

45 años de Medicina Familiar y Comunitaria y 40 años de la Sociedad Brasileña de Familia y Comunidad: rol, desafíos y perspectivas en el proceso de fortalecimiento y calificación de la Atención Primaria y del Sistema Único de Salud en Brasil

45 anos de Medicina de Família e Comunidade e 40 anos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: papel, desafios e perspectivas no processo de fortalecimento e qualificação da Atenção Primária e do Sistema Único de Saúde no Brasil

45 years of Family and Community Medicine and 40 years of the Brazilian Society of Family and Community: role, challenges and perspectives in the process of strengthening and qualifying primary care and the Unified Health System in Brazil

Maria Inez Padula Anderson¹ , Leonardo Cançado Monteiro Savassi^{2,3}  (Organizadores)

¹Universidade do Estado de Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Universidade Federal de Ouro Preto – Ouro Preto (MG), Brasil.

³Universidade Aberta do SUS – Ouro Preto (MG), Brasil.

En el año conmemorativo de los 40 años de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunidad (SBMFC) y de los 45 años de la Medicina Familiar y Comunidad (MFC) como especialidad en Brasil, este artículo, en la forma de entrevistas, trae visiones y percepciones sobre los programas de residencia en MFC y la participación de la especialidad en la graduación, en la investigación en la gestión en salud. Los entrevistados y entrevistadas, aquí, están representando el pasado, el presente y el futuro de la MFC y de la SBMFC¹. Son profesionales que se relacionan con su historia en estos 40/45 años, considerando algunas de sus funciones en la MFC y de la SBMFC en ese período. Sus relaciones con la MFC y la SBMFC pueden ser leídas en el Editorial de esta edición conmemorativa. En este bloque, responden a preguntas que abarcan los desafíos enfrentados, los avances y las perspectivas de la MFC y de la SBMFC en el fortalecimiento y en la calificación de la Atención Primaria y del Sistema de Salud como un todo.

¹Referencias y breve histórico de los autores y autoras pueden ser leídos en el editorial.

Como citar: Anderson MIP, Savassi LCM (orgs.). 45 años de Medicina Familiar y Comunidad y 40 años de la Sociedad Brasileña de Familia y Comunidad: papel, desafíos y perspectivas en el proceso de fortalecimiento y calificación de la Atención Primaria y del Sistema Único de Salud en Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(Suppl 1):7-17. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(Suppl1\)3244](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(Suppl1)3244)

Autor correspondiente:

Maria Inez Padula Anderson
E-mail: inezpadula@gmail.com

Fuente de financiamiento:
no se aplica.

Parecer CEP:
no se aplica.

Procedencia:
encomendado.

Evaluación por pares:
no se aplica.

Recibido el: 01/10/2021.

Aprobado el: 17/10/2021.

Editores:

Leonardo Cançado Monteiro Savassi y
Maria Inez Padula Anderson



RBMFC: Mirando la historia, ¿qué factores usted identificaría como los que más dificultaron/ colocaron óbices a la inserción de la MFC en Brasil?

Ricardo Donato Rodrigues: El principal obstáculo se relaciona al modelo asistencial hospitalocéntrico centrado en el paradigma biotecnológico, aún hegemónico en el país.

João Werner Falk: Por décadas la MFC, até el año de 2001 denominada Medicina General Comunitaria (MGC), fue poco o nada valorada por las entidades médicas y hasta combatida por ellas y por las demás especialidades médicas. La población brasileña y la media la desconocían completamente. Y el mercado de trabajo era prácticamente inexistente. Al final de los años 1980 se intensifican las críticas a la MGC, tanto de la “corporación médica” y de la “derecha” (considerando el área como “Medicina de Comunista”, estatizante) cuanto de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), de los sanitaristas y de la “izquierda” (entendiendo la MGC como la “Medicina Familiar americana disfrazada” de la época — modelo “salud pobre para gente pobre” etc.). En 1988, el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previdencia Personal (bajo la Presidencia de profesor de la UERJ ligado a la ABRASCO) cortó todas las becas de Residencia Médica para Medicina General Comunitaria en Brasil — y solo cortó las becas de esa especialidad. Muchos programas cerraron, otros cambiaron de nombre para Medicina Preventiva y Social para no encerrarse, los poquísimos que sobrevivieron eran aquellos cuyas becas no eran del Instituto Nacional de Previdencia Social (INAMPS). La MGC casi acabó en Brasil. Y fueron 21 años de tentativas de filiar la Sociedad Brasileña de Medicina General Comunitaria a la Asociación Médica Brasileña (AMB) hasta que se consiguió, y con muchas dificultades, en 2002, ya con el nombre de SBMFC.

Airton Tetelbom Stein: Fue el pionerismo en la formación de un especialista con interés en la prevención y en la calidad de vida. Generalmente, el interés del especialista focal es en una enfermedad, ese nuevo paradigma para el médico fue siempre una dificultad.

