son los que esperábamos. El diagnóstico es claro: es el profesional inadecuado colocado en el lugar equivocado.

Construir un nuevo paradigma en la ciencia médica implicaría adoptar nuevas perspectivas en la enseñanza médica. Preparar a los futuros médicos para que sepan trabajar en equipo y de modo eficaz, educarlos para que actúen de modo reflexivo –*reflective practitioner*, en expresión consagrada en inglés– parece ser un camino posible para formar médicos con verdadera vocación y que sepan cuidar de las personas, con un diferencial de calidad. De este modo tendremos los médicos adecuados en el lugar correcto. Y el sistema de salud funcionará bien.

De igual manera, el llamado a promover los principios de Alma-Ata desde lo planteado en atención primaria renovada, es una oportunidad para replantear el papel de los médicos como profesionales de la salud y como gestores de una disminución de las inequidades en salud a partir de sus determinantes (12, 13).

De la reflexión a la práctica: innovación en la educación médica

Este nuevo paradigma en educación médica, de hecho, ya está siendo desarrollado. Representado por algunos esfuerzos eficaces que merecen ser destacados, como son, las nuevas metodologías basadas en una perspectiva amplia de la medicina que supera la postura reduccionista. Aquí tenemos algunas de ellas:

- 1) En la Universidad de Western Ontario, investigadores liderados por Ian McWhinney,

- desarrollaron un método clínico denominado “Patient Centered Medicine” (14). El método se compone, en síntesis, de seis pasos necesarios en el abordaje del enfermo: 1) identificar lo que es la enfermedad y lo que es sentirse enfermo, en total unidad, como se da en el paciente. 2) Buscar informaciones para entender a la persona como un todo. 3) Encontrar un terreno común con el enfermo. 4) Incorporar prácticas de prevención. 5) Promover la relación médico-paciente. 6) Ser realista.
- 2) Metodología basada en evidencias a través de la que se enseña a los estudiantes a trabajar con el concepto de prevalencia, a administrar el propio tiempo y los recursos para encontrar las informaciones correctas por su propia cuenta. Los propulsores de este método (que son, por cierto, médicos de familia y no investigadores de Cochrane) lo definen como “Mastering Information”. Con el uso adecuado de sus propuestas, los estudiantes pueden tener una herramienta de aprendizaje para ser utilizada de por vida, con independencia de los que intentan monopolizar la información. Se trata, pues, de una verdadera democratización de la distribución del conocimiento (15, 16).
 - 3) *Reflective practitioner* y *Mindfulness practice* (17-21), un concepto que hace al médico capaz de analizar su propio desempeño, facilita su autoconstrucción profesional y promueve la búsqueda de realimentación entre sus pares.
 - 4) Énfasis en la formación de los médicos en aspectos educacionales como: creatividad, liderazgo (23), idealismo, profesionalismo y trabajo en equipo (22-24). Estos temas vienen siendo abordados como parte esencial en la preparación profesional del pregrado y el posgrado. Igualmente, aspectos como el cuidado del paciente y la práctica de la compasión adecuada y efectiva, el conocimiento amplio de la medicina y de las ciencias sociales, el desarrollo de las habilidades interpersonales y de comunicación, y el profesionalismo y la práctica adecuada al sistema, son evaluados regularmente en los programas de residencia en medicina de familia en los Estados Unidos (27).
 - 5) *Narrative Medicine* (28), término creado por Rita Charon, o *Narrative-based-medicine*, como prefieren los autores británicos, o sencillamente medicina a través de narrativas, es una metodología que va conquistando terreno en los últimos años, y cuyos principales componentes son: oír las historias de los pacientes –incluso aquellas que no tienen relación con su historia clínica– con empatía y compasión, prestando atención a sus creencias, sentimientos y visión de vida. Las narrativas se constituyen en un verdadero puente entre médicos y pacientes, que permite integrar todos los elementos de la práctica clínica, enriquece el método clínico y mejora la eficacia del diagnóstico y tratamiento. Las narrativas tienen por sí solas un efecto curativo o paliativo, además de ser didácticas –de hecho, se aprende y mucho con ellas– para pacientes, familiares, y para todos los profesionales de salud involucrados en el cuidado del enfermo.
 - 6) Educación de la afectividad (24, 25, 29), donde los sentimientos del paciente, del médico educador, y del alumno-educando, se trabajan con metodología propia para conocer mejor a las personas protagonistas del proceso de aprendizaje y de cuidados. En ese sentido se han desarrollado técnicas y metodologías como los seminarios Balint (32), para elaborar los efectos de la relación médico-paciente en los profesionales tratantes en formación.

