

Papel de la Medicina de Familia en la formación pregrado

Rivas Clemente F

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Servicio de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro. Madrid
pricles@ya.com



I. Sánchez Miró, F. Rivas, S. Zuzuarregui y E. Gavilán

Invitados y participantes:

Ignacio Sánchez Miró. Especialista en Medicina Interna. Profesor Asociado Universidad Autónoma. Centro de Salud Bustarviejo. Madrid.

Tomás Gómez Gascón. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo Pregrado de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria del Área 11 de Atención Primaria. Madrid.

Enrique Gavilán Moral. MIR de 3.º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Vocal de Residentes de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC).

José Luis Villanueva. Especialista en Medicina Interna, Responsable de Formación Pregrado de la Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Moderador: **Francisco de Paula J. Rivas Clemente.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción

En las facultades de Medicina españolas van a darse en los próximos años situaciones que van a impulsar la presencia progresiva de la MF en su seno. Recomendaciones de diferentes organismos e instituciones nacionales e internacionales apuntan en esa dirección: es necesario que los estudiantes en Ciencias de la Salud tomen contacto teórico y práctico con la Atención Primaria (AP) y la Medicina de Familia (MF), y que la enseñanza de ésta se realice con un soporte organizativo suficiente dentro de la universidad. Con el objeto de analizar el papel de la Medicina de Familia en la formación pregraduada, el día 7 de enero se celebró en Madrid el presente Punto de Encuentro.

Las **cuestiones** planteadas fueron:

1. Valoración del contexto nacional e internacional de la MF en la universidad.
2. ¿Qué aportan los contenidos de la MF a la formación pregrado?

3. ¿Qué aporta la universidad a la sociedad y al sistema sanitario incorporando la MF a la formación pregrado?
4. ¿Qué problemas existen para la implantación de la MF en la universidad?
5. ¿Cómo deben impartirse los contenidos de la MF: formando parte de una asignatura o impregnando toda la licenciatura?

¿Qué valoración hacéis del contexto nacional e internacional de la MF en la universidad?

En España hay presencia de la MF en 25 de las 27 facultades de Medicina. Aunque con distinto grado de participación en la docencia, en 22 de ellas se realizan sólo actividades prácticas, del tipo rotación por centros de salud (CS) docentes, y no siempre obligatorias. Sólo diez cuentan con una asignatura que imparte conocimientos relacionados con la MF. Se está avanzando, eso es indudable, pero todavía hay



T. Gómez Gascón y E. Gavilán

en el estado universidades de mucho peso, como la Complutense de Madrid o la Universidad del País Vasco, sin una presencia de la MF. Hay actitud a favor de que esta situación cambie. En la Declaración de Zaragoza sobre la Medicina de Familia y Comunitaria y universidad, en abril de 2003, suscrita por la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina de España, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (sem FyC), se recomienda fomentar la incorporación de los contenidos y métodos de la MFyC a la universidad con el objeto de contribuir a la armonización de los objetivos educativos de las facultades de Medicina españolas con los del espacio europeo de Educación Superior. En este sentido se ha planteado una reunión con los rectores de las universidades de la Comunidad de Madrid para hablar de este tema. Digamos que la formación pregrado es el pilar más débil de la MF en España, en donde ya hemos alcanzado un nivel legislativo y laboral importante. Falta todavía el desarrollo académico, que en definitiva sería la vertiente que consolidaría la especialidad.

**En el resto de Europa,
¿Cómo están las cosas? ¿Existen departamentos de MFyC en todas las universidades? ¿Cómo tienen la asignatura estructurada?
¿Se trata de una asignatura troncal?
¿Es una asignatura obligatoria?**

La presencia de la MFyC en España es claramente deficitaria en comparación con lo que ocurre en los países de nuestro entorno occidental. Fuera y dentro de la Unión Europea (UE) existen departamentos universitarios de Medicina de Familia/General en la mayoría de los países europeos. En EE.UU. hay departamentos académicos de MF en prácticamente todas las fa-

cultades de medicina, e igual situación se produce en Australia y Canadá.

De todas formas, habría que tener en cuenta que en estos países la MF lleva más años.

