

Artículo original

Visitas domiciliarias a niños con enfermedad crónica: impacto en la formación de los estudiantes de medicina

In-home Consultations to Chronic Disease Children: the Impact in Educational Formation of Medicine Students

A influência das visitas domiciliares para as crianças com doença crônica na formação de um grupo de estudantes de medicina no Brasil

S. O. García Deborah,¹ C. de Benedetto María A,² González Blasco Pablo³

Resumen

Objetivo: describir el impacto educativo de un programa de visitas domiciliarias a niños con enfermedades crónicas, en un grupo de alumnos provenientes de varias facultades de medicina de Brasil. **Métodos:** investigación cualitativa. Un grupo de siete estudiantes de medicina, procedentes de varias facultades de medicina de Brasil, en compañía de sus profesores realizaron visitas domiciliarias a niños portadores de enfermedades crónicas como: parálisis cerebral, malformaciones congénitas, síndromes convulsivos graves, asma de difícil control, enfermedades neurodegenerativas y secuelas de tumores. Las narrativas de los alumnos derivadas del programa, fueron analizadas desde una postura de observador-participante y se concretaron en cuatro categorías: el sufrimiento humano, efectividad de las visitas domiciliarias, el médico familiar coordinando los cuidados y el médico como placebo. **Resultados:** los alumnos expresaron que es necesario escuchar, con atención y empatía, al enfermo y a la familia, hacerles sentir que no están solos para organizar sus vidas y encontrar un sentido a la enfermedad que se padece al interior de la familia. **Conclusiones:** las visitas domiciliarias son un recurso educativo importante para la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado; además de hacer sentir a los alumnos la necesidad de compaginar competencia técnica con habilidades de comunicación para ofrecer un cuidado longitudinal, humanizado, integral y continuo.

Abstract

Objective: to describe the educative impact of in-home consultations to children with chronic diseases in a group of students coming from different Schools of Medicine in Brazil. **Methods:** qualitative research. A group of seven students of medicine, accompanied by their professors, coming from different Schools of Medicine in Brazil, made home consultations to children with chronic diseases, such as: cerebral palsy, congenital malformations, severe convulsion syndromes, severe asthma, neurodegenerative diseases and tumor after-effects. All the reports made by the students were analyzed by a participating observer. The reports were separated in four categories: human suffering, home visitation effectiveness, care coordination of the family physician and the physician as a placebo. **Results:** the students expressed that it is necessary to carefully listen the patient and the family to make them feel they are not alone, help them with the organization of their lives and to find a sense of the disease the family has. **Conclusions:** home visitations are an important educational resource for the Primary Care teaching during a pre-grade. Also, it is important to make the students feel the need to combine technical competence with communication skills in order to offer a longitudinal, human, integral and continuous health care.

Resumo

Objetivo: descrever o impacto de um programa educacional de visitas domiciliarias para crianças com doenças crônicas num grupo de estudantes de diversas escolas médicas no Brasil. **Métodos:** pesquisa qualitativa. Um grupo de sete estudantes de medicina, de diversas escolas médicas do Brasil, acompanhados de seus professores realizaram visitas domiciliarias a crianças com doenças crônicas, tais como a paralisia cerebral, malformações congênitas, síndromes convulsivas graves, asmáticos mal controlados, doenças seqüelares degenerativas de tumores. As narrativas dos alunos foram analisados a partir de uma posição de observador participante e emergiram quatro categorias principais: o sofrimento humano, a eficácia das visitas domiciliarias, o médico de família para coordenar os cuidados médicos e, o médico como placebo. **Resultados:** os alunos manifestaram a necessidade de

¹Médico de familia, especialista en pediatría. Profesora del Departamento de Graduación de Sociedade Brasileira de Medicina de Familia (SOBRAMFA).

²Médico de familia. Directora del Departamento de Humanidades de SOBRAMFA.

