

Impacto de la medicina de familia en la facultad de medicina: análisis cualitativo de una experiencia educativa

Pablo González Blasco*

Adriana FT Roncoletta**

Graziela Moreto***

Marco Aurelio Janaudis****

Marcelo R Levites*****

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

**Médico de familia. Directora de Graduación en SOBRAMFA

***Médico de familia. Directora de Programas Internacionales en SOBRAMFA. Secretaria General de APAMEFA

****Médico de familia. Secretario General de SOBRAMFA. Presidente de APAMEFA

*****Médico de familia. Director del Programa Fitness de Residencia Médica en SOBRAMFA

RESUMEN

Promover médicos generales que puedan atender las necesidades de la población brasileña está orientando las reformas de contenido curricular de las Facultades de Medicina en Brasil. La SOBRAMFA (*Sociedade Brasileira de Medicina de Família*) ha desarrollado una experiencia curricular en la FAMEC, Facultad de Medicina de Caratinga, Minas Gerais, Brasil, con la finalidad de insertar precozmente, desde el primer año de carrera, al estudiante de medicina en el contexto de la Medicina de Familia. Los resultados de esta experiencia apuntan al contacto con el paciente como motivador del alumno e incentivo para el aprendizaje, así como establecer un vínculo con provecho educativo entre alumnos y profesores. Esta experiencia colabora de modo práctico con la promoción de médicos generales, mostrando la necesidad de acciones educativas con impacto real, validada por los estudiantes como de utilidad, y que van más allá de reformas de contenido curricular o de estrategias de políticas de salud, que no despierten interés en el estudiante. El contacto con el modelo de médico de familia, que enseña al alumno mientras atiende sus pacientes y supervisa la práctica clínica del propio alumno, es una iniciativa innovadora que despierta interés en el alumno y le hace considerar este modelo como posible opción profesional futura.

Palabras clave: Medicina de Familia. Educación médica. Servicios de Salud. Investigación cualitativa.

IMPACT OF EXPOSURE TO FAMILY MEDICINE CONTEXT IN THE UNDERGRADUATE CURRICULUM: A QUALITATIVE APPROACH OF AN EDUCATIONAL EXPERIENCE

Abstract

To produce general practitioners trained in delivering comprehensive health care to the Brazilian people is one of the most pressing current concerns of Brazilian Medical Schools and is the driving force behind the introduction of many ongoing curricular reforms. SOBRAMFA –the Brazilian Society of Family Medicine– conducts an undergraduate curricular program for

medical students in FAMEC, Caratinga Medical School, Minas Gerais, Brazil, where students are exposed early in their education to Family Medicine principles and values. This paper describes a practical example of how medical schools can foster the training of general practitioners, and stresses the need for strategies with measurable educational impact that students have validated as motivating and relevant. The specific approach presented here goes beyond the kinds of superficial curriculum changes or health policy programs generally regarded as meaningless by students. Instead, results indicate that regular contact with a Family Doctor who teaches students while providing care to patients and supervising students' practice is an effective model that augments student learning while encouraging family medicine as a possible future career choice.

Key Words: Family Medicine. Medical education. Health Services. Qualitative research.

IMPACTO DA MEDICINA DE FAMÍLIA NO CURSO MÉDICO ANÁLISE QUALITATIVA DE UMA EXPERIÊNCIA EDUCACIONAL.

Resumo:

Promover médicos generalistas que possam atender as necessidades da população brasileira vem direcionando as mudanças curriculares nas Escolas e Faculdades de Medicina no Brasil. A SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) desenvolve um trabalho curricular na FAMEC-BFaculdade de Medicina de Caratinga, MG, com a finalidade de inserir precocemente o aluno no contexto da Medicina de Família. Os resultados deste trabalho destacam o contato com o paciente como motivador do aluno e incentivador de aprendizado, assim como o estabelecimento de um vínculo com proveito educacional entre alunos e professores. O presente estudo vem colaborar de modo prático na promoção do médico generalista, mostrando a necessidade de ações com impacto educacional, validadas pelos alunos como motivantes, que estão além de simples mudanças curriculares ou de estratégias de política de saúde que não despertam interesse no estudante. O contato com o modelo de Médico de Família que ensina o aluno enquanto atende o paciente e supervisiona a prática do próprio aluno em ação clínica, constitui-se em iniciativa inovadora e desperta o interesse no aluno que passa a considerar este modelo como uma opção profissional concreta.

