



ARTÍCULO ESPECIAL

Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil



Pablo González Blasco^{a,*}, Vitor Hugo Boso Vachi^b, Pedro Subtil de Paula^c,
Lucas José de Antonio^{d,f} y João Godoy^{e,f}

^a SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo, São Paulo, Brasil

^b Rotaciones Clínicas, SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo, São Paulo, Brasil

^c Reuniones de Razonamiento Clínico (RRC), SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo, São Paulo, Brasil

^d Facultad de Medicina São Camilo, São Paulo, Brasil

^e Facultad de Medicina de Jundiaí, São Paulo, Brasil

Recibido el 10 de marzo de 2017; aceptado el 14 de marzo de 2017

Disponible en Internet el 27 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Estudiantes de medicina;
Educación médica centrada en el paciente;
Rotaciones de estudiantes;
Medicina integral;
Medicina de familia;
Humanismo médico

Resumen SOBRAMFA, fundada en 1992 como Sociedad Brasileira de Medicina de Familia y con su actual denominación SOBRAMFA-Educación Médica y Humanismo, tiene como objetivo promover los principios y valores de la medicina familiar como disciplina académica, fomentar la educación médica centrada en el paciente, y estimular la dimensión humanística de la medicina, tanto en la acción práctica como en el proceso de formación universitaria. De entre las muchas actividades desarrolladas por SOBRAMFA con estudiantes de medicina en estos 25 años de existencia, cabe destacar dos: las Reuniones de razonamiento clínico (RRC), con 17 años de funcionamiento, y las Rotaciones para estudiantes de medicina, en actividad durante más de 10 años. Hasta el momento, más de 1.500 estudiantes han participado de estos programas. La medicina centrada en el paciente (y no en la enfermedad), los cuidados continuados y el conocimiento integrado, las habilidades de comunicación para manejar el sufrimiento construyendo una relación médico-paciente eficaz, así como la dimensión humanística del médico, son aspectos que atraen a los estudiantes, pues los entienden como esenciales en su formación y así consta en sus evaluaciones. El resultado de ambos programas también muestra cómo se puede fomentar una relación profesor-alumno eficaz, que facilita el aprendizaje y transmite confianza para que el estudiante se desarrolle profesionalmente, al tiempo que se fortalece el compromiso con la vocación médica.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablogb@sobramfa.com.br (P.G. Blasco).

^f Estudiantes de medicina.

KEYWORDS

Medical students;
Patient-centred
medical education;
Student clerkships;
Integral medicine;
Family medicine;
Medical humanism

Promoting Patient-Centred Medical Education in Medical Students: Twenty years of experience in Brazil

Abstract SOBRAMFA founded in 1992 as the Brazilian Society of Family Medicine and with its current denomination SOBRAMFA-Medical Education and Humanism, aims to promote the principles and values of Family Medicine as an academic discipline, as well as to promote patient-centred Medical Education, and to stimulate the humanistic perspective of doctoring, both in practical action and in the process of medical education. Within the several activities developed by SOBRAMFA with medical students in its 25 years of existence, two are worth mentioning: Clinical Reasoning Meetings (for the last 17 years) and Rotations for Medical Students, active for more than 10 years. More than 1,500 students have participated in these programs so far. Patient-centred medicine (and not disease-centred), continued care, integrated knowledge, communication skills to manage suffering by building an effective patient medical relationship, the humanistic dimension of Medicine, are aspects that attract students because they understand them as essential in their education and is pointed out in their evaluations as such. The results of both programs also show how an effective teacher-student relationship can be fostered, facilitating learning and conveying confidence for the student to develop professionalism, while strengthening commitment to the medical vocation.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Atención primaria y educación médica en Brasil

La Constitución Federal de Brasil, 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 Sistema Único de Salud (SUS), que supone la consolidación real de un esfuerzo para construir un sistema de salud que pueda responder y atender a las expectativas y necesidades de la población. Una vez establecidos los programas del SUS por los responsables de las políticas de salud, es responsabilidad del sistema docente, representado por las Universidades, dar una respuesta adecuada: preparar profesionales con capacidad de llevar a cabo, en la práctica y de modo real, lo que los programas del SUS proponen.

La respuesta académica de las instituciones educadoras en Brasil, en estos casi 30 años, ha sido variada. Mientras las políticas de salud adoptan el modelo de Salud para Todos, utilizando la atención primaria y la medicina familiar como base de articulación, la desproporción se deja notar en la preparación académica de los médicos que deberían protagonizar este cambio de paradigma en la atención y promoción de la salud. El escenario está construido, pero los actores no están capacitados. No se ha priorizado, ni fomentado, la preparación adecuada —no se ha motivado a los alumnos, por decirlo de un modo directo— para la prevención y promoción en salud mediante la atención básica. Al contrario, la formación del médico continúa centrada en la enfermedad y no en el enfermo, ubicada primordialmente en la enseñanza hospitalaria, dirigiéndose a una especialización cada día más dependiente de la tecnología médica.

Enfrentamos un desafío educacional que no es pequeño. Crear un nuevo modelo de médico, con competencia para resolver el 90% de los problemas que surgen en el escenario de la atención primaria, con conocimientos de prevención y promoción de la salud; un médico que sea capaz de

cuidar de todos los individuos independientemente de sexo, edad, condición social y de la enfermedad que les afecte, de modo continuado, amplio, integrando factores biológicos, psíquicos y sociales; un profesional que esté atento a lo individual integrándolo en lo colectivo, que cuide de familias y comunidades sin descuidar las necesidades de cada persona; un cuidador que es al mismo tiempo educador en salud y que se gana la confianza de las gentes; fabricar este médico implica un cambio de paradigma educacional en el ambiente académico universitario.

