

APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA.
UNA REVISIÓN HERMENÉUTICA.

BRASIL

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

COINVESTIGADORES

OSCAR FERNANDO CONTRERAS

GABRIEL ESQUINAS

MARCELIANO MENDIVELSO

INVESTIGADOR TUTOR:

DRA. CARMEN RUIZ

FEBRERO DE 2014
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

ASESOR METODOLÓGICO

JURADOS:

BOGOTÁ, _____ DÍA _____ MES _____ AÑO _____

SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS
CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO,
SOLO VELARÁ POR EL RIGOR CIENTÍFICO, METODOLÓGICO Y ÉTICO
DEL MISMO EN ARAS DE LA BÚSQUEDA DE LA VERDAD Y LA
JUSTICIA.”

AGRADECIMIENTOS

A Dios que nos dio vida y salud para poder llevar a cabo este propósito.

A nuestras familias que estuvieron con nosotros aun cuando pensamos desfallecer.

A nuestros profesores y amigos que nos brindaron sus conocimientos y apoyo.

A Dr. Pablo González- Blasco, Director de SOBRAMFA que amablemente nos orientó en este proceso.

Residentes de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque que son coautores del desarrollo de este informe: Dr. Oscar Contreras, Dr. Gabriel Esquinas, Dr. Marceliano Mendivelso.

TABLA DE CONTENIDO

APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA REVISIÓN HERMENÉUTICA.	0
TABLA DE CONTENIDO	4
PROLOGO	7
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS	14
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
DISEÑO METODOLÓGICO	15
Tipo de estudio	15
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	15
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	17
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	17
DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	18
• Historia de la Medicina Familiar	18
• Sistema de salud	18
• Programa de Medicina Familiar	18
• Campos de intervención de Medicina Familiar	18
• Estrategias pedagógicas	18
• Formas de evaluación	18
• Rol docente	18
• Competencias de la Medicina Familiar	18
• Coherencia con el medio	19
• Medicina Familiar y uso de tecnologías	19
• Trabajo en equipo	19

• Medicina centrada en el paciente	19
MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	20
Metodología del primer objetivo específico	20
Resumen de artículos seleccionados para análisis hermenéutico	46
Tabla 1	46
RESULTADOS	49
CAPITULO I:	49
CONTEXTO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DE BRASIL	49
Tabla 2. Sistema de salud de Brasil	52
CAPITULO II.....	54
EL CAMPO DE ACCION DEL MEDICO FAMILIAR ESTA EN LA GENTE, EXPERIENCIA BRASILEÑA	54
El médico familiar brasileño es humanista.....	56
El médico familiar en el sistema de salud Brasileño	58
El médico familiar un líder coherente	60
POSGRADOS EN MEDICINA FAMILIAR EN BRASIL, ENTRE LOGROS Y RETOS	64
Logros	65
Retos.....	68
Programas de medicina familiar.....	73
Programa FITNESS(formación integral y entrenamiento en servicio con supervisión) .	73
Experiencia en universidades privadas	75
Programa internalización del programa de trabajo de la salud	77
Ejemplos académicos en humanización.....	77
CAPITULO III:	81
ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD, UN MODELO APLICABLE AL CONTEXTO COLOMBIANO.....	81
SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.....	81
Reglamentación.....	81
Modificaciones al sistema de salud Colombiano:	82
ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	84
La Superintendencia Nacional de Salud:	84
Entidades aseguradoras:	84
Tabla 3. Sistema de salud Colombiano.....	86
Críticas y dificultades del Sistema	86

PARALELO DEL SISTEMA DE SALUD DE BRASIL CON EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO:	87
.....	
Tabla 4. Paralelo de los sistemas de salud de Brasil y de Colombia.....	92
CONCLUSIONES	97
GLOSARIO.....	99
BIBLIOGRAFIA.....	100

PROLOGO

Propuesto a Dr. Pablo González- Blasco, Director de SOBRAMFA

RESUMEN

Introducción

Los diversos problemas en el sistema de salud colombiano se convierten en motivación para buscar experiencias con modelos exitosos de prestación y organización de servicios de salud a nivel mundial.

En este documento se consigna un análisis hermenéutico sobre las experiencias en medicina Familiar en Brasil y su contribución al desarrollo de la Atención Primaria en Salud, de igual manera se identificara el marco legal implementado por el estado y el desarrollo de estrategias pedagógicas para la masificación de esta especialidad.

Objetivo:

Identificar los aportes que ha realizado la medicina familiar al desarrollo de la atención primaria en salud en Brasil, que puedan ser aplicables al contexto colombiano.

Materiales y Métodos:

Estudio comparativo descriptivo con enfoque cualitativo, que se llevó a cabo por medio de la recopilación, organización y resumen de diferentes experiencias escritas sobre la formación de médicos familiares en Brasil, interpretando el aporte que han hecho al desarrollo de la Atención Primaria en Salud desde diferentes escenarios. Se realizó la recopilación y selección de experiencias de formación en Medicina Familiar en Brasil a través de la búsqueda en la base de datos Pubmed, Scielo y

SOBRAMFA. Los artículos seleccionados fueron interpretados y comentado por medio de la utilización de la herramienta Atlas TI.

Resultados:

Los resultados se muestran en tres capítulos. El primero resume el contexto general del sistema de salud de Brasil; el segundo, describe las experiencias de Medicina Familiar en Brasil según las categorías de análisis propuestas en el proyecto y el tercer capítulo, registra la comparación con el contexto colombiano. Estos resultados parten de la recopilación y análisis de 28 artículos.

Conclusiones:

Los principales aportes de la formación de médicos familiares al desarrollo e implementación de la Atención Primaria en Salud en Brasil y que tienen aplicabilidad en el contexto colombiano son: un sistema de salud es único (SUS), basado en atención primaria, como resultado de políticas estatales.

La filosofía del médico familiar está regida cuatro pilares para la formación de médico familiar son: Atención Primaria, Educación Médica, Humanismo y Formación de Líderes.

El Médico Familiar en Brasil goza de muchas habilidades y competencias, pero es una especialidad no muy demandada por el desconocimiento de la misma.

Palabras clave:Brasil, Medicina Familiar, atención primaria, sistema de salud, historia, pedagogía, competencia, trabajo en equipo.

INTRODUCCIÓN

Los diversos problemas en el sistema de salud colombiano se convierten en motivación para buscar experiencias con modelos exitosos de prestación y organización de servicios de salud a nivel mundial. La medicina Familiar en el mundo y particularmente Brasil, centro de este informe, lleva a la identificación y descripción de los aportes al desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) que hace esta especialidad, por lo tanto se lleva a cabo la recopilación de experiencias españolas que comprendieran los temas de Medicina Familiar y su contribución al desarrollo de la Atención Primaria en Salud.

Este nuevo marco lleva a la necesidad de explorar y hacer nuevos planteamientos sobre la operatividad del sistema y del papel preponderante del tema de recursos humanos o talento humano en salud, a partir de la revisión del sistema de salud de Brasil, resaltando algunas experiencias y finalmente hacer una comparación con el sistema de salud en Colombia y el papel que el médico familiar está cumpliendo en los dos contextos bajo el modelo de la Atención Primaria en Salud (APS).

La Ley 100 de 1993 como hito dentro de la fundamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), llena de dificultades y contradicciones no resueltas hasta el momento, ha requerido de múltiples normativas regulatorias y

reformas, dentro de las que destacamos la Ley 1438 del 2011 que promueve la implementación de la APS en nuestro SGSSS. Este nuevo marco lleva a la necesidad de explorar y hacer nuevos planteamientos sobre la operatividad del sistema y del papel preponderante del tema de recursos humanos o talento humano en salud.

El papel del médico familiar dentro del sistema de prestación de servicios de salud dentro del modelo de Atención Primaria en Salud (APS) ha sido planteado como alternativa y solución en varios países a la inequidad en la prestación y distribución de los recursos, la baja cobertura y poca continuidad e integralidad de los servicios. En países como Brasil, donde la práctica médica ha tenido grandes contratiempos, dados por las reformas sanitarias, las crisis económicas por las que ha atravesado y el auge de la formación médica; la medicina familiar ha arrojado a lo largo de los años experiencias que han sido fundamental en la transformación de la prestación de los servicios y la implementación de la APS.

Para Colombia, la formación del recurso humano en salud y el énfasis en la calidad de ésta, se ha considerado entre otras, en la Ley 1438 de 2011 que constituye una reforma a algunos de los aspectos relevantes de la Ley 100 de 1993. Esta Ley en aras de plantear e implementar soluciones a las problemáticas de regulación, financiamiento y arreglo institucional propone el Modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud y contempla los problemas relacionados con talento humano reconociendo como dificultades la baja utilización de médicos en el primer nivel de atención y la creciente necesidad de ajustar destrezas clínicas al manejo de afecciones que representan la mayor carga de enfermedad y asegurar calidad y uso adecuado de competencias.

En este trabajo se recopilamos las experiencias Brasileñas que comprendieran los temas de Medicina Familiar y su contribución al desarrollo de la Atención Primaria en Salud.

A partir de estas experiencias nosotros consideramos que la idea principal a desarrollar en Colombia, es la generación de la salud comunitaria, lo cual requeriría en primera instancia, de formación en atención primaria orientada a la comunidad, 49 realizándose esta a los Médicos Familiares, de igual manera se requeriría de prácticas con la comunidad, dentro de los programas de Medicina Familiar, en donde se genere posibilidades de gestión para modificar riesgos y mejorar la salud de una comunidad. Obteniéndose de esta manera mayor impacto en la salud y el alcance del objetivo primordial de la APS que es la prevención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, la formación de médicos especialistas en Atención Primaria como lo es la Especialidadde Medicina Familiar, discrepa con los escenarios donde se desempeñan laboralmente. La formación del Especialista en Medicina Familiar, se reconoce por el desempeño que este realiza en escenarios de Atención Primaria como puerta de entrada al sistema, brindando una atención integral a los diferentes grupos etarios desde su ciclo individual y familiar. Contrario a esto, el panorama tangible de la atención primaria en el sistema de salud colombiano se ve restringido por la normatividad y la organización de los servicios, carentes de resolutividad y eficacia. La Atención Primaria en Salud (APS), promovida por la OPS/OMS, plantea grupos más coherentes con la filosofía que se requiere para la organización de servicios basados en la Medicina Familiar, modelo que se ha desarrollado con gran eficiencia en Brasil. Varios países en la región de Iberoamérica están desarrollando experiencias con base en Medicina Familiar, por tanto, se quiere identificar, sistematizar y analizar los aportes que estos han hecho en la Atención Primaria en Salud.

En este informe se recopila, analiza e interpreta las experiencias de Brasil como representante de Iberoamérica, donde se describe los aportes de la formación de especialistas en Medicina Familiar, su desempeño en su ejercicio profesional en la Atención Primaria en Salud, y dificultades y beneficios que ha traído a su sistema de salud implementar un modelo basado en Medicina Familiar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Revisar diferentes experiencias mundiales y en particular de Brasil en la formación de médicos familiares e interpretar los aportes que se han hecho al desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud y su aplicabilidad al contexto colombiano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recopilar, organizar y resumir diferentes experiencias escritas sobre la formación de médicos familiares en el mundo.
- Interpretar el aporte que han hecho al desarrollo de la Atención Primaria en Salud desde diferentes escenarios.
- Analizar experiencias que puedan hacer aportes al desarrollo de la Atención Primaria en nuestro país y los cambios que se han requerido para que otras experiencias sean exitosas.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Estudio comparativo descriptivo con enfoque cualitativo

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos aquellos artículos que incluyan información y datos sobre experiencias de Medicina Familiar en Brasil y se relacione con una o más de las categorías de análisis.

a) Artículos de revisión que contengan en el título o en el resumen información acerca de:

- Historia de la Medicina Familiar
- Sistema de salud en países de la zona de interés
- Programas de Medicina Familiar
- Campo de intervención de la Medicina Familiar
- Estrategias pedagógicas
- Formas de evaluación
- Rol docente
- Competencias de la Medicina Familiar
- Coherencia con el medio
- Medicina Familiar y Atención Primaria

b) Artículos en inglés o español

c) Todo artículo con tipo estudio:

- Estudio transversal
- Estudios observacionales descriptivos
- Revisión sistemática y revisión de la literatura
- Estudio de caso
- Estudio narrativo
- Estudio cualitativo
- Estudios Cuasi-experimentales
- Literatura gris
- Documentos producto de memorias, encuentros nacionales o foros
- Documentos producto de consultas internacionales
- Estudios piloto
- Análisis comparados

d) Todos aquellos documentos que muestren una experiencia de medicina familiar en la zona o región de interés

e) Todos aquellos documentos que muestren una experiencia en Atención Primaria en la zona o región de interés

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se incluirán en el estudio los artículos que traten alguno de los siguientes:

- Abordaje de patologías específicas
- Estudios referidos a otra profesión o especialidad
- Educación a pacientes y familia, o dirigida a la comunidad

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

- Historia de la Medicina Familiar
- Sistema de Salud
- Programas de Medicina Familiar
- Campo de intervención de la Medicina Familiar
- Estrategias pedagógicas
- Formas de evaluación
- Rol docente
- Competencias de la Medicina Familiar
- Coherencia con el medio
- Uso de tecnologías
- Medicina centrada en el paciente
- Trabajo en equipo

DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

- **Historia de la Medicina Familiar:** Hace referencia al origen y la conformación de la Medicina Familiar en el pasado en alguno de los países.
- **Sistema de salud:** Los sistemas sanitarios son todas las organizaciones o instituciones públicas o privadas que tienen como función el mejoramiento, promoción, restauración o mantenimiento de la salud de cada país.
- **Programa de Medicina Familiar:** Hace referencia al curriculum de la especialidad en cada facultad.
- **Campos de intervención de Medicina Familiar:** Hace referencia a las áreas y actividades que desarrolla el médico familiar en su trabajo.
- **Estrategias pedagógicas:** Aquellas acciones que realizan los programas y facultades con el fin de facilitar el aprendizaje de la Medicina Familiar.
- **Formas de evaluación:** Hace referencia a algún mecanismo para verificar la adquisición de competencias en la formación de médicos familiares.
- **Rol docente:** Hace referencia al papel que tiene una persona que participa como formador en un programa de medicina familiar, ya sea durante el periodo de residencia o como especialista.
- **Competencias de la Medicina Familiar:** Habilidades y capacidades que debe adquirir el médico familiar.

- **Coherencia con el medio:** Hace referencia a que la formación este ajustada a la forma como quieren que se desempeñe en el sistema de salud.
- **Medicina Familiar y uso de tecnologías:** Se define como cualquier intervención de salud, programa o servicio, incluyendo dispositivos, medicamentos, instrumentos, pruebas genéticas, equipos e instalaciones.
- **Trabajo en equipo:** Es un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud. Sus características incluyen autonomía relativa de cada profesional, interdependencia entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones, interdisciplinariedad, horizontalidad, flexibilidad, creatividad y la interacción comunicativa.
- **Medicina centrada en el paciente:** Se refiere a una estrategia de atención médica orientada a la atención del paciente, que permite unir el trabajo de varios profesionales de forma sinérgica y fomenta mecanismos de comunicación entre el equipo que está a cargo del cuidado y permite lo aportes interdisciplinarios.

MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Metodología del primer objetivo específico

Se realizó la recopilación y selección de experiencias de formación en Medicina Familiar en Brasil a través de la búsqueda en la base de datos **PUBMED**, **SOBRAMFA** y **SCIELO**, con los siguientes criterios:

Categoría 1: Primary care AND family practice AND education graduate or specialization AND Brazil

Categoría 2: Primary care AND family practice AND resident education AND Brazil

Categoría 3: Primary care AND family practice AND care model AND Brazil

Categoría 4: Primary care AND family practice/history AND Brazil

Categoría 5: Primary health or family practice AND Brazil

Categoría 6: Primary health or family practice care/organization & administration AND Brazil

Con lo que se logró documentar una totalidad de **175** artículos, discriminados de la siguiente manera:

Categoría 1: 1 artículo en **PUBMED**, 0 **SCIELO** Y 13 **SOBRAMFA**

1. Responsibility or public responsibility in maternity care. Katilolehti. 1989 Mar;94(2):3-4, 5-6. Article in Finnish, Swedish.