Palavras Chave: Medicina de Família, Educação médica, Serviços de Saúde, Avaliação qualitativa.

INTRODUCCIÓN

Es una preocupación creciente en las Facultades de Medicina del Brasil promover y formar médicos generales que puedan atender las necesidades de la población brasileña y hacer realidad la propuesta de "Health for all" ("Salud para todos"), resultante de la histórica Conferencia de la OMS en Alma-Ata (1978).¹ Por ello, la formación del estudiante de Medicina debe aspirar a capacitarlo en competencias propias de la denominada Atención Primaria a la Salud, y ese objetivo debe tenerse en mente a la hora de proponer reformas curriculares y promover nuevas instituciones de enseñanza médica.

Considerando este contexto, y para facilitar la respuesta académica a las necesidades reales de la población, la Medicina de Familia como disciplina académica tiene un papel esencial, como apunta la experiencia mundial. A partir de 1980 se inicia una colaboración estrecha entre la OMS y la Organización Mundial de los Médicos de Familia (WONCA), que culmina en una reunión histórica en 1994, en Ontario, Canadá, con la elaboración de un importante documento.² El documento centra la cuestión en cómo transformar la educación médica en instrumento relevante para las necesidades de la población. El médico de familia aparece como principal protagonista del proceso de cambio educacional y se propone la implantación de la Medicina de Familia como disciplina académica en las Facultades de Medicina. Sería función de esta disciplina facilitar el equilibrio entre médicos generales y

especialistas, al tiempo que se constituye en recurso de educación médica continuada para que los estudiantes, futuros médicos, aprendan a responder a las necesidades de salud de las personas a nivel individual, de la comunidad y de la nación. De modo explícito, se enfatiza en el documento “la importancia de la relación personal íntima entre el médico y el enfermo, ya que en muchos casos el diagnóstico y tratamiento dependen directamente de esta relación, y cuando hay incapacidad en construirla el resultado es ineficaz”. La importancia de la dimensión humana en la formación del médico es, pues, un consenso universal, con importancia peculiar en el área de Atención Primaria a la salud, contexto propio de la Medicina de Familia.

Surge así la figura del médico de familia como uno de los actores principales de la propuesta de “Salud para todos”, colocada por la OMS hace más de 25 años. Se reconoce en el escenario mundial el papel del médico de familia en la Atención Primaria, garantizando con su presencia calidad, eficacia, gestión de costos y la deseada proporción entre especialistas y generalistas que un sistema de salud tiene que poseer para ser eficaz. También se advierte que para que un profesional pueda conseguir esos objetivos debe tener una alta competencia para cuidar de los pacientes y saber integrar con perfección los cuidados individuales con los colectivos. Cuidar, en primer lugar, de la persona para poder cuidar eficazmente de la familia y de la comunidad.

De acuerdo con estas recomendaciones, la SOBRAMFA (Sociedad Brasileña de Medicina de Familia)³ desarrolló con la FUNEC (*Fundação Educacional de Caratinga*) un trabajo curricular en la recién creada Facultad de Medicina de Caratinga (FAMEC) en el Estado de Minas Gerias, Brasil, con la finalidad de colocar al alumno en contacto con la Medicina de Familia desde el primer momento de su formación académica.

OBJETIVO

Evaluar cualitativamente el impacto educacional que provocó el colocar al alumno en contacto con la Medicina de Familia desde el inicio de la carrera universitaria.

MÉTODOS

Participantes: 40 alumnos de 1.º y 30 alumnos de 2.º de Medicina, de la FAMEC (Facultad de Medicina de Caratinga), Minas Gerais, Brasil.

Local de la investigación: Funec-Famec-SOBRAMFA.