Bueno, todo depende de cuándo empiezas a considerar la MF como tal. Si hablas de la especialidad, desde 1978. Pero si piensas que la MF es lo que se viene haciendo en el nivel primario de atención, pues MF se viene realizando desde mucho antes, evidentemente no con la riqueza de contenidos, herramientas o habilidades que tiene en la actualidad.

En cualquier caso, aquí, en España, se ha experimentado un desarrollo, lento, pero progresivo. En Madrid, en concreto, además de la presencia ya conocida en la Autónoma, se ha comenzado a desarrollar la asignatura en Alcalá, y en la Complutense ya se han iniciado los trabajos para incorporar contenidos de la MF.

La situación actual es que en España hay algún contenido obligatorio en MF, ya sea teórico o práctico, en diez de las 27 universidades, en 15 el contenido es optativo y en dos no tienen nada (Complutense y País Vasco). De las de contenido obligatorio sólo en tres están como asignatura: Sevilla, Alicante y Barcelona; en el resto son prácticas, seminarios o talleres.

Yo no tengo una visión tan optimista; la sensación es que se ha llegado a una situación de acomodo, de que la MF no pase de ser un apoyo a lo que se enseña en el hospital, no se... un mirador distinto para los estudiantes... conocer otra realidad asistencial..., pero sin entrar en contenidos propios de la MF. Y lo que hay que conseguir es que los contenidos de la MF estén incluidos en el currículum de los estudiantes de Medicina.

La Conferencia de Decanos está trabajando con una beca de la ANECA, estudiando el diseño de los nuevos planes de estudio para aplicarlos al espacio europeo de Educación Superior. Ahí se va a cocinar gran parte de lo que se vaya a hacer. Puede que a partir de ahí se marque algo rígido para todas las universidades, o puede que se deje más margen para que cada universidad lo haga a su manera. Yo creo que hay una cuestión esencial, y es el asunto de las competencias. Todo el mundo está de acuerdo en que el perfil del profesional que se forma en las facultades de Medicina ha de ser uno determinado, y que ese perfil requiere adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes para ejercer la medicina general y ha de incorporar aspectos de la MF. La cuestión es: cuál es y cómo se estructura. Y una de las cuestiones que hay que plantearse es: qué competencias son propias de la formación pregrado y cuáles de la formación especializada. En definitiva, creo que la idea es ir por el tema de las competencias: qué ha de conocer un médico y, diseñado el currículum, qué es lo que tiene que aportar la MF a ese currículum. No me parece que se haya llegado a una situación de acomodo, al menos en lo que respecta a la definición de las competencias otra cosa es cómo luego cada universidad lo haga, pero pienso que hay un movimiento muy fuerte de no pasar por encima de esto, aunque quizás nos gustaría que fuera más rápido...

El hecho es que la MF ha tenido un crecimiento y un desarrollo exponencial... se han fijado sus contenidos, las técnicas... la propia sociedad ha dado su espaldarazo a la actividad de los MF. Sin embargo, esto no se ha reflejado en la universidad española.

La universidad es una institución centenaria y, en ese tipo de instituciones, los cambios son difíciles de asumir por parte de todos. Yo creo que la lec-

tura que debemos hacer de los últimos años es positiva. Ahora, los residentes que eligen la MF lo eligen por vocación. La MF ya se conoce desde las facultades, ya se tiene una idea de lo que consiste el trabajo del MF. Yo, por ejemplo, no tuve la oportunidad de rotar por el CS, incorporar el ámbito de la MF y su forma de actuar a mi currículum en el pregrado. Sin embargo, en la facultad de Medicina de Córdoba, a la que pertenezco, hay talleres de MF y prácticas en el CS. Los nuevos residentes que están cogiendo la especialidad lo hacen ya sabiendo cómo es esa especialidad y como primera opción. Yo señalaría esto de como primera opción antes era muy difícil que un residente tuviera como primera opción la especialidad de MF, pero ahora ya cada vez se ven mas residentes de Familia que están convencidos de que lo que quieren es ser MF. Eso es todo un éxito e indica que estamos en el buen camino, que se están consiguiendo cosas importantes, lo que pasa es que esto no va a ser cuestión de un año, de dos o de cinco.