2. Teaching Empathy through Movies: Reaching Learners' Affective Domain in Medical Education
3. El cine en la formación ética del médico: un recurso pedagógico que facilita el aprendizaje
4. La literatura como recurso didáctico en la formación humanista de los estudiantes de Medicina
5. Medicina de família: um corpo próprio de conhecimentos
6. Medicina de familia y cine un recurso humanistico para educar con efectividad
7. Actitudes sobre medicina de familia entre estudiantes médicos brasileños
8. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil
9. Experiencia brasileña de integración académica entre estudiantes y profesores de Medicina Familiar
10. Cinema Y Educación. ¿Cómo Mejorar Las Habilidades Pedagógicas De Los Profesores Y Fomentar La Reflexión De Profesores Y Alumnos?
11. Pacientes, Residentes y Estudiantes descubriendo la Medicina Familiar
12. Chiesa AM, Fracolli LA. An educational process to strengthen primary care nursing practices in São Paulo, Brazil. Int Nurs Rev. 2007 Dec;54(4):398-404. PubMed PMID: 17958670.
13. Nos bailes da vida: a música facilitando a reflexão na educação médica
14. Educating through Movies: How Hollywood Fosters Reflection

Categoría 2: 1 artículo en PUBMED, 0 SCIELO Y 15 SOBRAMFA

1. de Azevedo Marques JM, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. Gen Hosp Psychiatry. 2008 Jul-Aug;30(4):303-10. PubMed PMID: 18585532.
2. Los Cuatro Pilares de la Medicina de Familia
3. Promoviendo Liderazgos em Medicina de Familia: una reflexión vital
4. Reflexiones sobre el concepto de Atención Primaria y algunas de sus implicaciones en la formación de médicos familiares en Brasil
5. Opinión de un grupo de estudiantes de Medicina sobre la importancia de la discusión de casos clínicos como técnica didáctica
6. Las residencias médicas: tendencias y necesidades
7. Modificación del nivel de empatía de estudiantes de Medicina durante la graduación médica
8. Impacto de la medicina de familia en la facultad de medicina: análisis cualitativo de una experiencia educativa
9. Educando os médicos para a saúde no brasil: o papel da medicina de familia
10. Rotación de médicos residentes de medicina familiar por el servicio de cuidados paliativos de SãoPaulo, Brasil
11. Visitas domiciliarias a niños con enfermedad crónica: impacto en la formación de los estudiantes de medicina
12. Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del Portafolio a estudiantes de medicina en Brasil

13. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes
14. Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes
15. Narrativas em cuidados paliativos – um instrumento para lidar com a dor, o sofrimento e a morte.
16. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil.

Categoría 3: 15 artículo en PUBMED, 0 SCIELO Y 10 SOBRAMFA

1. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MH, Andrade CL, Martins MI, Cunha MS. [Healthcare practices of Family Health Teams in four major cities]. Cien Saude Colet. 2012 Oct;17(10):2687-702. Portuguese. PubMed PMID: 23099756.
2. dos Santos Ade F, Ferreira JM, Queiroz NR, Magalhães Júnior HM. [Using information resources management to set up the area of health information: a case analysis]. Rev Panam Salud Publica. 2011 Jun;29(6):409-15. Portuguese. PubMed PMID: 21829964.
3. Howard M, Brazil K, Akhtar-Danesh N, Agarwal G. Self-reported teamwork in family health team practices in Ontario: organizational and cultural

- predictors of team climate. *Can Fam Physician*. 2011 May;57(5):e185-91. PubMed PMID: 21571706; PubMed Central PMCID: PMC3093607.
4. de Geus LM, Maciel CS, Burda IC, Daros SJ, Batistel S, Martins TC, Ferreira VA, Ditterich RG. [The importance of the insertion of the nutritionist on the Family Health Strategy]. *Cien Saude Colet*. 2011;16 Suppl 1:797-804. Portuguese. PubMed PMID: 21503426.
 5. Martins Ada R, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Soares MC.[Health workers' community practices in primary health care models in South and Northeast Brazil].*Cad Saude Publica*. 2010 Dec;26(12):2279-95. Portuguese. PubMed PMID: 21243223.
 6. Martelli PJ, Macedo CL, Medeiros KR, Silva SF, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro Ida S. [Surgeon dentist's profile inserted in the Strategy of Family Health in cities in the state of Pernambuco, Brazil].*Cien Saude Colet*. 2010 Oct;15 Suppl 2:3243-8. Portuguese. PubMed PMID: 21049165.
 7. da Costa DF, Olivo VM. [New meanings for the psychologist practice in the Family Health Program].*Cien Saude Colet*. 2009 Oct;14 Suppl 1:1385-94. Portuguese. PubMed PMID: 19750347.
 8. Siqueira FC, Nahas MV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Hallal PC.[Physical activity among health professionals from south and northeast Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2009 Sep;25(9):1917-28. Portuguese. PubMed PMID: 19750379.
 9. Alves e Silva AC, Villar MA, Wuillaume SM, Cardoso MH. [Opinions by physicians from the Family Health Program on four health care priorities

- proposed by the Agenda for Commitment to Comprehensive Child Health and Reduction of Infant Mortality]. *Cad Saude Publica*. 2009 Feb;25(2):349-58. Portuguese. PubMed PMID: 19219242.
10. Vasconcelos SM, Bosi ML, Pontes RJ. [Evaluation and monitoring of primary health care in Ceará State, Brazil: exploring concepts and experiences at the central level]. *Cad Saude Publica*. 2008 Dec;24(12):2891-900. Portuguese. PubMed PMID: 19082280.
 11. Almeida GC, Ferreira MA. [Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health]. *Cad Saude Publica*. 2008 Sep;24(9):2131-40. Portuguese. PubMed PMID: 18813689.
 12. *Cad Saude Publica*. 2008;24 Suppl 1:S42-57. Portuguese. PubMed PMID: 18660912.
 13. Floriani CA, Schramm FR. [Moral and operational challenges for the inclusion of palliative care in primary health care]. *Cad Saude Publica*. 2007 Sep;23(9):2072-80. Portuguese. PubMed PMID: 17700942.
 14. Mamede S, Schmidt HG. The structure of reflective practice in medicine. *Med Educ*. 2004 Dec;38(12):1302-8. PubMed PMID: 15566542.
 15. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract*. 2002 Apr;19(2):207-10. PubMed PMID: 11906990.
 16. Un modelo brasileño de Educación Continua en Medicina Familiar
 17. Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva

18. Ambulatório didático de cuidados paliativos: aprendendo com os nossos pacientes
19. Principles of screening
20. Diez requisitos para iniciar una intervención educativa en Diabetes mellitus tipo 2
21. Competencia y humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia.
22. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados
23. O humanismo médico de Gregorio Marañón: um exemplo sempre atual
24. Construindo a motivação profissional na Medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar com a incerteza
25. Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health

Categoría 4: 0 artículo en PUBMED, 0 SCIELO Y 8 SOBRAMFA

1. Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade
2. La medicina familiar en brasil: experiencia histórica de SOBRAMFA
3. SOBRAMFA 18 anos - sonhos, perseverança e entusiasmo na educação médica
4. La educación médica y la propuesta “Salud para todos”: la Declaración de Alma-Ata treinta años después
5. La situación de la Medicina de familia en la Universidad brasileña
6. Teaching Palliative Care in a Free Clinic: A Brazilian Experience

7. A primeira Residência brasileira de Medicina de Família dentro de uma instituição privada: a experiência das residentes
8. SOBRAMFA has promoted family medicine education in Brazil since 1992

Categoría 5: 79artículo en PUBMED, 0 SCIELO Y 7 SOBRAMFA

1. Galvao MC, Ricarte IL, Grad RM, Pluye P. The Clinical Relevance of Information Index (CRII): assessing the relevance of health information to the clinical practice. *Health Info Libr J*. 2013 Jun;30(2):110-20. doi: 10.1111/hir.12021. Epub 2013 Apr 2. PubMed PMID: 23692452.
2. Monteiro JC, Dias FA, Stefanello J, Reis MC, Nakano AM, Gomes-Sponholz FA. Breast feeding among Brazilian adolescents: Practice and needs. *Midwifery*. 2013 May 4. doi:pii: S0266-6138(13)00099-5. 10.1016/j.midw.2013.03.008. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 23652288.
3. Lam TP, Goldberg DP, Dowell AC, Fortes S, Mbatia JK, Minhas FA, Klinkman MS. Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: an international focus group study. *Fam Pract*. 2013 Feb;30(1):76-87. doi: 10.1093/fampra/cms037. Epub 2012 Jul 28. PubMed PMID: 22843638.
4. Landsberg Gde A, Savassi LC, de Sousa AB, de Freitas JM, Nascimento Jle S, Azagra R. [Analysis of demand for family medical care in Brazil using the International Classification of Primary Care]. *Cien Saude Colet*. 2012 Nov;17(11):3025-36. Portuguese. PubMed PMID: 23175309.

5. Sanches LM, Alves DS, Lopes MH, Novaes MA. The practice of telehealth by nurses: an experience in primary healthcare in Brazil. *Telemed J E Health*. 2012 Nov;18(9):679-83. doi: 10.1089/tmj.2012.0011. Epub 2012 Oct 9. PubMed PMID: 23046242.
6. Pinto RM, Wall M, Yu G, Penido C, Schmidt C. Primary care and public health services integration in Brazil's unified health system. *Am J Public Health*. 2012 Nov;102(11):e69-76. doi: 10.2105/AJPH.2012.300972. Epub 2012 Sep 20. PubMed PMID: 22994254; PubMed Central PMCID: PMC3477957.
7. Ferreira VM, Ruiz T. [Community health workers' attitudes and beliefs toward the elderly]. *Rev Saude Publica*. 2012 Oct;46(5):843-9. Portuguese. PubMed PMID: 23128261.
8. Morais M, da Silva RC, Duca WJ, Rol JL, de Felicio HC, Arroyo- PC Jr, Miyazaki MC, Domingos NA, Valerio NI, Abbud-Filho M, de Oliveira JF, da Silva RF. Families who previously refused organ donation would agree to donate in a new situation: a cross-sectional study. *Transplant Proc*. 2012 Oct;44(8):2268-71. doi: 10.1016/j.transproceed.2012.07.018. PubMed PMID: 23026570.
9. Ramos CI, Cuervo MR. [The "Bolsa Família" family grant scheme: the interface between professional practice and the human right to adequate food and nutrition]. *Cien Saude Colet*. 2012 Aug;17(8):2159-68. Portuguese. PubMed PMID: 22899156.
10. Guedert JM, Grosseman S. Ethical problems in pediatrics: what does the setting of care and education show us? *BMC Med Ethics*. 2012 Mar 16;13:2. doi:

10.1186/1472-6939-13-2. PubMed PMID: 22424271; PubMed Central PMCID: PMC3317842.

11. Araújo TA, Almeida AL, Melo JG, Medeiros MF, Ramos MA, Silva RR, Almeida CF, Albuquerque UP. A new technique for testing distribution of knowledge and to estimate sampling sufficiency in ethnobiology studies. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2012 Mar 15;8:11. doi: 10.1186/1746-4269-8-11. PubMed PMID: 22420565; PubMed Central PMCID: PMC3350429.
12. Onocko-Campos RT, Campos GW, Ferrer AL, Corrêa CR, Madureira PR, Gama CA, Dantas DV, Nascimento R. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. *Rev Saude Publica*. 2012 Feb;46(1):43-50. Epub 2011 Dec 13. English, Portuguese. PubMed PMID: 22252789.
13. Boeira GF, Correa MB, Peres KG, Peres MA, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, Demarco FF. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. *Caries Res*. 2012;46(5):488-95. doi: 10.1159/000339491. Epub 2012 Jul 14. PubMed PMID: 22813889.
14. Iannotti G, Melo EM. The impact of the medical speciality in primary health-care problem solving in Belo Horizonte, Brazil: homeopaths versus family doctors: a preliminary quantitative study. *Homeopathy*. 2012 Jan;101(1):44-50. doi: 10.1016/j.homp.2011.07.001. PubMed PMID: 22226314.
15. Silva LB, Soares SM, Fernandes MT, Aquino AL. Seasonal communication about dengue fever in educational groups in primary healthcare. *Rev Saude Publica*. 2011 Dec;45(6):1160-7. Epub 2011 Oct 14. English, Portuguese. PubMed PMID: 22127655.

16. Pinto AM, Najar AL. [Culture and health services: studying the participation of cultural traits of Brazilian society in the work process of primary healthcare services]. *Cien Saude Colet*. 2011 Nov;16(11):4375-84. Portuguese. PubMed PMID: 22124818.
17. Gomes LM, Vieira MM, Reis TC, Barbosa TL, Caldeira AP. Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2011 Aug 19;12:89. doi: 10.1186/1471-2296-12-89. PubMed PMID: 21854618; PubMed Central PMCID: PMC3179714.
18. Rosa RB, Pelegrini AH, Lima MA. [Problem-solving capacity of care and users' satisfaction in the family health strategy program]. *Rev Gaucha Enferm*. 2011 Jun;32(2):345-51. Portuguese. PubMed PMID: 21987997.
19. Thiago Sde C, Tesser CD. Family Health Strategy doctors and nurses' perceptions of complementary therapies. *Rev Saude Publica*. 2011 Apr;45(2):249-57. Epub 2011 Jan 26. PubMed PMID: 21271210.
20. Noronha MG, Lima Filho DL. [The acting in Family Health: the existing and necessary conditions for the interaction and knowledge exchange among the professionals]. *Cien Saude Colet*. 2011 Mar;16(3):1745-54. Portuguese. PubMed PMID: 21519665.
21. Abujudeh HH, Kaewlai R, McMahon PM, Binder W, Novelline RA, Gazelle GS, Thrall JH. Abdominopelvic CT increases diagnostic certainty and guides management decisions: a prospective investigation of 584 patients in a large

- academic medical center. *AJR Am J Roentgenol*. 2011 Feb;196(2):238-43. doi: 10.2214/AJR.10.4467. PubMed PMID: 21257870.
22. Giavina-Bianchi P, França AT, Grumach AS, Motta AA, Fernandes FR, Campos RA, Valle SO, Rosário NA, Sole D. Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of hereditary angioedema. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(9):1627-36. Review. PubMed PMID: 22179171; PubMed Central PMCID: PMC3164416.
 23. Cervera DP, Parreira BD, Goulart BF. [Health education: perception of primary health care nurses in Uberaba, Minas Gerais State]. *Cien Saude Colet*. 2011;16 Suppl 1:1547-54. Portuguese. PubMed PMID: 21503506.
 24. Cisneros Lde L, Gonçalves LA. [Therapeutic education for diabetics: foot care in the reality of patients and family members]. *Cien Saude Colet*. 2011;16 Suppl 1:1505-14. Portuguese. PubMed PMID: 21503502.
 25. Vasconcelos FG, Zaniboni MR. [Difficulties of medical working at the family health program]. *Cien Saude Colet*. 2011;16 Suppl 1:1497-504. Portuguese. PubMed PMID: 21503501.
 26. Fernandes MT, Silva LB, Soares SM. [Use of technologies working with groups of diabetic and hypertensive individuals in family health]. *Cien Saude Colet*. 2011;16 Suppl 1:1331-40. Portuguese. PubMed PMID: 21503483.
 27. da Rosa C, Câmara SG, Béria JU. [Representations and use intention of phytotherapy in primary health care]. *Cien Saude Colet*. 2011 Jan;16(1):311-8. Portuguese. PubMed PMID: 21180838.
 28. da Silva SF, de Lima Martelli PJ, de Sá DA, de Cabral AP, Pimentel FC, da Silva Monteiro I, Macedo CL. [Analysis of the progress of the oral health teams

- inserted in the Family Health Strategy in Pernambuco, Northeast Region, Brazil, 2002 until 2005]. *Cien Saude Colet*. 2011 Jan;16(1):211-20. Portuguese. PubMed PMID: 21180829.
29. Fröhlich SE, Dal Pizzol Tda S, Mengue SS. Instrument to evaluate the level of knowledge about prescription in primary care. *Rev Saude Publica*. 2010 Dec;44(6):1046-54. English, Portuguese. PubMed PMID: 21107502.
 30. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GW. [User embracement and social (de)medicalization: a challenge for the family health teams]. *Cien Saude Colet*. 2010 Nov;15 Suppl 3:3615-24. Portuguese. PubMed PMID: 21120349.
 31. de Souza MC, Freitas MI. Representations of primary care professionals about the occupational risk of HIV infection. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010 Jul-Aug;18(4):748-54. PubMed PMID: 20922322.
 32. Junqueira Tda S, Cotta RM, Gomes RC, Silveira Sde F, Siqueira-Batista R, Pinheiro TM, Sampaio RF. [Labor relations under decentralized health management and dilemmas in the relationship between work expansion and casualization in the Brazilian Unified National Health System]. *Cad Saude Publica*. 2010 May;26(5):918-28. Portuguese. PubMed PMID: 20563392.
 33. Feldens CA, Faraco IM, Ottoni AB, Feldens EG, Vítolo MR. Teething symptoms in the first year of life and associated factors: a cohort study. *J Clin Pediatr Dent*. 2010 Spring;34(3):201-6. PubMed PMID: 20578655.
 34. Roza Bde A, Pestana JO, Barbosa SF, Schirmer J. Organ donation procedures: an epidemiological study. *Prog Transplant*. 2010 Mar;20(1):88-95. PubMed PMID: 20397352.