Promover la medicina centrada en el paciente, base de la atención primaria, implica construir la identidad de la medicina de familia como especialidad y su progresiva inserción universitaria como disciplina académica^{1,2}. El prestigio de los médicos familiares que enseñen en las instituciones académicas implicaría tener una postura de hablar de igual para igual con los demás especialistas, en paralelismo de competencias, con conciencia de que poseen un cuerpo propio de conocimientos, una metodología específica que también configura sus líneas de investigación. Es necesario, más que nunca, pensar en la educación como norte que nos apunte el rumbo académico. El ejemplo de otros países que han creado sociedades de profesores de medicina de familia³ como estrategia de implantación académica nos ofrece un punto de partida para esta reflexión. No se puede, hoy día, ejercer la medicina de familia en el ámbito universitario sin pensar en educación médica, uno de los pilares fundamentales de la disciplina⁴. Lo que en algunos países se inició hace más de 30 años como una necesidad para conquistar credibilidad y mostrar seriedad académica es actualmente condición *sine qua non*, un verdadero consenso. El médico familiar es un educador genuino, y prescindir de esta dimensión —por omisión, por incompetencia o por complejo de inferioridad— pondrá en riesgo no solo el prestigio de la medicina de familia como especialidad, sino su propia identidad y su compromiso educacional.

SOBRAMFA y la educación médica

El objetivo de la SOBRAMFA⁵, fundada en 1992 como Sociedad Brasileira de Medicina de Familia y con su actual denominación SOBRAMFA-Educación Médica y Humanismo, es promover los principios y valores de la medicina familiar como disciplina académica, fomentar la educación médica centrada en el paciente, al tiempo que convoca a todos los liderazgos involucrados en educación médica para la reconstrucción de la dimensión humanística de la medicina, tanto en la acción práctica como en el proceso de formación universitaria^{6,7}.

Los valores centrales de la medicina familiar pueden ser presentados de maneras variadas, y destilados a lo largo de múltiples procesos educacionales. La medicina centrada en el paciente (y no en la enfermedad), los cuidados continuados, la dimensión humanística del médico, la atención paliativa y la habilidad para manejar el sufrimiento, la relación médico-paciente y el conocimiento integrado son aspectos que atraen a los estudiantes, pues los entienden como esenciales en su formación. Son, todos ellos, aspectos que los médicos familiares saben manejar con destreza, y en la experiencia de SOBRAMFA han sido las credenciales para ingresar en el cuerpo de profesores de diferentes facultades de medicina en São Paulo, Brasil⁸.

Colocar al estudiante en contacto con la medicina de familia, en diversidad de situaciones prácticas —junto al enfermo y al médico familiar— y en discusiones teóricas conducidas por los mismos estudiantes que propagan este nuevo paradigma, ha demostrado ser una fuerza renovadora con doble sentido. En primer lugar, con los estudiantes, que aprenden a integrar en la práctica —en el cuidado de la persona— los conocimientos teóricos variados que aprenden en las diversas asignaturas en la Universidad. En segundo lugar, la renovación acomete al propio médico de familia que, solicitado en continuos cuestionamientos por los estudiantes, se ve convertido en un profesor al tiempo que estimula su autoaprendizaje en busca de información y actualización para atender su función educacional, construyéndose como profesional más competente.

Formar al estudiante es tarea que requiere mucho más que sencillos cambios de contenido curricular, con dedicación de más horas al aprendizaje de la atención primaria. La gran cuestión no es el tiempo que se dedica, sino cómo se dedica y qué es lo que realmente se aprende. La respuesta del alumno es directamente proporcional a la motivación que le provocan los modelos —de médico y profesor— con los que se encuentra durante su formación. Cuando el modelo es atrayente, 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 le son propuestas como objetivos didácticos. El alumno tiene que aprender a ser médico y a hacer lo que hará el resto de su vida⁹.

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 educacionales¹⁰. Independiente del contenido de la disciplina, cuando los profesores demuestran dedicación

y se preocupan verdaderamente de sus alumnos —algo que el estudiante sabe evaluar con acierto— se establece una relación provechosa, se crea un vínculo que influye positivamente en el proceso de aprendizaje.

El contacto con la SOBRAMFA permite al estudiante un aprendizaje durante su formación en diversas áreas específicas, definido por el propio campo de actuación del médico familiar¹¹. Así, se pueden citar, por ejemplo, como fruto de nuestra experiencia docente:

- *Contacto precoz con el paciente, al inicio de la carrera.* Es notorio que el contacto con el paciente actúa como verdadero catalizador del proceso de aprendizaje, y despierta el interés y el compromiso de cuidar. El alumno se dedica con esfuerzo nuevo y busca información relevante para el caso del paciente que está a sus cuidados, y mejora su empeño en integrar los conocimientos que adquiere en las diversas disciplinas. La persona del paciente actúa como elemento que hace convergir el aprendizaje del alumno.
- *Cuidar del paciente y de su familia, con continuidad,* a lo largo de toda la carrera de medicina es un escenario muy motivador para el alumno. De los problemas de salud que el paciente le traiga sacará impulso para el estudio y la investigación, y aprenderá técnicas de mejor relacionarse y establecer vínculos con sus enfermos. Observará cómo cuidar de las enfermedades más comunes y prevalentes y aprenderá, en la práctica, el curso habitual de las mismas.
- *Cuidado integral del paciente.* Los médicos familiares pueden enseñar a los alumnos de los primeros años de la facultad las habilidades básicas con el paciente: semiología, modos de abordar el histórico clínico, cómo realizar un examen físico dirigido, desarrollar el sentido clínico y la crítica, el manejo diagnóstico y las posibilidades terapéuticas, sin olvidar un sinfín de cuestiones de carácter ético que surgen en la práctica diaria.
- *Manejar enfermedades más prevalentes,* como molestias crónicas, y enfermedades con gran impacto sobre la morbilidad. Los estudiantes desarrollan, en contacto con la medicina familiar, habilidades específicas para tratar diversas enfermedades, y reconocer la gravedad o no de cada caso, y la necesidad real de encaminar el paciente a un especialista específico o no. Igualmente existe un aprendizaje específico en prevención de enfermedades.
- *Desarrollar habilidades de comunicación y aprendizaje para trabajar con familias,* aspectos que en la formación convencional en las facultades de medicina no son convenientemente desarrollados y que los médicos familiares tienen todas las posibilidades de enseñar a los estudiantes. Este aspecto pedagógico asume particular importancia en el contacto con los pacientes en *cuidados paliativos*¹².
- *Aprendizaje de liderazgos y gestión.* Por ser la medicina familiar una especialidad esencialmente humanista, promueve la reflexión y formación de modo que los estudiantes elaboren sus propias opiniones y progresen en el conocimiento propio. Aprender a conocerse implicará en mejor trato con los colegas y otros especialistas, desarrollará sus habilidades como educador, aprenderá a trabajar con jerarquía y prioridades, mejorando su capacidad de manejo y decisión.
- *Formación integral como persona,* ejercitando la ciudadanía, el interés y la dedicación social, aspectos

imprescindibles para un médico familiar. De igual modo desarrolla su capacidad como persona que aprende que debe madurar continuamente para ser útil y servir a la sociedad con su profesión.

- **Formación humanística del médico.** Una metodología educativa innovadora es la relacionada con la educación afectiva del estudiante de medicina. La dimensión afectiva —educación de las emociones— se presenta con particular destaque en los días de hoy, cuando de educar se trata. Las emociones del alumno no pueden ser ignoradas; es más, hay que contemplarlas y utilizarlas porque son, desde la perspectiva del alumno, un elemento esencial en su proceso formativo. Es en este punto donde el uso de las humanidades en la formación médica encuentra su razón de ser. Las humanidades incorporadas en el proceso formativo académico son un importante recurso que permite desarrollar la dimensión humana del profesional. En la convivencia con estas realidades, las humanidades ayudan y, sobre todo, educan. Educar es mucho más que entrenar habilidades: implica crear una actitud reflexiva y un deseo continuado de aprender.

Las iniciativas que se proponen integrar las humanidades en el currículo médico no son por tanto propuestas artificiales periféricas —como «pasatiempos» útiles—, ya que requieren metodología, sistemática, integración moderna. Proponerse crear el hábito de pensar y enseñar caminos para una reflexión permanente —un verdadero ejercicio filosófico de la profesión— es una preocupación constante entre los educadores, que encuentra espacio en las publicaciones orientadas para educación médica.

Los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. Literatura y teatro¹³, poesía¹⁴, ópera¹⁵ y artes componen el mosaico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa. El cine también empieza a surgir entre las publicaciones como un recurso útil en el universo de la educación médica¹⁶. La utilización del cine como metodología educativa en medicina de familia es una experiencia de resultados alentadores incorporada habitualmente por SOBRAMFA, que abre nuevas perspectivas en la formación de los futuros médicos¹⁷⁻²⁰.

Dos actividades educativas cumbre en SOBRAMFA: Reuniones de razonamiento clínico (RRC) y Rotaciones para estudiantes de medicina

De entre las muchas actividades desarrolladas con estudiantes de medicina, cabe destacar dos principales, que son el objeto del presente trabajo premiado por la Cátedra de Educación Médica de la Fundación Lilly.

Reuniones de razonamiento clínico (RRC)

En actividad desde 1999 (17 años), son reuniones de periodicidad mensual (8 veces por año), donde un pequeño grupo de estudiantes de una determinada facultad presenta un caso clínico a un público compuesto por estudiantes de medicina de otras facultades. En la ciudad de São Paulo, donde

SOBRAMFA tiene su domicilio y centra sus actividades, hay 12 facultades de medicina diferentes y 40 en el Estado de São Paulo, algunas próximas de la capital, lo que permite que algunos de sus alumnos frecuenten las reuniones.

Asisten estudiantes de todos los años de carrera (desde el primero hasta el sexto), estableciéndose así una dinámica de discusión innovadora e interesante. Los médicos que coordinan la actividad van dando voz, en primer lugar, a los alumnos de los primeros años (que saben menos teoría médica, pero conservan una visión general y «vocacional» sobre el acto médico) para después ir complementando la información con alumnos de cursos superiores. Es notable ver que los más antiguos también aprenden con los comentarios de los más jóvenes, al tiempo que los novatos adquieren conocimientos que les llegan en lenguaje comprensible, de sus propios colegas con más experiencia. Los resultados muestran que el éxito de estas reuniones consiste en que un médico ayude al grupo de estudiantes a preparar el caso. Y después, durante la presentación, otro médico con más experiencia (uno de los profesores de SOBRAMFA) actúe de mediador dando voz a todos los que quieran intervenir en el público. Los profesores actúan como facilitadores en la discusión, cuyo objetivo no es tanto «llegar a un diagnóstico», sino construir el razonamiento clínico de la deducción y del manejo de síndromes, integrados con la postura humanística, mediante el método centrado en el paciente²¹.

La mayoría de los casos son reales, extraídos de la práctica de los alumnos de los años clínicos (tercero y cuarto). La integración de conocimientos que el alumno ya posee, o de los estudios de asignaturas básicas que está todavía cursando, resulta ampliado e iluminado por esta metodología que estimula al alumno a encontrar caminos de autodidactismo, buscar información y, en primer lugar, a mejorar su comunicación con el enfermo, pues es ahí donde reside la base de cualquier acción clínica eficaz.