**¿Qué creéis que aporta la MF a la formación pregrado?
¿Qué interés tienen los contenidos de la especialidad o la forma de trabajar de los MF en la formación pregrado? ¿De qué puede servir la disciplina MF a un alumno que quiere hacer posteriormente una especialidad distinta de la Medicina Familiar y Comunitaria: cirujano, cardiólogo, traumatólogo, etc?**

Es fundamental el conocimiento del nivel primario de atención, de cómo se trabaja, de sus dificultades y de sus fortalezas; de otro modo, la coordinación entre niveles es muy difícil. De forma característica, la sensibilidad de los especialistas hospitalarios que conocen Primaria, ya sea por que hi-

cieron primero esa especialidad o bajaron en ella, es distinta; son mucho más respetuosos con nuestro trabajo y más receptivos a mantener una buena comunicación.

Cuando entras en contacto con la MF en el periodo de formación como residente, empiezas a darte cuenta de ciertas técnicas que normalmente no se transmiten en la universidad, al menos con el programa actual. Así, la importancia de la comunicación y su relevancia como instrumento empiezas a valorarla cuando estás como MF, la visión integral de la enfermedad, de que no hay enfermedades sino enfermos... todo esto no puede ser el resultado de una transmisión informal, sino que debe formar parte del programa de formación.

Otro contenido sería el abordaje de la comunidad y el conocimiento del medio domiciliario.

La actitud hacia el enfermo. En AP, generalmente, el enfermo tiene un papel más activo, y este papel se fomenta desde los propios profesionales. Esta actitud hacia el enfermo no puede depender de las características del profesional, sino que debe formar parte del proceso de aprendizaje, y ahí los MF tienen mucho que aportar.

La asunción de las actividades preventivas y de promoción de la salud como un elemento esencial de la práctica médica, la búsqueda activa de posibilidades de intervención en ese campo, la búsqueda de problemas de salud no expresados... todo ello forma parte de la actividad cotidiana del MF, mientras que en el medio hospitalario sólo se hace de forma ocasional.

Otro elemento básico de la actuación del MF es su papel de educador. En la MF la relación del médico-paciente es horizontal, y requiere del uso de he-

rramientas de diálogo y negociación. A menudo, lo más importante para el paciente no es su problema de salud concreto, sino aspectos relacionados con la persona y su ambiente familiar y social. No basta con los conocimientos clínicos, sino que son necesarios conocimientos antropológicos, psicológicos, sociológicos... y, además, tienes que saber estar en el mundo, muchas cosas no están en los libros, sino que vienen con la experiencia y el "pasillo".

Por importancia, después de las habilidades en comunicación, yo pondría el conocimiento y la implicación en los problemas sociosanitarios. En la intervención de los problemas sociales funcionamos por buena voluntad, lo hacemos lo mejor que sabemos, pero no estamos formados para eso, y la intervención sociosanitaria debe formar parte del contenido curricular. Además, a veces, detrás de un aparente problema médico, lo que en realidad hay es un problema social. La solución de ese problema hace que desaparezca el problema clínico.

Sin lugar a dudas, es básico que el estudiante de Medicina rote por el CS, que lo conozca de verdad, porque la tercera parte de ellos van a hacer MF que la gente conozca previamente su elección es una aportación importante. Por otro lado, el 90 % de los problemas de salud se resuelven en AP, la formación en el medio hospitalario de forma exclusiva introduce un sesgo importante, en la medida de que esos pacientes no representan la problemática habitual. El abordaje integral, la perspectiva comunitaria, la atención longitudinal, la visión integradora... todos son aspectos propios de la MF y a los que no se tiene acceso más que en AP.

Otros dos elementos característicos de la MF son la accesibilidad, accesibilidad por encima de cualquier otro profesional sanitario, incluso el enfermero, (¡Al

MF se acude hasta por premoniciones...!) y el tiempo en las actuaciones; en muchos casos no manejamos diagnósticos, y para eso se requiere aprender a trabajar manejando la incertidumbre, esta incertidumbre se tolera mal en el medio hospitalario.

La preocupación por la gestión de los recursos. Donde primero se han introducido criterios de gestión de recursos ha sido en AP. Los MF se plantean las pruebas o exploraciones complementarias desde la eficiencia, lo mismo ocurre con las prescripciones farmacológicas... esto a nivel hospitalario se cuestiona menos; así, no es difícil ver cómo se recurre a productos de reciente aparición, igualmente eficaces que otros previos, pero mucho más caros...