Maria Inez Padula Anderson: Pienso que el paradigma biomédico, enfocado en la enfermedad, corporificado y fortalecido en el seno de las escuelas médicas, especialmente a partir de 1910, por el resultado de los estudios de Flexner (Informe Flexner), tuvo un papel relevante en ese proceso de no reconocimiento o no valorización de la especialidad. Ese paradigma, aún hegemónico, trajo muchos beneficios para la salud de las personas, pero trajo también importantes limitaciones una vez que su lógica es la de que sistemas de salud de base hospitalocéntrica serían los más adecuados para formar médicos y médicas para atender las necesidades de salud de la población. En ese contexto, la Atención Primaria a la Salud (APS) — *locus* central de la actuación de la MFC — gana rótulo de “medicina simplificada” porque trata de “enfermedades sencillas” para las cuales no serían necesarios especialistas y, consecuentemente, la MFC adquiere un rótulo de baja valorización y “bajo *status*”.

Gustavo Gusso: La confusión de estrategias poblacionales con individuales y el entendimiento que el enfoque del MFC debería ser poblaciones y no la persona.

Nulvio Lermen: 1. Falta de una política clara de formación profesional que enfocase en la residencia médica como estándar necesario para la actuación y que, de esa forma, actuase en la regulación de la oferta de especialistas y distribución de estos en el país. 2. Falta de comprensión y apoyo de las entidades médicas cuanto al papel y a la formación del MFC. 3. Inversión insuficiente en APS tanto en el sector público como en el privado.

Thiago Trindade: En las primeras décadas de la historia de la MFC, la falta de apoyo de los órganos formadores y de las entidades de la sociedad civil, representantes de profesionales de salud, dificultaron la formación de esos profesionales especialistas, asociada a una falta de apertura en el mercado de trabajo en función de la poca organización del sistema vigente en estructurar la APS. En las décadas

siguientes, la poca valorización de la MFC por gestores de las tres esferas dificultó el reconocimiento de ese especialista como fundamental y esencial para la estructuración de la APS y del Sistema Único de Salud (SUS), muchas veces compitiendo con modelos de APS pasados.

Daniel Knupp: Históricamente la baja demanda por la MFC ha sido un importante obstáculo. En otros términos, la poca valorización de la especialidad en el campo teórico-científico y, principalmente, en el campo de la valorización de la MFC en los espacios de trabajo hace con que relativamente pocos opten por la especialidad. Con eso, tenemos, por ejemplo, una gran ociosidad en las vacantes de residencia en MFC, que poco han respondido a los estímulos que fueron intentados en los últimos diez años.

Zeliete Zambon: El principal factor que identifiqué como dificultador a la inserción de la MFC en Brasil para mí es la no valorización de la APS como importante para la organización del sistema de salud. Otra cuestión es el propio currículo de la graduación en Medicina, que también no valoraba la especialidad. La ausencia de profesores Médicos de Familia y Comunidad (MFC). Por fin la MFC siendo considerada por estudiosos de la salud pública en la década de 1980, al creer que ella sería una actuación en la contramano del fortalecimiento de la Salud Pública y la base de un formato de servicios de salud de pobre para pobre, o el fortalecimiento de una canasta básica de cuidados en salud muy debajo de lo necesario.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: La inserción de la MFC en Brasil pasó a ser más valorada a partir del momento en que la graduación en Medicina dedicó mayor carga horaria a esa especialidad, así como a las actividades prácticas en la APS. Sin embargo, considerándose que, desde 1970, la MGC ya era una práctica en el país, esa inserción, así como la reformulación del currículo, fue hecha tardíamente. Además de eso, hubo el desafío de crear programas de residencia bien estructurados y que estuviesen presentes en todas las regiones del país. Sin programas de residencia fuertes, está más difícil conseguir el reconocimiento de la especialidad. Hoy, en el mercado de trabajo y en la sociedad en general, aún existe la valorización del especialista focal en detrimento del generalista, y creo que el MFC aún necesite ocupar más espacios para que tenga más reconocimiento y mayor alcance para su práctica.

Priscila Ferraz Bortolini por la ALASF: La falta de políticas públicas que fortalecen la APS y el prejuicio médico con relación a la especialidad son, a mi ver, los principales factores que dificultaron la inserción de la MFC en Brasil.

RBMFC: ¿Cuáles factores usted identificaría como los que más contribuyeron para la inserción de la MFC en Brasil?

Ricardo Donato Rodrigues: La necesidad de reorientar el modelo asistencial con base en el desarrollo de un modelo calificado de atención primaria solo alcanzable con el trabajo de un médico con formación generalista, y no con especialistas focales, de modo de hacer frente a la crónica situación de crisis experimentada por el sector salud en Brasil. En esa perspectiva, fueron instituidos tres programas pioneros de residencia médica en esa área el año de 1976. La implantación de la Estrategia Salud de Familia (ESF) en 1994 vino a reforzar ese proceso de cambio del modelo docente-asistencial.

