

PRIMER FORO DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA ALPMF

LA INVESTIGACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN LATINOAMÉRICA. DESAFÍOS Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN: UNA PERSPECTIVA DE ALUMNOS, RESIDENTES Y PROFESORES DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE AMÉRICA LATINA.

Ramírez Villaseñor I, Aguayo Arteaga F, Aguirre García M del C, Alvarado Herrera FA, Amador Díaz MB, Aquino Cruz F, Argüelles Callejas G, Attwood LE, Ávila Ramírez RdeIc, Baez Cortes S, Baillet Esquivel L, Bayardo Quezada MA, Cabrera Fasolis B, Castaño Quintero GE, Ciuffolini MB, Cortés Luna G, Díaz Castañeda RE, Domínguez Hernández C, Galindo Aguilar LM, García Aguilera M, García Bolio JA, Guerrero Flores JL, Hamui Sutton A, Irigoyen Coria A, Jure H, Lemus Ramírez L, León Collao LB, López Alvarez CA, López Pérez M, Luna Ruiz MA, Luna Tellez Y, Márquez Reyes L M de los, Mazariegos Flores E de J, Mejía Casas J, Méndez Heredia C, Mendoza Sánchez HF, Moctezuma y Ocampo P, Molina CI, Morales López H, Obeso Sandoval IS, Ortiz López C, Pascual Confesor T, Pérez Hernández C, Ramírez Aranda JM, Ramos Juárez G, Reyes Ruiz ME, Roa de Rojas E, Rojas Ardila V, Rojas Armadillo M de L, Sabido Siglher AS, Sabido Siglher B, Sangüedolce E, Solares Jacinto M, Soto López L, Suárez Bustamante MA, Suárez Cuba MA, Susana Didoni M, Uc Ucan JM, Vargas Rodríguez EA, Vela Otero Y, Velázquez Tlapanco J, Verdugo Robles E, Vergara Cazares G, Villagómez Amezcua M del SC, Welsh Orozco U.

Foro realizado durante el Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia del 1 al 10 de Diciembre de 2007.

Citación sugerida para este documento:

Ramírez Villaseñor I, Aguayo Arteaga F, Aguirre García M del C, Alvarado Herrera FA, Amador Díaz MB, Aquino Cruz F. y cols. La investigación en Medicina Familiar en Latinoamérica: Desafíos y propuestas de solución. Una perspectiva de alumnos, residentes y profesores de la especialidad en medicina familiar de América Latina. Arch Med Fam 2007; 9 Supl.1: S 19-22.

La pregunta inicial del Foro fue: ¿Qué opinan los actores del fenómeno que enfrenta la endeble investigación en medicina familiar en nuestra región?

En este trabajo se presenta una síntesis de las 229 intervenciones que se sucedieron en el foro de investigación: La gran mayoría coincide con este concepto. La medicina familiar como disciplina académica es endeble en la región, la investigación es resultado y factor constitutivo de esa debilidad.

Problemas predominantemente estructurales

1. La selección de aspirantes a la residencia en medicina familiar adolece de múltiples defectos, resulta desigual, la vía sindical demerita el nivel académico.
2. El nivel académico es muy desigual, el resultado: se cuenta con muchos residentes sin la preparación técnica y humana para un trabajo tan complejo.

3. Un importante número de profesores de la disciplina no tienen el nivel de preparación necesaria, y los tutores de los residentes frecuentemente carecen de formación científica básica.
4. Las Instituciones le restan credibilidad a la disciplina, al cubrir plazas de medicina familiar, con especialistas de otras áreas o médicos sin residencia. Y en especial cuando puestos claves como las Jefaturas de Investigación son ocupadas por personas sin la capacidad o incluso de disciplinas ajenas a la medicina familiar.
5. La concentración de recursos financieros y humanos en las zonas urbanas, favorece un precario estadio en el desarrollo de investigación en medicina familiar en las zonas rurales.
6. La sobrecarga de trabajo clínico del médico familiar, a quien se le somete a rígidos horarios de consulta de 15 minutos y que frecuentemente no cuenta con enfermera, hace muy difícil que dedique tiempo a sistematizar sus observaciones clínicas.
7. Aunque en el discurso se habla de un enfoque psicosocial, la labor del residente y del médico familiar se restringe abrumadoramente al modelo biomédico. En la práctica sigue prisionero de la división: mente-cuerpo, precisamente, porque no ha vivido modelos de práctica integradora mente-cuerpo.
8. Con frecuencia, hay una ausencia total de las revistas de investigación en las bibliotecas de las Unidades de Medicina Familiar: "Brillan por su ausencia": **Archivos en Medicina Familiar. An International Journal, Family Practice, Family Medicine, Canadian Family Physician, Atención Primaria, British Journal of General Practice**; en cambio hay libros clásicos del pregrado.
9. Falta la decisión política verdadera más allá del discurso de "la medicina familiar es la base de sistema" en realidad los políticos no creen en las potencialidades de nuestra especialidad.
10. En muchas Unidades de Medicina Familiar no existe un tiempo específico -fuera del horario clínico- donde se discuta sobre conocimientos nuevos o proyectos de investigación locales.
11. La rotación (cambios de consultorio o clínica) en las Instituciones de salud, es dramática, habiendo a veces cinco o más médicos diferentes en un mismo consultorio en tan solo un año. Esto contradice el principio central de la medicina familiar: la continuidad de la atención médica. Podría destruir la relación clínica e impide la investigación con valor pronóstico.
12. Como hecho histórico podemos subrayar que para el tercer día de este primer congreso, ya habían arribado en la Web varios *hackers* queriendo derribar nuestro portal en Internet.