No estoy de acuerdo con ello. En el hospital el personal es más heterogéneo, pero también está implicado en la mejora de la calidad asistencial y en la eficiencia. Bien es verdad que no se ha contado con sistemas de información tan desarrollados como los que tiene Primaria, por ejemplo, el sistema de información sobre prescripción farmacéutica...

La preocupación por la adecuada gestión de los recursos puede estar relacionada con los principios de la propia especialidad; cuando ésta surge, los profesionales estaban altamente motivados y el medio era muy hostil, muchas carencias unidas a muchas ganas de trabajar. Era consustancial al trabajo preocuparte por los recursos... luego esta preocupación se ha ido viviendo como cierta imposición o como resultado del control por parte de las gerencias.

Desde las gerencias, en general, no se intenta ahorrar ni reducir el gasto, lo que se intenta es mejorar la calidad, y la calidad es incompleta si no se tiene en cuenta el coste o la eficiencia. Este

comentario de la presión que se hace sobre un nivel asistencial o sobre el otro yo lo referiría a la preocupación y al interés por mejorar la calidad del trabajo. La cultura de comunicación entre los niveles directivos y asistencial son diferentes en el medio hospitalario y en AP. En Primaria se tiene más tradición de reunirse con coordinadores, profesionales, residentes..., y en los hospitales hay un pequeñísimo porcentaje de profesionales que toma contacto con el nivel directivo. El especialista hospitalario que está en el servicio y que no se reúne con su gerente o director médico, o no pertenece a ninguna de las comisiones, seguramente es más fácil que tenga una actitud de "pasar", pero eso es así no por mala voluntad, sino porque nunca se le han planteado estos aspectos de la asistencia. El que en el medio de la MF, en AP, se realicen reuniones periódicas, ya sea con los equipos directivos, coordinadores o entre profesionales, donde se analizan y se plantean estos aspectos, hace que la preocupación por la buena gestión de los recursos impregne la actividad asistencial cotidiana y que esta preocupación se extienda como una mancha de aceite entre el resto de los profesionales de ese nivel.

La MF es paradigmática en las consideraciones éticas, respecto a otras especialidades, en la formación postgrado; en todas las unidades docentes se dan cursos de ética, cosa que en ningún otra especialidad se consigue hacer...

Por eso hablaba yo antes de la importancia de los contenidos de la formación pregrado; el problema no es MF sí o MF no, o cuánta MF sobre lo que ya tenemos. La universidad tiene un compromiso con la sociedad, que es el de formar los profesionales que la sociedad necesita, y, en este sentido, tiene que incorporar las nuevas realidades científicas y profesionales. La cuestión es: ¿qué debe acabar dominando el

alumno al acabar la carrera para ser un profesional polivalente? Y, definido este currículum, de qué manera y por qué tipo de profesionales ha de impartirse.

En resumen, la especificidad de las aportaciones de la MF se traduce en:

1. La visión integral e integrada de la atención de salud. El MF es un médico de personas, no de enfermedades.
2. La atención no discriminativa de las personas que solicitan la asistencia con independencia del problema de salud que pueden presentar.
3. La percepción directa de la realidad cotidiana de los procesos asistenciales y de la organización y funcionamiento de los servicios de salud.
4. La comunicación interpersonal como herramienta básica de trabajo.
5. La orientación comunitaria de la atención de salud.

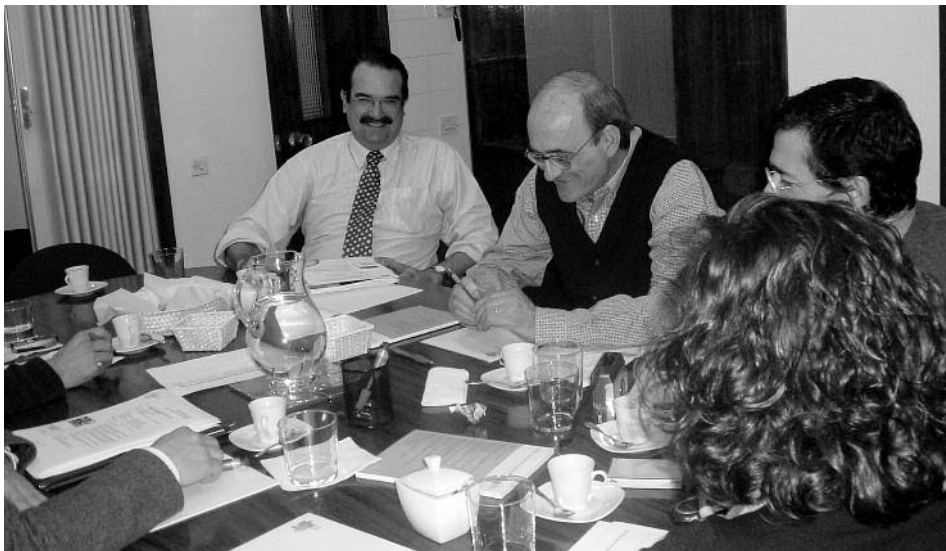
6. La integración de las actividades curativas y rehabilitadoras con las de prevención y promoción de la salud en la actividad asistencial cotidiana.