João Werner Falk: La movilización de un pequeño grupo de preceptores, residentes y exresidentes de MGC a partir de 1985, que hicieron encuentros regionales y nacionales, participaron de la 8ª Conferencia Nacional de Salud en 1986 y, en el mismo año, reactivaron la SBMGC, realizaron el 1º Congreso Brasileño de Medicina General Comunitaria en Sete Lagoas/MG y consiguieron que el Consejo Federal de Medicina (CFM) reconociese la MGC como especialidad médica y la Sociedad Brasileña de Medicina General Comunitaria como su representante. También crearon la Revista Brasileña de Medicina General Comunitaria, que infelizmente solo tuvo un número y terminó. En los años siguientes, tuvo

importancia cada uno de los Congresos Brasileños de MGC — del 2º en 1887 al 4º en 1991 y después ya como Congresos Brasileños de MFC de 2001 en adelante. También la realización del 1º Encuentro Luso-Brasileño de Medicina General, Familiar y Comunitaria en Rio de Janeiro (RJ); la fundación de cada una de las Sociedades Estaduales de MGC, después Asociaciones Estaduales de MFC; y las reactivaciones de la SBMGC en 1986, en 1990 y en 2001, ahora ya como SBMFC. Muy importante, aún, fue la creación del Programa de Salud de la Familia (PSF) en 1994, después cambiado para ESF, aumentando mucho el mercado de trabajo para la MFC. En 2002 la SBMFC se afilia a la Confederación Ibero-Americana de Medicina de Familiar (CIMF) y a la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA). A partir de 2004 inician los concursos de prueba y currículo para Título de Especialista en Medicina de Familia y Comunidad (TEMFC) en asociación de la SBMFC con la AMB, posibilitando gran aporte de nuevos especialistas en MFC.

Airton Tetelbom Stein: El fortalecimiento del SUS como sistema de salud público y responsivo a las necesidades de la población. El incentivo de la SBMFC y también las asociaciones estaduales fueron muy importantes para su inserción. Otro factor fue el hecho de que varios colegas haber hecho máster y doctorado y empezado a actuar, no apenas en los servicios de salud, pero también en las facultades de Medicina.

Maria Inez Padula Anderson: Pienso que el movimiento de reforma sanitaria, que ocurrió en Brasil, antes incluso de 1978, a partir de la Conferencia Mundial de Salud de Alma Ata, fue el primer gran hito que contribuyó para la inserción de la MFC y de la APS en los Sistemas de Salud. Esa conferencia evidenció las graves limitaciones del modelo hospitalocéntrico y colocó la APS en la agenda internacional de los sistemas de salud, aunque aún con problemas de interpretación y conceptualización de lo que sería la APS e incluso simplificando su papel y función. En Brasil, a partir de la ESF, la MFC, a pesar de que ya existe hace 45 años y nunca ha sido debidamente valorada ni por la academia ni por la gestión, pasó a tener un espacio de oportunidades para su visibilidad.

Gustavo Gusso: La relación con colaboradores de otros países, en especial europeos, la iniciativa personal de algunos liderazgos y la disociación epistemológica de la salud colectiva y de la medicina preventiva.

Nulvio Lermen: 1. Expansión de la Atención Primaria en el sector público con la ESF. 2. Necesidad de profesionales médicos con perfil generalista para actuación en áreas de poca densidad poblacional. 3. Éxito del punto de vista clínico y de costo-efectividad de estrategias de Atención Primaria inicialmente en el sector público y posteriormente en el sector privado.

Thiago Trindade: Destacaría inicialmente el pionerismo de los primeros programas de residencia en las décadas de 1970 y 1980, que fueron fundamentales para presentar ese especialista a la sociedad y al sistema de salud brasileño. Después, la creación del PSF en 1994 trajo una gran apertura del mercado de trabajo para el MFC. En las décadas de 2000 y 2010, destacaría los programas de apoyo a la formación en MFC, desde la graduación (con las Directrices Curriculares Nacionales para la enseñanza de graduación de la Medicina y para otras áreas de la salud de 2001 y 2014, PRO-SALUD, PET-SALUD) y después con los incentivos de fomento a la residencia, con políticas federales inductoras de esas dos décadas (PRORESIDENCIA, Programa Más Médicos en su eje de fomento a la residencia), que ayudaron a expandir las vacantes de residencia en Brasil. El apoyo de los municipios, especialmente en la última década, con complementación de las becas de residencia y apoyo a la preceptoría, ha sido fundamental para atraer nuevos residentes y calificar la formación con preceptoría calificada.

Daniel Knupp: La SBMFC tuvo un papel determinante en el crecimiento de la especialidad a lo largo de la última década, buscando articularse en las entidades médicas para defender la importancia

de la especialidad y colaborando con los Ministerios de la Salud y de la Educación en una serie de acciones, particularmente en la ampliación de vacantes de residencia médica en MFC y en la inserción de la MFC en la docencia de graduación. Además de la articulación y de las acciones interinstitucionales, la actuación de la SBMFC en la expansión de la prueba de título, en el crecimiento de los congresos brasileños de MFC, en la elaboración del currículo basado en competencias, en el desarrollo del taller de preceptores y del Euract, en la traducción y producción de libros de importancia para la especialidad y en el protagonismo en la WONCA y en la CIMF (incluyendo la realización del WONCA Rio en 2016) también fue fundamental para el crecimiento de la especialidad.