En estos 17 años, más de 1.000 estudiantes diferentes han pasado por las RRC. Algunos son actualmente médicos del cuerpo clínico de SOBRAMFA, y muchos otros mantienen contacto con nuestras actividades de formación continuada, al tiempo que actúan en sus diversas especialidades y carreras académicas.

Rotaciones para estudiantes de medicina

Es una actividad eminentemente práctica en la cual el alumno acompaña durante una o dos semanas (dependiendo de su disponibilidad) a los médicos de SOBRAMFA en sus escenarios de práctica clínica²². De este modo, la actuación en el hospital (clínica médica, cuidados paliativos, pacientes crónicos con múltiples molestias), los residenciales geriátricos, las visitas domiciliarias, y los ambulatorios de continuidad de cuidados permiten al alumno conocer e incorporar la perspectiva del hacer médico que tiene como principio básico una medicina centrada en la persona y no en la enfermedad. Ser médico es algo que se aprende en la práctica. La importancia del conocimiento teórico y científico conseguido en la facultad de medicina no dispensa las vivencias que se adquieren en la práctica real de la medicina, en lo cotidiano de la acción médica. Como resultado del programa los alumnos obtienen motivaciones reales —¡algo que han visto y vivido!— para aplicarse con mayor dedicación a

los estudios en la Universidad, al tiempo que ganan criterio para seleccionar, con autodidactismo, las informaciones que serán relevantes para su práctica médica futura.

El programa de Rotaciones tiene más de 10 años de funcionamiento, ha recibido casi 200 alumnos de 40 facultades de medicina diferentes (en Brasil hay cerca de 280 facultades de medicina distribuidas por todo el territorio nacional). Este programa de Rotaciones tiene su equivalente internacional para alumnos extranjeros²³.

¿Qué aprenden los estudiantes? Análisis cualitativo de las evaluaciones

Las evaluaciones de los estudiantes —que obligatoriamente tienen que realizar al final de las Rotaciones— y los comentarios y entrevistas que se siguen a la participación en las RRC ofrecen un importante material para realizar un análisis cualitativo del aprendizaje. Como son muchas y muy variadas, organizamos en categorías para ofrecer una síntesis de los resultados pedagógicos.

El abordaje centrado en el paciente, y no en la enfermedad, proporciona un aprendizaje integral, aprovecha a todos los estudiantes, independientemente del año de carrera que estén cursando.

Poder entrar en contacto con el enfermo al principio de la carrera es enriquecedor. La mayoría de los estudiantes solo tienen esa oportunidad cuando están en quinto o sexto. Pero todo lo referente a cómo relacionarse con el paciente se puede aprender antes, ganamos tiempo, mantenemos el foco en lo que interesa, no nos distraeremos después con la técnica. Funciona como una vacuna contra el exceso de tecnología.

Aun sabiendo poca medicina, porque estoy en el primer año de carrera, me sorprendió el razonamiento clínico lógico, sentí que conseguía opinar y contribuir para la reunión. Quizá porque lo que se coloca en primer lugar es el enfermo, el paciente, no la enfermedad de la que poco conozco.

Las RRC me ayudaron a estructurar mi pensamiento como futuro médico, sabiendo que lo que tengo delante no es solo una enfermedad, sino una historia de vida que es necesario entender y que se encuentra detrás de los síntomas que nos refieren. La formación en la facultad deja una laguna enorme en este campo: es algo que se extiende más lejos que la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento; algo que exige la reflexión de los que participamos para tener en cuenta no solo la enfermedad, sino el individuo que la sufre, la familia que le acompaña, y el sinfín de variaciones que se juntan.

La sensación inicial cuando fui a presentar es que podía decir algo inconveniente. Pero rápidamente descubrí que todo, las dudas y las afirmaciones, eran importante para enriquecer la discusión. Y después, cuando veo otro colega presentando, veo que lo hace también con naturalidad: dice lo que sabe, pregunta lo que no sabe, y la actitud de los profesores es la de hacer confluir la discusión para una lógica clínica que ayude al enfermo. El paciente es el punto de convergencia de la RRC: eso es lo

que las hace tan peculiares. [...] Los temas son siempre interesantes, intrigantes, desafiantes, y juntan diversos asuntos que nos obliga a relacionar los contenidos de las diversas especialidades. Es el aprendizaje de una medicina integral, enfocada en el paciente. Los profesores nos estimulan para que participemos, son reuniones muy interactivas. Nos sentimos siempre bien acogidos.

Se aprende la importancia de una comunicación eficaz, que es imprescindible para poder cuidar.

Aprendí a conversar con el paciente, a hacerle ver que estoy escuchando. A ser todo oídos para lo que el enfermo y la familia tienen que contarme. Eso ayuda de algún modo a colocarse en su lugar, a mejorar la empatía. Y eso te permite abordar temas que son clásicamente difíciles, como los cuidados paliativos, el sufrimiento, el control de síntomas, la vida que se acaba. Porque en el fondo, para hablar de todo esto, hay que escuchar primero, conquistar la confianza para que entiendan que estoy ahí para cuidarlos en todo lo que me sea posible.

Es desafiante la práctica de esta medicina integral. Lugares diferentes de actuación, desde el ambulatorio al hospital, pasando por el domicilio del enfermo o la residencia de ancianos, o el hospital de paliativos. Un desafío que exige comunicación precisa, creativa, y que solo puede conseguirse cuando el profesional se preocupa con el enfermo como persona.