7. La continuidad asistencial, a lo largo de las diferentes etapas vitales y en circunstancias diversas.

8. El desarrollo de un espíritu activo en la búsqueda y abordaje de problemas de salud no expresados por las personas.

¿Qué aporta la universidad a la sociedad y al sistema sanitario incorporando la MF?

La incorporación de la MF al ámbito académico contribuiría a mejorar la consideración del MF, tanto para la sociedad como para otros profesionales sanitarios. Es significativo cómo siendo la MF una especialidad, en nuestro medio todavía se habla de atención especializada cuando nos referimos al nivel secundario de atención. Es como si ser



J. L. Villanueva, I. Sánchez Miró, F. Rivas, S. Zuzuarregui

MF fuera algo más básico, menos científico, menos cualificado... definitivamente, en la sociedad generaría confianza en los MF.

Esto no se consigue de la noche a la mañana, pero obviamente que la MF ocupe su terreno en la formación pregrado es un paso esencial.

El que especialistas en MF y el resto de especialistas se sientan al mismo nivel científico es muy importante para la coordinación entre niveles. Que el paciente se mueva dentro del sistema sanitario dirigido desde la AP, que el MF ocupe su papel de coordinador de la asistencia depende tanto de la consideración que de él tenga la sociedad en la que ejerce como los profesionales que con él se relacionan.

De hecho, no es difícil encontrar cómo los pacientes se mueven en el sistema sanitario en dos mundos independientes. A menudo, cuando un paciente accede al medio hospitalario, la detección de problemas no relacionados con la especialidad que realiza la asistencia produce la derivación a otra especialidad hospitalaria, cuando seguramente el problema podría solucionarse en Pri-

maria, ¿desconfían de la capacidad resolutoria de los MF o no conocen su capacitación? Por ejemplo, si se detecta una diabetes en el servicio de traumatología, se realiza una interconsulta a endocrinología o medicina interna en lugar de remitir el paciente a su MF para su control.

Claramente el papel del MF como coordinador de la asistencia hace que mejore la eficiencia del sistema.

Hemos hablado de qué puede aportar la MF a la formación pregrado: visión integral, integradora, del valor de la continuidad asistencial, de las técnicas de comunicación, de los aspectos éticos... Entendemos que todos estos elementos están siendo empleados en los CS por los MF y echamos de menos estos contenidos en la formación pregrado. ¿Por qué estamos donde estamos? ¿Por qué, a diferencia de los países de nuestro entorno occidental, no tenemos departamentos de MF?

Es la resistencia de la propia universidad.



I. Sánchez Miró, F. Rivas, S. Zuzuarregui

Ya, pero en España más que en ningún sitio, ¿no?

La tarta es la que es, y hay miedo a repartir entre más. El programa de formación de la licenciatura en Medicina es uno de los más extensos que hay, y difícilmente podría aumentarse más. Y, si no puedo aumentar, ¿qué es lo que tengo que quitar...? Y si tengo que incorporar recursos humanos para esos nuevos contenidos..., ¿de quiénes prescindo?