Problemas predominantemente culturales

1. La falta de la medicina familiar como asignatura en el pregrado resulta deformante y totalmente incongruente con las necesidades de salud de la población. El **modelo biomédico** es el único que se imparte a los futuros médicos en muchas universidades. El estatus de la medicina familiar es el más bajo de todas las especialidades médicas. En gran parte por el pobre modelo de resolución de problemas que representa la Salud Pública Latinoamericana.
2. Un número indeterminado de residentes estudian MEDICINA FAMILIAR sin tener la vocación necesaria. El resultado es la frustración de médicos, pacientes e Instituciones de Salud.

3. El estudiante y luego residente aprende a competir contra sus iguales, en lugar de colaborar para beneficiar a sus pacientes.
4. La visión de la medicina familiar como disciplina académica es heterogénea en la región; lo que hace confuso lo relativo al campo de investigación de la disciplina y la mejor forma de hacerla.
5. Se cuestionó el predominio casi absoluto de la *visión positivista del conocimiento*, y la necesidad de prepararnos en el campo de la investigación cualitativa, indispensable en el estudio de la relación médico-paciente, cuestiones éticas y estudio del impacto de las emociones en la salud.
6. Se requiere valorización del estudio a profundidad de casos clínicos e incluir en los programas de estudio la comprensión de los dos tipos de conocimiento indispensables en medicina, el conocimiento abstracto de la MBE, y el concreto y profundo específico de cada caso y no generalizable pero indispensable.
7. Hay un deterioro de la salud del médico familiar que llega a introyectar sentimientos de falta de efectividad. Su salud está descuidada padeciendo con frecuencia el síndrome de desgaste o fatiga laboral (Síndrome de Burnout).
8. Los estudios transversales constituyen más del 90% de la producción científica en medicina familiar, no obstante que su valor pronóstico es casi nulo; esta situación le ha restado credibilidad a nuestra especialidad frente a las especialidades clínicas que hacen estudios de cohortes, y ensayos clínicos de intervenciones con fuerte valor predictivo.
9. La cualidad *sine qua non* del médico familiar debe ser una enorme capacidad reflexiva. Reflexionar sobre su práctica, sus fortalezas, sus debilidades, la investigación que realiza, la forma como se siente. Este Foro ha sido un hermoso ejemplo de reflexión colectiva de los médicos familiares de habla Castellana.

Propuestas

1. Mantener permanentemente un **Foro Latinoamericano de Investigación en Medicina Familiar**, para asesorar a investigadores interesados en esa área y para continuar la discusión e intercambio de experiencias, que de lugar a la formación de un *Grupo Latinoamericano de Investigación en Medicina Familiar*.
2. Identificar médicos familiares e Instituciones interesadas en la investigación en nuestro campo y financiamiento de la misma.
3. Se planteó el deseo (con amplia aceptación) de realizar **Un Primer Congreso Latinoamericano Sobre Investigación en Medicina Familiar**.
4. Se propuso el rescate y enfoque a fondo de la investigación clínica, se reconoció que sus raíces pueden rastrearse en varios siglos de *práctica generalista* la cual se constituye en el centro de la práctica de la medicina familiar. La orientación central sería: la búsqueda del valor pronóstico de nuestra observación clínica a largo plazo.
5. Se debería impulsar la capacitación a través de cursos de investigación en medicina familiar tanto con modelos cuantitativos como cualitativos. Los cursos a distancia son una estrategia viable; y deben ser no sólo sobre diseño de investigación; sino que se debe enseñar a observar y a formular preguntas científicas, sin ello la técnica tendría eficacia muy limitada.
6. Se planteó la idea de llegar a realizar estudios multicéntricos en nuestra región.

7. Se proyectó la publicación en Castellano, de dos editoriales torales en la investigación de nuestro campo, se trata de dos trabajos del médico familiar y filósofo de la medicina familiar: **Ian R McWhinney**.
8. Crear una lista de temas prioritarios o relevantes, que deberán partir de la realidad de cada país o región de cada país.
9. Se propuso la revisión de los programas de la residencia de medicina familiar incluyendo sus actividades teóricas y prácticas, con un sentido humanista y científico. Se debería abandonar que el modelo Flexneriano sea la norma “exclusiva” en las políticas de formación de médicos. Es indispensable programar desde el primer año, el Método Clínico Centrado en el Paciente, y la Teoría de la Complejidad de Morin, así como la Epidemiología Crítica de Brehil. La buena investigación en medicina familiar dependerá de este marco de pensamiento que trasciende al modelo biomédico.
10. La fundación de una Maestría y un Doctorado en Medicina Familiar daría un gran impulso a nuestra disciplina; formaría científicos hábiles en la obtención de conocimiento cuantitativo y cualitativo.
11. Los residentes de medicina familiar deberían alcanzar habilidades de lectura crítica en el primer año de la residencia, realizar un protocolo de investigación en el segundo año, y publicar o presentar su trabajo en Congresos al tercer año. Se reconoce que este planteamiento tiene el riesgo de estimular a presentar estudios transversales por el poco tiempo que estos requieren.
12. Los residentes piden que la información durante su formación sea graduada y con un enfoque holístico -no "de un solo golpe"-.
13. Enseñar al residente a reconocer las emociones de sus pacientes (transferencia) y reconocer sus propios estados de ánimo es parte nodal de su educación y su mejor herramienta clínica a corto y largo plazo.
14. Una tarea del Foro, será la de auxiliar a los investigadores para que corrijan lo más posible su proyecto o manuscrito final con la finalidad que pueda ser publicado. El Foro deberá ser sensible al nivel de desarrollo de cada investigador.
15. Toda la discusión dada en los 11 días del Foro, quedó guardada en un "Diario de Debates" el cual está constituido por un documento de 81 páginas.