Zeliete Zambon: Busca de un formato de Atención Primaria más abarcadora y resolutive, gastos en Salud aumentando de forma acelerada — yo los identificaría como los factores que más favorecieron la inserción de la MFC en Brasil.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: La reformulación del currículo de las escuelas de Medicina fue fundamental para aproximar a los académicos de la realidad de la APS. El fortalecimiento de los programas de residencia y su aumento también en número hizo con que la especialidad alcanzase más regiones del país. Hoy, aún es creciente la necesidad de las personas por un cuidado en salud más integral e individualizado, principalmente cuando se piensa en coordinación de cuidado, tanto en la red pública como en el sistema suplementar. Inclusive, creo que la presencia del MFC atendiendo en planos de salud y/o su propio consultorio contribuyó en los últimos años para la visibilidad y la valorización de ese profesional.

Priscila Ferraz Bortolini por la ALASF: Esfuerzo colectivo de población, gestores y profesionales de la salud serían los factores que identifiqué como favorecedores a la inserción de la MFC en nuestro país.

SBMFC: ¿Cómo evalúa la inserción y la situación actual de la MFC en el sistema de salud en Brasil? ¿Cuáles son los principales avances? ¿Cuáles son los principales desafíos?

Ricardo Donato Rodrigues: La expansión de la ESF favoreció la ampliación de los programas de formación en MFC y la absorción de sus egresos en los cuadros de personal de las secretarías municipales de salud. La creación de incentivos para complementación de la beca de esos residentes ha contribuido para un llenado más adecuado de las vacantes ofertadas. Las políticas gubernamentales que buscaban la expansión y calificación de la ESF, que venían en ejecución hasta 2016, proporcionaron ganancias indiscutibles con los resultados alcanzados en ese campo. Sin embargo, ese proceso fue interrumpido ya con la Política Nacional de Atención Básica 2016. El Ministro de la Salud del gobierno Temer afirmara que el SUS no cabía en el presupuesto de la nación y las políticas de desmonte de la ESF continuaron desde el primer año del gobierno Bolsonaro, cuadro este que provoca considerable presión sobre los MFC y favorece el juego del mercado privado de salud en el país. Resistir al desmonte y dar continuidad al proceso que venía en curso es el gran desafío en los días corrientes.

João Werner Falk: El mercado de trabajo para los MFC viene creciendo en el SUS desde la creación del PSF en 2004 (hoy ESF) en la APS, así como para docentes en universidades, preceptores de residencias, en la gestión en salud — principalmente en la esfera municipal — y, más recientemente, en la salud suplementar. Todo eso con el reconocimiento cada vez mayor de la importancia de la MFC. La calidad y la actualización de los profesionales también vienen creciendo de forma continua, así como vienen contribuyendo los cursos, concursos, congresos y demás eventos, debates en grupos de trabajo y en la lista de discusión de la SBMFC. Algunos de los desafíos son los de mejorar la calidad de los puestos de trabajo, aumentar la remuneración y establecer vínculos más estables y menos precarios, con más longitudinalidad, menos tercerizaciones, etc.

Airton Tetelbom Stein: Veo la inserción actual del MFC actuando en varios frentes — en el servicio público, en el servicio privado, como profesional capacitado para atender a la demanda en un puesto de salud, como gestor, como educador y principalmente haciendo *advocacy* para que los pacientes, especialmente los más vulnerables, puedan recibir una atención integral, centrada en la persona y que valore la efectividad de las intervenciones, para que tengamos un desenlace de calidad de vida de los pacientes que viven en el territorio donde actúan los MFC. El aprendizaje en trabajar en equipo multidisciplinar también es una de las características esenciales.

Maria Inez Padula Anderson: Evalúo que la MFC ganó espacio y visibilidad en el escenario nacional, aunque aún de manera heterogénea, considerando que la APS es de mayor responsabilidad municipal, y que tenemos casi 6 mil municipios, la gran mayoría de pequeño porte y con pocos recursos y conocimiento técnico para posibilitar el desarrollo de una APS de calidad, en los moldes de la ESF. En ese contexto, son fundamentales las políticas inductoras y de apoyo técnico-financiero por el Ministerio de la Salud, como las iniciadas en la primera década de los años 2000 — desde el Pro-Salud, que actuó en la inserción de la APS en la graduación en Medicina; pasando por el Pro-Residencia, que permitió la creación y/o la ampliación de programas de MFC, la creación del ProfSalud; por el Máster en Salud Familiar; hasta políticas de financiamiento de la ESF, incluyendo apoyo para pago de personal a la construcción predial. Una gran preocupación es la discontinuidad de esos procesos con la introducción y la práctica de un gobierno de base fuertemente capitalista/neoliberal, como viene sucediendo desde 2016, con el golpe de estado.