35. Figueira TR, Ferreira e Ferreira E, Schall VT, Modena CM. Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare. *Rev Saude Publica*. 2009 Dec;43(6):937-43. Epub 2009 Dec 18. English, Portuguese. PubMed PMID: 20027491.
36. Delfini PS, Sato MT, Antoneli Pde P, Guimarães PO. [Partnership between Psychosocial Care Center and Family Health Program: the challenge of a new knowledge construction]. *Cien Saude Colet*. 2009 Oct;14 Suppl 1:1483-92. Portuguese. PubMed PMID: 19750357.
37. Coltro RS, Mizutani BM, Mutti A, Délia MP, Martinelli LM, Cogni AL, Matsubara BB. [Cardiovascular risk factors in a population attending a community event on health education]. *Rev Assoc Med Bras*. 2009 Sep-Oct;55(5):606-10. Portuguese. PubMed PMID: 19918665.
38. Lima SM, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VM, Brito C, Vasconcellos MT. [Use of clinical guidelines and the results in primary healthcare for hypertension]. *Cad Saude Publica*. 2009 Sep;25(9):2001-11. Portuguese. PubMed PMID: 19750387.
39. Kowacs PA, Twardowschy CA, Piovesan EJ, Dal-Prá Ducci R, Cirino RH, Hamdar F, Chomatas ER, Marty IK. General practice physician knowledge about headache: evaluation of the municipal continual medical education program. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009 Sep;67(3A):595-9. PubMed PMID: 19722033.
40. Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CA. Evaluation of the network of psychosocial care centers: between collective and mental

- health. *Rev Saude Publica*. 2009 Aug;43 Suppl 1:16-22. PubMed PMID: 19669060.
41. Laméris W, van Randen A, van Es HW, van Heesewijk JP, van Ramshorst B, Bouma WH, ten Hove W, van Leeuwen MS, van Keulen EM, Dijkgraaf MG, Bossuyt PM, Boermeester MA, Stoker J; OPTIMA study group. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *BMJ*. 2009 Jun 26;338:b2431. doi: 10.1136/bmj.b2431. PubMed PMID: 19561056; PubMed Central PMCID: PMC3273785.
 42. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Rev Saude Publica*. 2009 Jun;43(3):455-62. Epub 2009 Mar 20. PubMed PMID: 19300861.
 43. Osis MJ, Carvalho LE, Cecatti JG, Bento SF, Pádua KS. [Provision of voluntary surgical sterilization in the Campinas Metropolitan Area, São Paulo State, Brazil: perceptions of public health services managers and professionals]. *Cad Saude Publica*. 2009 Mar;25(3):625-34. Portuguese. PubMed PMID: 19300851.
 44. Tanaka OY, Ribeiro EL. [Mental health in primary care: ways to reach an integral care]. *Cien Saude Colet*. 2009 Mar-Apr;14(2):477-86. Portuguese. PubMed PMID: 19197422.
 45. Van Cauwenberge P, Van Hoecke H, Kardos P, Price D, Wasserman S. The current burden of allergic rhinitis amongst primary care practitioners and its impact on patient management. *Prim Care Respir J*. 2009 Mar;18(1):27-33. doi: 10.3132/pcrj.2008.00042. PubMed PMID: 18622524.

46. Henriques SG, Fráguas R, Iosifescu DV, Menezes PR, Lucia MC, Gattaz WF, Martins MA. Recognition of depressive symptoms by physicians. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(7):629-35. doi: 10.1590/S1807-59322009000700004. PubMed PMID: 19606237; PubMed Central PMCID: PMC2710434.
47. Almeida GC, Ferreira MA. [Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health]. *Cad Saude Publica*. 2008 Sep;24(9):2131-40. Portuguese. PubMed PMID: 18813689.
48. Tavares NU, Bertoldi AD, Muccillo-Baisch AL. [Antimicrobial prescription in family health units in Southern Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008 Aug;24(8):1791-800. Portuguese. PubMed PMID: 18709220.
49. Almeida PF, Giovanella L. [Assessment of Primary Health care in Brazil: mapping and analysis of research conducted and/or financed by the Ministry of Health from 2000 to 2006]. *Cad Saude Publica*. 2008 Aug;24(8):1727-42. Review. Portuguese. PubMed PMID: 18709214.
50. Nascimento EP, Correa CR. [Community health agents: training, involvement, and practices]. *Cad Saude Publica*. 2008 Jun;24(6):1304-13. Portuguese. PubMed PMID: 18545756.
51. de Sousa MF. [The Family Health Program in Brazil: analysis of access to basic care]. *Rev Bras Enferm*. 2008 Mar-Apr;61(2):153-8. Portuguese. PubMed PMID: 18572833.
52. Souza ML, Garnelo L. ["It sure ain't easy!": an ethnographic study of primary health care for patients with hypertension and/or diabetes in Manaus, Amazonas

- State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008;24 Suppl 1:S91-9. Portuguese. PubMed PMID: 18660917.
53. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. [Epidemiological and socio-demographic profile of primary care workers in the South and Northeast of Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008;24 Suppl 1:S193-201. Portuguese. PubMed PMID: 18660905.
 54. Baptista EK, Marcon SS, Souza RK. [Evaluation of coverage by family health teams for fatal stroke victims in Maringá, Paraná State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008 Jan;24(1):225-9. Portuguese. PubMed PMID: 18209851.
 55. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CP. [Mental health care in the Family Health Program: consensus and dissent in practices and principles under the psychiatric reform and health reform in Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2007 Oct;23(10):2375-84. Portuguese. PubMed PMID: 17891298.
 56. Müller VT, Gomes Mda M. Questionnaire study of primary care physicians' referral patterns and perceptions of patients with epilepsy in a Brazilian city, 2005. *Rev Panam Salud Publica*. 2007 Jul;22(1):67-74. PubMed PMID: 17931490.
 57. Hugo FN, Hilgert JB, Bertuzzi D, Padilha DM, De Marchi RJ. Oral health behaviour and socio-demographic profile of subjects with Alzheimer's disease as reported by their family caregivers. *Gerodontology*. 2007 Mar;24(1):36-40. PubMed PMID: 17302929.

58. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, Oliveira MM, Pinto ME. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006 Dec 5;6:156. PubMed PMID: 17147819; PubMed Central PMCID: PMC1790713.
59. Ferrari RA, Thomson Z, Melchior R. [Healthcare for adolescents: perceptions by physicians and nurses in family health teams]. *Cad Saude Publica*. 2006 Nov;22(11):2491-5. Portuguese. PubMed PMID: 17091187.
60. Blasco PG, Roncoletta AF, Moreto G, Levites M, Janaudis MA. Accompanying physicians in their family practice: a primary care model for medical students' learning in Brazil. *Fam Med*. 2006 Oct;38(9):619-21. PubMed PMID: 17009184.
61. Hamers R, Bontemps S, van den Akker M, Souza R, Penaforte J, Chavannes N. Chronic obstructive pulmonary disease in Brazilian primary care: Diagnostic competence and case-finding. *Prim Care Respir J*. 2006 Oct;15(5):299-306. Epub 2006 Sep 15. PubMed PMID: 16978923.
62. Moraes AM, Magna LA, Marques-de-Faria AP. [Prevention of mental retardation: knowledge and perception by health professionals]. *Cad Saude Publica*. 2006 Mar;22(3):685-90. Epub 2006 Mar 27. Portuguese. PubMed PMID: 16583112.
63. Mamede S, Schmidt HG. Correlates of reflective practice in medicine. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2005 Nov;10(4):327-37. PubMed PMID: 16362621.
64. Ballester DA, Filippon AP, Braga C, Andreoli SB. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao*

- Paulo Med J. 2005 Mar 2;123(2):72-6. Epub 2005 Jun 8. PubMed PMID: 15947834.
65. Zoboli EL, Fortes PA. [Bioethics and primary care: an outline of ethical problems experienced by nurses and physicians in the Family Health Program, São Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2004 Nov-Dec;20(6):1690-9. Epub 2004 Dec 8. Portuguese. PubMed PMID: 15608872.
66. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AA, Mello MF, Ramos CP. [An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression]. *Rev Saude Publica*. 2004 Aug;38(4):522-8. Epub 2004 Aug 9. Portuguese. PubMed PMID: 15311292.
67. Figueiras AC, Puccini RF, da Silva EM, Pedromônico MR. [Evaluation of practices and knowledge among primary health care professionals in relation to child development surveillance]. *Cad Saude Publica*. 2003 Nov-Dec;19(6):1691-9. Epub 2004 Mar 3. Portuguese. PubMed PMID: 14999335.
68. Muñoz-López F. Cough, primary care and other matters. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2003 Mar-Apr;31(2):59-60, 61-2. English, Spanish. PubMed PMID: 12646119.
69. Tack D, Sourtzis S, Delpierre I, de Maertelaer V, Gevenois PA. Low-dose unenhanced multidetector CT of patients with suspected renal colic. *AJR Am J Roentgenol*. 2003 Feb;180(2):305-11. PubMed PMID: 12540420.
70. da Silva MR, Jorge MS. [Professional practice in the family health program: representations and subjectivity]. *Rev Bras Enferm*. 2002 Sep-Oct;55(5):549-55. Portuguese. PubMed PMID: 12817539.

71. Sant'Ana AM, Rosser WW, Talbot Y. Five years of family health care in São José. *Fam Pract.* 2002 Aug;19(4):410-5. PubMed PMID: 12110564.
72. Forster AC, Laprega MR, Dal-Fabbro AL, Rocha GM, Dos Santos JS, Yazlle ME, Souza CS, Daneluzzi JC. [Methodology of learning in primary care and family medicine]. *Aten Primaria.* 2002 Jun 30;30(2):125-9. Spanish. PubMed PMID: 12106565.
73. Wayland C. Gendering local knowledge: medicinal plant use and primary health care in the Amazon. *Med Anthropol Q.* 2001 Jun;15(2):171-88. PubMed PMID: 11452626.
74. Périssé AR, Schechter M, Moreira RI, do Lago RF, Santoro-Lopes G, Harrison LH. Willingness to participate in HIV vaccine trials among men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil. Projeto Praça Onze Study Group. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2000 Dec 15;25(5):459-63. PubMed PMID: 11141246.
75. Teixeira RA, Mishima SM, Pereira MJ. [Nursing work in primary health care -- family health care]. *Rev Bras Enferm.* 2000 Apr-Jun;53(2):193-206. Portuguese. PubMed PMID: 12138824.
76. Stein AT, Costa M, Busnello ED, Rodrigues LC. Who in Brazil has a personal doctor? *Fam Pract.* 1999 Dec;16(6):596-9. PubMed PMID: 10625133.
77. Dutra-de-Oliveira JE, Marchini JS. Primary care physicians and clinical nutrition: can good medical nutrition care be offered without well-trained physicians in the area? *Am J Clin Nutr.* 1997 Jun;65(6 Suppl):2010S-2012S. Review. PubMed PMID: 9174512.

78. Botega NJ, Silveira GM. General practitioners attitudes towards depression: a study in primary care setting in Brazil. *Int J Soc Psychiatry*. 1996 Autumn;42(3):230-7. PubMed PMID: 8889647.
79. Our commitment to develop family medicine in areas of need
80. Medicina familiar: un camino para humanizar la medicina
81. Difficulties of medical working at the family health program
82. Almeida PV, Zanolli Mde L. [The pediatrician's role in the Paidéia-Family Health Program in Campinas, São Paulo State, Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2011;16 Suppl 1:1479-88. Portuguese. PubMed PMID: 21503499.
83. Cuidando do diabético na perspectiva da medicina de familia: impacto nos custos, prevenção eficaz e satisfação do paciente
84. O paciente e a família perante a morte: o papel do médico de familia
85. O Médico de Família, Hoje
86. Ruas SS, Assuncao AA. Teleconsultations by primary care physicians of belo horizonte: Challenges in the diffusion of innovation. *Telemed J E Health*. 2013;19(5):409-414.

Categoría 6:28 artículo en PUBMED, 0 SCIELO Y 8 SOBRAMFA

1. Primary care and public health services integration in Brazil's unified health system. Pinto RM, Wall M, Yu G, Penido C, Schmidt C. Am J Public Health. 2012 Nov;102(11):e69-76. doi: 10.2105/AJPH.2012.300972. Epub 2012 Sep 20. PMID: 22994254
2. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. Onocko-Campos RT, Campos GW, Ferrer AL, Corrêa CR, Madureira PR, Gama CA, Dantas DV, Nascimento R. Rev Saude Publica. 2012 Feb;46(1):43-50. Epub 2011 Dec 13. English, Portuguese. MID: 22252789
3. Problem-solving capacity of care and users' satisfaction in the family health strategy program. Rosa RB, Pelegrini AH, Lima MA. Rev Gaucha Enferm. 2011 Jun;32(2):345-51. Portuguese. PMID: 21987997
4. Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. Gomes LM, Vieira MM, Reis TC, Barbosa TL, Caldeira AP. BMC Fam Pract. 2011 Aug 19;12:89. doi: 10.1186/1471-2296-12-89. PMID: 21854618
5. User embracement and social (de)medicalization: a challenge for the family health teams. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GW. Cien Saude Colet. 2010 Nov;15 Suppl 3:3615-24. Portuguese. PMID: 21120349.
6. Labor relations under decentralized health management and dilemmas in the relationship between work expansion and casualization in the Brazilian Unified National Health System. Junqueira Tda S, Cotta RM, Gomes RC,

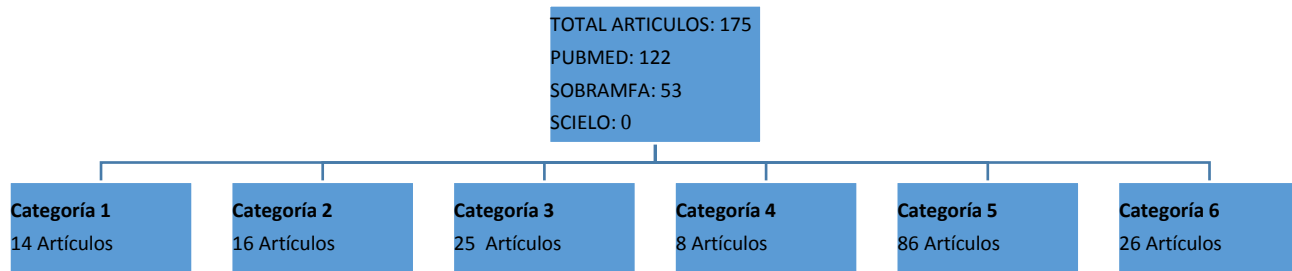
- Silveira Sde F, Siqueira-Batista R, Pinheiro TM, Sampaio RF. Cad Saude Publica. 2010 May;26(5):918-28. Portuguese. PMID: 20563392
7. Partnership between Psychosocial Care Center and Family Health Program: the challenge of a new knowledge constructio. Delfini PS, Sato MT, Antoneli Pde P, Guimarães PO. Cien Saude Colet. 2009 Oct;14 Suppl 1:1483-92. Portuguese. PMID: 19750357
 8. New meanings for the psychologist practice in the Family Health Program]. da Costa DF, Olivo VM. Cien Saude Colet. 2009 Oct;14 Suppl 1:1385-94. Portuguese. PMID: 19750347
 9. Use of clinical guidelines and the results in primary healthcare for hypertension. Lima SM, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VM, Brito C, Vasconcellos MT. Cad Saude Publica. 2009 Sep;25(9):2001-11. Portuguese. MID: 19750387
 10. Evaluation of the network of psychosocial care centers: between collective and mental health. Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CA. Rev Saude Publica. 2009 Aug;43 Suppl 1:16-22. PMID: 19669060
 11. Mental health in primary care: ways to reach an integral care. Tanaka OY, Ribeiro EL. Cien Saude Colet. 2009 Mar-Apr;14(2):477-86. Portuguese. PMID: 19197422
 12. Evaluation and monitoring of primary health care in Ceará State, Brazil: exploring concepts and experiences at the central level. Vasconcelos SM,

- Bosi ML, Pontes RJ. Cad Saude Publica. 2008 Dec;24(12):2891-900. Portuguese. PMID: 19082280
13. Antimicrobial prescription in family health units in Southern Brazil. Tavares NU, Bertoldi AD, Muccillo-Baisch AL. Cad Saude Publica. 2008 Aug;24(8):1791-800. Portuguese. PMID: 18709220
 14. "It sure ain't easy!": an ethnographic study of primary health care for patients with hypertension and/or diabetes in Manaus, Amazonas State, Brazil. Souza ML, Garnelo L. Cad Saude Publica. 2008;24 Suppl 1:S91-9. Portuguese. PMID: 18660917
 15. Organization of traditional Primary Health Care and the Family Health Program in large cities in Rio de Janeiro State, Brazil]. Machado CV, Lima LD, Silva Viana Ld. Cad Saude Publica. 2008;24 Suppl 1:S42-57. Portuguese. PMID: 18660912
 16. Health records: evaluation of patient health charts in primary care, Rio de Janeiro, Brazil. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IH. Cad Saude Publica. 2008;24 Suppl 1:S173-82. Portuguese. PMID: 18660902
 17. Primary health care access and receptivity to users: an analysis of perceptions by users and health professionals. Souza EC, Vilar RL, Rocha Nde S, Uchoa Ada C, Rocha Pde M. Cad Saude Publica. 2008;24 Suppl 1:S100-10. Portuguese. PMID: 18660895
 - 18.** Community health agents: training, involvement, and practices. Nascimento EP, Correa CR. Cad Saude Publica. 2008 Jun;24(6):1304-13. Portuguese. PMID: 18545756

