

Artículo de revisión

La medicina familiar en la universidad: la experiencia de Sobramfa, educación médica & humanismo

Family Medicine at the University: Experience of the Sobramfa, Medical Education & Humanism

A medicina de família na universidade: a experiência da Sobramfa, educação médica & humanismo

Pablo González Blasco,^{*} Adriana F.T. Roncoletta,^{**} Marco Aurélio Janaudis,^{***} Graziela Moreto,^{****} Marcelo R. Levites,^{*****}
María Auxiliadora C. de Benedetto,^{*****} Deborah S.O. García,^{*****} Thais Raquel Pinheiro,^{*****} Cauê F. Mônaco^{*****}

*Todos los profesores se preguntan qué tienen que enseñar;
algunos, cómo se enseña.*

*Pocos piensan en quiénes son sus alumnos
Y casi ninguno se formula la pregunta clave: ¿quién enseña?
Porque, queramos o no, jenseñamos lo que somos!*
Parker J. Palmer: *The Courage to Teach*

You are all my reasons!
John Nash in *Beautiful Mind*

Resumen

Si los alumnos no ven el modelo de médico familiar enseñando en la universidad, la promoción de la especialidad será más difícil. Es el momento de considerar otros campos de la educación médica, en los cuales los médicos familiares puedan colaborar y, mientras enseñan contenidos específicos variados, destilar los valores de la medicina de familia y así convertirse en modelos para los estudiantes. Los valores de la medicina familiar que atraen a los estudiantes a la especialidad también son necesarios para construir médicos competentes. Por esto, los médicos familiares, presentándose como colaboradores en la formación de los estudiantes, ayudarán a formar buenos médicos "células-madre". La práctica de la medicina centrada en la persona, la perspectiva humanística de la acción médica, los cuidados continuados y amplios son, de hecho, valores de excelencia en el ejercicio de la profesión médica. Esto resulta comprensible para los estudiantes, pues esos valores son los que muchas veces motivaron

su decisión vocacional de ser médicos. Los estudiantes aprenden no sólo de contenidos específicos sino, sobre todo, del ejemplo del docente. Descubrirán en estos profesores, que son de hecho médicos familiares, educadores comprometidos e interesados en su formación, y notarán cómo mejoran su aprendizaje. Estos resultados aumentarán el prestigio de los médicos familiares como profesores en la comunidad académica. Las estrategias colaborativas de la Sociedad Brasileira de Medicina Familiar (Sobramfa), iniciadas hace cinco años, han resultado en situar a nueve de sus profesores como docentes regulares en seis facultades de medicina de São Paulo, Brasil, actuando en diversos escenarios docentes y divulgando los valores de la medicina familiar entre los estudiantes.

Summary

If students do not see the model of the Family Physicians teaching at the university, to promote the specialization will be more difficult.

Palabras claves: medicina familiar, educación médica, currículum de pregrado
KeyWords: subordination, tolerance, gender and family violence
Palavras chave: medicina de familia, educação médica, currículum de graduação

Recibido: 16/3/12

Aceptado: 27/4/12

^{*}Profesor de posgrado en la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. ^{**}Profesora de la Facultad de Medicina del Centro Universitario São Camilo. ^{***}Profesor de la Facultad de Medicina de Jundiaí.

^{****}Profesora de la Facultad de Medicina del Centro Universitario Nove de Julho. ^{*****}Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Anhembi-Morumbi.

^{*****}Profesora de la Escuela Paulista de Medicina, Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP). ^{*****}Profesora de la Facultad de Medicina del Centro Universitario São Camilo. ^{*****}Médico de familia, coordinadora de programas en cuidados paliativos en Sobramfa. ^{*****}Profesor de la Facultad de Medicina del Centro Universitario São Camilo

Este artículo debe citarse: González-Blasco P, Roncoletta F.T. A, Janaudis MA, Moreto G, Levites MR, C. de Benedetto MA y cols. La medicina familiar en la universidad: la experiencia de Sobramfa, educación médica & humanismo. Aten Fam. 2012;19(3): 75-79.