Gustavo Gusso: Los avances fueron la mayor claridad de definición, contenido y atributos, especialmente la diferencia entre APS, MFC y ESF, aunque aún haya mucha confusión. El desafío es la confusión con la política partidaria y los conceptos de sistema privado, servicio privado, servicio mercantilizado, sistema público y sistema estatal.

Nulvio Lermen: La MFC está muy bien establecida en el sector público y con inserción cada vez mayor en el sector privado de salud. Existe incluso necesidad de avances en la regulación de la formación médica y en el reconocimiento entre los pares. Sumada a eso, hay aún la necesidad de establecer el papel del MFC como un clínico competente y resolutivo, y no un profesional volcado apenas para la prevención y la promoción de salud — visión que ha sido cambiada a lo largo del tiempo, pero que tiene conexión directa con la falta de exigencia de formación específica para la actuación en la APS. Como desafío mayor para la manutención del crecimiento de la especialidad, pienso que es esencial mantener en el sector público la priorización de la Atención Primaria como política de Estado, protegiéndola así de la alternancia de gobierno, lo que puede ser un riesgo para su continuidad. A pesar de los desafíos y dificultades, tengo una visión bastante optimista para la MFC en los próximos años. Con el avance de la tecnología, el vínculo y el acceso ganan relevancia y pueden ser facilitados por la aparición de estrategias como la telemedicina, por ejemplo.

Thiago Trindade: Hoy la MFC es reconocida en el SUS y en la salud suplementar como la especialidad-clave para el desarrollo de la APS con calidad. Tuvimos un avance sustancial en la oferta de vacantes de residencia en todas las regiones del país, trayendo para las distintas poblaciones la oferta de ese profesional. Aún necesitamos seguir expandiendo las vacantes y ocupándolas. Destacaría la necesidad de que tornemos la MFC obligatoria para la práctica en la APS en Brasil, hecho que en la experiencia internacional quedó evidente como el punto-clave de cambio para la orientación de los sistemas de salud a una APS de calidad. Con esas dos medidas, caminaríamos para equilibrar la oferta y la demanda de ese especialista en el sistema, llegando al 30–40% de los médicos brasileños, y así tendríamos de hecho un sistema de salud orientado a la APS con ese especialista ocupando todos los equipos de salud de la familia en el futuro.

Daniel Knupp: Avanzamos en la valorización de la MFC en la asistencia y en la gestión, de modo general. En el ámbito del SUS me parece un avance que, aunque significativo, aún es bastante restricto a municipios y períodos específicos, y es algo tímido y poco lineal si pensamos en el sistema de salud como un todo. En el ámbito de la salud suplementar, considerando que se trata de un espacio históricamente marcado por un sistema fragmentado, con poco o ningún papel de la APS y de la MFC, se puede decir que la inserción de la especialidad también avanzó de forma significativa.

Zeliete Zambon: En este momento somos la especialidad que más se destaca, con un creciente de actuación en Brasil. Somos reconocidos como la especialidad que va a hacer diferente; que será responsable por una gestión de salud de las persona de forma de traer mejores resultados y más satisfacción. El mayor desafío que enfrentamos es que esa visión no sea asociada solamente a la expectativa de aumento de lucros para empresas de salud. Otro gran desafío es traer esta visión para los y las Médicos/as de Familia y Comunidad: de que tenemos mucho por mostrar en cuidados con las personas, las comunidades y el medio ambiente, haciendo ciencia, gestión y asistencia y pudiendo cambiar tiempo y calidad de vida para todos, lo que afectaría, inclusive, la sustentabilidad económica del país.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: Hay un avance visible en lo que dice respecto al acceso de las persona a un MFC, así como al conocimiento sobre lo que ese profesional hace. La divulgación del trabajo de diversos de esos médicos en Brasil por las redes sociales aumentó mucho la búsqueda de los estudiantes de Medicina por saber más sobre la especialidad y tener interés en la residencia en MFC. Además de eso, el entendimiento de que había un recorte social, en que el médico de familia atendía apenas a aquella parte más vulnerable de la población, ha sido deshecho poco a poco, a partir del momento en que todos pueden contar con un médico de familia, sea en el sistema de salud público, sea en el suplementar. El desafío es conciliar la práctica basada en las mejores evidencias científicas del médico de familia, basada en los intereses y necesidades de su comunidad, con la lógica de mercado de la salud, cuando sea el caso. También es un desafío actuar en contextos en que no hay un territorio bien delimitado o en que hay falta de recursos.

Priscila Ferraz Bortolini por la ALASF: La MFC aún camina a pasos cortos, pero noto un mayor interés de los estudiantes de medicina en conocer la especialidad. Eso se da por cuenta de la divulgación hecha por las Ligas Académicas asociadas a movimientos estudiantiles, que no aceptan más esa medicina hospitalocéntrica de las décadas pasadas. Los mayores desafíos son vincular esos estudiantes y mantenerlos comprometidos en la causa, visto que aún tenemos escasez de MFC en la docencia. Y, sin ellos, es difícil traer buenos ejemplos a los estudiantes.

