

Pacientes, Residentes y Estudiantes descubriendo la Medicina Familiar

Patients, Medical Residents, and Medical Students Describe Family Medicine

de Benedetto MA,* Janaudis MA, ** Leoto RF, *** González- Blasco P.***

Profesora graduada de Medicina de Familia de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar (SOBRAMFA). Directora del programa de Fitness Profesional para Capacitación. São Paulo, Brasil. ** Médico de Família. Secretário General de SOBRAMFA. * Residente de Tercer Año del Programa Fitness de Residencia en SOBRAMFA. **** Doctor en Medicina. Director científico de SOBRAMFA.*

Recibido: 11-11-05

Aceptado: 29-12-05

Correpondencia: Dra. María Auxiliadora de Benedetto. macbet8@uol.com.br

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el impacto que el consultorio de medicina de familia tuvo sobre pacientes, alumnos y residentes. Identificar la influencia que un servicio de atención primaria ejerce en un complejo sanitario de atención primordialmente secundaria. **Diseño:** Investigación cualitativa. **Material y Métodos:** El consultorio funcionó durante 14 meses (Noviembre 2002-Diciembre 2003). Fueron atendidos 350 pacientes, por residentes, estudiantes de medicina, supervisados por un médico familiar. **Resultados:** Los resultados se dividieron de acuerdo con los tres grupos donde fue evaluado el impacto. *Pacientes:* buscan el nuevo servicio por insatisfacción con la atención del médico anterior. El 95% de los pacientes llegaron referidos por otros pacientes, por familiares, o por funcionarios del complejo sanitario. *Residentes:* aprendieron la práctica de la medicina centrada en el paciente, visualizando el poder terapéutico de la relación médico-paciente-familia. *Estudiantes:* mejoraron su conocimiento sobre la medicina familiar y encontraron motivación en sus estudios a partir del encuentro con el paciente. **Conclusiones:** Un consultorio de medicina familiar, integrado en un complejo sanitario de atención secundaria, es descubierto por los enfermos, y tiene resultados alentadores en la formación integral de residentes y de estudiantes, facilitando el despertar de futuras vocaciones para la medicina familiar.

Palabras Clave: Medicina familiar, Paciente ambulatorio, Práctica familiar.

ABSTRACT

Objective: Our aim was to appraise the impact on patients, medical residents, and medical students when exposed to a Family Medicine out-patient physician's consulting office within a specialty care-focused public health facility without provision of primary care. **Design:** Qualitative study. **Materials and Methods:** In the period during which the project was run (14 months, November 2002–December 2003), 350 patients were seen by medical residents and medical students and were supervised by a Family Physician. **Results:** In accordance with the groups in which impact was appraised, the results were collected into three groups: *patients* seeking a new medical service due to dissatisfaction with previous medical care, the majority of patients (95%) referred by relatives, other patients, or employees of the medical facility and not by physicians; *medical residents*, who learned about patient-centered medicine and who became aware of the therapeutic perspective of the physician-patient-family relationship, and ---

medical *students*, who improved their understanding of Family Medicine and who found motivation for carrying out their academic tasks by means of the relationship they built with patients. **Conclusions:** A Family Medicine outpatient facility, even when incorporated into a health facility dedicated to delivery of secondary-level specialty medical care, is found by patients, possesses encouraging educational outcomes with medical residents and students and may promote vocations for future Family Physicians.

Key Words: Family Medicine, Outpatient, Family Practice.

Introducción

Atención Primaria y el Escenario Brasileño

La reunión histórica organizada por la OMS en Alma-Ata, en 1978¹ inaugura el concepto de Salud para Todos a través de la Atención Primaria. La atención primaria incluye el la atención ambulatoria; prevención y tratamiento de las molestias agudas y crónicas más frecuentes. Se denomina Atención Secundaria a la prestada mediante consultas de diversas especialidades, en cuidados ambulatorios o internamientos en hospitales. La llamada Atención Terciaria incluye a la atención preferentemente hospitalaria, con alta tecnología, cuidados intensivos y procedimientos técnicos de alta complejidad. Es evidente que cada nivel de atención tiene sus propias características e idiosincrasias, y por tanto requiere profesionales con perspectivas y habilidades también peculiares para un desempeño adecuado y competente.