Algo necesario para cualquier alumno de medicina que quiere ser un buen médico y construirse como persona. Cuidar no significa pedir exámenes de laboratorio, y hacer prescripciones. Cuidar implica aprender a escuchar al paciente, estar atento a sus deseos, sus sueños, y saber conversar con la familia.

Se fomenta una relación profesor-alumno eficaz, que facilita el aprendizaje y transmite confianza para que el estudiante se desarrolle profesionalmente.

Estando en cuarto de medicina, me sentía un poco insegura para presentar en la RRC. Había médicos mayores, otros estudiantes, en fin, algo que nunca había hecho antes. Pero el Dr. X (del cuerpo clínico de SOBRAMFA) me tranquilizó, me dijo que lo hiciera con naturalidad, sin rebuscamientos. Los médicos se mostraron acogedores, y el ambiente que se crea en estas reuniones te hace sentirte en tu casa. Vi como surgían dudas —no solo las mías, sino la de compañeros de años inferiores— y como preguntaban sin recelo. Una apertura total, donde todos participaban. No se parecía en nada a las presentaciones monótonas y ritualistas que nos obligan a hacer en la Universidad. Más parecía una reunión clínica donde todos están interesados en ayudar al enfermo y no en mostrar cuánto saben... En fin, algo que recomiendo a todos. Una experiencia única.

Estoy nervioso. ¿Y si me equivoco en la presentación? Los colegas y el profesor me recomiendan calma. Veo como el ambiente me ayuda, mientras paso las diapositivas y expongo mis propias dudas. Veo sonrisas de aprobación en el público. Al final, es como si estuviera hablando conmigo delante de un espejo. ¡Me sentí confortable con la actitud de todos!

La rotación me ayudó, no solo como apertura para la vida profesional, sino como persona. Los estudiantes somos inseguros, siempre pensamos que no sabemos nada. Los profesores que nos acompañan en la rotación nos inspiran confianza, nos estimulan a buscar informaciones, a sentir nuestra autonomía en el aprendizaje, nos empujan para crecer. Eso es fundamental. [...] Para los que tenemos poca experiencia clínica, esto es la oportunidad de aplicar el conocimiento teórico que aprendemos en la facultad. Y los profesores aquí son médicos con paciencia y con gusto para enseñar, aun las cosas más básicas. Un privilegio.

El aprendizaje integral e humanista para una buena gestión clínica es parte imprescindible en la excelencia de un médico familiar.

Me gustaron mucho los locales de actuación en las rotaciones, y los médicos. Son diferentes, los unos y los otros. Pero se aprende con todos, y se aprenden cosas diferentes, y como cada médico responde con sus peculiaridades. Una enseñanza de valor. Creatividad y humanismo andan juntos. Y cada uno es como es, y puede ser un buen médico.

Aprendizaje es la palabra clave. Un verdadero abanico de experiencias esenciales para formar un médico humano, y el ejercicio de una medicina humanística en la práctica diaria. La facultad nos certifica como médicos, pero no nos enseña cómo se vive el humanismo médico en la práctica. Poder vivenciar la alegría y el sufrimiento de los pacientes, tener al lado un médico-profesor que sabe manejar esas situaciones con serenidad y creatividad es algo que no se aprende en las clases de la facultad.

Se fortalece el compromiso con la vocación médica: algo que el mucho estudio, el ambiente competitivo, y el ver pocos enfermos a veces queda difuminado en la formación médica.

La rotación fue como un despertar, recuperar el brillo de la medicina con que siempre he soñado. Confirmé mi amor por la profesión que escogí. [...] Esto es un proyecto académico, profesional, y para tu vida. Los frutos llegarán en corto, medio y largo plazo. Es necesario permitirse esta experiencia para verlos llegar.

Viví unos días inolvidables. Énfasis en una práctica clínica basada en evidencias, que se complementa con las narrativas de los enfermos, y se hilvana con una relación médico-paciente humanista, siendo que el médico también crece como persona. Eso es lo que me hace creer en la posibilidad de una medicina que atienda realmente las necesidades de nuestra sociedad.

Los resultados de estas evaluaciones muestran cómo es posible desarrollar un modelo en el cual estudiantes de varias facultades de medicina diferentes se congregan en RRC²⁴, atienden enfermos, y aprenden la metodología de la medicina centrada en el paciente, al tiempo que reflexionan con sus pares sobre las propias experiencias educacionales y se instruyen en lo que denominamos ejercicio filosófico de la profesión²⁵. Una postura que los anglófonos llaman *Reflective Practitioner*¹, despierta el filósofo en ejercicio que todo médico lleva dentro de sí. Esa es la condición

indispensable en quien de verdad se interesa por participar activamente en el proceso de cura de sus pacientes, en el cuidado cargado de humanismo y trascendencia, y es esa la senda que nos conduce al arte médico.

Es un modelo ciertamente innovador donde, independientemente del año que el estudiante está cursando, puede tener la oportunidad de cuidar de un enfermo. Algo que podría parecer imprudente, pues el alumno recién ingresado en la facultad no sabe medicina suficiente. No obstante, debemos reconocer que sabe lo que es una persona —posiblemente ese es el motivo que le llevó a querer ser médico— y ese punto de partida es suficiente para colocarlo en contacto con el paciente.