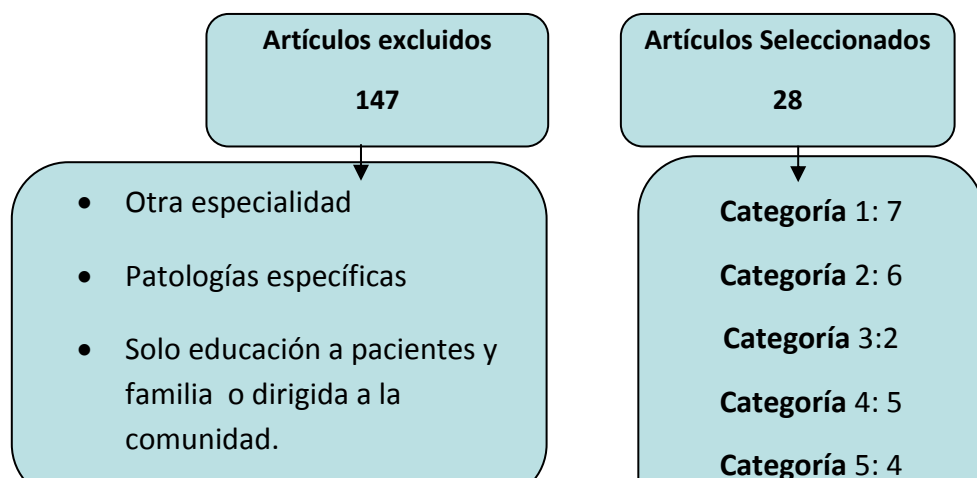
19. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, Oliveira MM, Pinto ME. BMC Health Serv Res. 2006 Dec 5;6:156. PMID: 17147819
20. Professional practice in the family health program: representations and subjectivity. da Silva MR, Jorge MS. Rev Bras Enferm. 2002 Sep-Oct;55(5):549-55. Portuguese. PMID: 12817539
21. Five years of family health care in São José. Sant'Ana AM, Rosser WW, Talbot Y. Fam Pract. 2002 Aug;19(4):410-5. PMID: 12110564
22. Maternal-child health in Brazil. Beckmann CA. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1987 Jul-Aug;16(4):238-41. PMID: 3650322
23. Las Nuevas Competencias del Médico Familiarss coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. Una experiencia brasileña
- 24.
25. La formación de médicos familiares en latinoamérica: timidez académica y liderazgo errático
26. New meanings for the psychologist practice in the Family Health Program

De dichsa búsqueda se encontraron un total de 175 artículos que podrían ser significativos para la investigación, de los cuales se excluyeron y se incluyeron

artículos. La principal razón por la que se excluyeron los artículos, era porque tenían relación con otras especialidades y no exclusivamente con la medicina familiar o



porque evaluaban el impacto en general de la atención primaria o del proceso de especialización sobre determinadas patologías.



Resumen de artículos seleccionados para análisis hermenéutico

Tabla 1

Nombre del artículo	Categoría	Tipo de estudio
Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil	1	Narrativo
Difficulties of medical working at the family health program	5	Cualitativo
Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva	3	Narrativo
SOBRAMFA 18 anos - sonhos, perseverança e entusiasmo na educação médica	4	Narrativo
The pediatrician's role in the Paidéia-Family Health Program in Campinas, São Paulo State, Brazil	5	Cualitativo
La medicina familiar en brasil: experiencia histórica de SOBRAMFA	4	Narrativo
Educando os médicos para a saúde no brasil: o papel da medicina de familia	2	Narrativo
La formación de médicos familiares en latinoamérica: timidez académica y liderazgo errático	6	Narrativo
Promoviendo liderazgos en medicina de familia: una reflexión vital	2	Narrativo

Impacto de la medicina de familia en la facultad de medicina: análisis cualitativo de una experiencia educativa	2	Cualitativo
Las nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su Domicilio. una experiencia brasileña	6	Narrativo
Medicina de familia y cine un recurso humanístico para educar con efectividad	1	Narrativo
Medicina familiar: un camino para humanizar la medicina	5	Narrativo
Los cuatro pilares de la medicina de familia	2	Narrativo
Medicina de família: um corpo próprio de conhecimentos	1	Narrativo
Reflexiones sobre el concepto de Atención Primaria y algunas de sus implicaciones en la formación de médicos familiares en Brasil	2	Narrativo
Un modelo brasileño de Educación Continua en Medicina Familiar	3	Narrativo
El impacto de la Medicina de Familia en la formación médica: experiencia del programa de Medicina de Familia de la Facultad de Medicina del Centro Universitario São Camilo de São Paulo, Brasil	6	Narrativo
La literatura como recurso didáctico en la formación	1	Cualitativo

humanista de los estudiantes de Medicina		
Las Nuevas Competencias del Médico Familiar: coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. Una experiencia brasileña	6	Narrativo
El cine en la formación ética del médico: un recurso pedagógico que facilita el aprendizaje	1	Narrativo
Promoviendo Liderazgos em Medicina de Família e reflexão vital	2	Narrativo
Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade	4	Narrativo
La educación médica y la propuesta “Salud para todos”: la Declaración de Alma-Ata treinta años después	4	Narrativo
Pacientes, Residentes y Estudiantes descubriendo la Medicina Familiar	1	Cualitativa
SOBRAMFA has promoted family medicine education in Brazil since 1992	4	Narrativo
Teleconsultations by primary care physicians of belo horizonte: Challenges in the diffusion of innovation.	5	Descriptivo
Medicina de família y universidad brasileña (II): Actividades docentes de la SOBRAMFA con estudiantes de medicina.	1	Descriptivo

RESULTADOS

Tras la recopilación, organización, resumen y análisis de las experiencias encontradas para Brasil los hallazgos y aportes se organizaron en los tres capítulos siguientes:

- Capítulo I: Contexto general del Sistema de salud de Brasil
- Capítulo II: Experiencias de Medicina Familiar en Brasil
- Capítulo III: Atención primaria orientada a la comunidad, un modelo aplicable al contexto colombiano
- Conclusiones: conclusiones de los aportes de medicina familiar brasilera

CAPITULO I:

CONTEXTO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DE BRASIL

Brasil es el país más grande en extensión a nivel de Latinoamérica, que cuenta en la actualidad con una población cercana a los 200 millones de habitantes, de los cuales el 83 % vive en zonas urbanas, de este porcentaje el 48 % se concentran en 4 grandes ciudades Sao pablo, Minas Gerais; Rio de Janeiro, Bahías.

A nivel de seguridad social cuenta con 2 sistema uno privado que cubre 25 % de la atención en salud, otro público “SUS” (sistema único de salud), que cubre el 75% (Becerril-Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R., 2011); él SUS es descentralizado se cubre a través de red de clínicas y hospitales públicos y de contratos con algunos

privados, se financia con impuestos generales y con otras contribuciones, sociales recaudados en sus 3 niveles federal, estatal, y municipal. En el sector privado existen planes de salud suplementarios, financiados con recursos de las empresas y/o familias.

La reforma inicio hacia 1986 cuando la conferencia nacional de salud, inicio con un régimen descentralizado y unificado de salud, (Becerril-Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R., 2011; Blasco, P. G., Haq, C., Freeman, J., & Janaudis, M. A., 2005; Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009)lo que permitió la ampliación de la oferta de servicios de salud, así como un aumento en la participación popular. La atención primaria paso de una cobertura de servicios del 14 % al 60 % de la población, la mortalidad infantil bajo en un 13 %, mejoro la cobertura de vacunación, y de otros programas públicos como VIH/SIDA.(Becerril-Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R., 2011)

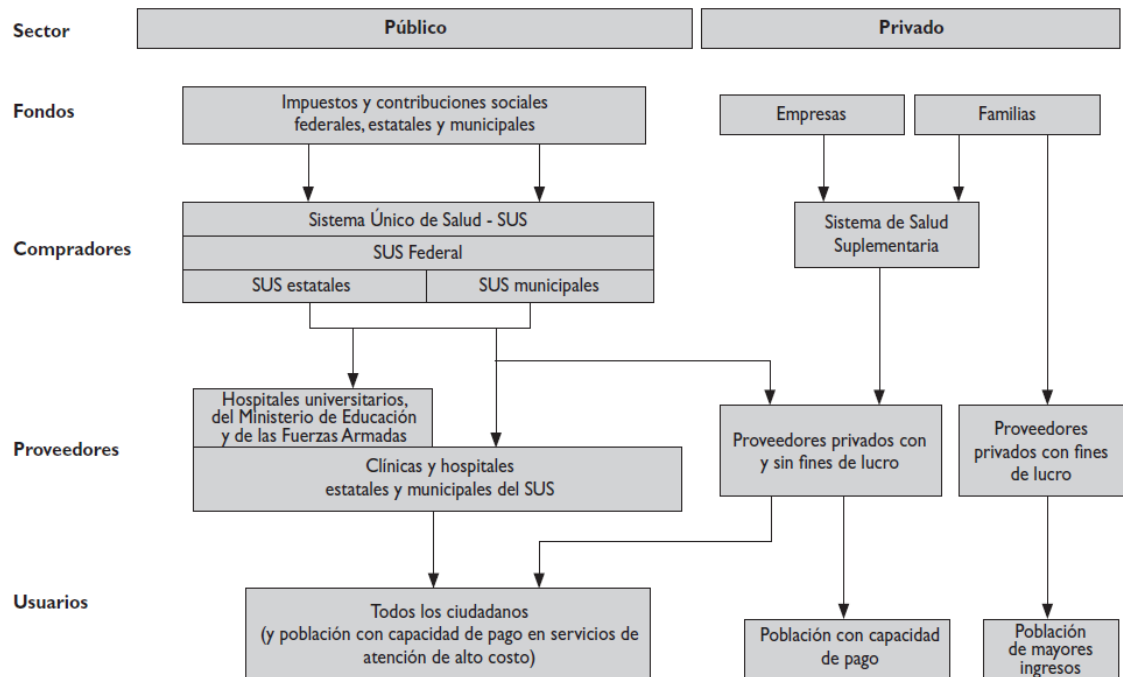
“En 2005 Brasil contaba con 527 625 médicos, para una razón de 2.86 médicos por 1000 habitantes. El total de enfermeros profesionales era de 116 126 (0.63 por 1000 habitantes). Sumados todos estos recursos de enfermería se llega a una razón de 3.28 enfermeras de todos los niveles por 1000 habitantes. Los odontólogos sumaban 71 386 (0.39 por 1000 habitantes), En el 2011 el Programa de Salud de la Familia cubría cerca de 50% de la población, esto es posible gracias a la expansión de equipos de salud”(Becerril-Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R., 2011)

Como menciona el Licenciado Víctor Becerril Montekio,para lograr los avances en términos de universalidad, integralidad, igualdad y la expansión de la cobertura en Brasil (Becerril-Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R., 2011); se ha evitado la

privatización y la tercerización de la relaciones laborales del SUS; En el gobierno del presidente Lula, con su programa “más salud, derecho de todos”, se avanzó en la implementación de un régimen de salud igualitario, universal e integral, consolidando las acciones de promoción de la salud e intersectorialidad, con un modelo de atención centrado pero en la calidad de vida del paciente, priorizando los objetivos del pacto social; para ellos era necesario también mejorar la calidad y eficiencia de la unidades productoras de bienes y servicios en salud. Sin embargo hay críticos que mencionan un sistema cada día más hacia la privatización, con participación creciente de los privados; Al menos en términos formales, no existe ninguna restricción en el tipo de padecimientos cubiertos por el SUS. Sin embargo, este sistema ha estado sub-financiado, lo que ha impedido alcanzar una cobertura universal de servicios integrales.

El sistema de salud de Brasil se financia con recursos de la nación en un 10 % (impuesto de declaración de renta de los ciudadanos), de los departamentos o estados en 12 % y de los municipios en un 15 %.

Tabla 2. Sistema de salud de Brasil



Salud Suplementaria: Medicina de Grupo, Planes Autoadministrados, cooperativas médicas y seguros individuales

Fuente: (Becerril-Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R., 2011)

Por otra parte al hablar de la medicina familiar, nos tenemos que referir a La Sociedad Brasileira de Medicina de Familia (SOBRAMFA) (de Benedetto, M. A., Janaudis, M. A., Leoto, R. F., & González-Blasco, P., 2006) es una sociedad de carácter académico fundada en 1992 en São Paulo (Brasil), tiene como objetivo establecer los fundamentos científicos y académicos para promover el desarrollo de la medicina de familia. En el 2004 se fundó la Confederación Latinoamericana Académica de Medicina de Familia (CLAMF), en unión de Brasil y México.

En cuanto a Los escenarios de práctica profesional del médico familiar en Brasil, algunos son muy parecidos a los Colombianos, aunque en la actualidad, son utilizados por unas EPS (Colombia) para contener costos del sistema. De estas posibilidades de empleo en Brasil tenemos:

- ✓ Visitas a domicilio,
- ✓ Consultorios,
- ✓ Gestión de pacientes crónicos,
- ✓ Cuidados paliativos,
- ✓ Acompañamiento de sus pacientes cuando son hospitalizados,
- ✓ Instituciones geriátricas,
- ✓ Cuidados paliativos,
- ✓ Gestión de pacientes crónicos complejos.

Hospitalización en el domicilio, (aquí en este punto nos llevan mucha ventaja, ellos tiene más de 70 patologías para este fin, mientras en Colombia este campo se usa para terminar tratamiento antibiótico y para el manejo de al menos 20 patologías; aun los diferentes servicios están muy temerosos de soltar el paciente) (Blasco, P. G., Haq, C., Freeman, J., & Janaudis, M. A., 2005), (de Benedetto, M. A., Janaudis, M. A., Leoto, R. F., & González-Blasco, P., 2006), (Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009).

La medicina familiar es una especialidad de corte transversal, con las demás especialidades, pero en Colombia aún no hay un número significativo de médicos de familia, para ser los impulsores de la atención primaria, es por eso que se quiere

masificar esta especialidad, con el fin aumentar la resolutiveidad del sistema y descongestionar las demás especialidades, con lo que solo irían los pacientes que realmente necesitan y además con sus estudios adelantados. Por otra parte el paciente sabría quién es su médico tratante y no iría de mano en mano como lo tiene planteado el actual sistema de salud Colombiano.

En resumen Brasil ha tenido los mismos problemas que los demás países, que implantaron un modelo de salud, basados en la medicina de familia, donde en un comienzo no había la convicción de algunos médicos por este sistema, eran pocos los interesados en seguir la especialidad y los mismos colegas, si veían que alguien era brillante le decían, no se desperdicie siga mejor X especialidad, “le da más estatus”; claro el error estaba también que en el pregrado nadie conocía el verdadero significado de la medicina de familia, (Blasco, P. G., Haq, C., Freeman, J., & Janaudis, M. A., 2005) cuando hubo iniciativa por iniciar la enseñanza de la especialidad desde el pregrado, el interés fue cambiando. Por otra parte el otro problema que enfrente Brasil, es que todos los médicos de familia que salían, se querían quedar en ciudades principales, claro tampoco había un estímulo monetario o de otro tipo para que se pensara diferente.