³Doctor en Medicina. Director Científico de SOBRAMFA.

Palabras clave: medicina familiar, educación médica, enfermedades crónicas.

Key words: family medicine, medical education, chronic diseases.

Palavras-chave: medicina de família, educação médica, doenças crônicas.

Correspondencia:
S. O. García Deborah
deborah@sobramfa.com.br

Aten Fam 17(3):61-65.

ouvir com atenção e empatia, o paciente e a família, fazer-lhes sentir que não estão sozinhos para organizar suas vidas e encontrar significado na doença que se padece dentro da família. **Conclusões:** As visitas domiciliares são um importante recurso educativo para o ensino da medicina de família em nível de graduação, além de mostrar aos estudantes a necessidade de combinar habilidades técnicas com as habilidades de comunicação para fornecer o cuidado longitudinal, humano, integral e contínuo.

Introducción

Cuidar de pacientes crónicos, especialmente cuando se trata de niños, requiere por parte del médico algunas habilidades peculiares, cuyo aprendizaje no siempre está bien contemplado en los currículos de las facultades de medicina. Obtener estas habilidades presupone conquistar una perspectiva enfocada en la continuidad, en la capacidad de tratar con las familias que, la mayoría de las veces, se encuentran sobrecargadas para incluirlas efectivamente en los cuidados que el paciente necesita.

Es imprescindible entender como la familia vive los periodos de dificultad impuestos por la molestia crónica del niño. La familia nunca espera que el diagnóstico sea una enfermedad grave e incurable, y cuando lo descubre el choque es muy fuerte. El proceso de adaptación a esta situación inesperada no es uniforme y lineal, sino que se alternan periodos de relativa calma con otros en los que parece perderse el control. Lo fundamental es que la familia no permanezca estática durante el proceso, sin conseguir avanzar y crecer, por lo que la actuación del equipo multiprofesional que cuida al enfermo debe incluir los cuidados simultáneos de la familia, para atender las demandas y hacer frente a los nuevos desafíos que el proceso exige. De este modo, la familia se prepara -de alguna manera se capacita- para adaptarse a la situación y se vuelve capaz de colaborar eficazmente con los cuidados del paciente.¹

Algunos autores señalan tres fases en el desarrollo de la enfermedad crónica.² La primera fase de crisis se caracteriza por el

periodo de síntomas hasta el inicio del tratamiento, suele existir una desestructuración de la vida familiar; le sigue la fase crónica, en la que la familia busca reestructurarse y conquistar alguna autonomía delante de los síntomas que progresan y, a veces, remiten; finalmente, la fase terminal comprendida desde que se vislumbra la muerte hasta que ésta ocurre.

Al dar voz a los niños enfermos crónicos se puede apreciar la dimensión real que la enfermedad tiene en sus vidas, y como es vivida de forma peculiar, en dimensión personal. Niños y adolescentes en esta situación contemplan la forma en la que su vida cotidiana se altera con frecuentes hospitalizaciones, los límites que la enfermedad y el tratamiento les imponen y los cambios que se operan, principalmente en todo lo relativo a su educación escolar.²

Niños de cuatro a ocho años, enfermos crónicos, son capaces de describir los síntomas que les aquejan e identificar el órgano afectado por la molestia, pero tienen dificultad para encontrar explicaciones de por qué están enfermos y, a veces, se culpan por la presencia de la enfermedad. Cuando se consigue entender esta situación vital, penetrando en el discurso de los enfermos, escuchando los significados que apuntan, es posible ofrecer una ayuda real, que trascienda la intervención técnica y se abre para una verdadera humanización de la medicina. Se entra en el universo del enfermo, único territorio desde el que es posible cuidar del ser humano integralmente.³