La Medicina Familiar (MF), que es medicina centrada en el enfermo y no en la enfermedad², es fácilmente advertida por el principal interesado: el paciente. Y el paciente la descubre cuando se practica este “estilo médico” aunque, como en el presente caso; la acción se encuentra insertada dentro de un modelo de atención sanitaria claramente centrado en la enfermedad, característica de la atención secundaria de especialidades. Es justamente eso, centrarse en la enfermedad, lo que hace que el paciente sea derivado de la atención primaria a la secundaria, por ameritar esa enfermedad cuidados especiales prodigados por los expertos en la materia.

La relación con el paciente se constituye en verdadera ocasión de aprendizaje para los médicos - independientemente de la experiencia que tengan- así como para los estudiantes, futuros médicos. La claridad con que el paciente reclama el tratamiento integral, como persona que es, se convierte en una llamada de atención para el profesional que está dispuesto a oír al enfermo hasta el final, sin límites³. La actitud cordial demostrada por el médico es también acusada como terapéutica por parte del paciente que se sabe cuidado, y así lo manifiesta.

Por mejor que sea diseñado un sistema de salud, el sistema siempre tenderá a ser impersonal. Pero el paciente requiere una interacción personal, individual; se podría decir, cuerpo a cuerpo, con el sistema. Este es el papel del médico de familia, y no solamente –como a veces se le atribuye de modo superficial e incompleto- la promoción de la salud, la prevención, y las medidas epidemiológicas correspondientes. Junto a todas estas acciones, lo que no puede faltar en el médico familiar, es su misión más digna en la que nadie puede substituirle, el ser “el médico personal del enfermo”. Como se ha comentado con acierto, el médico de familia no es el médico del corazón, ni del hígado, ni de la artrosis. Es, sencillamente, tu médico, su médico⁴. Y, podríamos añadir, aunque haga prevención y promoción de la salud, continua siendo tu médico, su médico, a quien se puede acudir para cualquier necesidad. Y si es el médico personal, hará cumplirá mejor todas las atribuciones de un médico familiar⁵. Esa es la función especialísi-

ma del médico familiar, que se convierte así, en verdadero elemento humanizante del sistema de salud y en consecuencia de las políticas sanitarias.

En Brasil, como país en vías de desarrollo, el modelo asistencial aplicado en las décadas anteriores a los años noventa distaba mucho de las propuestas de *Salud para Todos*. 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. En 1990, se aprueba la Ley Orgánica de la Salud que otorga a todos los ciudadanos el derecho a ser atendidos en el sistema público de salud, sea para cuidados ambulatorios, de laboratorio clínico y hospitalario. La atención en las unidades de salud pública funcionan en el ámbito municipal, estatal y federal, de acuerdo con las conveniencias de cada servicio, promoviéndose así un mayor acceso, descentralización y efectividad del sistema de salud ⁶.

La instalación de un sistema no garantiza el éxito de un programa. Son necesarios los recursos humanos adecuados para ejecutarlos. A la creación del SUS, se suman otros esfuerzos del gobierno brasileño por mejorar la atención primaria. Así, en 1994 se inicia el Programa de Salud de la Familia y se siguen otros programas complementarios, todos con vistas a promover la medicina familiar. Si el escenario de la atención primaria está en actividad, es necesario encontrar a sus protagonistas. No obstante, a pesar de estos esfuerzos –que son siempre programas emanados del gobierno– las instituciones formadoras y académicas universitarias permanecen al margen en real divorcio de intereses. No existen departamentos de medicina familiar en las universidades brasileñas, y los programas de residencia que se instalan, nos parece que persiguen más conseguir mano de obra para los proyectos gubernamentales, que proporcionar una sólida formación continuada. Menos del 50% de los médicos que se gradúan consiguen entrar en programas de residencia. De entre los que no consiguen su ingresos a esos programas de residencia, algunos se dedican a la medicina genera. Y son estos los que practican atención primaria en la mayoría de los escenarios establecidos. No es de extrañar que la opción por medicina familiar sea muy poco popular entre los estudiantes de medicina y, sin duda, descartada por los mejores alumnos ⁷.