Cronograma de la disciplina de Medicina de Familia: clases quincenales, teórico-prácticas en un centro docente de Medicina de Familia.

Duración de la investigación: 1 año.

Evaluación: se realizó una evaluación cualitativa mediante entrevistas individuales (36) y cuestionarios escritos (42) de identificación anónima para facilitar respuestas abiertas más confiables.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados de entrevistas y cuestionarios fueron analizados con independencia por los diversos miembros del equipo de investigadores y profesores que participaron en la experiencia educacional. Se identificaron temas emergentes y cuestiones clave que facilitaron agrupar los resultados en cate-

gorías. Posteriormente, fueron evaluados por otro investigador que no participó directamente de la experiencia para una validación más imparcial.

Estas categorías agrupadas de resultados obedecen fundamentalmente a cuatro aspectos:

1. El contacto con el paciente resultó en motivación del alumno e incentivó el proceso de aprendizaje.
2. Fue establecida una relación provechosa entre profesores y alumnos, creándose un vínculo que influyó positivamente en el proceso de aprendizaje.
3. El alumno requiere una continuidad en el estilo apuntado por la disciplina.
4. Hay necesidad de aclarar los conceptos, porque la utilización indiscriminada del término "Medicina de Familia" produce frecuentemente equivocaciones y es malinterpretado por los estudiantes.

APRENDIZAJE A TRAVÉS DEL PACIENTE: EL PACIENTE ENSEÑANDO AL ALUMNO

El contacto con el paciente en el escenario del centro docente despierta en el alumno deseos de cuidar y le motiva a que se aplique con mayor dedicación en los estudios, al tiempo que le facilita la integración de los diversos conocimientos que adquiere en otras asignaturas.

"Esta asignatura es muy buena porque nos aproxima a un mayor contacto con los pacientes y aprendemos desde el primer momento a construir una buena relación con el enfermo. Podemos probar nuestros conocimientos en el ambulatorio, donde se aprende más que en clase. Para mí, hay que aprender medicina en la práctica".

"La mejor manera de aprender medicina es estar al lado del enfermo, conocer su sufrimiento, su angustia por no entender siempre los padecimientos, cuidar, indicar un tratamiento adecuado. Eso es lo que hacemos aquí. El conocimiento que vivimos aquí nos servirá como experiencia posteriormente".

"Fue útil, nos permitió tener contacto próximo con el paciente, tener idea de cómo se hace una consulta y de cómo se transmite confianza al paciente".

Los resultados muestran que, en el sentir de los alumnos, el aprendizaje que arranca del caso concreto, del paciente, tiene alto impacto educacional, con independencia del nivel de conocimiento médico-técnico que el alumno posea. Es el paciente real el que genera el aprendizaje basado en la persona, que tiene mayor amplitud que el aprendizaje basado en problemas.

"Las discusiones de casos y ese contacto con el enfermo son interesantes. Con un funcionamiento pleno de este ambulatorio tendrían que evaluarnos en la práctica".

"Hubo situaciones muy interesantes que me forzaron a pensar, a razonar, y por eso tuvo tanto valor".

El contacto con el paciente constituye la verdadera práctica del estudiante de Medicina, por ser una muestra real de lo que tendrá que hacer en el futuro cuando sea médico. Vivenciando las situaciones contextuales del paciente y de la comunidad, el alumno descubre en el encuentro clínico médico-paciente el sentido verdadero de su futura profesión.

"Ésta fue la mejor asignatura hasta ahora. Tuvimos contacto con el enfermo, con la Medicina real y aprendimos a discutir y razonar".

“El ambulatorio fue de gran provecho. Las enfermedades de los pacientes fueron discutidas por todos. Tenemos que tener más pacientes, tal vez hablando con el Ayuntamiento, con la Secretaría de Salud”.

ESTABLECIENDO UN VÍNCULO PROFESOR-ALUMNO CON PERSPECTIVAS EDUCACIONALES

La dinámica de la disciplina, con discusiones abiertas provocadas por la atención de los pacientes, donde los alumnos expusieron con libertad sus dudas y pidieron consejo, establece un clima de cooperación entre profesores y alumnos. El alumno se siente protagonista de su propio proceso formativo.