CAPITULO II

EXPERIENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR EN BRASIL

EL CAMPO DE ACCION DEL MEDICO FAMILIAR ESTA EN LA GENTE, EXPERIENCIA BRASILEÑA

El médico de familia en Brasil nace en respuesta a la propuesta de la salud para todos, como un especialista en atención primaria de la salud, que integra el cuidado del individuo, la familia y la comunidad.(Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009) el médico familiar es aquel especialista a quien se puede acudir sin un problema de salud específico, tan solo por “sentirse mal”, esto requiere actitud, lenguaje apropiado y empatía para ser una persona cercana a su paciente, identificar las necesidades y ansiedades de cada persona que solicita y confía en sus cuidados.(Oyama, D. H. M., & da Cruz Campos, E.,)

Debido al fraccionamiento de la medicina el paciente con frecuencia no sabe quién es su médico tratante, pues es tratado por múltiples especialistas cada uno interesado en tratar un sistema (neurólogo, cardiólogo, infectólogo, etc.) O enfermedades específicas, especialidades que no poseen la perspectiva de integralidad para cuidar la persona. (González-Blasco, P., Ramírez-Villaseñor, I., Bustos-Saldaña, R., & Moreto, G., 2005; Roncoletta, A. F. T., Mônaco, C. F., Levites, M. R., & González-Blasco, P., 2009) esta situación ha generado insatisfacción en los pacientes que buscan un médico que lo escuche y resuelva sus dudas, “un médico integral”, basados en esta características se crea (noviembre de 2002 hasta diciembre de 2003) el consultorio didáctico de medicina familiar (CDMF) en el complejo hospitalario Heliópolis en São Paulo, sitio de referencia de diferentes especialidades, se inició la atención con integral incluyendo educación al paciente durante, estos pacientes desconocían la especialidad de medicina familiar, sin embargo fueron estos mismos quienes se encargaron de difundir su experiencia y refirieron a otros pacientes o sus familiares, esto evidencia que se generó satisfacción de los pacientes que se

consultaban, este impacto positivo se ve refleja también en la posterior remisión a medicina familiar de pacientes por los mismos funcionarios del complejo médico.(de Benedetto, M. A., Janaudis, M. A., Leoto, R. F., & González-Blasco, P., 2006)

El paciente desea ser atendido por un profesional que sea integral, que puede entender su condición humana, no solo escasos aspectos técnicos de su salud. (González-Blasco, P., Roncoletta, A. F. T., Moreto, G., Levites, M. R., & Janaudis, M. A., 2005) esta relación médico paciente cercana permite llegar a diagnósticos y construir un plan de tratamiento adecuado, esta relación es imprescindible en la formación de medicina de familia(Blasco, P. G., Roncoletta, A. F., Moreto, G., Janaudis, M. A., & Levites, M. R., 2006)

El manejo integral del centrado en el paciente implica cuidar, en palabras del Doctor González-Blasco en un artículo de humanismos refiere: "cuidar del enfermo: ésta es la razón de ser de la medicina, su origen histórico y la esencia de la profesión médica" (González-Blasco, P., Roncoletta, A. F. T., Moreto, G., Levites, M. R., & Janaudis, M. A., 2005); el médico de familia es “el médico personal del enfermo”, especialista en pacientes no en enfermedades(de Benedetto, M. A., Janaudis, M. A., Leoto, R. F., & González-Blasco, P., 2006).

[El médico familiar brasileño es humanista](#)

La medicina familiar propone un nuevo constructo en la práctica médica "centrada en la persona, no en la enfermedad", el médico de familia ve al paciente, —antes de ver la molestia— (P. González-Blasco, 2004; Valente, R. R., Nassar Júnior, A. P.,

Levites, M. R., & Blasco, P. G., 2004) ; es lamentable que con frecuencia los pacientes identifican en los médicos personas indolentes, ausente de humanismo, siendo este uno de los pilares de la medicina familiar según lo afirma el Doctor González-Blasco p. (P. González-Blasco, 2004)

El "humanismo no es dar soluciones filosóficas a las enfermedades (P. González-Blasco, 2004), es identificar que el acto médico está dirigido hacia una persona que consulta por un motivo único, pues las situaciones alrededor son únicas e irrepetibles, el médico familiar usa todas sus herramientas que le permiten un mejor conocimiento del ser humano en su contexto, no solo su motivo de consulta específico. (P. González-Blasco, 2004)

El humanismo es una actitud innata a la profesión médica, no exclusiva del especialista en medicina familiar, de manera diferente el médico se convertiría en un técnico de la salud, o un «mecánico de personas»(González-Blasco, P., Roncoletta, A. F. T., Moreto, G., Levites, M. R., & Janaudis, M. A., 2005), el cual solo repara lo que está entrenado en hacer, dejando a un lado su contexto(P. González-Blasco, 2004); esta distracción se la conoce como "deshumanización de la medicina", situación que amerita ser cambiada "re-humanizarse" (González-Blasco, P., Roncoletta, A. F. T., Moreto, G., Levites, M. R., & Janaudis, M. A., 2005)la humanización depende del médico, es el quien debe humanizarse primero.

En Brasil como en muchas partes del mundo la falta de humanización en el personal de salud, conlleva a creación de políticas por parte del ministerio de salud de Brasil quien para el año 2000 implementan el programa nacional de humanización de atención,(La literatura como recurso didáctico en la formación humanista de los

estudiantes de medicina | craice de benedetto | atención familiar.)Tema importante para mirar al ser humano en sentido holístico, no solo es un paciente es una persona con su queja física o emocional con factores emocionales, relacionales, espirituales, social e intelectuales como trasfondo.

El médico familiar en el sistema de salud Brasileño

Como lo reseña la Doctora Roncoletta (Roncoletta, A. F. T., Mônaco, C. F., Levites, M. R., & González-Blasco, P., 2009) en referencia a las experiencias brasileñas, el médico de familia esta capacidad para coordinar tanto los cuidados en el hospital y el pacientes crónico o en cuidados paliativos que están encamados que necesitan cuidados de soporte nutricional, ajuste analgésico o cambio de sondas y catéteres, estos pacientes por su condición médica, con frecuencia requieren y desean manejo domiciliario, siendo el médico de familia el indicado en orientar el tratamiento y limitar desplazamientos a unidades de cuidados intensivos cuando el paciente se beneficia de manejo domiciliario; con la atención domiciliar el médico familiar, logra ser el coordinador de la salud del paciente que va más allá de la enfermedad.

Según la experiencia la Doctora Roncoletta, refiere que en el ámbito hospitalario es común la atención por diferentes especialistas quienes emiten conceptos por separados, muchos de estos conceptos u opiniones se pueden incluso contradecir entre sí, situación que resulta potencialmente peligrosa y requiere de un especialista en medicina de familia que integre el conocimiento y se pueda trazar un objetivo terapéutico acorde a las necesidades y expectativas del paciente y el médico, esto

requiere un trabajo en equipo liderado por el especialista integrador.(Roncoletta, A. F. T., Mênaco, C. F., Levites, M. R., & González-Blasco, P., 2009)

Durante más de 20 años de experiencia del médico familiar en Brasil, (Roncoletta, A. F. T., Mênaco, C. F., Levites, M. R., & González-Blasco, P., 2009) se ha logrado identificar como un profesional de la salud puede desarrollar programas de asistencia en los diferentes grupos etarios desde atención de recién nacido, adolescentes, hasta adultos mayores, (siendo este último grupo quien demanda más de sus servicios), que direcciona y aconseja a su paciente de una manera correcta, tanto en actividades de consulta externa, urgencias y en el ámbito hospitalario como al egreso de este acorde a su necesidad y recursos disponibles. (Roncoletta, A. F. T., Mênaco, C. F., Levites, M. R., & González-Blasco, P., 2009)

Por otra parte los médicos de familia pueden explorar situaciones problemáticas con componentes psicosociales graves, como sospecha de abuso, la violencia doméstica, etc., situaciones que trascienden la simple atención de una enfermedad, una de las motivaciones es cuidar a las personas en los momentos de mayor vulnerabilidad, en su soledad(González-Blasco P., 2005) esta vocación implica realizar cuidados individuales, colectivos, familia y comunidad (Blasco, P. G., Roncoletta, A. F., Moreto, G., Janaudis, M. A., & Levites, M. R., 2006; Valente, R. R., Nassar Júnior, A. P., Levites, M. R., & Blasco, P. G., 2004)

Por todo lo anterior podemos afirmar que el médico de familia en brasil es un profesional adaptable, que sortea cualquier escenario médico, independientemente de

la edad, genero, patología o situación psicosocial de nuestros pacientes. (Roncoletta, A. F. T., Mônaco, C. F., Levites, M. R., & González-Blasco, P., 2009)

El médico familiar un líder coherente

El sistema de salud de Brasil para dar respuesta a la atención primaria en salud ha requerido la organización de equipos de salud compuestos por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud y liderado por el médico familiar, este grupo de personas con saberes y funciones diferentes, responsables de la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de lesiones y enfermedades más comunes en la comunidad, esto implica un mancomunado trabajo en equipo, donde el médico familiar tiene un papel fundamental, pues se encarga de diagnóstico, evaluación de los riesgos individuales de enfermedad e instaure los tratamientos para satisfacer las necesidades de atención, desde la prevención hasta la rehabilitación; además, tienen que incorporar a su cuidado individual de los aspectos emocionales, la familia, la social y la prevención.(Vasconcelos, F. G. A., & Zaniboni, M. R. G., 2011) estos son grandes retos identificados en un estudio realizado en sao pablo por las doctoras fernanda vasconcelos & marilu zaniboni. (Vasconcelos, F. G. A., & Zaniboni, M. R. G., 2011)

Se ha demostrado que la capacidad de trabajo en equipo de los médicos de familia con otros especialistas, suplen las necesidades de la población que lo requiere, identificando problemas que no son evidenciados a atendidos por otros especialistas, esta integración debe ser promovida en los sistemas de atención primaria, el médico familiar busca generar un equilibrio entre las especialidades médicas y es una buena

respuesta a la educación médica en atención primaria.(Levites, M., & Blasco, P. G., 2009)

En la experiencia de los equipos de salud en la ciudad de Campinas, estado de São Paulo, el médico familiar demostró la habilidad para trabajar en equipo para discutir casos, asignar tareas, etc., separando un poco la clínica por parte de cada uno de los especialistas en cuentan un vínculo común que es el médico de familia, ayudando al intercambio de información, y proponiendo manejo de la dinámica de la familia, al evaluar el desempeño del trabajo en equipo por parte del médico la aprobación es muy alta superando el 95%, considerándola como una relación armoniosa. (Almeida, P. V. B., & de Lurdes Zanolli, M., 2011)

El médico es líder en los equipos de atención primaria capaz de trabajar en equipo multidisciplinario que incluye la labor de especialistas y enfermeras, es este modelo el médico de familia es el profesional líder, que interconsulta a el especialista que corresponda cuando lo cree necesario, de esta manera se garantiza un manejo integral de nuestros pacientes. (Almeida, P. V. B., & de Lurdes Zanolli, M., 2011)

El médico familiar es un organizador y líder que es capaz de ser humilde para pedir ayuda y organizado para entender el enfoque se requiere determinado paciente. (Levites, M., & Blasco, P. G., 2009)

En Brasil se considera al médico familiar como la puerta de entrada en un sistema de salud basado en atención primaria, con capacidad de resolver el 90% de los problemas de salud encontrados en la atención primaria, (Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009) en consonancia otros especialistas como los

pediatras que conforman los equipos de salud en la ciudad de Campinas, estado de São Paulo, (Almeida, P. V. B., & de Lurdes Zanolli, M., 2011) resaltan a los médicos de familia como los encargados de dirigir casos complejos que involucran problemas de pareja y salud mental, habilidades reconocidas dado el enfoque biopsicosocial que enlaza el contexto de la familia y la comunidad, (Almeida, P. V. B., & de Lurdes Zanolli, M., 2011) de igual manera reconoce al médico de familia con gran habilidad incluso mejor que muchos pediatras para desarrollar programas de asistencia a adolescentes (Almeida, P. V. B., & de Lurdes Zanolli, M., 2011); este mismo grupo de la ciudad de Campinas reconoce al médico familiar como un profesional competente en liderar programas de salud, administrar y gestionar recursos financieros (Almeida, P. V. B., & de Lurdes Zanolli, M., 2011), contrariado a lo que ocurre en otras especialidades, convirtiéndose la medicina familiar en una disciplina académica altamente resolutive e integral; además según lo refiere la doctora Roncoletta (Roncoletta, A. F. T., Mônaco, C. F., Levites, M. R., & González-Blasco, P., 2009), el médico familiar es buen gestor de recursos al requerir uso de medios diagnósticos, terapéuticos o intervenciones cuando muchas de ellas son ineficaces o fútiles. (Roncoletta, A. F. T., Mônaco, C. F., Levites, M. R., & González-Blasco, P., 2009)

El sistema de salud de Brasil se basa en la atención primaria en salud llegando a cualquier lugar del país, este modelo ha requiriendo desplazamiento del médico familiar a zonas alejadas como son las ciudades del noreste, oeste y centro norte de Minas Gerais que tenían altos índices de mortalidad infantil, la malaria, la

tuberculosis y la lepra, como resultado se logró impactar positivamente en disminución de mortalidad materna, disminución de la mortalidad infantil y desnutrición en menores de cinco años;(Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009) en el momento Brasil disfruta del despertar en la medicina de familia, siendo este una oportunidad crecimiento e impactar la calidad de vida y la salud de esta población. (Blasco, P. G., Haq, C., Freeman, J., & Janaudis, M. A., 2005)

Es importante destacar que el impacto positivo en las estadísticas en salud va asociado al desarrollo de tecnologías de la información en actividades de atención primaria, como ha ocurrido en la experiencia de medicina familiar en Brasil, es así como en Belo Horizonte, el gobierno municipal, partiendo de los principios de aplicabilidad de las tics (tecnologías de la información en salud) y en busca de mejorar la oportunidad, la calidad de la atención y disminuir costos en salud, decidieron implementar una herramienta de consulta como parte de telemedicina, que permitía el hacer que el médico tratante estableciera un dialogo más cercano con especialistas en diferentes comunidades y pudiera consultarle acerca de diversos resultados paraclínicos, buscado así el mejorar las características mencionadas. (Ruas & Assuncao, 2013)

La aplicación de las tics tienen un sin número de variables que no son tecnológicas, y que tiene mucho que ver con el compromiso del grupo médico y de apoyo técnico, para el éxito en la aplicación de las mismas. Es decir, motivación a los trabajadores para que la experiencia siga siendo replicada y fortalecida desde y hacia la atención primaria. (Ruas & Assuncao, 2013)

POSGRADOS EN MEDICINA FAMILIAR EN BRASIL, ENTRE LOGROS Y RETOS

Acorde a los requerimiento para suplir las necesidades de un modelo de atención basado en atención primaria, se ha requerido el estímulo en la formación de médicos familiares en toda la geografía brasileña, se destaca el crecimiento de las plazas de residencia para estudiar medicina familiar en Brasil, en la publicación “análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil; profile and evolution of family and community health residency programs in Brasil” se considera la especialización de mayor crecimiento calculado en más del 250% respecto a las vacantes de todas las especialidades con un crecimiento de 43 %, a pesar del incremento en la formación de médicos en esta especialidad, puede tomar mucho tiempo la formación de la cantidad de especialistas requeridos por el SUS.

Esta demanda ha conllevado al surgimiento de egresados en medicina familiar sin la competencia esperada para dicha especialidad, en respuesta desde mayo de 2001, los miembros se reunieron CNRM en Brasilia con representantes de asociaciones de 35 especialidades médicas con el fin de reformular los requisitos mínimos para la acreditación de programas de residencia médica.

Desde 2004 , SBMFC (sociedad brasileña de medicina familiar y comunitaria) hace pruebas para el título especialista que actualmente requiere el análisis del plan de estudios un mínimo de tres años de trabajo en el campo de la medicina familiar y una

prueba teórico bajo un enfoque biopsicosocial. (Campos, C. E. A., & Izecksohn, M. M. V., 2010)

Logros

El médico familiar está llamado a liderar procesos en salud como cualquier otra especialidad médica, en igual condición de conocimientos y habilidades, con particularidades en sus áreas de conocimiento y metodología empleada en la atención médica.(Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009) como lo refiere el Doctor Janaudis, m. A., en el artículo “formando médicos para a medicina de família e comunidade la medicina familiar” la medicina familiar debe ser vista como una especialidad definida que sea atractiva a estudiantes y egresados, que escojan esta especialidad por verdadera vocación, no como un empleo temporal de esta forma impactar positivamente cualquier sistema de salud(Valente, R. R., Nassar Júnior, A. P., Levites, M. R., & Blasco, P. G., 2004).

Brasil a igual que muchos países del mundo busca promover un sistema de salud basado en atención primaria, siendo este junto a la educación médica dos pilares de la medicina familiar (P. González-Blasco, 2004) son los médicos especialistas en medicina de familia los llamados a sembrar esta vocación desde tempranas etapas de la formación de los médicos generales, convirtiéndose protagonista de la transformación de la atención primaria; una estrategia para desarrollar vocación desde las etapas tempranas en el estudiante de medicina es la posibilidad de experimentar el contacto con el paciente por medio de consultas acompañadas por el médico de familia-profesor, de esta manera el estudiante se familiariza con

conocimientos, pedagogía y metodologías particulares del médico familiar, reconociendo la identidad existente en medicina de familia como especialidad médica, esta es la estrategia optada por el programa de medicina de familia de la facultad de medicina del centro universitario São camilo de São Paulo (Blasco, P. G., Roncoletta, A. F., Moreto, G., Janaudis, M. A., & Levites, M. R., 2006; P. González-Blasco, 2004) podemos afirmar que la vocación despertada en los estudiante depende del modelo del médico-docente, si este modelo es atractivo la respuesta será positiva (Blasco, P. G., Roncoletta, A. F., Moreto, G., Janaudis, M. A., & Levites, M. R., 2006).