Los intentos de certificación rápida por parte de las sociedades médicas implicadas en la medicina familiar tampoco resuelven la cuestión de la formación académica y científica. La pugna por un título de especialista –ejemplo que se puede contemplar en otros países de América Latina– desvía la atención de lo esencial, el tema de la formación. ¿Quién, pues, es responsable por la Atención Primaria en Brasil? En su mayor parte los generalistas sin especialidad, los recién graduados que no consiguieron la especialidad que deseaban, y también otros especialistas que por encontrar un mercado saturado en su área, optan por actuar en ese campo. En cualquier caso, todos desembocan en conquistar un empleo, con remuneración razonable, mucho más que una vocación clara con perspectiva académica. La desproporción entre especialistas bien formados de atención primaria, y de otras especialidades –en nivel secundario y terciario– es así enorme, no sólo cuantitativa sino cualitativamente. La Medicina Familiar en Brasil está dando sus primeros pasos, tímidos, sin apoyo institucional serio. Y, por los resultados, no parece que sean siempre pasos seguros.

El objetivo principal del presente estudio es realizar una evaluación cualitativa del impacto que el consultorio didáctico de Medicina Familiar (CDMF) tuvo sobre pacientes, alumnos de medicina y residentes. Se trata, por tanto, de una evaluación de las expectativas, motivaciones y encuentros que serán presentadas en la evaluación de los tres grupos diferentes como protagonistas del proyecto.

Un objetivo secundario es evaluar la influencia que un servicio de atención primaria –que actúa según la filosofía de la medicina de familia– pudo ejercer en un complejo sanitario de atención primordialmente secundaria.

Material y Métodos

El Complejo Hospitalario Heliópolis (CHH), donde se realizó el presente trabajo, es una amplia unidad Hospitalaria y Ambulatoria de Salud Pública dependiente del Gobierno del Estado de São Paulo, Brasil. El Consultorio Regional de Especialidades Heliópolis (CREH) es responsable de la atención secundaria en varias especialidades. Los pacientes atendidos son enviados desde la red pública de atención primaria, situada en los Centros de Salud administrados por el Municipio de São Paulo. También llegan pacientes provenientes de consultorios del sector de emergencias del Hospital, o referidos por otras especialidades (interconsultas). No existe, por tanto, un servicio de atención primaria como tal situado en el complejo CREH.

Situado en este escenario de atención secundaria de especialidades, la SOBRAMFA-Sociedade Brasileira de Medicina de Familia- desarrolló un proyecto que permite el funcionamiento del CDMF, con objetivos educacionales, didácticos y con la misión de establecer un espacio para proporcionar atención primaria y medicina integral a los pacientes del CREH.

El CDMF funcionó durante 14 meses (de Noviembre de 2002 hasta Diciembre de 2003), con frecuencia de dos veces por semana, en periodos de 4 horas, atendiendo entre 8 y 10 pacientes por periodo. Las consultas fueron conducidas por médicos residentes y médicos en formación de los programas coordinados por SOBRAMFA, acompañados por estudiantes de medicina y con la supervisión de un integrante de la directiva de SOBRAMFA. El proyecto incluyó también otros periodos de clases y discusiones teóricas en la sede de SOBRAMFA, con frecuencia semanal, a modo de reuniones científicas.

A lo largo de 14 meses, 350 pacientes fueron acompañados en el consultorio donde se recogieron los datos necesarios para la evaluación cualitativa posterior. Para recolectar la información se siguió el método de investigación acción participativa complementado por observación participante. Tanto el médico que atendía, como el que supervisaba recogía datos. Al mismo tiempo, un alumno o residente que actuaba como observador participante –diferente del médico que estaba como atendiendo la consulta- anotaba datos, interpretándolos, y completando con sus propios comentarios al cuaderno de notas de campo. En la primera consulta los pacientes contaron su historia, el motivo de consultar el nuevo servicio, y como habían llegado hasta él. A lo largo de varias consultas los estudiantes y residentes también realizaron sus propias anotaciones.

Los datos fueron colectados y sometidos a un análisis preliminar, que orientó la colecta de nuevos datos, como es praxis corriente en investigación cualitativa. El método usado para clasificar las categorías e interpretar los datos fue el estilo de edición y de cristalización/inmersión⁸. Para el análisis final se agruparon los datos en categorías, y se validaron mediante la revisión de todos los participantes del estudio: los investigadores, los alumnos de medicina, residentes y médicos en formación, y con la participación de los mismos pacientes. Profesionales externos al trabajo también colaboraron en la conceptualización de las categorías e interpretación de los datos.