Material y Métodos

Un grupo de siete estudiantes de medicina (del primero al cuarto año de la carrera) provenientes de varias facultades de medicina de Brasil, fue invitado para un proyecto educativo establecido por la Sociedad Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA). El proyecto consistió en un programa de visitas domiciliarias a niños portadores de enfermedades crónicas, que los médicos-profesores de SOBRAMFA cuidan habitualmente en su actividad profesional. Los estudiantes acompañaron a los médicos

y visitaron enfermos con edades de uno a 20 años, que presentaban alguno de los siguientes padecimientos: parálisis cerebral, malformaciones congénitas, síndromes convulsivos graves (con secuelas neurológicas), asma de difícil control (con hospitalizaciones recurrentes), enfermedades neurodegenerativas y secuelas de tumores. Los pacientes pertenecían al sistema privado de salud São Paulo, Brasil, operado por diversos seguros sanitarios. Las visitas se realizaron en un horario acordado con las familias, pues no eran de emergencia sino de cuidados continuados. Otros profesionales de salud atendían a los pacientes (fisioterapeutas, foniatras, nutriólogos, enfermeros). Las circunstancias familiares fueron variables: algunas familias estaban adaptadas a la situación debido a que habían vivido hospitalizaciones en momentos de crisis, mientras que otras necesitaban de mayor apoyo. ¿Cómo ayudar del mejor modo posible? ¿Cuál es el papel del médico en ese momento? Fueron preguntas que los profesores colocaban al inicio de cada visita, para que el estudiante procurara entender este universo que le era desconocido. Después de las visitas, los estudiantes escribieron sus reflexiones, en las que destacaron el aprendizaje de esta experiencia.

Resultados

El análisis de las narrativas de los estudiantes señala elementos importantes en la formación integral de los futuros médicos, los cuales contribuyen a crear una perspectiva más amplia de la práctica médica e integran elementos esenciales del método clínico centrado en el paciente. Las narrativas fueron analizadas mediante la técnica de análisis de textos, desde una postura de observador-participante y se concretaron en cuatro categorías:

a) El sufrimiento humano. El sufrimiento que pacientes y familias padecen -condición siempre presente en estos contextos- atrae la atención de los estudiantes por lo que es destacado en varias narraciones. Son lecciones de lucha y heroísmo que el estudiante aprende de las familias, del mismo

enfermo, así como las estrategias que estos emplean para vencer los desafíos y proporcionar los mejores cuidados posibles.

“La mayor parte de las veces me encontré con madres que viven con tremenda naturalidad un drama diario de esfuerzo por dar lo mejor de sí y ofrecer condiciones de vida a sus hijos, debilitados por la enfermedad.”

“Mientras los padres de ‘M’ iban al trabajo, su abuela le cuidaba; el abuelo se esfuerza por superar las barreras burocráticas que el tratamiento lleva consigo, incluso la busca exhaustiva de medicinas y dietas que el gobierno distribuye. Se veía como toda la familia encaraba como misión cuidar de aquel niño enfermo, tan frágil.”

Los estudiantes exteriorizaron sus sentimientos de compasión y empatía, al tiempo que buscaban estrategias para acompañar a las familias en esta situación. Los conflictos domésticos que surgían en el ámbito familiar no pasaban desapercibidos.

“Sentí verdadero dolor cuando vi a ‘Y’ tan pequeña y necesitada ya de tantas medicinas. Pero mi dolor mejoraba al ver como la doctora llevaba ‘sabiduría’ a aquel bogar tan carente.”

“Cuando entramos en casa del paciente, nos encontramos con la realidad, con todo lo que allí está; un ambiente que no siempre es cómodo, ni acogedor. Nos encontramos también con conflictos y angustias.”

“Inicialmente me disgustó ver como algunos familiares abandonan a los niños enfermos. Debe ser porque son incapaces de digerir la dura realidad, y se comportan inconscientemente, como si no les afectara, o huyendo de la situación. Parece que buscan protegerse. Aunque al principio eso me repugnaba, con el tiempo aprendí que nuestro esfuerzo por orientarlos no es útil, mientras los familiares no encuentren su propia motivación interior. Creo que mientras no encuentren significado en sus vidas, y en la presencia de aquel

niño enfermo, no sabrán actuar de modo diferente.”