Correspondencia:
Pablo González Blasco
pablogb@sobramfa.com.br

It is time to consider other fields of medical education, in which Family Physicians can collaborate and, while they teach specific and varied contents, distilling values of Family Medicine and thus become a model for students. Family Medicine Values that attract students to the specialization are also necessary to build competent physicians. Therefore, Family Physicians who are presented as collaborators in the students' formation will help to form good doctors "stem-cells". The practice of medicine centered on the individual, the humanistic perspective of medical action, continuing and wide care are, in fact, values of excellence in daily practice of medicine. This result is understandable for students, because those values can motivate the decision of becoming physicians. Students learn not only from specific, but also from the professors. They will discover in these professors who are in fact, Family Physicians, teachers committed and interested on their formation and they will notice how they improve their learning. These results will increase the prestige of Family Physicians as professors in the academic community. The collaboration strategies of the Brazilian Society of Family Medicine (Sobramfa) that initiated five years ago have resulted in placing nine professors as regular teachers in six Faculties of Medicine of São Paulo, Brazil, acting in different teaching scenarios and disseminating the values of Family Medicine among students.

Resumo

Se os alunos não vêm o modelo do médico familiar ensinando na universidade, a promoção da especialidade torna-se mais difícil. É o momento de considerar outros campos da educação médica onde os médicos de família poderiam colaborar e, enquanto ensinam conteúdos específicos variados, poder destilar os valores da medicina de família e converter-se em modelos para os estudantes. Os valores da medicina de família, que atraem os estudantes para a especialidade são igualmente necessários para construir-se como médicos competentes. Por isso, os médicos de família apresentando-se como colabora-

dores na formação dos estudantes, ajudarão a formar "bons médicos células-tronco". A prática da medicina centrada na pessoa, a perspectiva humanística da ação médica, os cuidados continuados e abrangentes são, de fato, valores de excelência no exercício da profissão médica. Isto resulta compreensível para os estudantes, pois são esses valores os que muitas vezes motivaram a sua decisão vocacional na escolha da medicina. Os estudantes aprendem não somente dos conteúdos específicos mas, principalmente, do exemplo do docente. Descobrirão nestes professores, que são de fato médicos de família, educadores comprometidos e interessados na sua formação e perceberão como melhora o seu próprio aprendizado. Estes resultados aumentarão o prestígio dos médicos de família como professores na comunidade acadêmica. As estratégias colaborativas de Sobramfa iniciadas há cinco anos, resultam na atualidade em situar nove dos seus professores como docentes regulares em seis faculdades de medicina de São Paulo, Brasil, atuando em diferentes cenários, e divulgando os valores da medicina de família entre os estudantes.

Los principios de la medicina familiar en colaboración con la educación médica

En esta reflexión se mencionan los principios y horizontes de actuación de la medicina familiar, para tener así una idea de las posibilidades estratégicas en la docencia. Y transcurre por lo que se puede llamar en los cuatro pilares de la medicina de familia -atención primaria, educación médica, humanismo y formación de líderes- los cuales son, simultáneamente, apoyo y norte de acción, bases teóricas que garantizan la identidad de los valores, y estrategias de actuación; son combustible y engranaje que permiten el funcionamiento de lo que con expresión feliz se denominó el idealismo práctico de la medicina de familia.^{1,2}

La atención primaria es el primero de los pilares de la reflexión, puerta de entrada al servicio de salud, el primer contacto del enfermo que, sin saber lo que tiene, necesita un médico que lo cuide y oriente. Como decía un viejo profesor, "somos los médicos de sen-

tirse mal". Cuando las personas tienen dolor de cabeza consultan al neurólogo, si sienten dolor en el pecho buscan al cardiólogo, y el traumatólogo es consultado cuando el dolor es en la espalda o quizás el reumatólogo. Pero si se sienten mal consultan al médico familiar. Basta sentirse enfermo, o quizás estar con miedo de sentirse mal o asustado porque un conocido se sintió mal.