Resultados

Los resultados son presentados atendiendo a los tres grupos diferentes que participaron en el trabajo y cuyas percepciones fueron naturalmente, de diferente orden. Se agruparon las principales categorías deducibles de las entrevistas y consultas con los pacientes y de las reflexiones posteriores entre todos los protagonistas del proyecto.

Para los Pacientes

El primer resultado a destacar es entender ¿Cómo tuvieron noticia del nuevo servicio?, máxime tratándose de un consultorio de atención primaria en medio de un amplio complejo de atención de especialidades secundarias. Así, cuando en teoría los pacientes tendrían que ser enviados desde otro servicio médico (de atención primaria) como ocurre en las restantes especialidades y es la cultura propia del CHH, esto sólo ocurrió en 35 pacientes (10%) enviados por otros médicos, por trabajadoras sociales o por enfermeras. 175 enfermos (50%) fueron derivados por los propios funcionarios administrativos del CREH (58 pacientes fueron representados por los mismos funcionarios, y 116 por sus familiares, conocidos y por pacientes que frecuentaban con asiduidad el CREH). 140 pacientes (40%) fueron derivados por los propios pacientes atendidos que divulgaron el servicio.

Los pacientes manifestaron buscar el nuevo servicio porque estaban insatisfechos con el tratamiento médico que venían recibiendo y oyeron comentarios de que el nuevo servicio de medicina familiar provocaba satisfacción de los pacientes que se consultaban.

Ustedes conversan con el enfermo...Ya no existen médicos así. Tuve dos seguros privados de salud, fui a médicos particulares donde pagué las consultas, y nunca fui atendido como aquí. La atención y el trato es diferente aquí. Por ahí te tratan de cualquier manera, no como ser humano.

La posibilidad de hablar de cualquier síntoma que les afligiera también se había divulgado entre los pacientes. Buscar un abordaje médico integral es lo que hace que los pacientes descubran con facilidad el estilo de la medicina familiar.

Sabe, doctor cuando les vi a ustedes atendiendo pregunté a las funcionarias “del balcón de agendamiento” de consultas qué es lo que tenía que sentir yo para pasar en consulta con ustedes... Me gustó el modo, el estilo.

Me han dicho que aquí te dejan conversar, que puedo contar cualquier cosa. Las funcionarias del “agendamiento”, cuando vieron que yo tenía muchos médicos en mi registro me dijeron que viniera aquí. Otros pacientes que tienen demasiados médicos acaban viniendo aquí...

El cardiólogo era bueno, pero sólo le interesaba mi corazón. Yo quiero un médico que me cuide, como aquí hacen. Los especialistas que consulté se preocupan con su parte, pero yo quiero un médico que se preocupe conmigo, con mi vida.

Me han dicho que aquí ayudan a las personas... Sabe doctor, hago régimen para adelgazar, hablo con la nutrióloga, pero no puedo pasarme todo el día pensando que no puedo comer. Quiero que me ayuden...

Para los Residentes y Médicos en Formación

La mayoría de los pacientes son enfermos crónicos que van consultando diversos especialistas en los últimos años; mas acusan la falta de un médico que integre los cuidados. Así, el Residente aprende en la práctica la dimensión terapéutica de una relación médico paciente eficaz. Como el paciente tiene experiencia de médicos y medicamentos, los mejores resultados se producen cuando se coordinan esos cuidados dispersos, para lo que resulta imprescindible la construcción de un vínculo de confianza.

Hace un año que me siento triste, sin ganas de comer, no duermo bien y me molesta el estómago. Ya hice 11 endoscopias en los últimos años. Y me duele, quiero hacer otra". Paciente con depresión somatiforme que insistía en querer realizarse una nueva endoscopia siendo que las 11 anteriores, solicitadas en otros servicios diversos, fueron normales. El residente aprende a explicar las molestias del enfermo, debe conquistar la confianza del paciente, para no sucumbir a la fácil -e inútil solución- de pedir otra endoscopia más. Semanas después, el enfermo presentó mejoría, con mejoría del peso y de disposición: *Menos mal que no me pidió usted otra endoscopia, como los anteriores, y me trató.*

El residente aprende con la práctica de la medicina centrada en el paciente, a no distraerse con la enfermedad, a mantenerse enfocado en la persona. Los comentarios de los propios pacientes, que se sienten cuidados, ilustran este aspecto.