También relataron, con sencillez, el impacto que la realidad de un niño enfermo les causó.

“Lo que más me llamó la atención es que ‘M’ parecía una niña normal. Pero me angustié cuando noté que no conseguía emitir ningún sonido.”

b) Efectividad de las visitas domiciliarias. Las visitas domiciliarias son entendidas por los estudiantes como un recurso de promoción de la salud y un medio para disminuir el sufrimiento. El hecho de conocer bien el ambiente doméstico puede ser un recurso para provocar cambios significativos en la salud familiar.

“Una de las pacientes había sido hospitalizada por crisis asmática varias veces. Pudimos evaluar el ambiente familiar, la residencia y la rutina diaria de las actividades, de modo que nuestra orientación fue dirigida a prevenir nuevas crisis y los consecuentes ingresos en el hospital. Notamos en casa del enfermo como se puede intervenir en focos de humedad o de emobecimiento que desencadenan las crisis.”

Los cuidados continuados que implican las visitas domiciliarias dan seguridad a la familia, que siente el cuidado más efectivo. Es el momento de incentivar a la familia para que haga su parte y ayude a cuidar mejor del enfermo. Este punto tampoco pasó desapercibido para los estudiantes.

“Aprendí cómo es importante incentivar a la familia y mostrarles el progreso que se alcanza, aunque nos quede un arduo camino por delante.”

“Estas visitas son una verdadera lección de vida, pues somos testigos de la vida cotidiana de familias que se muestran felices, independientemente de todas las adaptaciones que tienen que hacer para integrar a su paciente en el círculo familiar.”

c) El médico familiar coordinando los cuidados. Los estudiantes notaron la importancia de concentrar los cuidados en un único médico, lo que garantiza continuidad y colaboración de la familia con el tratamiento.

“Los médicos del servicio de Urgencias trataban los síntomas y mandaban al paciente de vuelta para casa, sin poder acompañar el día a día del enfermo. El resultado es una caja llena de medicamentos, sin ninguna indicación, poco efectivo.”

“En casa de una paciente que tenía una enfermedad congénita, con posibilidades de curarse, comprobé el trabajo que el médico de familia hacía para coordinar todo el equipo de salud, y cómo la paciente se recuperaba.”

Es quizá, en este contexto de visitas domiciliarias cuando se hace más evidente la necesidad de un médico con visión holística, capaz de cuidar al enfermo porque sabe integrar los aspectos biológicos, psicosociales, culturales y espirituales. Los estudiantes tuvieron la oportunidad de aprender en la práctica en qué consiste el método clínico centrado en el paciente, que amplía la visión centrada en la enfermedad que suele predominar en su aprendizaje académico.

“Para acompañar a un niño con enfermedad crónica es necesario un conocimiento más amplio, algo que se extiende más allá de lo que se aprende con modelos donde todo el énfasis está en la tecnología. Son muchos los factores que influyen en cómo la familia se adapta a la situación inusitada que la enfermedad del niño provoca. El médico, además de contribuir con la técnica, tiene que saber ayudar en esa adaptación.”

“Sólo cuando se entiende a fondo la enfermedad, y no solamente su fisiopatología; cuando se entienden los contextos sociales y psicológicos, es cuando se puede tratar al enfermo... cuanto antes empecemos a hacer esto, mejor.”

d) Efecto placebo de la presencia y actividad del médico. La presencia del

médico, independientemente de utilizar o no medicamentos, provoca efectos benéficos en la salud de los pacientes y también en la dinámica familiar. Este fue otro punto de aprendizaje de los estudiantes al salir de las visitas, además, participaron de la agradable sensación de haber promovido una mejoría en la situación de los pacientes y sus respectivas familias. Aprender a establecer una relación médico-paciente terapéutica es siempre un objetivo deseable y, de modo esencial, en las circunstancias en las que la técnica es incapaz de ofrecer otras soluciones.