Estar abierto para cualquier consulta y con disposición para "lo que va a entrar por esa puerta", como decía un colega también médico de familia, no es una simpleza sino la postura correcta para actuar competentemente en atención primaria. Se sabe que las cosas comunes son corrientes, y las molestias raras se presentan muy de tarde en tarde. También se sabe que los síntomas iniciales de lo complejo y lo sencillo se entrelazan y confunden al inicio de las enfermedades. Los médicos familiares se sienten confortables tratando y cuidando, al tiempo que esperan la evolución del síndrome, sin inquietarse con la falta provisional de diagnóstico o el retraso de unos análisis y la precisión anatopatológica.

Hay quien no actúa sin tener el diagnóstico, porque piensa que es peligroso para el enfermo. En una ocasión un estudiante comentó: "Si casi la mitad de los enfermos que consultan al médico, la primera vez, salen sin diagnóstico, eso es peligroso ¿no?". Un médico familiar con experiencia respondió: "No te creas, joven. Lo peligroso es colocarle el diagnóstico a la primera."

¿Cómo se enseña esta postura abierta y confortable, que convive con la incertidumbre mientras cuida con cariño del enfermo? Es la pregunta que surge al contemplar el panorama absolutamente fragmentado de la educación médica universitaria.³ Esto nos introduce en la segunda cuestión que contribuye a definir nuestra identidad. La educación médica es el segundo pilar sobre el que se apoya la medicina de familia. Los motivos históricos son claros y comprensibles cuando se piensa en el proceso de instalación de la medicina familiar como ciencia y como especialidad. La construcción académica de un nuevo paradigma de práctica médica

-centrada en la persona, no en la enfermedad- requirió, para conquistar credibilidad en el ámbito médico universitario, pensar en el proceso educacional y solicitar la colaboración de educadores y pedagogos.

Fácilmente se comprende el paralelismo que existe entre el paciente y el alumno para el médico de familia, como médico y profesor, cuando se recuerda que el objetivo de su actuación es la persona, es decir el ser humano. Esta mirada antropológica -ejerciendo la clínica y enseñando- introduce el tercer pilar de la medicina de familia en la reflexión: el humanismo médico. Humanismo no es dar soluciones filosóficas a las enfermedades como una fuga de la competencia científica. Humanismo no es cultivar un diletantismo que adorne, superficialmente, una práctica médica mecanicista. Humanismo es, antes que nada, tener presente de modo práctico y real que el objeto de la actuación médica es un ser humano, una persona, “aquella persona”, única e irrepetible. Y para no olvidar esto, y para conocer mejor a la persona en su riquísimo espectro, el médico de familia utiliza todos los recursos necesarios que le permiten un mejor conocimiento del ser humano.⁴ Por eso, cultivar las humanidades no es un apéndice cultural, o un *hobby*, sino una verdadera necesidad, como lo son también los diversos saberes técnicos actualizados.⁵

El médico de familia se construye en la reflexión humanista y se afina como especialista en vínculo, como experto en relaciones y conocedor del ser humano que, con frecuencia, enferma y debe ser cuidado. El carácter reflexivo de la medicina de familia es una marca registrada que se acopla al tercer pilar de la reflexión. Al practicar lo que con acierto se denominó “ejercicio filosófico de la profesión” crece en conocimiento propio, que es la dimensión profunda del verdadero humanismo. Para no olvidar que el *otro*, el paciente, es un ser humano, es necesario recordar que el *yo*, médico, es humano y no puede ni debe abdicar de semejante condición. El ejercicio filosófico de la profesión es lo que los pensadores anglofonos denominan *Reflective Practitioner*, otro de los trazos característicos del médico de familia.

La actitud reflexiva que fomenta el conocimiento propio conduce hasta el cuarto pilar de la reflexión: la formación de líderes. Instalar un nuevo paradigma de atención médica implica contar con líderes, esto es, con formadores de opinión, con elementos que sepan crear, soñar, ejecutar y convocar seguidores en torno de un ideal. Pero el liderazgo verdadero comienza por uno mismo, supone ser líder de sí mismo, conductor del propio destino. Saber quiénes somos y qué queremos es condición imprescindible para arrastrar otros e implantar ideas nuevas.