Este médico es diferente. Puso en un gráfico todas las medicinas que tengo que tomar. Es la primera persona que se preocupa por mí.

He mejorado de una tos de 20 años gracias a usted. Estoy en deuda.

Hace seis años que no tengo libido... Lo comenté con un conocido en la fila. Me recomendó que viniera aquí, que me ayudarían....Uno no sabe con que médico hablar de esto.

También se destaca el aprendizaje de que cuando los cuidados son integrales y personalizados se mejora la adhesión del enfermo al tratamiento y, consecuentemente, la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

Tenía presión altísima, de 20 x 14. Tomaba muchos comprimidos, pero no sabía para que servían. No mejoré. Ahora tomo pocos, pero me explican, y ya estoy con la presión bien. El médico que me atendía antes me preguntó qué es lo que había hecho, pero no le dije nada de que vengo aquí.

No paré de tomar las medicinas para el pánico, aun después que fui asaltado. Una cosa son las dificultades que me pasaron, otra la enfermedad que me estoy cuidando.

Los pacientes que son afectados por cuadros depresivos, donde frecuentemente es necesario convocar a otro miembro de la familia para explicarle la importancia de la medicación que el enfermo no llega a entender, son circunstancias en donde la interacción con la familia se muestra imprescindible, creándose así una ocasión privilegiada de aprendizaje.

La verdad es que sólo tomaba esta medicina porque me dolía el estómago. La otra no la tomaba, no sabía para que servía. Ahora mi hija vino aquí, y me explica que tengo que tomarla para mejorar del todo.

Para los Estudiantes de Medicina

Para los alumnos de medicina, con independencia de los conocimientos técnicos que hayan alcanzado (pues el proyecto es accesible en cualquier año de la universidad, mismo en los básicos) aprender a construir una relación médico paciente es apuntada como una conquista importante.

Aprendí que es necesario tratar al enfermo como alguien que necesita ayuda y no como un caso clínico sin más. Eso refuerza el vínculo y permite que el paciente te cuente lo que realmente le preocupa, que es donde podrás ayudar como médico.

Hay que aprender a oír... Saber oír es medicina que hace que el paciente se sienta mejor. Eso es medicina de familia: profundizar en el "relacionamiento", aprender a oír.

La participación de estudiantes refuerza la importancia de enseñar con casos prácticos, con la vida real que es, por otro lado, verdadero elemento motivador en sus estudios.

Creo que el mejor modo de aprender es acompañar a quien ya actúa así desde hace mucho tiempo... Eso nos falta en la formación: ver como se actúa en la práctica.

Acompañar las conductas que el médico toma desde el inicio de la facultad sería un buen incentivo para los estudios. La parte práctica te motiva, te hace estudiar, de verdad.

En los años de formación universitaria donde los conocimientos médicos van descubriéndose poco a poco, el peligro de centrarse en la enfermedad y olvidar al sujeto que la padece, es grande. La atención centrada en el enfermo y no en la enfermedad, es un elemento integrador que resalta el valor educacional de la medicina familiar en el pregrado. El estudiante lo percibe con facilidad.

El tratamiento del paciente como un todo fue lo más importante para mí. La consulta se dirige a donde el paciente quiere, y así se siente confianza, muestra su problema sin miedo, se deja ayudar. ...Se trata a la persona y no una patología. Y eso porque se quiere ayudar de verdad, resolver sus problemas. Junto al médico de familia se descubre como la enfermedad que el paciente tiene se agrava con factores externos que no pueden ser ignorados... y que en la mayoría de las otras consultas son de hecho ignorados, no hay tiempo. El enfermo necesita atención, cuidados, sentirse como lo que es: un ser humano que padece.