RBMFC: ¿Cómo evalúa la situación actual y el papel de la SBMFC con relación a la MFC y a la APS? ¿Cuáles son los principales avances? ¿Cuáles son los principales desafíos?

Ricardo Donato Rodrigues: Conforme comentado en la respuesta anterior, la situación actual es crítica por la inestabilidad creada por las políticas del Ministerio de la Salud instituidas a la rebeldía del Consejo Nacional de Salud (CNS) en los últimos cinco años. Le cabe a la SBMFC articularse al movimiento en defensa del SUS y de la ESF liderado por el propio CNS y desarrollar esfuerzos buscando la implantación de plan de carrera de Estado, especialmente para los profesionales de salud de la APS/ESF, particularmente de la MFC. En el mismo sentido, colocar el máximo de esfuerzos buscando la universalización de las vacantes de residencia médica, con un 40% destinada a la MFC; a la implantación de programas para la formación y fijación de preceptores, la expansión y calificación de la ESF, la continuidad de las acciones en el campo de la educación continuada y de la educación permanente y, también, la reducción del número de persona/familias registradas por equipo, a medida que hubiera expansión de la

formación e inserción de nuevos profesionales en las unidades, con consecuente aumento del número de equipos. Finalmente, contribuir para la formación y capacitación de gestores en el ámbito de la ESF y para la incorporación de los nuevos conocimientos y tecnologías en esa área.

João Werner Falk: La SBMFC ya viene trabajando mucho, pero debe continuar apoyando actividades científicas, políticas e interinstitucionales en pro de los/las Médicos/as de Familia y Comunidad y demás profesionales de la APS. Debe seguir buscando la calificación de la APS de diversas formas para la mejoría de la atención a la salud de las personas, familias, comunidades y población como un todo. Los diversos grupos de trabajo de la SBMFC están siendo fundamentales para eso.

Airton Tetelbom Stein: Mejoró mucho el mercado de trabajo para el MFC, hubo mayor interés de los egresos de las facultades de Medicina por MFC y, particularmente, los mejores estudiantes muchas veces optan por hacer una especialización en MFC. Hubo mayor diversificación de posiciones para los MFC. Uno de los principales desafíos es mejorar la calidad de la investigación en la APS y hay necesidad de invertir en la formación de investigador en APS. Una otra área esencial a ser desarrollada es la de gobernabilidad clínica, y una de las estrategias es la formación de directrices clínicas. La actuación de salud global es una de las áreas que también merece énfasis, particularmente en las acciones de salud planetaria.

Maria Inez Padula Anderson: Entiendo que la SBMFC siempre fue un espacio de resistencia y de resiliencia en pro de la MFC; una referencia técnica y política para las y los Médicas/os de Familia y Comunidad y también para otros médicos y médicas y profesionales de salud que actúan en la APS. En los últimos 20 años, pasamos por algunos ciclos y llegamos a tener visibilidad más allá de la MFC — para otras especialidades y para fuera de Brasil también. Tuve la oportunidad ser elegida, en dos gestiones consecutivas, por las Asociaciones de Medicina de Familia de 20 países de Ibero-América y fui entonces, por cinco años, presidente de la Confederación Ibero-Americana de Medicina Familiar. Entiendo eso como un reconocimiento, más allá del personal, más de la actuación que tuve al frente de la SBMFC y, principalmente, el reconocimiento institucional dado a ella. Evalué también, que, a partir de la ESF, la SBMFC tuvo y aprovechó un gran espacio de oportunidades y creció, siempre buscando influir y actuar para la valorización de la especialidad, en el campo de la docencia, de la asistencia, de la gestión y de la investigación. Pienso que, hoy, la SBMFC está establecida como una referencia en el área de la APS y, naturalmente, de la propia MFC. El desafío principal que veo es el de mantener coherencia con los principios de la MFC, especialidad que nació para la construcción de sistemas de salud más equitativos, más adecuados a las necesidades de la población. En ese sentido, recuerdo McWhinney: tenemos que saber sobre la “importancia de ser diferentes”. Cuando hacemos “más de lo mismo”, no conseguimos mostrar nuestras competencias y quedamos diluidos, sin distinción. O sea, necesitamos reforzar y desarrollar la MFC, con todas sus letras, como venimos haciendo en la gestión de la actual dirección — de la cual tengo el honor de formar parte como directora científica —, lo que ha sido reconocido y valorado por el número de nuevos y nuevas asociados y asociadas, que además crecieron en más de un 50% en estos 14 meses de actuación. Caminar en este sentido, de valorar la MFC con todas las letras, exige acción técnico-política, que algunos, infelizmente, evalúan erróneamente como “política partidaria”.

Gustavo Gusso: Creo que hubo una excesiva politización (en el sentido partidario). Es fundamental retornar al contenido específico de la MFC, que tiene chance de unir a los profesionales nuevamente.