Buscando la armonía e integrando el conocimiento para enseñar la práctica del humanismo médico

Estas metodologías necesitan un proceso educacional que las integre en un terreno fértil donde se pueda desarrollar un nuevo paradigma del pensar médico. En este momento surge otra cuestión: ¿cómo integrar todos estos aspectos –reflexión, profesionalismo, educación de la afectividad, trabajo en equipo, liderazgo, busca de información– en la educación médica? ¿Es esto posible?

La cuestión es relevante porque se trata, en el fondo, de “incorporar la propuesta de Alma-Ata” de hecho en la educación médica. ¿Es posible integrar todo esto para superar las barreras reduccionistas, y poder así formar “médicos con un paradigma renovado”, integrales, preparados para ser líderes, levantar la bandera –y defenderla con eficacia– con el propósito de alcanzar “Salud para todos”? La medicina de familia instalada en la academia parece ser la respuesta. Médicos de familia como profesores de las facultades de Medicina, con credibilidad académica, y que enseñen a los alumnos la práctica de la atención primaria, con resolución y competencia.

El modo como se aborda el cuidado de la salud en atención primaria, la diversidad de problemas que los pacientes presentan diariamente, fomenta un aprendizaje integral en el estudiante, que consigue unir el conocimiento adquirido en las demás asignaturas para colocarlo al servicio del paciente que busca ayuda. El médico de familia proporciona mucho más que la suma algebraica de soluciones a los diversos problemas que un paciente padece. Adopta una nueva perspectiva en el arte del cuidar, tiene una nueva visión del

mundo del enfermo. Y esto, como todo lo que es nuevo, hay que construirlo con paciencia, y enseñarlo con perseverancia. Esta es tal vez la gran misión de la medicina de familia en la academia: ampliar la visión del alumno, conducirlo hasta el mundo del enfermo, sin dejarlo que se instale confortablemente en el mundo de las enfermedades, de los médicos y sus instituciones.

El médico de familia actúa y piensa centrado en la persona –en el paciente y en el estudiante–, y ofrece a ambos lo mejor que tiene: sus competencias específicas. Y como ven al enfermo antes que sus enfermedades, es el mismo enfermo el que guía al médico para que de verdad le pueda ayudar. Lo mismo ocurre con los alumnos, que al mostrar sus expectativas, dilemas y preocupaciones ayudan al médico familiar a mejorar su papel como profesor.

Gustave Thibon (33), conocido pensador francés, proporciona en una de sus obras encantadoras reflexiones sobre la diferencia entre el equilibrio y la armonía (este es el título del libro). El equilibrio se compone de fuerzas contrarias, resultantes de vectores que se anulan entre sí. La armonía es el perfecto encaje de las partes en el todo, de modo que pueden colaborar en magnífica simbiosis para el mismo fin. Y citando a Víctor Hugo, comenta: “Por encima del equilibrio se encuentra la armonía, por encima de la balanza está el harpa”.

La ciencia médica necesita esta armonía que le permite colocar en la misma ecuación, por ejemplo, la función hepática y disfunciones neurológicas con el sufrimiento y las pérdidas. Una armonía que representa el papel real de la medicina como ciencia y como arte. Y por eso podemos situar en la misma ecuación entidades de diferentes dimensiones que aparentemente no se mezclan. La verdad

es que están completamente mezclados en la vida real, en esa realidad que es el ser humano enfermo, en el paciente. El tiempo de protrombina se mezcla con el desánimo, las neuro-hormonas con la falta de sentido en la vida, los hepatocitos con la indignación y el miedo. Este modelo integral, que coloca armonía en la medicina, ha sido denominado con el sugestivo nombre de Nuevo Humanismo Médico (34).

Quizá la respuesta para la pregunta inicial: ¿cómo enseñar todo esto?, se encuentre, a su vez, en otra dupla armónica: enseñar y practicar medicina, al mismo tiempo. Conquistar la unidad que debe haber entre los objetivos educacionales y la práctica médica, en verdadero concierto armónico y no sólo con un frágil equilibrio, puede ser el camino para ayudar a los futuros médicos a prepararse para cuidar de todos –“¡Salud para todos!”– con un modelo de asistencia que supere el reduccionismo.

Experiencias brasileñas en la enseñanza del Nuevo Humanismo

La Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa), es una sociedad académica fundada en 1992, en São Paulo. En sus dieciséis años de existencia ha promovido la filosofía de la medicina de familia entre los estudiantes de medicina, mediante congresos, jornadas, seminarios, congresos internacionales en Brasil, y cursos de educación continuada. Han pasado por sus programas más de 3.000 estudiantes, y el número de los que se interesan por la medicina familiar ha aumentado en los últimos años. El interés de los estudiantes es una fuerza poderosa para fortalecer los valores centrales de la medicina de familia, al tiempo que ellos mismos notan necesitar

de estos valores para construirse como mejores médicos. Además de vislumbrar la medicina de familia como su posible futuro profesional, entienden que esta disciplina les brinda recursos que mejoran su actuación clínica y el trato con los pacientes. Por eso, los estudiantes interesados –que suelen ser verdaderos líderes entre sus iguales– son capaces de organizar y promover esta filosofía en su medio académico.