Es el modo más fácil y directo de enseñar al estudiante en que consiste la medicina familiar, y así lo reconocen los interesados:

La medicina de familia tiene su método, como cualquier otra especialidad y mantiene el foco en el paciente y en la enfermedad que le preocupa que no tiene porque ser la más grave. Para aprender esto y cómo se hace, necesitamos un modelo práctico. Es bueno ver como se hace medicina de familia en la práctica, como se aplican los conceptos, observar la reacción del enfermo que puede pasar desapercibida al que atiende... Así, cuando tenga que atender yo, me acordaré de estar atento, de mirar al enfermo... Eso es lo más importante... Como atender un enfermo en la práctica... Acompañar este servicio en el CREH es un modelo favorable para los que tienen inclinación por la Medicina Familiar ya que los propios pacientes te confirman que es eso lo que buscan y quieren.

Discusión

Las investigaciones cualitativas son instrumentos clásicos cuando lo que se pretende es demostrar las percepciones de los pacientes⁹, siendo igualmente útiles para evaluar la dimensión humana del médico¹⁰.

Los motivos que llevan a los estudiantes a escoger la medicina familiar como opción profesional también han sido objeto de estudios cualitativos.¹¹

Los resultados que muestran la procedencia de los pacientes hablan por sí solos: los enfermos, y todos los que quieren ayudar, desde familiares hasta funcionarios, descubren a la Medicina de Familia con rapidez. Y esto sucede contrariando lo que sería una política sanitaria previamente establecida, donde se requeriría ser referido por otros médicos de atención primaria para ser atendido en consulta en el escenario en cuestión.

El impacto educacional con residentes y médicos en formación es también evidente. La construcción de una relación médico paciente eficaz y terapéutica, conquistar la colaboración del enfermo para dejarse cuidar, la interacción con la familia que potencia la acción clínica, son la aplicación práctica de los valores fundamentales de la Medicina de Familia con énfasis en los cuidados continuados. Los estudiantes, además de este contacto con los valores centrales de la medicina familiar, muestran con su aprendizaje un elemento peculiar: el poder integrador que la medicina de familia tiene sobre los conocimientos médicos adquiridos. Enseñar junto al paciente, mediante casos prácticos, con independencia de los conocimientos técnicos que el estudiante tenga en ese momento, es una circunstancia motivadora. Atendiendo al paciente el estudiante va descubriendo por qué estudia, cual es la importancia real de las diversas disciplinas, e integra el variado conocimiento que, no infrecuentemente, recibe de modo atomizado e inconexo en la universidad. Mostrar la amplia dimensión en que el médico familiar se mueve a diario es quizá uno de los mejores recursos para conquistar estudiantes para la especialidad.¹²

El protagonista principal de este ambulatorio, por ser didáctico, es el alumno representado por el estudiante, el residente, o el médico en formación. Las discusiones de caso respetan el ritmo del que aprende, y con esto se permite visualizar el sistema teórico –el cuerpo de conocimientos de la medicina de familia- que sirve de base a las acciones prácticas. Los casos prácticos, que son ilustrativos, son trabajados con metodología y ciencia. Se muestra así que las acciones tan propias de la medicina familiar, como el vínculo, las narrativas de vida, la relación terapéutica, no son algo que depende del “carisma del profesional” sino de una ciencia concreta que puede y debe ser enseñada a través de modelos que se pueden reproducir¹³.

Este ritmo educacional que imprime el compás adecuado al CDMF permite que el alumno sea el protagonista de su propio proceso de aprendizaje. Y se llega aquí a un punto de capital importancia en la construcción de modelos educacionales y en la enseñanza de la medicina familiar. Si lo que se pretende es formar personas, médicos competentes y realizados en su vocación, los ambientes didácticos tienen que respetar el ritmo del alumno, y nunca las imposiciones del sistema. Dejar que prevalezca la dimensión asistencial sobre la educacional suele hacer fracasar la mayoría de los proyectos de docencia. Cada situación requiere un ritmo, unos objetivos y unos profesionales que también tengan gusto y aptitud por hacerlo. Quien la tenga por la docencia, se le debe exigir resultados docentes y formativos, no asistenciales; y los resultados asistenciales se exigirán, en contrapartida, de quien no tenga como objetivo primordial la educación. A cada quien sus competencias y las correspondientes exigencias¹⁴

En Brasil, después de establecerse el programa SUS se debía esperar que las Universidades respondiesen satisfactoriamente para preparar a los médicos adecuados. La evaluación que nos brindan los 17 años de funcionamiento del SUS es que las Instituciones Formadoras –las Facultades y Escuelas de Medicina- no han preparado a los médicos para ejercer con competencia esa función. No se ha dado destaque ni fomentado la preparación adecuada –no se ha desarrollado la vocación de los alumnos, por decirlo de un modo directo- para la prevención y promoción en salud mediante la atención básica. Al contrario, la for---

mación 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, a cada día, más dependiente de la tecnología médica. No se han obtenido las respuestas que la sociedad brasileña podría esperar como impacto del programa SUS¹⁵.