Se necesitan líderes para poder construir la medicina de familia con seriedad.⁶ Líderes que tengan orgullo de ser lo que son, médicos de familia, por opción vocacional, porque esa fue su decisión profesional. La medicina centrada en la persona, que esta especialidad propone, no puede apoyarse en una práctica generalista inundada de sentimientos de frustración de quien deseaba actuar en otra especialidad y no consiguió realizarlo. Liderazgo significa entender la grandeza de la misión del médico de familia. Cuidar de personas, en todo el espectro riquísimo que el ser humano ofrece y, además ser testigos calificados de historias de vida por lo que esto no puede convivir con sentimientos de mediocridad.

Liderazgo es saber convivir con todos, agregar valores, ser positivos, promover la ciencia médica al servicio del enfermo, pues ese es el verdadero sentido de la profesión. También aglutinar los saberes, promover la salud y tornarla accesible a todos, sin distinción de raza, credo, o cultura. Es evidente que para ejecutar todo esto y, sobre todo, para permitirse soñarlo son necesarios líderes que tengan un entusiasmo apasionado por la medicina y que hayan hecho de ella una opción de vida. “Ser un profesional -afirma un conocido profesor de ética médica- es más que ser un técnico. Es algo enraizado en la conciencia moral, pues sólo quien tiene deseo y capacidad de dedicarse a los otros, buscando un bien mayor, es capaz de hacer profesión pública de su modo de vida”.⁷ Estos son los maestros que en la universidad, se convierten en modelos reales y que,

La medicina familiar en la universidad

entusiasmados con su profesión -sabiendo lo que son y lo que quieren- despiertan en los estudiantes liderazgos futuros y la continuidad vigorosa de la especialidad.

Examinando estos principios -bases teóricas y modos de actuación práctica- es fácil deducir la amplia colaboración que se puede prestar en la educación médica. El médico y profesor que incorpora estas actitudes -que se apoya en esos cuatro pilares- se convierte en un modelo real para los estudiantes de medicina que, al emularle, se sienten transformados en médicos que incorporan la ciencia y el arte médica en su formación académica.

Los cuatro cuadrantes de la ciencia médica: construyendo un conocimiento integrado

Uno de los modelos más utilizados en medicina de familia para explicar el amplio espectro de la ciencia médica es el de los cuatro cuadrantes, en el cual se integran las varias dimensiones necesarias para una actuación competente del médico.⁸ En este modelo se contempla, de modo sistemático, el conocimiento de las evidencias científicas, el conocimiento de la persona del paciente, así como el conocimiento propio del médico que le adviene de la reflexión.

De un modo elegante y muy gráfico, los autores sitúan de un lado la realidad externa. En el cuadrante superior (cuadrante 3) se incluye el conocimiento de las enfermedades, el estudio de métodos diagnósticos y terapéuticos, las innovaciones tecnológicas, la información precisa basada en evidencias y los criterios para evaluar esas informaciones en forma de ensayos clínicos. En el inferior (cuadrante 4), se sitúa la aplicación práctica de los conocimientos anteriores, es decir, la población concreta que el médico debe atender. Aquí se incluyen los sistemas de salud -públicos y privados- y la correcta gestión de prioridades, así como los estudios de apoyo: sociológicos, epidemiológicos y las decisiones de políticas de salud pública. En otras palabras, el cuadrante 4 indica al médico cómo debe utilizar el conocimiento adquirido en el cuadrante 3 al atender la población de la que se hace cargo.

En el lado opuesto se encuentra la realidad que los autores denominan interior. El cuadrante inferior (cuadrante 2) comprende el conocimiento del paciente, su contexto familiar, los valores y la vivencia de la enfermedad, es decir, no saber sobre la enfermedad (cuadrante 3), sino sobre qué es el estar enfermo. Un discernimiento del mundo del enfermo, de su persona y de sus circunstancias. Finalmente, el cuadrante superior (cuadrante 1) se refiere al conocimiento propio del médico, que se adquiere mediante la reflexión -*Reflective Practitioner*- como ya se comentó anteriormente. Una reflexión sobre las propias experiencias y sobre el conocimiento que recibe de los otros tres cuadrantes e incorpora para construir su identidad (Figura 1).