Sobramfa promueve la medicina de familia como disciplina académica, enseñando este nuevo paradigma del arte médico –el Nuevo Humanismo– que integra los conocimientos teóricos y la búsqueda de información, con las virtudes que se requieren en el médico para cuidar del paciente enfermo. El modelo de enseñanza practicado por Sobramfa busca formar al médico técnico y humanista, y se centra en el aprendizaje de actitudes, como el gran desafío educacional.

Integrar las humanidades en el currículo médico es también un pilar esencial en el modelo educacional propuesto, así como fomentar el hábito de pensar y de la reflexión permanente sobre la propia actuación. Para estimular esta dimensión reflexiva Sobramfa ha desarrollado metodologías innovadoras con el cine, la opera y la literatura incorporadas a la educación médica (27-29).

Los profesores de Sobramfa entienden que el mejor modo de promover líderes entre los estudiantes es hacer de los escenarios de la práctica diaria del médico de familia espacios donde pacientes, maestros y estudiantes se comprometan y avancen en el camino de nuevas experiencias de enseñanza-aprendizaje. Enseñar mientras se lleva a cabo la práctica clínica, en perfecta simbiosis, es lo que provoca en el estudiante el ver-

dadero deseo de aprender y la curiosidad que le lleva a buscar información y nuevas respuestas. El escenario práctico tiene que ser “el mundo real”, donde el estudiante percibe el mercado de trabajo y las oportunidades que se le ofrecen. Los proyectos actuales de Sobramfa se gobiernan por el paradigma de “enseñar mientras se hace la práctica clínica”, siguiendo las orientaciones del documento elaborado para el futuro de la medicina de familia (FFM-Future of Family Medicine).

Uno de los programas de mayor impacto es el MF2 (Mini Fellowship en Medicina de Familia), que consiste en rotaciones electivas para estudiantes de Medicina. Los estudiantes entran en contacto con la medicina de familia atendiendo pacientes bajo la supervisión de un preceptor de Sobramfa y de los residentes que están en formación en su propio programa. De este modo pueden observar y vivir lo cotidiano del médico de familia, que es el mejor modo de provocar futuras vocaciones para la especialidad. El programa MF2 ha traído más de 300 estudiantes de 30 facultades de medicina diferentes del Brasil en los últimos diez años. Algunos de estos estudiantes que en su día hicieron el programa, se graduaron y hoy ocupan cargos de directivos en Sobramfa.

El Programa Fitness de Residencia en Medicina de Familia fue creado por Sobramfa en 2003. Los escenarios educativos incluyen visitas domiciliarias, consulta ambulatoria, cuidado de pacientes crónicos, cuidados paliativos, pacientes ingresados en varios hospitales, salud de la mujer, atención geriátrica, prevención en salud. El programa tiene como objetivo principal enseñar continuidad en los cuidados, aprender a trabajar en equipo, procurando alcanzar la excelencia clínica en todo y cualquier ambiente, ha-

ciendo del médico familiar un profesional que se adapta a las circunstancias y actúa con resolución y competencia. El programa Fitness sabe que sus candidatos tienen que responder a expectativas muy altas, pues se espera de ellos que sean en el futuro profesores, pensadores y líderes en la especialidad y la comunidad.

El Programa Fitness Internacional (IFP) son rotaciones ofrecidas por Sobramfa para los estudiantes, los residentes y los médicos jóvenes de otros países. Los participantes desarrollan sus habilidades clínicas y educacionales, se centran en la construcción de liderazgos para promover la propuesta “Salud para todos” en sus respectivos países. El IFP ofrece la oportunidad de compartir la experiencia brasileña en la construcción de la medicina de familia –nuestra historia en Sobramfa– y el entendimiento de la atención primaria en otras culturas, así como el aprendizaje práctico del nuevo modelo de Humanismo Médico aquí desarrollado. Liderazgo y perspectiva multicultural son imprescindibles para los futuros médicos de familia.

