



MEDICINA
DE FAMILIA
Y UNIVERSIDAD

Antecedentes y modelo actual de la Medicina de Familia en la Universidad

Dr. Pablo Bonal Pitz

*COORDINADOR DEL GRUPO PREGRADO DE LA SEMFYC. PROFESOR ASOCIADO
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.
COORDINADOR PREGRADO DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA
DE FAMILIA DE SEVILLA. ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
EN EL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE BELLAVISTA DE SEVILLA*

Antecedentes

La Medicina siempre ha estado íntimamente ligada con la formación universitaria. Podemos considerar que desde sus inicios, con las primeras universidades, se estableció uno de los binomios científico-profesionales más sólidos desde que se crearon las primeras estructuras universitarias en el mundo occidental.

En las Facultades de Medicina, durante mucho tiempo, los conocimientos y razonamientos que debía saber hacer un médico, se enseñaban y transmitían por otros médicos. Antes de los grandes cambios de la Medicina de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la docencia universitaria médica se basaba en los hospitales de beneficencia, y era impartida por competentes médicos de su época. La transmisión de estas técnicas y conocimientos, con un gran componente empírico, no presentaba la magnitud de los contenidos actuales y, en general, el profesorado de las Facultades de Medicina se aproximaba mucho más a los que hoy consideramos médicos de cabecera o de familia que a los denominados especialistas hospitalarios, sus conocimientos y prácticas abarcaban a todas las personas y patologías.

Con el comienzo del siglo XX, y más concretamente a partir del Informe Flexner (1) en 1910, la presencia de la medicina general académica sufrió un profundo alejamiento de las universidades. Además, con el advenimiento de las especialidades médicas a lo largo de todo el siglo pasado, se produjo un amplio abismo entre las Facultades de Medicina y el profesional del tronco común de la Medicina, el médico de cabecera. Sin embargo, esta ausencia del médico de cabecera, con la denominación actual de médico de familia, en la formación de los estudiantes de Medicina comenzó a tener sus consecuencias. Así, desde finales de los años sesenta, en diversos países de la cultura anglosajona y centroeuropea, se detectaron carencias formativas en este tipo de docencia basada únicamente en las especialidades médico-quirúrgicas. Esta situación generaba importantes déficit formativos en aspectos trascendentales como la relación médico-paciente, la visión global de los problemas de salud de las personas en su triple dimensión psíquica, física y social, la integración de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la actividad clínica diaria, etc. Estas situaciones podían mejorar con la incorporación de la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina (2, 3, 4, 5). A partir de ahí, comenzó un proceso de recu-

peración de la Medicina de Familia e incorporación en los currículos docentes en numerosas Facultades de Medicina europeas y norteamericanas (6, 7).

En España, este proceso está siendo demasiado lento y no exento de múltiples dificultades. El cercano, prestigiado y eficiente médico de cabecera de los años cincuenta, sufrió una fuerte devaluación en sus competencias profesionales durante los años sesenta y setenta, coincidiendo con una simultánea eclosión de especialidades médico-quirúrgicas y de la Medicina hospitalaria, con un incremento, casi en exclusividad, del enfoque biomédico de la atención a la salud, y la omnipresencia de la Medicina hospitalaria, unido a las incuestionables mejoras tecnológicas hospitalarias que permitían el abordaje de un número importante de los problemas de salud de la población. Así, se pudo afrontar determinadas enfermedades infecciosas graves, mejorar los resultados de la cirugía, incorporar los cuidados intensivos en la rutina hospitalaria, etc. Mientras, en Atención Primaria, durante los años setenta, los gestores de los servicios de salud fomentaban la figura de un Médico General de Ambulatorio sin apenas recursos diagnósticos, con una formación continuada autogestionada, sin tiempo para pasar consulta (no eran infrecuentes las consultas de más de 100 pacientes en ¡2 horas!) y con una amplia disponibilidad del talonario de recetas y de bajas laborales, que en caso de divergencia, por este motivo, entre la opinión del médico y la del paciente, el «Inspector» saldaba el asunto dando «siempre» la razón al paciente. En los años setenta, con estas condiciones laborales, lógicamente la Medicina de Familia no podía asumir responsabilidades docentes en pregrado.