Este modelo es muy útil para explicar la filosofía de acción de la medicina familiar -definir específicamente las competencias del médico familiar- y también para establecer patrones de educación médica basados en este modelo. A continuación se analizarán algunas consecuencias de este modelo.

En primer lugar es necesario situar la medicina de familia en la topografía de los cuatro cuadrantes. Su lugar exacto es en el centro, en el que se integran los conocimientos que le llegan de los cuatro cuadrantes. No se podría situar al médico familiar en el vértice externo del cuadrante 3, pues la tecnología de punta no es su competencia específica, aunque mantiene, permanentemente, un canal abierto para el progreso científico que le llega de este cuadrante, y lo incorpora en la medida de sus necesidades. Igualmente, no se debe situarlo en el vértice del cuadrante 4, en el que operan los estudios epidemiológicos teóricos o las correspondientes políticas de sanidad pública, aunque también está abierto e incorpora la información que le llegan de este campo para que su actuación sea eficaz. En relación con el cuadrante 2, el médico familiar aprovecha los conocimientos de los especialistas -psicólogos,

educadores y sociólogos- para enriquecer su actuación específica con esta dimensión personalista. Finalmente, el cuadrante 1 incorpora el saber que le llega de filósofos, antropólogos y artistas, para enriquecerse como persona y profesional, transformando la filosofía en idealismo práctico.

El médico familiar, situado en el centro de los cuatro cuadrantes, conserva su identidad y se desplaza confortablemente de un cuadrante a otro, de esta manera logra extraer la información que le es útil para cuidar mejor al enfermo, pues ésta es su competencia específica e integradora. El médico familiar integra con naturalidad los conocimientos que la ciencia médica produce en los diversos campos, esto en el momento de tomar las decisiones prácticas para ofrecer un cuidado de excelencia a sus pacientes. La persona es, una vez más, el centro integrador de este proceso y modelo.

Cuando se analiza el modelo de los cuatro cuadrantes, dentro del ámbito de la educación médica, la primera conclusión es que el cuadrante 3 monopoliza la mayoría de los esfuerzos de enseñanza y aprendizaje en las escuelas médicas. Los progresos científicos son tantos y tan variados que resulta escaso el tiempo disponible para transmitir las informaciones sobre todos ellos. Habría que preguntarse si es realmente necesario abordar todos los progresos o atenerse, de modo realista, a lo que un médico no puede dejar de

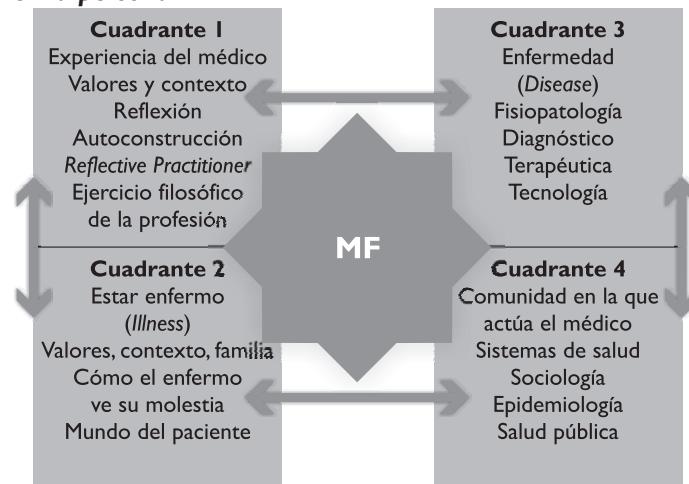
saber para graduarse de modo competente. La discusión es antigua y bien la exponía Ortega y Gasset en su clásico ensayo sobre la universidad hace más de 80 años,⁹ en el cual se menciona que una cosa es ser investigador y otra ser profesor, lo primero no implica lo segundo. El proceso de formación universitaria -la proyección institucional del estudiante en palabras textuales del filósofo español- requiere profesores que formen a los jóvenes para su vida profesional, y no investigadores que les informen de todas las novedades que surgen en el universo científico. El tiempo de formación universitaria es limitado, y es preciso optar por lo que es posible enseñar para construir un buen profesional. La monopolización del proceso de formación médica, por el cuadrante 3 tiene que ver con este asunto de opciones y prioridades, tema que merece reflexión más amplia que aquí sólo se puede incoar, porque el tiempo también es limitado.