A modo de conclusión

Las reflexiones que aquí presentamos van dirigidas a todos aquellos que celebran el trigésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata. Supone, también, una llamada para enfrentar nuevos desafíos que se podrían resumir en la pregunta inicial: ¿cómo hacer de la propuesta de “Salud para todos” una realidad en los ambientes de educación médica? El trabajo esforzado de todos los que estamos convencidos de que la medicina de familia es una de las soluciones que contribuye a volver esto posible hará que no ahorremos esfuerzos en conquistar la credi-

bilidad que se merece, y situarla en el ambiente académico, forjador de los futuros médicos. Que las experiencias aquí descritas sirvan de aliento para que cada uno se empeñe, en su lugar, por fomentar la educación en medicina de familia. Los beneficios de la propuesta de Alma-Ata se dejarán sentir, y la celebración tendrá el sabor de una realidad palpable y duradera.

Referencias

1. WHO-UNICEF. Primary health-care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva, World Health Organization; 1978.
2. WHO-WONCA. Making medical practice and education more relevant to peoples' needs: the contribution of the family doctor; 1995.
3. Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS. The limits of reductionism in medicine: Could systems biology offer an alternative? *PLoS Med* 2006; 3 (6): 709-713.
4. Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS. The clinical applications of a systems approach. *PLoS Med* 2006; 3 (7): 956-960. e209.
5. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med* 2004; 116:179-185.
6. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
7. Flexner A. Medical education: a comparative study. New York: MacMillan; 1925.
8. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludemerer KM. American Medical Education 100 Years; 2006.
9. White K, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med* 1961; 265: 885-92.
10. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021-2025.
11. Stephens G. The Intellectual Basis of Family Practice. Kansas: Winter Publishing Company; 1988.
12. People's Health Movement, editor. Health for All Now! Revive Alma-Ata! The Alma Ata Anniversary Pack. Unnikrishnan, Bangalore (India): People's Health Movement; 2003. Citado en Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud. OMS/OPS; 2005.
13. Ruales J. Renovación de la atención primaria de salud en América Latina. Encuentro Nacional de Renovación de la APS. Bogotá D.C., mayo de 2005.
14. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IA, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine transforming the clinical method. Radcliffe Medical Press; 2003.
15. Slawson DC, Shaughnessy AF, Bennet JH. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. *J Fam Pract* 1994; 38: 505-13.
16. Júnior APN, Mônico CF, Levites MR, Janaudis MA, González P. Como aprimorar a busca de informação- A evidência que realmente importa orientada para o paciente. *Diagnóstico & Tratamento* 2004; 9 (2): 64-67.
17. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282: 833-9.
18. Schon DA. Educating the reflective practitioner. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
19. Epstein RM. Mindful practice in action II. Cultivating habits of mind. *FamSyst Health* 2003; 21: 11-7.
20. Borrell-Carrio F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice: a call for selfawareness. *Ann Fam Med* 2004; 2: 310-6.
21. Bethune C, Brown JB. Residents' use of case-based reflection exercises. *Can Fam Physician* 2007; 53: 470-476.
22. Shapiro J, Talbot Y. Applying the concept of the reflective practitioner to understanding and teaching family medicine. *Fam Med* 1991; 23: 450-6.
23. González P. Promoviendo liderazgos en medicina de familia: una reflexión vital. *Pan American Family Medicine Clinics* 2005; 1(1): 7-15.
24. Bogdewic S. The call for moral leadership. *Fam Med* 2001; 33 (2): 86-88.
25. Bogdewic S. The Question Machine. *Fam Med* 2000; 32 (10): 670-2.
26. Bogdewic S. Fishmonger's secret. *Fam Med* 2000; 32 (8): 521-22.

27. Lynch DC, Pugno P, Beebe DK, Cullison SW, Lin JJ. Family Practice Graduate Preparedness in the Six ACGME Competency Areas: Prequel. *Family Medicine* 2003; 35 (5): 324-9.
28. Benedetto MAC, Blasco PG, Castro AG, Carvalho E. Once Upon a Time. . . At The Tenth Sobramfa International and Academic Meeting. São Paulo. *Journal for Learning Through The Arts: A Research Journal on Arts Integration in Schools and Communities* 2007; 2 (1): 1-16.
29. González P, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: Improving Education in the Affective Domain. *Family Medicine* 2006; 38 (2): 94-96.
30. González P, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Medicina de familia y cine: un recurso humanístico para educar la afectividad. *Aten Primaria* 2005; 36 (10): 566-72.
31. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Teaching Humanities through Opera: Leading Medical Students to Reflective Attitudes. *Family Medicine* 2005; 37(1): 18-20.
32. Stein HF. Reframing Balint: Thoughts on Family Medicine Department Balint Groups. *Fam Med* 2003; 35 (4): 289-90.
33. Thibon G. El equilibrio y la armonía. Barcelona: Belacqua; 2005.
34. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria* 2006; 38 (4): 225-9.