La formación médica española, al igual que en otros países, no permaneció ajena a esta situación. El crecimiento cuantitativo y cualitativo de la Medicina hospitalaria consolidó, de manera definitiva, el papel de los especialistas hospitalarios en la formación médica. Paralelamente a este hecho, las posibilidades de investigación se ampliaron de forma descomunal, hipertrofiándose la investigación biomédica. La Universidad priorizó la investigación como herramienta de la mejora científica y tecnológica, mientras que la disponibilidad de recursos en Atención Primaria descartaba cualquier tipo de aportación significativa a la universidad en este campo. Simultáneamente a la priorización de la investigación se produjo una dejación, en ocasiones muy significativa, de las obligaciones docentes en las Facultades de Medicina. Dadas todas las anteriores premisas, la siguiente conclusión fue que no todos los médicos podían ser docentes en la universi-

dad, estableciéndose el medio hospitalario como el único capacitado, y financiado para realizar docencia pre y posgraduada. El médico general quedó relegado a un papel de filtro asistencial del hospital y los especialistas de ambulatorio, cuidador de patologías banales y burócrata dispensador de citas y recetas, siendo impensable, ante esta situación, que el médico general tuviera algún tipo de oferta docente para la universidad.

A finales de los años setenta comenzó un proceso de revitalización de la Atención Primaria, el cambio hacia una mejor asistencia médica en Atención Primaria se inició con la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y su formación postgrado mediante una residencia de tres años. Gracias a la creación de una infraestructura de centros de salud, el desarrollo de la especialidad y el incremento del número de médicos de familia con formación postgrado específica, se pudo conseguir la progresiva implantación del modelo de Atención Primaria de Salud.

Modelo actual

Desde comienzos de los años noventa con los decretos que establecían las nuevas Directrices Generales de los Planes de Estudios de la Licenciatura de Medicina y el correspondiente al establecimiento de los Convenios entre la Universidad y los Servicios de Salud, se abrió la posibilidad de que la Medicina de Familia pudiera estar presente en las Facultades de Medicina. El reconocimiento de que las dos grandes lagunas son las habilidades prácticas y las actitudes fomentó esta mínima apertura de las Facultades de Medicina a la Medicina real. Actualmente, en muchos ámbitos universitarios se continúa considerando que es necesaria una mayor dedicación a memorizar conocimientos, se infravaloran los esfuerzos en la docencia y hay una importante falta de modelos docentes basados en el aprendizaje y centrados en el alumno. En general, la propia universidad reconoce estas carencias, pero las consideran inevitables por la masificación y la escasez de recursos, delegando al postgrado la responsabilidad de su adquisición. Sin embargo, en el postgrado esto se realiza de manera incompleta e irregularmente. En el caso de las habilidades, el gran peso que tienen las especialidades de Atención Hospitalaria en el Sistema Sanitario y en la formación pregrado, da como resultado que buenos especialistas hospitalarios no sepan manejar a sus propios pacientes en aquellos aspectos básicos y esenciales, pero

que no son de su especialidad. El problema de las actitudes es aún más grave, ya que los alumnos no realizan en su formación universitaria ningún tipo de actividad en que se plantee o reflexione sobre los aspectos más dignos y humanos de la Medicina. Así, se han olvidado cuestiones tales como la vocación, la profesionalidad, actitudes éticas, el compromiso profesional con uno mismo y la sociedad, las relaciones con los pacientes y sus familias como parte inseparable del buen profesional, etc.