Se pretende compartir experiencia de la medicina de familia apoyando nuevos liderazgos en el escenario internacional, gracias a esta iniciativa nace el programa de rotaciones internacionales(Praxedes Fernandes Elvis, Moreto Graziela, 2011), dirigido a estudiantes, médicos y profesores extranjeros, con una duración de cuatro a ocho semanas. Estos estudiantes serán guiados en los diversos escenarios de actuación médica por un docente de esta manera amplían sus capacidades clínicas y docentes, las cuales podrán replicar en su país de origen.

SOBRAMFA ha implementado varias estrategias de para estimular a los estudiantes de medicina una de ellas es la evaluación de créditos en medicina de familia, este instrumento permite hacer seguimiento constante del desempeño de los estudiantes, orientando las actividades teóricas, académicas y prácticas, al tiempo que les apoya en su empeño por incorporar el humanismo médico,(Praxedes Fernandes Elvis,

Moreto Graziela, 2011) podemos decir que es un continuo entrenamiento a los futuros especialistas en medicina de familia.

En los créditos teóricos incluyen la participación en los seminarios mensuales y congresos; los créditos prácticos incluyen la participación en las rotaciones en medicina familiar; los créditos académicos contemplan los seminarios mensuales, presentación de trabajos en congreso, publicaciones y participación con trabajos en congresos nacionales o internacionales.(Praxedes Fernandes Elvis, Moreto Graziela, 2011)

El programa de créditos es gestionado en una plataforma web contando con la participación de los docentes quienes orientan a los estudiantes por este medio, siendo este una herramienta de educación continua, a la que se acopla un sistema de evaluación y de orientación personalizada. (Praxedes Fernandes Elvis, Moreto Graziela, 2011)

Una forma original de evaluación en el programa millas de medicina familiar en la asignación de "millas" en medicina de familia por la participación de los estudiantes, el programa millas permite una evaluación individual de cada estudiante, proporciona un equilibrio entre la teoría y la práctica, de tal manera que el estudiante puede verificar su desempeño y direccionar su formación, gracias a tutoriales y guías impartidas por los docentes. (Mar co Aur elio Janaudis, Mar celo R. Levites, Adriana F. T. Roncoletta, De borah S. O. Gar cia, Graziela Mor eto, Maria Auxiliadora, C. De Benedetto, Thais Raquel P. Pinheir o, Pablo González Blasco,)

En el programa de residencia en hospital de la cruz azul de san pablo, para lograr el objetivo principal de la formación, exige como requisito previo la evaluación integral de los residentes en los diversos ambientes de la práctica clínica de rutina: consultas clínicas, el hogar y las visitas al hospital, con todas las variables que el día a día de un médico familia requiere en complejidad. Un complejo de servicios, una variedad de actividades, adaptabilidad, creatividad y toma de decisiones. (Oyama, D. H. M., & da Cruz Campos, E.,)

Retos

Los modelos de atención médica han variado en todo el mundo, a pesar de declaración de Alma-Ata, no se ha generado el crecimiento esperado en atención primaria, esto debido a que las escuelas de medicina en su mayoría se centran en la formación de especialistas tradicionales obviando las especialidades generalistas, esto basado en la tradición educativa que considera la calidad de la educación solo se logra con la formación en especialidades emblemáticas, muy reconocidas en los ámbitos académicos, (Roncoletta FT, A., & SO García, D., 2011) cambiar este paradigma no se resuelve con sencillo cambio curricular, requiere cambios de fondo por parte de las universidades que reflejen su compromiso al contribuir en la salud de la comunidad.

En Brasil el programa de medicina de familia de la facultad de medicina del centro universitario São Camilo de São Paulo(SO García, D., & Roncoletta FT, A., 2011),

SOBRAMFA ha creado múltiples estrategias pedagógicas para estimular el estudio de la especialización en medicina familiar (Adriana FT Roncoletta, Pablo González Blasco, Graziela Moreto, Marcelo Levites.,) , por ejemplo:

- Rotaciones en medicina de familia para estudiantes (mini fellowship) en esta experiencia se enseña sobre la actuación de un médico familiar, son rotaciones que SOBRAMFA ofrece a estudiantes de las diferentes facultades de medicina de brasil, con duración mínima de una semana y aprobación oficial de las respectivas instituciones docentes.

Cada día de la rotación el estudiante acompaña a un médico familiar y a los residentes en los diversos escenarios de práctica: visitas domiciliarias, ambulatorio, pacientes internados en hospital, instituciones geriátricas, cuidados paliativos, gestión de pacientes crónicos complejos.

- Ligas de medicina de familia: son grupos organizados e integrados por estudiantes que se reúnen para discutir y estudiar aspectos de su interés, en horarios extracurriculares.

- Proyecto PRAMEF-XXI (proyecto académico para el médico de familia del siglo XXI) esta actividad se lleva a cabo en un centro de salud docente en medicina familiar, donde estudiantes atienden a pacientes con la metodología de la medicina centrada en el paciente, además se da espacio para reflexionan con sus compañeros sobre las intervenciones realizadas.

Programa de millas en medicina de familia: se estimula al estudiante con planes extracurriculares para continuar con el proceso de educación, los avances alcanzados pueden ser medibles como "millas", estas millas se acumulan y se puede hacer

seguimiento en la página web de SOBRAMFA. (Adriana FT Roncoletta, Pablo González Blasco, Graziela Moreto, Marcelo Levites., ; Mar co Aur elio Janaudis, Mar celo R. Levites, Adriana F. T. Roncoletta, De borah S. O. Gar cia, Graziela Mor eto, Maria Auxiliadora, C. De Benedetto, Thais Raquel P. Pinheir o, Pablo González Blasco,)

- Reuniones mensuales del departamento de medicina de familia: estas reuniones son coordinadas y dirigidas por estudiantes para estudiantes, formándose futuros líderes.
- Congreso académico anual de medicina de familia, organizado por SOBRAMFA con invitados de prestigio mundial en el campo de la medicina familiar, resultado atractivo para los jóvenes estudiantes y médicos recién egresados, además permite publicar los estudios realizados por los diferentes grupos de estudio.

Según lo analizado por doctor gonzález-blasco los programa de residencia de mfc tienen un crecimiento por debajo de las necesidades, esto como resultado del pobre conocimiento de la especialidad en el gremio medio, además el deseo de realizar especialidades no generalistas, pues la mayoría de los recién graduados buscan estudiar una especialización de renombre y reconocimiento (situación que enfrentan diariamente) por tanto debe crearse un espacio idóneo para el egresado que tiene la vocación de ser un muy buen generalista.(Blasco, P. G., Haq, C., Freeman, J., & Janaudis, M. A., 2005)

Por otra parte la poca vocación por el estudio de la medicina familiar entre los médicos jóvenes está dada a la pobre formación en pregrado acerca de los conocimientos básicos de medicina familiar, como consecuencia encontramos falta

de credibilidad en un programa totalmente desconocido, por tanto los recién graduados optan por una especialización tradicional que conocen sus objetivos y su función dentro del sistema de salud, y no se arriesgan a convertirse en médicos de “segunda categoría”, o en algunos casos se considera que quienes estudian la especialización de medicina familiar lo hacen por conformismo al no poder iniciar una especialización tradicional. (González-Blasco, P., Ramírez-Villaseñor, I., Bustos-Saldaña, R., & Moreto, G., 2005).

Sin embargo los generalistas existentes muy pocos lo son por decisión, muchos por las dificultades para acceder a un posgrado médico, y son ellos quienes vienen ejerciendo la atención primaria, no existe una validación o certificación de sus conocimientos en esta materia y son vistos como profesionales de segunda categoría(Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009), se necesita una formación idónea que unifique y reafirme la identidad como especialista en medicina familiar, por esta razón se debe dar importancia al desarrollo de vocación en los estudiantes desde pregrado de medicina, la medicina familiar enfrenta un gran reto en formación de credibilidad por medio de sus programas, siendo la oportunidad de ganar adeptos en todas las escuelas de medicina en Brasil. (Blasco, P. G., Haq, C., Freeman, J., & Janaudis, M. A., 2005)

Además de ha identificado que muchos programas académicos esta dirigidos a complementar las deficiencias en la formación académica de los médicos generales, sin dar el suficiente espacio a la fundamentación en medicina centrada en el paciente y demás componentes de la medicina familiar, restando prestigio social a los

egresados. (González-Blasco, P., Ramírez-Villaseñor, I., Bustos-Saldaña, R., & Moreto, G., 2005)

Debido a la necesidad política y gubernamental para dar respuesta a un sistema de salud basado en atención primaria, ha permitido la formación de médicos familiares en instituciones que no han desarrollado un curriculum académico adecuado para el desarrollo de la especialidad y terminan siendo absorbidos por un departamento medico y/o administrativo o anexo a múltiples especialidades, ausentes de coordinación e integración como especialidad, en estas condiciones adversas no es posible lograr el desarrollo de una identidad como especialidad ni jalonar procesos de liderazgo. (González-Blasco, P., Ramírez-Villaseñor, I., Bustos-Saldaña, R., & Moreto, G., 2005) situación que pone este posgrado en desventaja y genera incredulidad frente a otras especializaciones medicas conocidas. (Blasco, P. G., Haq, C., Freeman, J., & Janaudis, M. A., 2005)

En brasil, posterior a la implementación sus no se esperó las respuestas de las universidades respecto a la preparación de los médicos en competencias de atención primaria, como resultado se ven médicos con formación no adecuada, y alumnos sin vocación para estudiar medicina familiar.(de Benedetto, M. A., Janaudis, M. A., Leoto, R. F., & González-Blasco, P., 2006) se puede afirmar que la credibilidad de la medicina familiar como especialidad es "directamente proporcional a su desarrollo académico" y al impacto que se tiene en atención primaria en un sistema de salud.(Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009).

La especialización de medicina familiar en brasil se ha definido como la organización centrada de trabajo médico que profundiza verticalmente segmentos teóricos, prácticos y dimensión bio-psico-social del individuo y colectiva, además debe ser en programas de salud, administrador y gestor recursos, estas habilidades o competencias deben ser suministradas durante el proceso de formación del especialista en las universidades. (Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009)

Programas de medicina familiar

Programa FITNESS(formación integral y entrenamiento en servicio con supervisión)Implementado por SOBRAMFA desde en marzo de 2003, programa análogo o equivalente a la residencia médica para formar médicos familiares, donde los candidatos deben realizar una rotación en los sitios de práctica, de manera objetiva se identifican quienes realmente tienen la vocación para cursar la especialidad. Programa con una duración de tres años en los cuales está acompañado por un docente permanente que le guía en el proceso de aprendizaje en los diferentes escenarios de médico familiar.(Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009)

El residente de este programa se nombra según el año, F1 , F2 y F3 , en analogía con R1, R2 Y R3 de otros programas de residencia médica, cada año tiene un objetivo educativo específico:

Primer año - enfoque en el aprendizaje clínico. Se preparará para gestionar sus pacientes y saber encontrar la mejor información para resolver sus problemas, transformándose consultor en atención de salud y un médico personal.

Segundo año - enfoque en el aprendizaje educación: "aprender a enseñar", se preparará y es motivado para enseñar a los pacientes, estudiantes graduados y colegas. Expuesto a la docencia, participar en grupos de discusión con los estudiantes y participar en la formación de la aptitud primer año.

Tercer año - centrado en el desarrollo de habilidades específicas, trabajo en equipo, coordinación y liderazgo. Tendrá espacio para desarrollar habilidades e intereses específicos que demuestren aptitud especial.

El papel del médico familiar – docente es el modelo y observador del proceso de aprendizaje de residente en los diferentes escenarios de médico familiar, por consenso en SOBRAMFA durante el proceso de formación el docente en los primeros seis meses del programa observa, en la segunda fase de seis meses, se divide en dos partes:

- a) Tres meses en el que el profesor acompaña de manera directa (en la consulta), el alumno trabaja directamente bajo la supervisión
- b) Tres meses, en los que el maestro sigue indirectamente (consulta fuera - retroalimentando).

En el segundo y tercer año, hay un monitoreo similar por parte del tutor, centrado en sus objetivos: el aprendizaje educativo y el desarrollo de liderazgo.(Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009)

Experiencia en universidades privadas

Llama la atención la creación del posgrado en universidades privadas un ejemplo de ellos la experiencia de la residencia en hospital de la cruz azul de san pablo que abrió el posgrado en marzo de 2010(Oyama, D. H. M., & da Cruz Campos, E.,), con el objetivo de educar a los médicos en los principios elementales de la medicina de familia (atención primaria, entrenamiento en liderazgo, desarrollo y humanístico de educación médica), dar prioridad a la práctica centrada en la persona , la relación médico - paciente , en la atención sanitaria y la continuidad , sirviendo con alta calidad y solución de problemas de salud en los diferentes grupos de edad. Desarrollar habilidades de enseñanza y la capacidad de auto - aprendizaje y la revisión de la actividad médica teniendo en cuenta los aspectos científicos, éticos y sociales.

La residencia tiene una duración de dos años, con un horario de 60 horas semanales(Oyama, D. H. M., & da Cruz Campos, E.,)

El plan de estudios incluye diferentes actividades como son:

- Marcapasos científico: se llama marcapasos, ya que tiene como objetivo mantener el ritmo semanal científica, esta es una actividad teórica semanal con todos los

médicos del departamento de medicina familiar donde se discuten temas prevalentes a través de una estrategia llamada "poems " (patient oriented evidence that matters).

- Temas de discusión de medicina de familia: reunión semanal donde se discuten temas de reflexión, formación personal , la filosofía de la medicina familiar y otros temas relacionados, que son esenciales para el trabajo en equipo y el desarrollo de liderazgo . El conocimiento construido a través de la discusión en grupo enriquece el crecimiento personal de cada participante.
- Actividades para la enseñanza: son actividades de participación académicas relacionadas con las escuelas de medicina de pregrado , invitaciones a conferencias en diversos escenarios , la integración en las conferencias académicas las escuelas de medicina y conferencias.
- Conferencias: la conferencia anual y los residentes congreso SOBRAMFA desempeñan un papel activo, aprender a pensar y desarrollar actividades científicas, que reúne a personas y actividades principales. Además de aprender acerca de las clases y conferencias, conocer a los maestros de la medicina familiar y discutir temas de interés común, residentes aprenden a reflexionar junto con el grupo y encontrar maneras de poner en práctica las conclusiones.
- Turnos : tener un propósito claro de residencia que es la formación y enseñar a los graduados en la "vida real ", invirtiendo la mayor parte de su tiempo de entrenamiento haciendo lo que él va a hacer por el resto de sus médicos de la vida por tanto, la formación se estructura básicamente en el seguimiento longitudinal de los pacientes que se producen en las consultas externas, visitas a domicilio, hogares

de ancianos y hospitales, en los que el paciente está acompañada previamente requiere hospitalización . Por lo tanto, no forma parte de los cambios de formación en áreas de emergencia, puesto que la continuidad de la paciente en estos lugares no existe en la práctica. Un médico de familia y no debe asistir al sector de las emergencias en el hospital cuando su paciente necesita tratamiento de emergencia.

Programa internalización del programa de trabajo de la salud (PITS)

Creado en 2001 por el ministerio de salud hasta 2004 , con el fin de impulsar la atención primaria y fortalecer el programa de salud de familia en los municipios más pobre y lejanos de Brasil(Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J., 2009), debido a la dificultad geográfica fue poco atractivo para los profesionales de la salud, razón por la que se realizó un gran estímulo económico, capacitación y tutoría , curso de especialización en salud de la familia, este estímulo se daba durante un año, prorrogable por otro año, en este periodo se dio prioridad a los profesionales que participan en el programa con curso de especialización en salud de la familia en instituciones de educación superior, cercanas al lugar de trabajo; para continuar el estímulo en el 2005 por medio de la ordenanza 1143, el ministerio de salud ofrece becas de educación para los programas de residencia en medicina familiar.