Nulvio Lermen: La SBMFC puede y debe ejercer un papel mediante el Estado y entidades médicas y de la salud para el fortalecimiento de la APS y, consecuentemente, de la propia especialidad. Veo algunas veces como un riesgo que enfoquemos apenas en las entidades que tienen entendimientos ideológicos y del sector salud semejantes a los nuestros. Ciertamente tenemos que fortalecer esos vínculos, pero es de

suma importancia buscar puntos en común con las demás entidades y el gobierno que puedan garantizar mayor apoyo a las políticas de valorización de la APS. Incluso entendiendo que todos tenemos un papel político que debemos ejercer, y que la mayoría de nuestros especialistas tienen ideología semejante, temo que, con la polarización política que estamos experimentando, la radicalización traiga perjuicio a la especialidad como un todo. Siendo así, defendiendo una actuación de la SBMFC firme en la defensa de la APS y de la especialidad, pero moderada en lo que dice respecto a las políticas que no alcanzan nuestra área de actuación cotidiana.

Thiago Trindade: La SBMFC tuvo y tiene un papel preponderante en el reconocimiento y desarrollo de la medicina de familia brasileña y en la calificación de la APS. En sus 40 años de historia, siempre estuvo luchando por calificar las políticas públicas de interés y nuestro sistema de salud. Los más de 7 mil MFC brasileños reconocen la entidad como su representación científica, que, por medio de sus diversas direcciones y grupos de trabajo, han colaborado en la formación en todos los niveles de la MFC brasileña, buscando apoyar también las demás profesiones de la APS. La producción científica brasileña, con relación a la APS y a la MFC, creció consistentemente en las últimas décadas, con un papel fuerte también de la SBMFC en las publicaciones de libros y en la calificación de la revista. Las asociaciones internacionales también han sido fundamentales para la calificación de todos esos procesos. Los desafíos del momento son seguir defendiendo nuestra APS y el SUS de forma que ellos no sean aún más fragilizados por gobiernos que, con sus políticas neoliberales y de austeridad fiscal, llevan a un chatarreo del sistema por el agravamiento del financiamiento, que en última instancia toca frontalmente la APS brasileña en su expansión y calificación. La SBMFC debe seguir su papel de calificación científica de la especialidad, apoyando y ofertando todos los formatos educacionales de manera de garantizar el desarrollo profesional continuo de médicos de la atención primaria en Brasil.

Daniel Knupp: La SBMFC hasta entonces ha sido la fortaleza de la especialidad en Brasil, tanto institucionalmente como científicamente. Y también, hace muchos años, viene asumiendo un protagonismo en el que se refiere a la APS. Ciertamente que a lo largo de los últimos años la SBMFC sobrepasó gran reconocimiento institucional como referencia en la especialidad y en el campo de la APS. El desafío que se imputa es pensar, ante el crecimiento del número de MFC y de los cambios que vienen ocurriendo en el escenario de salud, tanto en el SUS como en la salud suplementar/privada, cómo va a quedar la representatividad de la SBMFC y cómo la institución se va a posicionar.

Zeliete Zambon: La SBMFC hoy, dada toda la acción histórica de su construcción a lo largo del tiempo, representa los y las Médicos/as de Familia y Comunidad de forma igualitaria con otras especialidades. La SBMFC es reconocida por estas como una que trae un conocimiento propio y necesario para acompañar mejor la salud de las personas. Con relación a la APS, la MFC es la especialidad médica reconocida, que le da sustentación a ella como área de actuación de la propia MFC. El principal desafío es hacer con que este momento histórico — que hace con que la APS y la MFC sean consideradas importantes para la sustentación del sistema de salud — no sea solo una onda pequeña que luego irá a morir. En este sentido, ampliar la importancia de la APS y de la MFC como de hecho coordinadoras del sistema, para además de disminuir gastos con salud, es el único camino de sobrevivencia de una nueva salud, en un nuevo mundo, con otros valores.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: La SBMFC ha garantizado, a lo largo del tiempo, los intereses de los Médicos de Familia y Comunidad, contribuyendo con sus posicionamientos y también comprometiéndose a defender las necesidades de los profesionales, para que no se pierdan sus principios. Además de eso, se ha aproximado mucho de los médicos residentes y de la graduación principalmente por las redes sociales, facilitando el acceso de ellos a los procesos de

decisión y participación. Ofrecer valores promocionales en congresos y acceso a las bases de datos más utilizadas en nuestra práctica también ha aumentado mucho el interés de los profesionales en asociarse. A pesar de eso, aún son un obstáculo para que tengamos más asociados los valores de asociación y congresos, muchas veces prohibitivos para la mayoría de los médicos jóvenes o médicos residentes.

Priscila Ferraz Bortolini (ALASF): Noto una aproximación de la SBMFC tanto de los estudiantes como de los profesionales de la APS y otras asociaciones que se asoman sobre el estudio de salud colectiva. En estos últimos años, la divulgación vía medias sociales fue crucial para la popularización y la aproximación de la SBMFC de los profesionales. El desafío sigue siendo la permanencia del interés de estos profesionales, visto que hay una desvalorización de la clase y un chatarreo de la salud pública.

RBMFC - Actualmente, tenemos miles de médicos y médicas que actúan en la ESF/APS y no tienen residencia y o titulación. ¿Cómo hacerlo para atraerlos e incorporarlos en la especialidad?