La importancia reside en que la enseñanza universitaria de la Medicina, profesionalmente, debe dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la sociedad, sus contenidos en conocimientos, habilidades y actitudes deben estar supeditados al contexto social y sanitario de la sociedad que la financia. Una gran parte de los médicos que se forman en las Facultades de Medicina van a trabajar en Atención Primaria, es necesario incluir contenidos específicos de Medicina de Familia para mejorar la preparación de los futuros médicos de Familia y para que el resto de especialistas conozcan los conocimientos, las metodologías y los procedimientos médicos en Atención Primaria, asegurando la mejor eficacia sanitaria y coordinación entre Atención Primaria y Hospital. La Atención Primaria de Salud debe tener un papel central en los Servicios de Salud, todas las propuestas de cambios y reformas sanitarias de todo el mundo pasan por esta premisa. Es difícilmente defendible que un modelo asistencial basado en la Atención Primaria, como legalmente es el español, no tenga en sus Facultades de Medicina profesorado, departamentos y actividades de Medicina de Familia. Más aún, la Medicina de Familia debe ser en las Facultades de Medicina lo que la APS debe ser en el Sistema de Salud: su función central y su núcleo principal (8, 9).

Por todo lo anterior, en los últimos años se ha producido un incremento de la presencia de la Medicina de Familia en la Universidad española. En la actualidad la Medicina de Familia participa de alguna manera en la mayoría de las Facultades de Medicina. En la tabla 1 se puede observar cómo la presencia es mayoritaria, solamente de la Facultad de Medicina de Málaga, de la de Alcalá de Henares y de la recién creada de San Pablo-CEU de Madrid carecemos de información.

La actual predisposición de una gran parte de las universidades españolas a incorporar médicos de familia y centros de salud en la programación de sus actividades docentes, obedece a dos motivos principales. En pri-



Tabla 1. **Presencia de la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina de España**

Facultad	Recursos	Actividades docentes
Albacete Multidepartamental. U. Ed. Médica. Gerencia AP. UD MFyC.	7 CS. 5 profesores asociados. 30 profesores colaboradores.	Asignatura obligatoria en 2.º curso (5 créditos). Prácticas obligatorias en 2.º (35 horas), 3.º, 4.º, 5.º y 6.º curso. Concierto Universidad-IISS.
Alicante (Miguel Hernández). Departamento Medicina. Cátedra de Medicina de Familia UMH-Lilly.	10 CS. 1 profesor titular y director de cátedra. 4 profesores asociados.	Prácticas obligatorias en 6.º (1 mes). Asignaturas optativas (4,5 créditos). «Medicina de Atención Primaria». «Metodología Científica en Práctica Clínica». Tercer ciclo: Programa de Doctorado completo. VII Máster Universitario en Medicina de Atención Primaria.
Barcelona (Autónoma) Departamento Medicina. Cátedra de Medicina de Familia UAB-Novartis. Unidad Funcional Medicina Familia. UD MFyC.	12 CS. 1 director de cátedra. 6 profesores asociados. Profesores colaboradores.	Rotación Práctica en 6.º Asignaturas optativas: «Medicina de Familia: la práctica en Atención Primaria» (4,5 créditos). Tercer Ciclo: «Habilidades prácticas en AP».
Barcelona Departamento Medicina. UD MFyC.	17 CS. 6 profesores asociados. 93 profesores colaboradores.	Seminarios. Asignatura troncal en 5.º curso con 10-20 horas teóricas y 1 mes de rotación práctica.
Cádiz Departamento Preventiva.	6 CS. 8 profesores asociados.	Prácticas obligatorias en 6.º (60 horas). Seminarios: Sí. Evaluación: Sí.
Cantabria Departamento Medicina y Psiquiatría. UD MFyC.	5 CS. 7 profesores asociados.	Prácticas optativas en 6.º (4 meses). Evaluación.
Córdoba Departamento Medicina. UD MFyC.	7 CS. 2 profesores asociados.	Prácticas optativas en 6.º Seminarios de Entrevista Clínica.
Extremadura Departamento Medicina. UD MFyC.	4 CS. 13 profesores asociados.	Prácticas obligatorias en 6.º Medicina de Familia (Créditos de Libre Configuración del Departamento de Patología y Clínicas Humanas).