El aprendizaje relacionado con el cuadrante 4 también se ha vuelto problemático. Aunque a los estudiantes se les presentan los diversos sistemas de salud, y las políticas de sanidad pública, en muchas ocasiones, la información carece de sentido práctico. Una vez más el problema no está en los contenidos, siempre importantes, sino en el cómo se presentan y en quién es el profesor. Si en el cuadrante 3 se confiaba al investigador la tarea docente, provocando una desproporción de información, en el cuadrante 4 se confía

al profesional de salud pública, el cual ocasionalmente ve enfermos, porque trabaja con datos de población. Lo que motiva al estudiante es el enfermo concreto y la posibilidad de hacer algo por él. Nadie se motiva por un sistema de salud ni por una gestión de sanidad.

En relación con los cuadrantes de la realidad interna (cuadrante 2 y 1), el aprendizaje formal en las facultades de medicina está reducido a la mínima expresión, debido a un descuido que lleva a aprovechar de manera errónea el tiempo disponible para

Figura 1. Medicina de familia: un sistema centrado en la persona



la formación, como ya se ha advertido antes. Hay tanta información disponible, hay tanto que estudiar -porque es eso lo que les exigen a los estudiantes en los exámenes- que no queda tiempo para escuchar al enfermo. Y el enfermo es el verdadero profesor del cuadrante 2, nadie mejor que el paciente para enseñar la dimensión personal de la enfermedad: qué es lo que se siente al estar enfermo.

Si el tiempo para escuchar al enfermo es poco, el que sobra para atender al alumno en sus expectativas, dilemas y motivaciones es nulo. No se dedica tiempo y tampoco se sabe quién tendría que dedicarlo para atender a los alumnos en su construcción como personas y profesionales (cuadrante 1). Los estudiantes viven sus emociones y crisis en desamparo académico, crisis que aumentan a medida que notan que la formación que reciben, primorosa en información, no les aproxima al paciente, sino al contrario, les aleja de él. La insuficiencia de educación en el cuadrante 2 provoca desequilibrios y deformaciones en el cuadrante 1, espacio en el que se produce una verdadera erosión ética de valores, se desestructura la relación que se debe esperar para tratar al paciente, y el crecimiento personal del joven estudiante se presenta repleto de deficiencias.

La falta de respuesta formal académica -¿quién sería su interlocutor universitario para las crisis?- y el instinto de sobrevivencia lleva a los estudiantes a buscar por su cuenta soluciones al problema. No siempre las encuentran aunque soliciten ayuda de la familia y amigos e intenten incorporar una formación complementaria externa al escenario de la educación médica.

Las reflexiones sobre el modelo de los cuatro cuadrantes, aplicado a la educación médica, apunta hacia un panorama presidido por importantes desequilibrios en la gestión del tiempo de formación, en la cantidad y modo de transmisión de los contenidos, y con serios descuidos en lo que se refiere al cuidado de las personas: paciente y alumno. Es justamente esta situación desfavorable la que se convierte en una oportunidad de colaboración para la medicina de familia y para los médicos familiares como profesores.