Cada uno atiende al enfermo dentro de sus conocimientos, y los estudiantes de años superiores y los médicos supervisores (del cuerpo clínico de SOBRAMFA) complementan la exploración clínica, la información necesaria y la tomada de decisiones. El resultado sorprendente es que todos tienen una contribución que dar en este modelo de verdadero «conocimiento construido». Mientras los estudiantes más jóvenes prestan más atención a la dimensión de la persona que sufre —pues es lo que mejor alcanzan a observar, ya que no tienen otros recursos técnicos— y así lo comentan en la discusión conjunta del caso, los estudiantes más avanzados complementan las tomadas de decisiones con los conocimientos específicos de diagnóstico y terapéuticos. Los jóvenes, de algún modo, «recuerdan» a los mayores la importancia de la dimensión humana a la que tal vez estos últimos están menos atentos, por ocuparse primordialmente de la técnica diagnóstica y terapéutica. Y los mayores motivan a los más jóvenes cuando les demuestran la utilidad práctica de los conocimientos de ciencias básicas que el estudiante de los primeros años no siempre consigue vislumbrar. Unos motivan a otros, el supervisor provoca la reflexión, y el paciente motiva a todos. Los más jóvenes observan a los veteranos cuando atienden al paciente. Y cuando son ellos, los de primeros años, los que atienden al enfermo, los veteranos no están presentes en la sala de atención clínica, ni el profesor tampoco. Hay que dejarlos hacer y crear, sentir al enfermo en toda su dimensión, sin preocuparse de la natural carencia de conocimientos técnicos. Después habrá tiempo de suprimirlos. Lo importante es no distraer al joven estudiante en su función de cuidador del enfermo, y cuando alguien con más experiencia está presente, esta presencia acaba por preocupar más al estudiante que el propio paciente.

Resultados de un aprendizaje: la fuerza del ejemplo docente

Las experiencias docentes aquí relatadas se componen, en su mayoría, de dinámicas con discusiones abiertas, provocadas por textos teóricos o por el propio atendimento a los pacientes. Los alumnos exponen con libertad sus dudas, piden consejo, y se establece un clima de cooperación entre profesores y alumnos. Vemos aquí un síntoma de confianza, más que una sencilla reclamación sobre el contenido curricular. Las quejas de los alumnos son algo de ordinaria administración, pero falta espacio formal para escucharlas y administrarlas, transformando así la reclamación en

estímulo en el que los alumnos puedan colaborar para mejorar el sistema educativo.

El contacto supervisado con el paciente es otro de los resultados positivos de nuestras experiencias. 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. 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.

El contacto con el paciente es un 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 estas experiencias²⁶. De los problemas de salud que el paciente le presenta, el estudiante saca impulso para el estudio y la investigación, al tiempo que aprende técnicas de relación y a crear un vínculo con sus enfermos. Entiende, 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.

Practicar la medicina centrada en el enfermo, con dedicación total, es uno de los aspectos esenciales 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 alumno²⁷. Los principios y valores de la medicina de familia, presentados de modo atractivo, estimularán vocaciones de médicos familiares, sin lugar a dudas; pero también sirven para formar médicos mejores, independientemente de la especialidad que vayan a seguir^{28,29}. Aprender a colocar al enfermo en primer plano, actuar con perspectiva humanística, mejorar la visión holística de la práctica clínica y crecer en el modo de relacionarse con el paciente son atributos deseables para cualquier médico. En palabras de un sabio médico familiar con mucha experiencia docente, se puede afirmar que los valores de la medicina familiar sirven para construir durante la graduación *good stem cell doctors* —buenos médicos células tronco—, que después se especializarán conforme su deseo.

Adquirir esos valores es el deseo de cualquier estudiante de medicina, pues están íntimamente relacionados con su despertar vocacional para la medicina. Y son los estudiantes quienes, al ver esos valores encarnados en un profesor, sentirán admiración, ganarán respeto y divulgarán su credibilidad como docentes y como personas en toda la comunidad académica. Es conocido el poder que tiene el dictamen de los estudiantes como formador de opinión en el medio universitario.

La carrera de medicina exige que el estudiante aprenda, en un espacio de tiempo que siempre es relativamente escaso para el volumen de conocimientos que crece sin tregua, enfermedades, sus bases moleculares y patológicas, las posibilidades diagnósticas y terapéuticas más modernas. Y el aluvión de información en la que el estudiante es involucrado —y, todo hay que decirlo, sobre lo que será evaluado— lleva con frecuencia a descuidar no solo la evaluación, sino el mismo aprendizaje de otras dimensiones que son esenciales para la buena práctica de la medicina. Se aprende mucho sobre las bases de la medicina y su manejo, y se desatiende el aspecto que, con alta probabilidad, fue lo que despertó en el estudiante el deseo de ser médico: cuidar de las personas.

Este descuido —de estudiantes y, sobre todo, de las instituciones formadoras— rinde los resultados previstos. Como acertadamente anotaba Paul Batalden: «Todo sistema está perfectamente diseñado para conseguir los resultados que de hecho obtiene»³⁰. No nos puede sorprender, así, encontrar en el mercado de trabajo —en clínicas y hospitales— médicos empeñados en tratar enfermedades, utilizando modernos métodos diagnósticos y terapéuticos, que no dedican la conveniente atención al paciente, que es el protagonista principal del escenario. Y esto no porque se omitan conscientemente, sino porque nadie les ha enseñado a hacerlo, y tampoco a reparar en la persona del enfermo como centro de su ejercicio profesional. No se escucha al paciente, no se le mira a los ojos, y después el médico se queja de que el paciente no sigue sus prescripciones. Es decir: no se inspira la confianza necesaria y se reclama de una supuesta indocilidad del enfermo.

El contacto del estudiante con el paciente, o mejor, con estas situaciones de descuido, provocan en el joven alumno las crisis que le advierten de la carencia de un elemento esencial en su formación. La dimensión humanística de la medicina es una demanda real del estudiante de medicina. La busca, y no la encuentra. Y lo que a veces se le ofrece mediante iniciativas institucionales espasmódicas —nunca sistemáticas ni integradas— es una caricatura de humanismo, que desmotiva aún más³¹. Es —nunca mejor dicho— peor el remedio que la enfermedad.