Ricardo Donato Rodrigues: Antes de más nada, es necesario implantar: un proceso de educación permanente en todas las unidades, destacando la importancia de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia en ese requisito; sesiones de reflexión de las actividades prácticas realizadas; y facilidades para la participación en eventos científicos y otras actividades cuanto a la educación continuada. Por fin, es necesario proporcionar cursos de especialización timbrados por la SBMFC.

João Werner Falk: Realizar frecuentes concursos para TEMFC, colocar a disposición cursos de actualización gratuitos y con calidad, divulgar actividades de la SBMFC, su *site*, su lista de discusión, e invitarlos a asociarse a la SBMFC.

Airton Tetelbom Stein: Una manera es mostrar, por medio de investigación, que los MFC con residencia tienen mejor desempeño. En ese sentido, tener un mejor salario para los que tienen residencia; tener un plan de carrera en que quede claro el beneficio de tener una residencia; estimular la formación en cursos de especialización como el de la Universidad Aberta do SUS (Unasus) para hacer ese tipo de formación formal.

Maria Inez Padula Anderson: Hay ejemplos internacionales que podemos analizar. Pero aún andamos poco en ese camino — básicamente, hemos hecho la titulación por medio de las pruebas de la AMB/SBMFC. Pienso que podemos tomar como ejemplo lo que ocurrió en algunos países, que consideraron como especialistas los médicos que actuaban en la APS había determinado número de años y, concomitantemente, ofertaron cursos de especialización y de desarrollo profesional continuo a ellos. A partir de un determinado punto en el tiempo, y para actuar en la APS, todos deberían ser formados por la residencia y/o hacer prueba de títulos. Tenemos hoy cerca de 45 mil médicos y médicas actuando en la ESF. Si no tuviéramos una política audaz, incluso que imperfecta, para incorporarlos, no saldremos del círculo vicioso: 1) no tenemos cantidad de MFC, 2) luego no podemos exigir formación en el área, bajo pena de fragilizar aún más la APS, y 3) no somos valorados porque no se exige titulación para trabajar en el área; y así seguimos *ad aeternum*...

Gustavo Gusso: Sería importante un proyecto nacional con varias acciones. Una acción aislada como remuneración diferenciada no sería efectiva.

Nulvio Lermen: Eso ya fue hecho en diversos países y ya fue descrito en documentos de la propia SBMFC, que prevé la absorción de esos profesionales y su calificación para que se tornen MFC y el establecimiento de un punto de corte a partir del cual todo médico formado, tras ese hito, deberá tener formación especializada para la actuación en el SUS. Una política pública en esos términos es pasible de ser implementada en menos de una década y resultará en una calificación de la asistencia prestada a la población y ciertamente en mejor costo-efectividad del sistema de salud como un todo.

Thiago Trindade: Esos médicos y médicas necesitan ser apoyados en su proceso formativo, con oferta de programas de educación continuada. Es necesario hacer asociaciones entre las tres esferas gestoras del SUS, buscando titular todos los profesionales que actúan en la APS y no hicieron formación por residencia, así acabando con ese muro que divide especialista y no especialista de la APS. De esa forma, esos médicos tendrían a sentirse mucho más pertenecientes a la especialidad de la MFC y ciertamente ejercerían una práctica aún más calificada, con apoyo formativo y titulación como forma de validación entre pares. Los empleadores municipales podrían definir en sus planes de carrera incentivos financieros para el especialista en MFC. Eso ayudaría cuando política de incentivo a la búsqueda por la especialidad.

Daniel Knupp: El mecanismo más potente de atracción pasa por el estímulo en el campo del trabajo, tanto en la diferenciación del título y de la residencia en la carrera y en la remuneración profesional como en el apuntamiento para la necesidad de la residencia/título para el ejercicio profesional en la ESF/APS.

Zeliete Zambon: Para enfrentar ese desafío, necesitamos una formación de calidad construida por la SBMFC, con la materialización de asociación con órganos públicos, de preferencia con representatividad municipal, para llegar de forma diseminada a quien se puede beneficiar de la formación. Formar para después titular.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: Para aquellos que ya actúan en la red pero aún no tienen la especialidad, el único incentivo que, en la práctica, traerá esos profesionales para la especialización en la residencia es mostrar que el profesional calificado por un Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad es más valorado de que aquel que no hizo residencia. Teniendo en vista el funcionamiento de nuestro sistema de salud, creemos que la mejor forma de hacer eso es con incentivo financiero, o sea, aquellos que poseen titulación por la residencia ganen salario más alto de que los que no la poseen y, en el futuro, sea obligatoria la residencia o titulación en MFC para trabajar en la APS.

Priscila Ferraz Bortolini (ALASF): Para atraer esos profesionales para la especialidad, tenemos que aproximarnos de ellos por medio de campañas fuertes, mostrando la importancia de la MFC, presentando cómo las tecnologías leves son importantes, eficaces y eficientes en la gran mayoría de los casos de la APS.