Ejemplos académicos en humanización

En respuesta SOBRAMFA, creada en 1992 lidera el proceso de formación de los médicos familiares implica fundamentación humanística; para el desarrollo del humanista SOBRAMFA identifica en la narrativa y la literatura un recurso humanístico para educar, esta estrategia ayuda a entender las emociones y actitudes del enfermo y cuál debería ser la respuesta que asume un profesional de la salud; en la formación de médico familiar debe ser guiada por la educación afectiva, esta no puede ser obviada puede afirmarse que las emociones son la manifestación para conocer la cosmovisión del estudiante.(González-Blasco, P., Roncoletta, A. F. T., Moreto, G., Levites, M. R., & Janaudis, M. A., 2005)

El uso de las artes como el cine y la literatura son herramienta pedagógica busca reproducir o experimentar una vivencia por parte del estudiante, facilitando el camino para la apertura a sus emociones, esto no implica un razonamiento lógico del contexto para la construcción de conclusiones, experiencia ha sido descrita en la facultad de medicina del centro universitario são camilo, são paulo(González-Blasco, P., Roncoletta, A. F. T., Moreto, G., Levites, M. R., & Janaudis, M. A., 2005), donde se discute diferentes obras literarias como la muerte de iván ilitch de tolstoi, logrando extraer cuatro aspectos importantes – la necesidad de combinar los conocimientos técnicos y los científicos, lo que se relaciona como el paralelismo con la vida real, la posibilidad de reflexionar acerca de la muerte el dolor y las situaciones difíciles y la clarificación de las mismas (La literatura como recurso didáctico en la formación humanista de los estudiantes de medicina | craice de benedetto | atención familiar.)De Benedetto, M. A., Gatti, G., & Lima da Costa,

D.;2011) Además permite discutir otros temas como la relación médico-paciente y sacar conclusiones para mejorar esta en su vida diaria.

En Brasil el programa de medicina de familia de la facultad de medicina del centro universitario São Camilo de São Paulo,(SO García, D., & Roncoletta FT, A., 2011) realiza un proceso pedagógico con los estudiantes de medicina de pregrado, que consiste en la atención medica directa o por observación de un pacientes complejos bajo un modelo de atención biopsicosocial dirigido por un médico especialista en medicina de familia, esta actividad permite identificar los aspectos positivos y negativos de la consulta y discusión de temas humanísticos y clínicos, de esta manera se puede analizar todas las necesidades del paciente, reflexionar sobre ellas; edemas se deja huella del modelo de medicina familiar generando una vocación en los estudiantes.(SO García, D., & Roncoletta FT, A., 2011)

En las diferentes facultades de medicina de brasil existen múltiples estrategias pedagógicas auspiciadas por SOBRAMFA como lo son: reuniones científicas semanales: se denominan “marcapaso científico” espacio donde se discuten casos clínicos, permitiendo la actualización de los docentes y estudiantes; congresos anuales académicos evento en el cual los estudiantes tienen una participación activa, tanto en la organización como en las discusiones académicas del congreso; seminarios mensuales basados en casos de la literatura o de la práctica cotidiana presentados por estudiantes quienes también son el público principal. Los docentes 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 paciente, de esta forma el docente-profesor genera cambios significativos en sus alumnos.(SO García, D., & Roncoletta FT, A., 2011)

Grupos interesados en medicina de familia: denominados “ligas” que funcionan en las diversas facultades de medicina liderados por los médicos de familia allí presentes; jornada académica anual de medicina de familia: lugar donde las diversas ligas comparten sus experiencias; rotaciones en medicina de familia, consiste en una rotación electiva a la que acuden estudiantes de medicina, estos acompañan a los médicos profesores en su práctica médica cotidiana.

Los logros más importantes de la vida académica de SOBRAMFA ha sido involucrar a miles de estudiantes de medicina en medicina familiar durante los últimos 20 años , en diversas actividades como la reunión académica de medicina familiar anual, grupos interesados en medicina de familia en las diferentes universidades, compartir experiencias educativas con estudiantes de diferentes universidades, participar en reuniones y congresos de WONCA (world organization of family doctor), donde los estudiantes presentan sus trabajos académicos.

Una de las estrategias en el aprendizaje en medicina de familia es la formación equilibrada entre teoría y práctica fomentando liderazgos entre los estudiantes, al tiempo que les apoya en su empeño por incorporar el humanismo médico, este humanismo implica la posibilidad de compartir y conocer experiencias de los residentes, es así que se crean ligas de medicina familiar que permiten al estudiante en horario extracurricular discutir acerca de temas de interés para la especialidad.

CAPITULO III:

ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD, UN MODELO APLICABLE AL CONTEXTO COLOMBIANO

SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

La ley 100 expedida el 23 de diciembre de 1993, dio un vuelco total a la prestación de servicios de salud en Colombia, para el año 2000 Colombia se encontraba en el puesto 41 de 191 países, según la OMS; se pensó en una cobertura mucho mayor a la registrada, pero la ley ha tenido muchas dificultades en su aplicación, problemas de corrupción y de financiación, lo que conllevó a realizarle varios ajustes.

Reglamentación

La constitución política de Colombia en el Art. 48, reglamenta en el segundo libro, la Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de la república, la cual estableció el Sistema de Seguridad Social en el país, así como las condiciones en que se deben prestar los servicios, con sujeción a los principios de, universalidad, integralidad, eficiencia, solidaridad, unidad y participación.

Con la reforma (ley 100) se crearon subsidios para beneficiar a la población más desfavorecida; además se buscó evitar el monopolio del estado sobre la salud, permitiendo el derecho de la libre competencia con la incorporación de empresas prestadoras de salud (EPS).

La salud como servicio público, se rige por reglas como son: la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa la equidad, la libre escogencia, la protección integral, la participación social, la concertación y la calidad.

Modificaciones al sistema de salud Colombiano:

Ley 100 de 1993, (Jaramillo, 1999) rige Sistema de seguridad social integral en Colombia, ha tenido modificaciones que han sido las siguientes:

Ley 1122 de 2007: (Tafur, 2007) el artículo primero de esta ley resume el objeto de la misma, sin embargo no se realizaron cambios estructurales, sino mas bien ajustes en su operación y funcionamiento; lo más destacado es la creación de la comisión reguladora en salud (CRES), fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, la creación del defensor del usuario y el establecimiento de indicadores de gestión y resultados. Con el plan nacional de salud pública se lanzan unos lineamientos, los cuales son solo de forma y no de fondo; la promoción y prevención del sistema subsidiado, ya no queda a cargo de las alcaldías sino de las ARS (aseguradora del régimen subsidiado), que quedan obligadas a contratar con las ESE (empresa social del estado)

Ley 1438 del 19 de enero de 2011: (Franco-Giraldo, 2012) “Esta ley tiene como objeto: el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”

Ley 1562 de 2012: por la cual se modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional, buscando mejorar lo siguiente:

- ✓ Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Se cambia el sistema de Administradoras de riesgos profesionales ARP por Sistema Administradoras de riesgos laborales ARL (para abrir el campo a todo tipo de trabajador)

Antecedentes

A grandes rasgos el sistema de salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas

- 1950 se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal. Se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y sus esposas en estado de embarazo. Antes de 1950, era “el modelo higienista” donde la atención preventiva y curativa en salud venían a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad
- La segunda etapa, “subsidios a la oferta”. No se podía proporcionar una atención integral a la población de bajos recursos, pues el gobierno nacional giraba directamente a los hospitales públicos los recursos de acuerdo a un presupuesto

- La tercera inicia desde la ley 10, luego con la ley 100, esta última con sus ajustes rige hasta la actualidad. (Castaño, R. A., Arbelaez, J. J., & Morales, L. G., 2001)

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

La Superintendencia Nacional de Salud:

Este organismo formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social; así como también autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS

Entidades aseguradoras:

En el Sistema general de Seguridad Social en Salud de Colombia es cubierto por 2 entidades:

Entidades promotoras de salud (EPS): su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud), lo cual se hace a través de 2 modalidades los paciente de EPS (con capacidad de pago) y los pacientes del régimen subsidiado (sin capacidad de pago).

Regímenes especiales: en el que se encuentran determinado grupo de personas afiliados al sistema de salud con algunos privilegios o beneficios como lo son: el Magisterio, las Fuerzas Armadas.

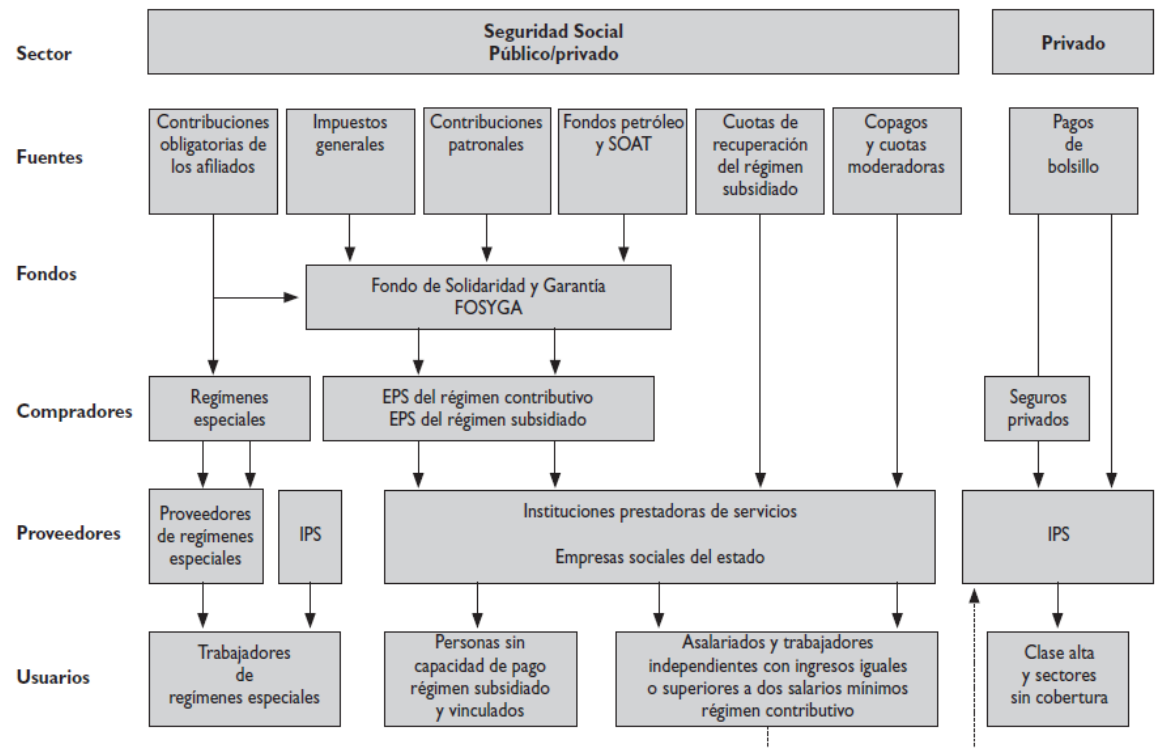
Aseguradoras de riesgos Laborales (ARL): todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una ARL. Estas entidades son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo. (Castaño, R. A., Arbelaez, J. J., & Morales, L. G., 2001)

Las Instituciones prestadoras de salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios y consultorios; pueden ser públicas o privadas; están clasificadas de acuerdo a su nivel de complejidad, por medio de la habilitación y/o la acreditación.

Financiación del Sistema:

El sistema tiene un financiamiento mixto, por un lado el gobierno con los subsidios a la población sin recursos cubre solo el POS (plan obligatorio de salud), por otro lado está el régimen contributivo donde una parte la financia el empleador y por otra el mismo trabajador (El aporte a salud debe ser el 12,5% del salario base de cotización, porcentaje que asume en su totalidad los trabajadores independientes, y en caso de los empleados éste asume el 4% y el empleador el 8,5%.) (Castaño, R. A., Arbelaez, J. J., & Morales, L. G., 2001); (Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J., 2011)

Tabla 3. Sistema de salud Colombiano



SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

Fuente: (Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J., 2011)

Además existe los planes complementarios de salud (pólizas o sistema de pre-pagadas) costeadas por los usuarios de mayor poder adquisitivo y que necesitan como prerrequisito estar afiliado a una EPS.

Las ARL son costeados por el empleador y cubren todos los eventos relacionados con el trabajo.

Críticas y dificultades del Sistema

- Las EPS son vistas como intermediarias entre los usuarios y la red hospitalaria, lo que aumenta el costo, por esa razón son vistas como ineficientes, creando barreras de acceso al sistema.
- Dificultad para lograr una cobertura universal con financieramente sostenible.

- Fraudes realizados por las EPS y las IPS de la atención no cubierta por el POS, lo que desencadenó un desangre del FOSYGA
- No se logró una modernización de los hospitales públicos, lo que dificulta una atención integral de calidad.

PARALELO DEL SISTEMA DE SALUD DE BRASIL CON EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO:

El Sistema de salud de Brasil, como se ha precisado en los capítulos anteriores, Consta de un sector público y privado, donde el público es financiado por impuestos y contribuciones sociales federales estatales y municipales, lo cual financia el Sistema único de salud SUS. Las entidades que prestan el servicio son los Hospitales Universitarios del Ministerio de Educación y el sistema de las Fuerzas Armadas. Además las clínicas y hospitales estatales y municipales del SUS. La cobertura es la de todos los ciudadanos y la población con capacidad de pago en servicios de atención de alto costo.

El sector privado consta de empresas y familias que cubren el Sistema de Salud Suplementaria que tiene como prestatarios a proveedores privados con y sin fines de lucro que prestan sus servicios a la población con capacidad de pago. Además de los proveedores privados con fines de lucro que tienen como usuarios a la población de mayores ingresos. Hay cierta similitud, pues, en el sistema Colombiano también existe una división entre los que pueden o tienen el nivel para pagar y los que deben subsidiarlos el estado.(Castaño, R. A., Arbelaez, J. J., & Morales, L. G., 2001)

Los ejes del cubrimiento de la salud, incluyen también la universalidad, la equidad, y la integralidad con base en una organización descentralizada y con control social de la administración.

La aplicación por parte de los Médicos Familiares, de la estrategia de Atención primaria, además, de los controles y la participación comunitaria hicieron del modelo, un éxito inmediato, además de la voluntad política de su masificación. Por otra parte no existe ninguna restricción en el tipo de padecimientos cubiertos por el SUS. Lo que ha sido una dificultad es que el su financiamiento ha impedido alcanzar la cobertura universal de servicios integrales, lo que se traduce en tiempos largos de espera para acceder atención a especialidades, cirugías y tratamientos de urgencias. Esto ha generado dificultades de orden legal pues la población exige el cubrimiento de enfermedades de alto costo que se encuentran en fase experimental. Algo parecido en el sistema Colombiano, que mediante la tutela se trata de manera individual, acceder a los servicios que se requieren y que el sistema restringió y dejó a manos del Fosyga el cual es insuficiente económicamente para que toda la población pueda acceder a todo los requerimientos en materia de manejo de las enfermedades que se presentan.(Castaño, R. A., Arbelaez, J. J., & Morales, L. G., 2001)

Un fortaleza grande es el programa Salud de la Familia que reorienta la práctica médica hacia la atención primaria a la salud mediante la creación de equipos de salud que prestan atención desde el hogar hasta las unidades de salud. Estos equipos de trabajo conformados por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, agentes comunitarios, más los equipos de salud bucal conformados por odontólogos, técnicos

y auxiliares dentales. Este modelo actualmente cubre el 50% de la población y busca identificar y facilitar la atención de las enfermedades de la población a cargo. Los equipos se aumentan con otras disciplinas y otros especialistas de acuerdo al tamaño de la población.

La Atención Primaria en Brasil, con la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) fue descentralizada para los municipios a partir de 1990. Hoy tiene más de 5500 municipios y son responsables por la Atención Básica las 38 mil Unidades Básicas de Salud instaladas en todo el país. Se pretende que la Unidad de Salud de la Familia (USF) constituya la puerta de entrada preferencial al sistema de salud; cuenta con un equipo que está compuesto por médico (que debería ser generalista), un enfermero, uno o dos técnicos o auxiliares de enfermería y de 5 a 6 agentes comunitarios de salud (ACS), todos con contratos de trabajo integral de 40 horas semanales; cada equipo es responsable por 3000 personas en áreas bien delimitadas

Los Equipos de salud familiar, pueden estar asociados un equipo de salud bucal compuesto por cirujano dentista y auxiliar dental o un técnico dental. Para ampliar la resolutiveidad de las USF desde 2008 se crean los Núcleos de Apoyo de Salud a la Familia (NASF), compuestos por otros profesionales de salud como psicólogo, asistente social, farmacéutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profesional de educación física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecólogo, médico homeópata, médico acupunturista, médico pediatra y médico psiquiatra. (Atención primaria en el SUS de Brasil Ligia Giovanella 2013)

En los equipos que se piensan para Colombia, falta volver al modelo de participación comunitaria y el entrenamiento de promotores de salud que antes de la ley 100 se tenían en la población del área de influencia de los Centros de salud, los cuales tenían un sistema de referencia y contrarreferencia en los diferentes niveles de atención médica. Por otra parte, se inició la ley 100 a sabiendas que el recurso de médicos familiares era necesario para que manejaran este modelo de atención primaria y sin embargo al inicio quedó un médico general sin entrenamiento en estos temas y sin las habilidades para manejar la comunidad, así como, el desmonte de muchas labores de saneamiento ambiental y de salud pública no contempladas en la ley 100 que con el tiempo tuvieron que ser tenidas en cuenta como la ley de salud pública y ahora el plan decenal de salud pública 2012-2021. Preocupa que el sistema no es robusto en recursos para cubrir la población en todos sus aspectos de salud- enfermedad y que ahora se tiene en mente en la reforma a la ley 100 volver a un modelo centralista de la atención con una gran EPS o entidad que manejará los recursos ya menguados.