Iniciativas como la promoción vocacional de la medicina de familia entre estudiantes de medicina y jóvenes médicos, -no obstante, los empeños teóricos de las políticas de salud- nos permite aseverar que la cultura de la medicina de familia no está establecida en el sistema, ni en la enseñanza universitaria, e incluso es vista con cierto desprecio en los medios académicos. Hacer medicina familiar con competencia, enseñar como se hace en el día a día, es fundamental. Y el hacer bien supone investigar, escribir, publicar, sin cansarse. El modo como se demuestra la eficacia científica y el impacto sanitario de la medicina familiar difieren de los métodos utilizados por otras especialidades. Es, pues una responsabilidad demostrar lo que hacemos, con la metodología adecuada, con claridad¹⁶. Sabemos que los pacientes -que no suelen leer trabajos científicos- rápidamente descubren a la medicina de familia y la quieren para sí mismo; son los primeros en reclamar esta necesidad. La lentitud de las instituciones y de la misma Academia en el entendimiento de la medicina de familia no pueden ser disculpa para cejar en este esfuerzo que es colaboración real por servir mejor a todos¹⁷.

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. (Health for All Series).
2. González-Blasco P. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la Medicina de Familia. *Aten Primaria* 2004; 34 (6): 313-17.
3. Dykes J. Learning to Listen. *Fam Med*. 2005; 37(3):161-2.
4. Blasco, PG. O Médico de família, hoje. *Revista Videtur Letras*, n7. São Paulo, 2004. (<http://www.hottopos.com/vdletras7/pablo.htm>).
5. Parchman M, Burge S. The patient-physician relationship, primary care attributes, and preventive services. *Fam Med* 2003; 36(1) 22-7.
6. Rodriguez-Neto E. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: *Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde – Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS*. Ministério da Saúde, Brasília, 1994.
7. Blasco PG, Levites M, Freeman J, Haq C. Educating Physicians for the Health of Brazil: The Role of Family Medicine. *Wonca News*, 2004, 30, 3, 13-15.
8. Crabtree BJ, Miller WL. *Doing Qualitative Research*. California Sage Publications, Inc, 1999.
9. Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick, C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Ann Fam Med* 2005; 3: 318-323.
10. Malterud K, Hollnagel, H. The Doctor who cried: a qualitative study about the doctor's vulnerability. *Ann Fam Med* 2005; 3: 348-352.
11. Jordan J, Belle Brown J, Russell, G. Choosing Family Medicine. What influences medical students. *Can Fam Physician* 2003;49:1131-1137.
12. South Paul J. Educating Students for the Future. *Fam Med*. 2005; 37(4):237-8.
13. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.. Principios da Medicina de Família. São Paulo: Sobramfa; 2003. (cfr www.sobramfa.com.br)
14. Janaudis MA, Leoto RF, Benedetto, MAC, Blasco, PG, Nicodemo IP,. Multiple perspectives on the benefit of a family practice presence in a Brazilian Public Health Facility. Symposium WONCA, 17th World Conference of Family Doctors; 2004. Conference program. Abstract n. 3437.
15. Blasco PG . Family Medicine in Brazil: Experiences, Reflections and Perspectives. In: *Family Medicine at the dawn of 21st Century, Themes and Arguments*. Instituto Mexicano del Seguro Social, MexicoDF, 2005.
16. Stewart M. Continuity, Care and Commitment: the course of patient-clinician relationship. *Ann Fam Med* 2004; 2: 388-390.
17. González-Blasco P, Ramirez-Villasenor I, Bustos-Saldaña R, Moreto G. La formación de Médicos Familiares en Latinoamérica: timidez académica y liderazgo errático. *Arch Med Fam* 2005; 7 (1):1-3