“Como es gratificante saber que, cuando salimos de una casa después de la visita, hemos dejado algo bueno, quizá mucho. En el fondo, es mucho más lo que llevamos con nosotros en forma de lecciones de vida.”

“Me sorprendió el cambio de expresión de una madre, después que la doctora habló con ella a solas. Se sintió comprendida, lloró sin pudor, ventiló sus sentimientos; después de esa catarsis, se le veía aliviada, más preparada para colaborar en los cuidados que el niño necesitaba.”

Discusión

Integrando el aprendizaje en el contexto de la medicina familiar. En escenarios como los que aquí se describen, la práctica de un modelo médico exclusivamente centrado en la especialización y apoyado en la tecnología, resulta insuficiente. Los pacientes que sufren enfermedades crónicas e incurables hacen que el médico palpe su limitación técnica. El médico familiar, debido a las características de su especialidad -el modo en que encara la enfermedad, el enfermo y la vida misma- se muestra capaz de coordinar los cuidados de los niños con enfermedades crónicas.

Las bases del conocimiento para una práctica adecuada de la medicina de familia se construyen mediante modelos que sintetizan esa visión peculiar y necesaria. Uno de los modelos clásicos es el que se diseña en los denominados cuatro cuadrantes del conocimiento médico.⁴ En un primer cuadrante se

sitúa la práctica reflexiva o ejercicio filosófico de la profesión (en inglés *reflective practitioner*) pues el médico debe conocerse y conocer sus posibilidades terapéuticas personales, incluso las entendidas como médico-medicamento. El segundo cuadrante está representado por el mundo del paciente, el modo como el enfermo vive su enfermedad; para entenderlo es necesaria una mirada que contemple el contexto social, cultural, espiritual y vital. El tercer cuadrante propone un entendimiento de los recursos de la comunidad y de los sistemas de salud en los que el paciente está incluido. Finalmente, el cuarto cuadrante se centra en la investigación de la enfermedad, y convoca a los mejores recursos técnicos y modernos para auxiliar al enfermo. Integrar los cuatro cuadrantes en una actividad única es competencia peculiar del médico de familia, por este motivo, consigue establecer las conexiones entre la tecnología, los sistemas de salud, los valores del paciente, de la familia y sus propias posibilidades terapéuticas como médico, traduciéndolos en la práctica de los cuidados. De este modo, la enfermedad es una oportunidad de aprendizaje para los pacientes, la familia y los profesionales de la salud.

Los estudiantes vivieron y entendieron el modelo de los cuatro cuadrantes en la práctica de las visitas domiciliarias, escenario privilegiado que amplía ese modelo por tratarse de situaciones altamente complejas. Entendieron que es necesario escuchar, con atención y empatía, al enfermo y a la familia, hacerles sentir que no están solos para organizar el caos que se instaló en sus vidas y encontrar un sentido que les haga más “soportable” la situación. Se les ayuda a aceptar el sufrimiento -en verdadera concordia, un corazón junto al otro, en función del significado clásico del término- se debe aclarar que no por ello deja de existir, pero sí, se torna más soportable.⁵

Las visitas domiciliarias se revelan como un recurso importante para amenizar este sufrimiento, pero exigen del médico de familia competencias precisas que ya han sido ampliamente comentadas.^{6,7} Así, la capacidad de comunicarse con otros especialistas