También es importante señalar que en este momento los hospitales otrora eficientes académicos como los hospitales universitarios y con recursos han sido malévolamente llevados a bancarrota por las mismas EPS que incumplieron con sus obligaciones de remunerar oportunamente los servicios prestados a sus afiliados y ahora que algunas están quebradas el panorama es sombrío para su recuperación.(Castaño, R. A., Arbelaez, J. J., & Morales, L. G., 2001)

En cuanto a la profesión médica, dejó de practicarse libremente y ha sido sometida a constantes camisas de fuerza pues administrativos no médicos toman decisiones

contrarias a lo que médicamente requieren los pacientes, pasando por encima de las decisiones médicas poniendo en peligro la vida de los paciente con niveles de autorización que prolongan peligrosamente la solución de los problemas de los paciente y que los agravan innecesariamente a la población a cargo. Además de la ruptura de la relación médico paciente y la aparición del paciente como cliente. Como lo dice el Dr. José Félix Patiño Restrepo en su artículo del Periódico UN No. 174 de la Universidad Nacional de Colombia Febrero 2014 (www.unperiodico.unal.edu.co): Un Sistema de Salud Regresivo, Inviabile y que Corrompe: “Esto ha llevado a la mayor crisis de salud de la historia del país y un devastador efecto sobre le ministerio de salud, la red hospitalaria y lo más grave sobre la medicina como arte, profesión y ciencia”.

El Dr. Patiño señala en su conclusión: “Se requiere la decisión política de emprender una reforma estructural de sistema de salud que acabe con la intermediación financiera, haga desaparecer el negocio y restablezca la atención de la salud como un servicio social que la haga valer como un derecho fundamental.”

En cuanto a los sistemas de control aunque están en el papel no son lo suficientemente efectivos para garantizar una prestación eficaz y la solución de los problemas de los afiliados o usuarios y los del personal de la salud, pues privilegian las decisiones del personal administrativo no médico sobre la salud de las personas.

Por último como dice la Atención Primaria debemos acercar la tecnología de punta a los niveles primarios de atención para aumentar la resolutividad y dejar de pensar que el nivel primario es el más pobre en tecnología.

Tabla 4. Paralelo de los sistemas de salud de Brasil y de Colombia

VARIABLE	COLOMBIA	BRASIL
Población a 2010 en millones de habitantes	45.5 millones	191.5 millones
Tasa bruta de mortalidad en	4.3	5.6
Tasa de mortalidad infantil	20.6	20
Razón de mortalidad materna	62	77
Esperanza de vida al nacer	74	73
Porcentaje del PIB para salud	5.9	8.4
Población con cobertura de salud a 2010	95.7	100 %
Promulgación de la ley de	1993 se crea la ley 100 que rige el sistema general de seguridad	1988 promulgación de la ley sistema único de salud (SUS)

seguridad social	social en salud	
Cobertura	95.7 % con limitación al POS (plan obligatorio de salud) hay un mínimo de cobertura con ajustes en forma periódica	El SUS cubre el 100 % de la población, sin limitaciones en la atención, no importa si tiene o no capacidad de pago *
Sistema de salud	Limitado al POS, el sistema es regulado por el estado, pero el intermediario son las EPS contributiva y subsidiada de acuerdo a la capacidad de pago. Los servicios se prestan a través de IPS (clínicas, Hospitales, consultorios) Existen planes de atención complementaria que exigen como pre requisito tener una EPS o también existen usuarios con usuarios con regímenes especiales (ej. Fuerzas armadas) y finalmente los usuarios que usan el sistema de forma privada	El SUS cubre toda la población, no tiene límites de cobertura, incluso cubre el alto costo. El servicio se presta a través de clínicas y hospitales públicos como de convenios con prestadores privados; las empresas tiene planes de atención complementaria y existe la opción de los usuarios que desean una atención en forma privada *
Financiamiento	Con aportes del trabajador, de	El SUS tiene la cobertura del

del sistema de salud	los empleadores; los usuarios están obligados a pagar cuotas moderadoras o copagos en la atención de salud ambulatoria	100% de la población, se financia con impuestos y contribuciones a nivel municipal, estatal y federal *
Problemas del sistema	No hay cobertura 100 %. hay intermediación entre el estado y las IPS a través de EPS, con lo que se aumenta el gasto en salud. Corrupción con desvío de recursos y desangre del sistema. La red pública hospitalaria está en una profunda crisis. No hay un modelo centrado en la atención primaria. Los trabajadores de la salud no tiene estabilidad laboral hay mucha informalidad. La salud pública no ha tenido una política integradora, por lo que ha quedado como rueda suelta en el sistema.	El sector salud no está integrado con otras áreas relacionadas con necesidades básicas de la población. La población rural incluyendo la población indígena, tiene problemas de acceso al sistema por no haber estímulos al personal sanitario, de trabajar en estas áreas. De acuerdo a las particularidades de cada región, se deben individualizar los derechos y deberes en salud de los usuarios. Ampliar las capacidades reguladoras del Estado reconociendo a la salud como bien social, reglamentando las

	No está garantizada la financiación 100 % del sistema de salud, toda vez que los recursos recaudados son insuficientes y no hay solución de fondo en el corto plazo	relaciones público-privado. Superar el sub financiamiento de la salud, producto de imperativos económicos. **
Como es la atención primaria	Las EPS contratan con IPS, para la atención de sus afiliados, la puerta de entrada al sistema es el médico general, pero no hay resolutiveidad, se remite a los especialistas pero la oportunidad de estos está a más de un mes. No hay una atención centrada en el paciente, solo se limita a resolver en un espacio de 15 a 20 minutos los motivos de consulta	La Unidad de Salud de la Familia (USF) constituye la puerta de entrada preferencial al sistema de salud; cuenta con un equipo que está compuesto por médico (que debería ser generalista), un enfermero, uno o dos técnicos o auxiliares de enfermería y de 5 a 6 agentes comunitarios de salud (ACS), todos con contratos de trabajo integral de 40 horas semanales; cada equipo es responsable por 3000 personas en áreas bien delimitadas. La atención es

		integral y resolutive. ***
--	--	----------------------------

Fuente: cuadro elaborado por los autores (Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J., 2011 *, los sistemas de salud de Latinoamérica y el papel del seguro privado Ursula Giedion **, Atención primaria en el SUS de Brasil Ligia Giovanella 2013 ***)

CONCLUSIONES

Medicina familiar nace en Brasil como una respuesta al modelo de atención primaria, este proceso ha estado acompañado de políticas públicas y ayudas financieras en apoyo al fomento de la formación de nuevos médicos familiares como lo son PITS y becas otorgadas a los que estudian esta especialidad; este proceso de formación liderada por SOBRAMFA, fundada en 1992 con el objetivo de promover la dimensión humanista de la Medicina, ha divulgado su filosofía académica a través de Congresos, Reuniones académicas, Seminarios, Reuniones Internacionales en Brasil, Participación en Congresos Internacionales, Cursos de Educación Médica Continua y mediante sus múltiples Publicaciones Científicas.

Los cuatro pilares para la formación de médico familiar son: Atención Primaria, Educación Médica, Humanismo y Formación de Líderes y la excelencia científica, y el uso eficiente de los recursos sanitarios, cada pilar se enfoca en la medicina centrada en el paciente.

En Las experiencias acumuladas por más de 20 años la medicina familiar se ha apropiado de espacios en atención primaria integral tanto en ámbito hospitalario como consulta externa con resultados favorables según la evaluación del paciente e impactando positivamente en la salud de los Brasileños.

El Médico Familiar en Brasil goza de muchas habilidades en diferentes campos de intervención que le ofrecen distintas competencias, como coordinador de equipos multidisciplinarios en atención domiciliaria, el conocimiento de herramientas

epidemiológicas y de la salud pública permitiéndole una práctica correcta y eficiente, y el apoyo en las actividades de gerencia para mejorar la accesibilidad, optimizar la utilización de los recursos, y la oportunidad.

El perfil profesional del especialista de medicina Familiar y Colombia se orienta a la atención primaria, obteniendo mejor control de enfermedades prevalentes bajo los principios de continuidad e interdisciplinaridad con trabajo en equipo coordinando.

La resolutividad del médico de familia está dada por su formación especializada y preparación para prestar atención de salud de gran calidad científica, con un enfoque integral de los problemas y situaciones de salud de individuos, familias y comunitarios, llama la atención que en la literatura revisada no se evidencia formación o practica quirúrgica en los residentes de Brasil diferente a algunos programas de postgrado de medicina familiar en Colombia.

Igual que Brasil aún en Colombia nos encontramos en un proceso de reconocimiento por parte de las demás especialidades, incluso con el riesgo de ser un especialista de segundo orden, en gran parte como resultado del poco conocimiento de la especialidad desde la formación en pregrado.

Uno de los problemas identificados en Brasil es la falta de unificación de Curriculum académicos, con el riesgo de formar especialistas sin la formación académica requerida, poniendo en riesgo la credibilidad de la especialidad, además muchos

médicos que optan por esta especialidad no lo hacen por verdadera convicción, sino por alcanzar un salario decente.

GLOSARIO

ABEM: Asociación Brasileña de la Educación Médica

APS: Atención Primaria en salud

ARL: Aseguradoras de riesgos Laborales

CNRM: Comisión Nacional de Residencia Médica

EPS: Entidades promotoras de salud

FITNESS: formación integral y entrenamiento en servicio con supervisión

MFC: Medicina Familiar y Comunitaria

MGC: Medicina General de la Comunidad

OMS: Organización Mundial de la Salud

POS: Plan Obligatorio de salud

SBMFC: Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria

SOBRAMFA: Sociedad Brasileña de Medicina Familiar

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

TICS: Tecnologías de la información en salud

WONCA: World Organization of Family Doctor

BIBLIOGRAFIA

References

Adriana FT Roncoletta, Pablo González Blasco, Graziela Moreto, Marcelo

Levites. Medicina de familia y universidad brasileña (II): Actividades docentes de la SOBRAMFA con estudiantes de medicina. Retrieved 1/16/2014, 2014, from

http://www.sobramfa.com.br/artigos/2007_mar_medicina_de_familia_y_universidad_brasilena_ii.pdf

Almeida, P. V. B., & de Lurdes Zanolli, M. (2011). O papel do pediatra no PSF- paidéia de campinas (SP). Retrieved 1/16/2014, 2014, from

<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a83v16s1.pdf>

Becerril-Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud de brasil. *salud pública de méxico*, 53(suplemento 2). Retrieved 1/16/2014, 2014, from

<http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf>

Blasco, P. G., Haq, C., Freeman, J., & Janaudis, M. A. (2005). Educando os médicos para a saúde no brasil: O papel da medicina de família. *medicina: Jornal do conselho federal de medicina. Jornal do Conselho Federal De Medicina,*

Blasco, P. G., Roncoletta, A. F., Moreto, G., Janaudis, M. A., & Levites, M. R. (2006). Impacto de la medicina de familia en la facultad de medicina: Análisis cualitativo de una experiencia educativa. Retrieved 1/16/2014, 2014, from http://www.sobramfa.com.br/artigos/2006_impacto_de_la_medicina_de_familia_en_la_faculdade.pdf

Campos, C. E. A., & Izecksohn, M. M. V. (2010). Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no brasil; profile and evolution of family and community health residency programs in brazil. *Rev. APS, 13(2)*. Retrieved 1/16/2014, 2014, from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=560217&indexSearch=ID>

Castaño, R. A., Arbelaez, J. J., & Morales, L. G. (2001). *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*. naciones unidas, CEPAL, unidad de estudios especiales, secretaría ejecutiva.

de Benedetto, M. A., Janaudis, M. A., Leoto, R. F., & González-Blasco, P. (2006). Pacientes, residentes y estudiantes descubriendo la medicina familiar. *Archivos*

en artículo original vol, 8(1), 9-17. Retrieved 1/16/2014, 2014, from
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061b.pdf>

Franco-Giraldo, Á. (2012). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Revista de salud pública*, 14(5), 865-877.

González-Blasco P. (2005). PROMOVIENDO LIDERAZGOS EN MEDICINA DE FAMILIA: UNA REFLEXION VITAL
. *Pan-American Family Medicine Clinics, Proceedings of the 9th Congress of Brazilian Society of Family Medicine, São Paulo, Brazil, Editorial Medicina Familiar Mexicana.*, 1

González-Blasco, P. (2004). Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Arch med fam*, 6(2), 31-33. Retrieved 1/16/2014, 2014, from
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf042b.pdf>

González-Blasco, P., Ramírez-Villaseñor, I., Bustos-Saldaña, R., & Moreto, G. (2005). La formación de médicos familiares en latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático. *Archivos de medicina familiar*, 7(1), 1-3. Retrieved 1/16/2014, 2014, from
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf051a.pdf>

González-Blasco, P., Roncoletta, A. F. T., Moreto, G., Levites, M. R., & Janaudis, M. A. (2005). Medicina de familia y cine: Un recurso humanístico para educar la afectividad. *Atención Primaria*, 36(10), 566-572.,

Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de colombia. *salud pública de méxico*, 53, s144-s155.

Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Haq, C., & Freeman, J. (2009). Formando médicos para a medicina de família e comunidade. *Revista bioética*, 15(1). Retrieved 1/16/2014, 2014, from http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/27

Jaramillo, I. (1999). *El futuro de la salud en colombia: Ley 100 de 1993 cinco años después*. fescol.

Levites, M., & Blasco, P. G. (2009). Competencia y humanismo: La medicina familiar en busca de la excelencia. *Archivos de medicina familiar y general*, 6(2). Retrieved 1/16/2014, 2014, from <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/88>

La literatura como recurso didáctico en la formación humanista de los estudiantes de medicina | craice de benedetto | atención familiar. Retrieved 1/16/2014, 2014, from http://132.247.146.34/index.php/atencion_familiar/article/view/26104

Mar co Aur elio Janaudis, Mar celo R. Levites, Adriana F. T. Roncoletta, De borah S. O. Gar cia, Graziela Mor eto, Maria Auxiliadora, C. De Benedetto, Thais Raquel P. Pinheir o, Pablo González Blasco. Academic family medicine in brazil. Retrieved 1/16/2014, 2014, from <http://www.sobramfa.com.br/en/pagina.php?p=articles&a=44>

Oyama, D. H. M., & da Cruz Campos, E. A primeira residência brasileira de medicina de família dentro de uma instituição privada: A experiência das residentes.

Retrieved 1/16/2014, 2014, from

http://www.sobramfa.com.br/artigos/2010_dez_primeira_residencia_brasileira_e_m_mf_em_instituicao_privada.pdf

Praxedes Fernandes Elvis, Moreto Graziela. (2011). Un modelo brasileño de educación continua en medicina familiar. Retrieved 1/16/2014, 2014, from

<http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2011/af113d.pdf>

Roncoletta FT, A., & SO García, D. (2011). Reflections on the concept of primary care and some of its consequences in the training of family doctors in brazil.

Retrieved 1/16/2014, 2014, from

<http://189.254.13.173:8080/jspui/handle/987654321/5337>

Roncoletta, A. F. T., Mônaco, C. F., Levites, M. R., & González-Blasco, P. (2009).

Las nuevas competencias del médico familiar: Coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. una experiencia brasileña. *Archivos en medicina familiar*, 11(2), 78-89. Retrieved 1/16/2014,

2014, from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719090005>

Ruas, S. S., & Assuncao, A. A. (2013). Teleconsultations by primary care physicians of belo horizonte: Challenges in the diffusion of innovation. *Telemedicine*

Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine

Association, 19(5), 409-414. doi:10.1089/tmj.2012.0095;
10.1089/tmj.2012.0095

SO García, D., & Roncoletta FT, A. (2011). The impact of family medicine in medical education: Experience of the program of family medicine, faculty of medicine of são camilo, university center of são paulo, brazil. Retrieved 1/16/2014, 2014, from <http://189.254.13.173:8080/jspui/handle/987654321/5345>

Tafur, L. A. (2007). Controversia a la reforma de la ley 100 de 1993, ley 1122 de enero de 2007. *Colombia médica*, 38(2), 107-112.

Valente, R. R., Nassar Júnior, A. P., Levites, M. R., & Blasco, P. G. (2004). Medicina de família: Um corpo próprio de conhecimentos; family medicine: A body of knowledge itself. *Diagn. tratamento*, 9(2), 61-63. Retrieved 1/16/2014, 2014, from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=508012&indexSearch=ID>

Vasconcelos, F. G. A., & Zaniboni, M. R. G. (2011). Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciência e saúde coletiva*, 16(supl 1), S1497-S1504. Retrieved 1/16/2014, 2014, from <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a85v16s1.pdf>