El médico de familia sabe que el paciente no se reduce a su enfermedad, pues estar enfermo es una condición, un modo de ser. La enfermedad se encarna en la persona que la padece, y por esta razón no existen enfermedades sino enfermos. La clásica distinción,¹⁰ tan utilizada en medicina familiar, entre enfermedad (*disease*) y estar enfermo (*illness*) construye un verdadero puente fenomenológico entre el cuadrante 3, el cuadrante 2, los manejos de la patología y el mundo del enfermo. La aproximación de la persona -verdadera antropología médica en la práctica- norteará también la búsqueda e incorporación necesaria de la información que llega de los progresos técnicos (cuadrante 3) y de las posibilidades que los sistemas de salud ofrecen (cuadrante 4) para cuidar de la persona lo mejor posible. La atención que el médico familiar brinda contempla e integra las evidencias científicas con el contexto del paciente,¹¹ y también considera sus propias experiencias como médico, ya que la mayoría de las evidencias se centran en la enfermedad, en el órgano enfermo, y corresponde al médico aplicarlas con sabiduría en cada caso concreto para ofrecer cuidado de calidad al paciente.¹² Es el médico familiar, con su postura humanística, el verdadero recurso que personaliza e integra la ciencia médica.

Esta actuación práctica del médico de familia se convierte, cuando se incorpora en el ambiente de formación universitaria, en un modelo que auxilia al estudiante a integrar los conocimientos que le llegan de todas las disciplinas, haciendo convergir en el paciente.¹³ Si el médico familiar es un recurso de integración de conocimientos, el paciente concreto es el escenario en el cual esta integración se realiza en la práctica, y se hace transparente para el joven estudiante. En este proceso de aprendizaje, el alumno se sabe guiado por alguien, cuya preocupación principal es el enfermo. Entender quién se preocupa por las personas, puede ser su interlocutor, para ayudarle a crecer como profesional y ser humano, es una deducción lógica. El médico de familia, integrador de conocimientos, es también un educador, un humanista que sabe cuidar de personas: enfermos y estudiantes.

Las oportunidades que la medicina de familia tiene para colaborar en la educación médica son una realidad incontestable. Estudios anteriores han analizado ampliamente este tema.¹⁴ Un documento de hace algunos años, emanado de una conferencia histórica convocada por los liderazgos de la medicina familiar, también lo advertía y vaticinaba con absoluta propiedad.¹⁵

Referencias

1. Ramírez-Villaseñor I, Bustos-Saldaña R, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica: timidez académica y liderazgo errático. *Arch Med Fam.*2005; 7(1):1-3.
2. González-Blasco P. Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Arch Med Fam.* 2004;6(2):31-33.
3. Levites MR, de Azevedo RS, González-Blasco P. Construindo a motivação profissional na Medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar com a incerteza. *RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro).*2011;68:13-18.
4. González-Blasco P, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria.* 2006;38(4):225-29.
5. Levites MR, González-Blasco P. Competencia y humanismo: la medicina familiar en busca de la excelencia. *Archivos de Medicina Familiar y General.* 2009;6(2):2-9.
6. González-Blasco P. Promoviendo liderazgos en medicina de familia: una reflexión vital. *Pan American Family Medicine Clinics.*2005;1:7-15.
7. Kass L. Neither for love nor money: why doctors must not kill. *Public Interest.*1989;94:25-46.
8. Stange KC, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med.* 2001;33(4):286-97.
9. Ortega y Gasset J. Misión de la Universidad. *Revista de Occidente.* Madrid. 1930.
10. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.*1978;88:251-58.
11. Rosser WW. Application of evidence from randomised controlled trials to general practice. *The Lancet.* 1999 feb; 353(9153): 661-64.
12. Culpepper L, Gilbert TT. Evidence and ethics. *The Lancet.* 1999; 353(9155):829-31.
13. Blasco PG, Roncoletta AF, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Accompanying physicians in their family practice: a primary care model for medical students' learning in Brazil. *Fam Med.*2006 oct; 38(9):619-21.
14. González-Blasco P. Dos principios científicos para a ação: o idealismo práctico da Medicina de Família. En: Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. *Princípios da medicina de família.* São Paulo, Brasil: Sobramfa, 2003.
15. Family Medicine Journal. Special Dedicacion Issue. The Keystone Papers:Formal Discussion Papers Fram Keystone III. 2001 April; 33(4). Disponible en: <http://www.stfm.org/fmhup/fm2001/apr01/toc.cfm>