“Necesitamos perfeccionarnos en esto. Hay que tener mayor integración entre profesores y alumnos, mayor ‘complicidad’ y paciencia. Todo eso puede crecer, mejorar. Espero que juntos podamos llegar a conquistar objetivos comunes, buenos resultados”.

El alumno solicita un cambio de actitud en los profesores y se puede ver aquí más un síntoma de confianza que una sencilla reclamación sobre la disciplina, en concreto, sobre las otras asignaturas o sobre el modo en que las recibe. Las reclamaciones entre alumnos son asunto frecuente, pero suele faltar el espacio oficial que puede transformar la reclamación en estímulo para que los alumnos protagonicen los cambios, se sientan responsables de su propia formación.

“Los profesores deberían tener más paciencia, menos intolerancia; somos diferentes, tenemos opiniones diversas, pero todo se arregla cuando hay respeto, y no sólo imposición”.

“Creo que la opinión de los alumnos se tendría que llevar más en serio, ser más relevante, crear menos antipatía. Cuántas veces nos interpretan mal y salimos malhumorados de los dos lados. Ahora, con esta experiencia, hemos cambiado un poco ‘la cara’ de la disciplina y la aprovechamos mejor”.

EL ALUMNO PIDE CONTINUIDAD Y MAYOR FRECUENCIA CON ESTA EXPERIENCIA EDUCACIONAL

Colocándose como protagonista de su aprendizaje y sintiéndose positivamente evaluado, el alumno solicita mayor continuidad y frecuencia de este escenario educacional.

“Tendríamos que dar mayor continuidad a este proyecto; quizá hacerlo todas las semanas, en vez de cada quince días...”

NECESIDAD DE ACLARAR LA TERMINOLOGÍA EQUIVOCADA PARA EVITAR MALENTENDIDOS

La disciplina Medicina de Familia, diseñada en clases teórico-prácticas en el ambulatorio didáctico, se incluía en otra asignatura, previamente impartida, que abraza algunas actividades que, por proximidad, se relacionan con el término “Medicina de Familia”, pero que, en la práctica, tienen un contenido pedagógico y educacional completamente diferente. Así, actividades relacionadas con investigar las condiciones de salud de la población a modo de investigaciones censales, visitas domiciliarias acompañando trabajadoras sociales –que tienen una función importantísima más diferente de la actuación médica–, participar en actividades con la comunidad pero sin dejar claro la condición real

del estudiante de Medicina que va a ser médico y, finalmente, bastantes actividades supervisadas por profesionales de salud que no son médicos.

Naturalmente, los alumnos que están en la Facultad con el deseo de ser médicos no se identifican con estas actividades, porque saben que en su futuro profesional no serán parte de su acción profesional cotidiana. No ven, pues, sentido didáctico y, por tanto, las consideran como dispersivas y se disponen mal en relación a ellas. El hecho de que a ese conjunto de actividades se le diera el nombre equivocado de Medicina de Familia explica la predisposición negativa de los alumnos a la experiencia ofrecida, lo que, al final, acaba siendo un elemento de validación en los resultados positivos. Si quien no estaba bien dispuesto reconoce el valor agregado por la experiencia y se muestra favorable, es un índice indirecto de calidad que mide el impacto educacional.

“Durante mucho tiempo esta asignatura fue pésima, nos hacía perder el tiempo con cosas que no tenían ningún sentido para nosotros, era sin provecho”.

“El ambulatorio dio un carácter más serio a la disciplina. Creo que otras cosas que hacíamos eran completamente dispensables, una pérdida de tiempo, porque eran actividades que no eran propiamente Medicina, que es lo que vamos a hacer el resto de nuestras vidas”.

DISCUSIÓN

La presente experiencia quiere colaborar de modo práctico con el esfuerzo que las Facultades de Medicina están desarrollando para promover el médico generalista, el médico de familia, como opción vocacional profesional de los futuros médicos.⁴ La cuestión es de particular importancia, pues para conseguir los resultados que se esperan no parece que una reforma en el currículum –en los contenidos y asignaturas de la carrera médica– sea suficiente. No basta dedicar más horas a actividades relacionadas con la Atención Primaria o contacto con la comunidad para que eso promueva entre los alumnos las verdaderas vocaciones de médicos de familia.