Todo eso está bien, pero, seguramente, lo que traduce esa diferencia en el abordaje del papel de la MF en la formación pregrado, en relación con las universidades de otros países de nuestro entorno occidental, es el desconocimiento de la especialidad por parte de los organismos universitarios que se encargan de vigilar que los programas se adecuen a las necesidades de los profesionales y de la sociedad donde van a desarrollar su actividad

Aquí hubo un cambio que probablemente la universidad todavía no ha asumido. En el 95, con la normativa europea, el licenciado deja de ser médico general para pasar a ser considerado un profesional polivalente que necesita especializarse, ya sea en MF o en cualquier otra especialidad. En la universidad se debió vivir como una pérdida el que las facultades dejaran de formar médicos generales, igual que el MIR en su momento también fue una pérdida para la universidad, ya que la formación postgrado pasó al propio sistema sanitario. Es más, incluso el hecho de que hace falta tener una especialidad para trabajar en Primaria no está completamente asumido ni en la universidad ni en la comunidad científica. En Portugal, la mayoría de los profesionales que trabajaban en Primaria no desconectaban del hospital, seguían vinculados a

él; en cambio, hace 20 años, en España el médico general era el que no había podido especializarse y punto, y por el hecho de trabajar en Primaria se asumía que conocía la forma de trabajar de ese nivel asistencial.

¿Cómo deben impartirse los contenidos de la MF: formando parte de una asignatura o impregnando toda la licenciatura?

La MF participa de todo y sus contenidos deberían impregnar los contenidos de las demás especialidades. Se trataría de un plan de estudios integrado en el que la MF impregnaría todos los bloques médicos y quirúrgicos asumiendo la fase "no hospitalaria" de la enfermedad.

Otra posibilidad sería una asignatura de introducción al inicio del segundo ciclo, cuarto año, y otra de profundización en el sexto, intercalando optativas a lo largo del segundo ciclo del tipo de la toma de decisiones clínicas en un entorno de incertidumbre, técnicas de comunicación, ética...

¿No corre el riesgo la MF de convertirse en una asignatura maría? Al margen de que sea una asignatura, la MF debe impregnar todas y cada una de las disciplinas; así, al final se consigue incluso más que con una asignatura.

No tengo claro que los contenidos clínicos de la MF puedan darse de una forma vertical: hablar de una traumatología de Primaria, de una neumología de Primaria...

En realidad es cambiar el abordaje de la patología, no es la EPOC en toda su extensión, sino los contenidos que se necesitan manejar para un profesional polivalente. El resto sería ya

objeto de profundización a lo largo de la especialidad en aquellas que se considerara necesario.

El asunto, en realidad, es cambiar el planteamiento actual: vayamos a formar en aquellos contenidos que vamos a ver más frecuentemente, elementos útiles y prácticos, y no tanto el tratado enciclopédico, la clase magistral.

En definitiva, que la universidad dé respuesta realmente a lo que la sociedad y el sistema sanitario están demandando; si el 40 % de los licenciados acaban trabajando en AP, de lo que debe estar impregnado el estudio universitario es de eso.

Conclusiones

La Medicina de Familia debe incorporarse, en igualdad con el resto de las disciplinas médicas, en las estructuras académicas de las facultades de Medicina. Como disciplina académica aporta contenidos propios en conocimientos, habilidades y actitudes (relación con el paciente, abordaje biopsicosocial, prevención y promoción de la salud, atención integral, atención familiar, continuidad de cuidados, conocimiento del paciente en su entorno real familiar y comunitario, etc...) imprescindibles para completar la formación de cualquier médico independientemente de la especialidad elegida.

La enseñanza de la misma, como sucede en la formación posgrado, debe realizarse en el ámbito y por los profesionales que trabajan en los CS, ya que en ellos realizan su labor los profesionales que la sociedad ha reconocido legalmente para su práctica.

La MF debe impregnar todos los bloques médicos y quirúrgicos asumiendo la fase "no hospitalaria" de la enfermedad, siendo deseable la existencia de una asignatura obligatoria y otras optativas (comunicación, relación médico-paciente...) a lo largo del segundo ciclo.

Citas bibliográficas

- Bonal Pitz P., Gil Guillén V., Martín Zurro A. y Pinto Hespagnol A., *Documentos semFyC: la medicina de familia como área de conocimiento*. Aten Primaria 1999; 23; 151-74.
- Otero A., *¿Por qué no existen departamentos de medicina de familia en nuestras universidades?* Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1997; 4 (4); 256-61.
- Monreal Híjar A., *Medicina de Familia: área de conocimiento y equipos docentes... Un proyecto ilusionante*. Aten Primaria 2002; 29; 69-71.