Aunque las experiencias descritas son un importante apoyo de SOBRAMFA al esfuerzo realizado por las facultades de medicina de Brasil en promover médicos generalistas y médicos familiares³², la colaboración prestada al universo de la educación médica es mucho más amplia. Las experiencias de SOBRAMFA en la actividad docente universitaria nos conducen a una conclusión que, a modo de consejo, se podría ofrecer a los médicos de familia que sienten inclinación por la docencia. Lo más importante es aprovechar la oportunidad e incorporarse a la enseñanza, sin preocuparse de los contenidos específicos, enfocarse en los alumnos para brindarles ayuda. Los médicos familiares deben tener la flexibilidad para adaptarse a multitud de posibilidades docentes, y saber decantar en cada una los valores que se viven en medicina familiar. Cuando años atrás empezábamos nuestros proyectos piloto de docencia en las Universidades, los primeros resultados ya se mostraban alentadores³³. Lo que realmente importa, y el alumno valora, es enseñar con dedicación y entusiasmo, «desde el fondo del corazón, pues enseñaremos lo que con sinceridad vivimos y somos»³⁴. Esa es la mejor colaboración que,

como médicos de familia, podemos ofrecer para formar las futuras generaciones de médicos.

A modo de conclusión: una educación médica humanística centrada en el paciente

Estas consideraciones no son algo nuevo. A mitad del siglo pasado, Gregorio Marañón —paradigma de arte y ciencia, infelizmente poco leído cuando no desconocido hoy en día entre los galenos españoles, particularmente entre los jóvenes profesionales— nos advertía del peligro que entraña la búsqueda de un diagnóstico con herramientas puramente técnicas sin tener en cuenta las circunstancias del enfermo. «Este sistema del diagnóstico puro, deducido casi exclusivamente de los datos analíticos, deshumanizado, independiente de la observación directa y entrañable del enfermo, lleva implícito el fundamental error del olvido de la personalidad, la cual cuenta tanto como las mismas etiologías para lo que le va a suceder al enfermo y para lo que nosotros podemos hacer para aliviarle»³⁵. Sin conocer al enfermo, sin escucharle con atención, sin interesarse de verdad por él, difícilmente se sabe lo que le hace padecer, y casi nunca se consigue curarlo.

Humanismo es, pues, fuente de conocimientos que el médico utiliza para su profesión. Conocimientos tan importantes —ni más, ni menos— como los adquiridos por otros caminos que le auxilian en el deseo de cuidar del ser humano que está enfermo³⁶. Son recorridos diferentes que encuentran en la persona —terreno propio del actuar médico— su meta común, y permiten, con la mutua convivencia presidida por el respeto, unión de fuerzas, sinergia en la voluntad activa de curar. El humanismo en medicina no es una cuestión temperamental, un gusto individual, ni siquiera un complemento interesante: es actitud científica, ponderación, resultado de un esfuerzo consciente de aprendizaje y de metodología^{2,37}.

Cuando invocamos a la medicina como arte, reconocemos de modo claro que cada paciente es único, diferente, y requiere por tanto un tratamiento peculiar. No solo desde la perspectiva de la enfermedad que le acomete (*disease*, en inglés;), sino teniendo en cuenta el modo como esa patología «se encarna y concretiza» en ese enfermo (esto es *illness*, en inglés, estar enfermo)³⁸. El enfermo no se agota en la enfermedad. Estar enfermo es una condición que será vivenciada de acuerdo con el modo de ser —en el sentido metafísico, ontológico— de quien es afectado por la molestia. Por eso la enfermedad se nos presenta siempre personalizada, instalada en alguien concreto que se pondrá enfermo «a su modo», de acuerdo con su ser personal. Es necesario al médico un correcto equilibrio, una perspectiva bifocal, que consiga unir en artística simbiosis la atención a la enfermedad —con toda la evolución técnica— y al paciente que se siente enfermo —con la comprensión vital que eso requiere—. Esto es, en la práctica, actuación médica centrada en la persona, la más apurada síntesis del médico que practica ciencia y arte simultáneamente. Es un médico, verdaderamente, de amplio espectro. Una propuesta de un nuevo modelo de humanismo médico, que resulte de la armonía que combina en perfecta sintonía la ciencia de una medicina moderna con el arte de los cuidados, que implica entender

al enfermo como persona, centrarse en el paciente y no en la enfermedad³⁹.

La reflexión que nos ocupa es, sin duda, de carácter fenomenológico y vital. No se puede medir cuantitativamente, pues se refiere a la actitud del médico, al interés. A la silla —como decía Marañón— que es el instrumento por antonomasia humanizante de la acción médica. Cuando el médico se sienta y le pregunta al enfermo, le está comunicando con su actitud que tiene todo el tiempo del mundo para oírle. Hoy tenemos computadores, técnicas sofisticadas —todo ello muy importante—, pero nos faltan sillas o, lo que es peor, hemos perdido el gusto por sentarnos junto al paciente.

Todo modelo educacional innovador, como el descrito en estas líneas, lleva consigo la vertiente de crítica a otros que no están funcionando a contento. Sirvan las palabras de Marañón para poner punto final a estas consideraciones que, aun con crítica constructiva, podrían calificarse como pesimistas, aunque están saturadas de esperanza por un mundo mejor. «Sentiría mucho que alguien dedujese de lo dicho que soy irrespetuoso con la Medicina y que soy pesimista sobre su presente y su porvenir. Yo respeto la Medicina porque la amo; y es el amor la fuente suprema del culto, en lo humano como en lo divino. Pero el amor es también, o debe ser también, crítica. Solo cuando desmenuzamos en el objeto amado cuanto tiene de deleznable, acertamos a encontrar, allá en el fondo, lo que tiene de imperecedero. El que habla valientemente de los defectos de su patria es el mejor patriota, y el que extrema las censuras justas a su profesión ese es el que la sirve con toda plenitud»³⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la estudiante Beatriz Lin Carbone, 3.º año Facultad de Medicina de São Camilo (São Paulo) por actuar como relatora de las evaluaciones de los estudiantes.