y profesionales de salud o bien con la propia familia del enfermo exige al médico de familia la competencia científica para cuidar de situaciones clínicas complejas, saber adaptarse a diferentes escenarios de práctica y facilitar la continuidad de los cuidados (hospital, domicilio, ambulatorio), así como gestionar los ingresos y el alta hospitalaria para, de esta manera, garantizar la continuidad en los cuidados. Todo ello es posible, porque el médico familiar aplica un abordaje longitudinal, que contempla siempre en primer plano al enfermo, dejando a la enfermedad específica en un plano de fondo. No perder ese enfoque es imprescindible para traducir en un lenguaje que la familia entienda, las situaciones técnicas, el pronóstico del enfermo y las acciones de cuidados paliativos, tanto en el hospital como en el domicilio. De esta perspectiva nace la coordinación de “cuidados en armonía” con todos los profesionales de salud involucrados, la acción eficaz, preventiva, y la satisfacción del enfermo y la familia; de aquí se origina también, la creatividad que se espera del médico de familia, para responder con “alma de artista” a los nuevos desafíos. Es fácil imaginar el panorama y las posibilidades de aprendizaje que esta constelación de elementos ofrece para el joven estudiante cuando los contempla y los vive personalmente.

Ya advertía Marañón sobre el peligro que entraña utilizar sólo recursos técnicos sin conocer al enfermo, sin escucharlo con atención, en fin, sin demostrar interés por su persona.⁸ La medicina, cuando se ejerce como arte, reconoce que cada paciente es único y sabe trabajar no sólo con la perspectiva de la enfermedad que le aqueja (*disease*) sino también con lo que representa estar enfermo (*illness*), con la forma en que la enfermedad se encarna en aquella persona y se presenta siempre personalizada, instalada en alguien que enferma “a su modo”. La enfermedad se personaliza en el enfermo. Decir que no hay enfermedades sino enfermos es más que una frase de efecto: tiene un fundamento metafísico y antropológico. Sólo teniendo en cuenta esta realidad antropológica es posible practicar la medicina centrada en el

enfermo que será, por necesidad, ciencia y arte simultáneamente.^{9 10}

La medicina de familia, en su dimensión académica, apoya la formación de los médicos en lo que se ha denominado los cuatro pilares del cuerpo de conocimientos de esta disciplina, a saber: atención primaria a la salud, educación médica, humanismo y construcción de liderazgos.¹¹ La reflexión constante que permite el ejercicio filosófico de la profesión -práctica reflexiva, *reflective practitioner*- lleva a manejar de modo habitual temas como la conciencia de la misión y vocación médica, el conocimiento propio, la búsqueda de la excelencia y el liderazgo que se construye en el día a día. Un universo que también es aprendizaje para el alumno, el cual difícilmente tiene oportunidad de abordar estos asuntos en su formación oficial universitaria. Facilitar su preparación fomentando la competencia y el humanismo simultáneamente es, pues, una obligación para atender la preocupación tan deseada de humanizar la medicina.¹²

Dentro de estas reflexiones sobre -ciencia y arte, competencia y humanismo- es posible entender el efecto placebo que la presencia y la actividad del médico ejercen sobre el enfermo, en efecto se constituye en un verdadero recurso terapéutico. El proceso de cura depende, como es sabido, de la historia natural de la enfermedad, de los efectos farmacológicos de los medicamentos y de las diversas intervenciones terapéuticas, así como del propio ambiente. Aun siendo el placebo una sustancia sin acción farmacológica específica, el denominado efecto placebo es una respuesta vital que los mecanismos físico-químicos no explican, y que no depende del nivel de educación, de inteligencia o de gravedad de la molestia. Depende, y no poco, de la influencia que las convicciones y el método utilizado por quien tiene el papel de curar ejercita. Y lo hace de un modo muchas veces involuntario, inconsciente, con su postura y actitud. Esto explica lo que los médicos de familia saben por experiencia: lo valioso que es, como recurso terapéutico, la relación médico-paciente-familia.⁹

Los médicos profesores que integran el cuerpo docente de SOBRAMFA han contribuido a educar estudiantes de medicina divulgando los valores que aquí se comentan, a lo largo de casi dos décadas.¹³ Las visitas domiciliarias, que son cada vez más solicitadas en nuestro medio, requieren de una postura profesional adecuada que incorpore los principios de la medicina familiar.⁶ Las visitas domiciliarias a niños con enfermedad crónica se han revelado como una de las actividades prácticas docentes más provechosas para transmitir valores y enseñar competencias a los estudiantes de medicina.