La respuesta del alumno es directamente proporcional a la motivación que le provocan los modelos –de médico y profesor– con los que se encuentra durante su formación. Cuando el modelo es atractivo, la respuesta es positiva y el alumno asume un papel de protagonista en su propia formación, con espíritu de iniciativa. El alumno tiene que saber qué es lo que está haciendo, por qué lo hace, los motivos de esa inversión educacional y encontrar un sentido en las acciones que les son propuestas como objetivos didácticos. Es sabida y conocida la filosofía de la Medicina de Familia –que se orienta por los principios de educación de adultos– que quiere hacer del alumno un verdadero “socio” de los objetivos educacionales.⁵

El contacto con el paciente es un verdadero catalizador del aprendizaje y, despertado el interés por el compromiso de cuidar, el alumno asume nuevos esfuerzos en la búsqueda de información relativa al caso del paciente, y mejora en su empeño por integrar los conocimientos que adquiere en las diversas asignaturas. La figura del paciente actúa como elemento de convergencia del aprendizaje en el alumno, y aquí se demuestra la importancia de proyectos como el descrito en esta experiencia. La posibilidad de instalar un ambulatorio didáctico de Medicina de Familia, una consulta “de verdad” para el estudiante, con supervisión del médico de familia-profesor, desde los primeros pasos en la carrera médica, se muestra como recurso educacional innovador que puede orientar la opción vocacional futura del estudiante.⁶ Cuidar de pacientes y sus familiares, con continuidad, a lo largo de toda

la carrera, es un escenario que motiva mucho al alumno y le hace sentirse médico. De los problemas de salud que el paciente le traiga el alumno sacará impulso para el estudio y la investigación, al tiempo que aprenderá técnicas de relación y a crear un vínculo con sus enfermos. Entenderá, en la práctica, qué son enfermedades prevalentes, lo que es prevención, el manejo de esas molestias; en fin, una epidemiología práctica, clínica, que es la acción propia del médico de familia en funciones.

Promover el cuidado del paciente para, desde aquí, llegar a sus familias y hasta la comunidad. El contacto del estudiante con la población más necesitada le demuestra la necesidad de atender a sus expectativas reales, de cuidar del ser humano, y despierta la reflexión sobre las injusticias sociales, ayudándole a crear respeto hacia los menos favorecidos y, siempre, a hacer aquello que está de su parte como médico. Practicar la Medicina centrada en el enfermo, con dedicación total, es la contribución que el estudiante de Medicina tiene que aprender y grabar en el alma, durante los años de formación.

Las acciones educacionales deben tener un sentido transparente y realista para atraer al alumno.⁷ Por eso, el contacto precoz con el paciente en relación clínica y profesional es, de hecho, un modelo real del futuro que como médico tendrá que enfrentar. Muy diferente –con sentido difundido y nada real– es la práctica obligatoria de acciones que se proponen a los alumnos, también de carácter social, pero que no contemplan su condición de futuros médicos. Si se quiere formar médicos, comprometidos y responsables, hay que enseñar a hacer lo que los médicos harán, y tienen que ser médicos los que se lo enseñen, con el ejemplo y el espacio natural de reflexión conjunta. Ése es el camino para formar verdaderos liderazgos que posibiliten el despertar de vocaciones reales de médicos de familia.^{8,9}

Cabe por tanto aclarar los términos y coordinar los esfuerzos en sinergismo que pueda promover entre los estudiantes la figura del médico de familia, como opción vocacional a tener en consideración.¹⁰ Una opción que implica el reconocimiento de la identidad que la Medicina de Familia tiene como especialidad médica, que posee un cuerpo propio de conocimientos, una metodología específica y unas líneas de investigación peculiares, en paralelo a competencias –hablando de igual a igual– con cualquier otra especialidad médica.¹¹