Bibliografía

1. McWhinney. *A textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press; 1997.
2. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. *Princípios da Medicina de Família*. São Paulo: Sobramfa; 2003.
3. Society of Teachers of Family Medicine (STFM). [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: www.stfm.org
4. Gonzalez Blasco P. Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Arch Med Fam*. 2004;6:31–3.
5. SOBRAMFA. Educação Médica e Humanismo. [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: www.sobramfa.com.br
6. Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, Benedetto MAC, et al. Family medicine education in Brazil: Challenges, opportunities and innovation. *Acad Med*. 2008;83:684–90.
7. Blasco PG, Roncoletta AFR, Moreto G, Benedetto MAC, Levites MR, Janaudis MA. SOBRAMFA has promoted family medicine education in Brazil since 1992. *Med Educ*. 2008;42:113–5.

8. Blasco PG, Roncoletta AFT, Janaudis MA, Moreto G, Levites MR, Benedetto MAC, et al. La experiencia de Sobramfa: médicos familiares como profesores de seis facultades de medicina en São Paulo Brasil. *Aten Fam.* 2012;19:106–9.
9. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Accompanying physicians in their family practice: A primary care model for medical students' learning in Brazil. *Fam Med.* 2006;38:619–21.
10. Rubenstein W, Talbot Y. Medical teaching in ambulatory care. New York: Springer Publishing Company; 1992.
11. Roncoletta AFT, Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Medicina de familia y universidad brasileña (II) Actividad docente de la SOBRAMFA con estudiantes de medicina. *Tribuna Docente On Line.* 2007;9:1–16.
12. Pinheiro TRP, Benedetto MAC, Levites MR, Giglio AD, Blasco PG. Teaching palliative care to residents and medical students. *Fam Med.* 2010;42:580–2.
13. Shapiro J. Literature and the arts in medical education. *Fam Med.* 2000;32:157–8.
14. Whitman N. A poet confronts his own mortality: What a poet can teach medical students and teacher. *Fam Med.* 2000;32:673–4.
15. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Teaching humanities through opera: Leading medical students to reflective attitudes. *Fam Med.* 2005;37:18–20.
16. Alexander M, Lenahan P, Pavlov A. Cinemeducation: A comprehensive guide to using film in medical education. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
17. Blasco PG. Literature and movies for medical students. *Fam Med.* 2001;33:426–8.
18. Blasco PG. Medicina de familia & cinema: Recursos humanísticos na educação médica. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 2002.
19. Blasco PG. Humanizando a medicina: Uma metodologia com o cinema. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2011.
20. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: Improving education in the affective domain. *Fam Med.* 2006;94–6.
21. Stewart M, Belle Brown J, Wayne Weston W, McWhinney IR, Freeman TR. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. California: Sage Publications, Inc; 1995.
22. SOBRAMFA. Educação Médica e Humanismo. Estágio para estudantes de medicina. [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: <http://sobramfa.com.br/estagio-para-estudantes-de-medicina/>
23. SOBRAMFA. Educação Médica e Humanismo. Programa de Rotaciones Internacionales (IFP). [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: <http://sobramfa.com.br/esp/rotacion/>
24. Prats JAGG, Levites MR, Murano ML, Fernandes EP, Moreto G. Opinión de un grupo de estudiantes de Medicina sobre la importancia de la discusión de casos clínicos como técnica didáctica. *Aten Fam.* 2011;18:56–8.
25. Decourt LV. William Osler na intimidade de seu pensamento. *Revista do Incor.* 2000.
26. 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, editores. *Princípios da medicina de família.* São Paulo: Sobramfa; 2003.
27. Jordan J, Belle Brown J, Russell G. Choosing family medicine. What influences medical students? *Can Fam Physician.* 2003;49:1131–7.
28. Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Garcia DSO, Moreto G, Benedetto MAC, et al. Academic Family Medicine in Brazil. GP-Miles: The Brazilian approach to make medical students enthusiastic for Family Medicine. *Primary Care.* 2009;9:280–1.
29. Blasco PG, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Family Medicine Miles Programme: Getting students involved where there is no family medicine in Medical School. *The world book of family medicine*, 1, 1.^a ed. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica; 2015. p. 178–80.
30. Batalden P. What System? *Darmouth Medicine.* 2006;30:28–35.
31. Blasco PG, Benedetto MAC, Reginato V. Humanismo em Medicina, 100. São Paulo: SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo; 2015. p. 437.
32. Janaudis MA, Blasco PG, Haq C, Freeman J. Formando médicos para a medicina de família e comunidade. *Bioética.* 2007;15:27–36.
33. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR. Impacto de la medicina de familia en la Facultad de Medicina: análisis cualitativo de una experiencia. *Tribuna Docente On Line.* 2006;8:1–8.
34. Palmer PJ. The courage to teach. S. Francisco: Jossey-Bass; 1998.
35. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1954.
36. Blasco PG. O médico de família hoje. São Paulo: Sobramfa; 1997.
37. Gonzalez Blasco P. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la medicina de familia. *Aten Primaria.* 2004;34:313–7.
38. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Int Med.* 1978;88:251–8.
39. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria.* 2006;38:225–9.