Referencias

1. Damião E, Ângelo M. A Experiência da Família ao Conviver com a Doença Crônica da Criança. Rev. Esc. Enf. USP. 2001; 35(1): 66-71.
2. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e Adolescentes com Doença Crônica: Convivendo com Mudanças. Rev. Latino AM Enfermagem. 2002 jul-ago;10(4): 552-560.
3. Outsubo AMN, Becker E. Crianças com Doenças Crônicas Falam Sobre Doença: Uma pesquisa Exploratória. Cadernos de Pós Graduação. Univ. Presb. Mackenzie. 2005. 5(1):39-46.
4. Stange KC, Miller WL, McWhinney I. Developing the Knowledge Base of Family Practice. Fam Med 2001;33(4):286-97.
5. Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. Fam Syst Health. 1998; 16: 197-212.
6. Roncoletta AFT, Levites MR, Mónico CF, González-Blasco P. 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. 2009;11(2):78-89.
7. Blasco PG, Levites M. Competencia y Humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia. Archivos de Medicina Familiar y General. 2009; 6(2):2-9.
8. Maraño G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1954.
9. Blasco PG, Benedetto MAC, Ramirez I. El arte de curar: el médico como placebo. Atención Primaria. 2008; 40: 93-95.
10. Stewart M, Belle Brown J, Wayne Weston, W. McWhinney IR, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method. Inc. California: Sage Publications; 1995.
11. González Blasco P. Los Cuatro Pilares de la Medicina de Familia. Arch Med Fam 2004; 6 (2): 31-33.
12. Blasco PG, Janaudis MA, Levites. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. Aten Primaria. 2006; 38(4): 225-229.
13. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Moreto G, Roncoletta AFT, Benedetto, MAC, Pinheiro TR. Family Medicine Education in Brazil: Challenges, Opportunities and Innovation. Acad Med. 2008; 83:684-690.

V CONGRESO NACIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

**MEDICINA FAMILIAR:
INTEGRACIÓN A LA SALUD
“PREVENCIÓN ES VIDA”**

Puerto Vallarta, Jalisco
4, 5 y 6 de noviembre de 2010

Dirigido a residentes de medicina familiar, médicos familiares, médicos generales, estudiantes de medicina y demás personal de la salud interesado en la atención en primer nivel y la familia.

Concurso de trabajos libres en modalidad de cartel, talleres-cursos prácticos, actividades socioculturales.

HOTEL SEDE:
Hacienda Hotel Spa & beach club,
Puerto Vallarta.

EVENTOS ACADÉMICOS:
Salón Capilla Hotel NH Krystal,
Puerto Vallarta.

INSCRIPCIONES:
Depósito bancario: Scotiabank
Número de cuenta: 01001592130
A nombre de: Sergio Geovanny Guerra Rentería

	Antes del 30 de septiembre	Después del 01 de octubre
Estudiantes	350.00	400.00
Residentes	500.00	550.00
Médicos	600.00	650.00



COMITÉ NACIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
INTEGRACIÓN A LA SALUD
PUVJ 2010

Favor de confirmar su pago de inscripción enviando copia digitalizada de la ficha de depósito al correo: inscripcion.congreso.rmfm2010@hotmail.com
Incluir en el correo nombre completo y sede de residencia con estado

CONTACTO:
Dr. Sergio Geovanny Guerra Rentería
Presidente ejecutivo

INFORMES:
vcongreso.rmfm@hotmail.com
rmfm.sergio.guerra@hotmail.com
www.congresonacionalresidentesmedfam.mex.tl/
TEL: 33 14 44 56 65