El respeto debido a la Medicina de Familia como especialidad es directamente proporcional a su incorporación académica, ya que la instalación académica hace transparentes los valores de esta especialidad, dándole la credibilidad debida y permitiendo la práctica –clínica y educacional– de los nuevos paradigmas que propone.¹² Y será de este modo, con actuación propia en los currículos de graduación y posgrado, como se hace posible vocacionar a los estudiantes, futuros médicos, para esta opción profesional. Una vocación que despierta en el contacto con modelos reales, con médicos de familia que tienen respetabilidad académica y que enseñan al tiempo que atienden y cuidan de sus pacientes, con resolutivez y competencia. El alumno será motivado por lo que entiende ser serio, científico, competente.¹³

Es evidente la dificultad que se presenta en querer reclutar profesionales para una especialidad ausente en la Facultad de Medicina, y más cuando estos profesionales no disfrutaban de credibilidad y prestigio. Por otro lado, el impacto que la Medicina de Familia tiene cuando se incorpora a un sistema de salud se deja notar en los resultados de la Atención Primaria.¹⁴ Conseguir esa incorporación fisiológica, adecuada, correcta es función de la Universidad, que deberá aprender a convocar los liderazgos académicos para conducirlos, con motivación y vocación consciente, a esta nueva orientación profesional.

CONCLUSIÓN

El empeño en promover médicos generalistas en Brasil tiene que traducirse en acciones concretas de impacto educacional, que sean aceptadas y validadas como tales por los estudiantes, a través de una respuesta positiva. Estas acciones van más lejos que una sencilla reforma de contenidos curriculares o de programas de políticas de salud, que en nada motiva a los estudiantes. El contacto con el modelo del médico de familia, que enseña mientras actúa y supervisa la práctica clínica del alumno, se constituye como un modelo innovador de continuidad que despierta el interés del alumno y le hace considerar este modelo como opción profesional futura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Who-Unicef. Primary health-care. Report of the international conference on primary health care; Alma-Ata. USRR, 6-12 set. 1978.; Geneva, World Health Organization, 1978. (Health for all series).
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Mundial de los Médicos de Familia (WONCA): Hacer la práctica y la educación médica más relevante para las necesidades de las personas: la contribución del médico familiar. Ontario, Canadá, Noviembre, 1994.
3. www.sobramfa.com.br.
4. Blasco PG, Haq C, Freeman J, Janaudis MA. Educando os Médicos para a Saúde no Brasil: o Papel da Medicina de Família. Medicina: Jornal do Conselho Federal de Medicina. 2005 Año XX. Número 152.
5. Rubenstein W, Talbot Y. Medical Teaching in Ambulatory Care. Springer Publishing Company. New York. 1992.
6. Roncoletta AFT. A Medicina de Família como recurso educacional na Graduação Médica. En: 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.
7. Jordan J, Belle Brown J, Russell G. Choosing Family Medicine. What influences medical students. Can Fam Physician 2003;49:1131-7.
8. Blasco PG. Promoviendo Liderazgos en Medicina de Familia: una reflexión vital. Pan American Family Medicine Clinics, México, DF, 2005;1(1):7-15. http://www.apamefa.com/es-es/Publicacao_vol012005_promoviendo_liderazgos.php.
9. Blasco PG Ramírez VI, Bustos SR, Moreto G. La formación de médicos familiares em latinoamérica: Timidez acadêmica y liderazgo errático. Arch Méd Fam 2005;7(1):1-3.
10. Roncoletta, AFT, Bustos-Saldaña R, Caballero Rendón, J. As expectativas dos estudantes de Medicina em relação á Medicina de Família. Pan American Family Medicine Clinics, México, DF, 2005;1(1):25-30. http://www.apamefa.com/es-es/Publicacao_vol012005_expectativas_estudantes.php.
11. González Blasco P. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la Medicina de Familia. Aten Primaria 2004;34(6):313-7.
12. McWhinney I. A textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press; 1997.
13. Gutkin C. To be or not be a family physician- that is the question. Can Fam Physician 2002;48:1739-40.
14. Haq C et al. 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.