Tabla 1. **Presencia de la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina de España (cont.)**

Facultad	Recursos	Actividades docentes
Granada Departamento Preventiva. Departamento Medicina.	4 CS. 4-5 profesores asociados.	Prácticas optativas de Medicina Preventiva. Curso de Comunicación para estudiantes.
La Laguna Departamento Preventiva.	5 CS. 1 profesor titular. 5 profesores asociados. 4 profesores colaboradores.	Prácticas obligatorias en 6.º (32 horas). Asignatura optativa: Medicina en Atención Primaria. Para los cursos de 4.º, 5.º y 6.º, de 45 horas (4,5 créditos).
Las Palmas Departamento Preventiva.	4 CS. 4 profesores asociados.	Prácticas obligatorias en 6.º (2 meses).
Lleida	6 CS. 8 profesores asociados.	Rotación práctica en 6.º curso (10 créditos). Rotación según objetivos. Asignatura optativa en 4.º curso (4 créditos). Técnicas instrumentales y Entrevista clínica.
Madrid (Autónoma) Cátedra de Medicina de Familia UAM-Novartis Medicina, Pediatría y Preventiva.	18 CS. 1 profesor titular (CU Salud Pública). 18 profesores asociados. 30 profesores colaboradores.	Prácticas obligatorias en 6.º (1 mes). Asignatura optativa o de Libre Configuración: «Contacto precoz con el paciente en Atención Primaria» (6 créditos). Asignatura optativa: «Atención Primaria: Importancia de la Medicina de Familia» (4,5 créditos). Rotatorio en «Medicina Comunitaria» en CS Vicente Soldevilla.
Madrid (Complutense) UUDD MFyC Áreas 1, 7 y 11. Departamento Medicina.	5 CS.	«Estancias Prácticas en Atención Primaria» (1 mes en verano) (4,5 créditos).
Murcia Departamento Preventiva.	4 CS se consideran plazas de centros docentes de la Gerencia n.º 1 de AP de Murcia. 5 profesores asociados.	Prácticas obligatorias en 6.º de Medicina Preventiva (1 semana).
Navarra Unidad Epidemiología y Salud Pública. UD MFyC.	15 CS. 1 profesor titular. 106 profesores colaboradores	Prácticas obligatorias en 6.º (6 semanas). Seminario obligatorio evaluado (12 horas).

Tabla 1. **Presencia de la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina de España (cont.)**

Facultad	Recursos	Actividades docentes
Oviedo Departamento Preventiva. UD MFyC.	4 CS. 5 profesores asociados.	Prácticas obligatorias en 6.º (3 semanas). Prácticas optativas en verano (Mieres). Colaboración docente con: «Planificación Sanitaria», «Demografía y Epidemiología», Nutrición Comunitaria y «Medicina Preventiva».
País Vasco Departamento Preventiva y Salud Pública. Departamento de Medicina.		Prácticas obligatorias (15 días). H. Basurto y H. Cruces (Bizkaia) y H. Aranzazu (Gipuzkoa). Prácticas voluntarias (2 meses). H. Txagorritxu (Álava).
Rovira y Virgili Departamento Medicina.	6 CS. 6 profesores asociados.	Rotación práctica en 3.º (Anamnesis/exploración). Prácticas en una ABS. (Evaluación final - competencia). Asignatura optativa (extracurricular) en 2.º ciclo (4,5 créditos). Conceptos de AP/MF.
Salamanca Departamento Medicina.	4 CS. 4 profesores asociados.	Prácticas obligatorias en 6.º
Santiago Departamento Preventiva.	1 CS. 2 profesores asociados.	Prácticas obligatorias (2 semanas). Prácticas optativas en verano (3 semanas).
Sevilla Departamento de Medicina, Psiquiatría y Medicina Preventiva. UD MFyC.	6 CS. 6 profesores asoci. M. Familia. 20 profesores colaboradores.	Asignatura obligatoria: «Medicina Familiar y Comunitaria». Departamento de Medicina, Psiquiatría y Medicina Preventiva.
Valencia Departamento Medicina.	9 CS. 12 profesores asociados.	Prácticas obligatorias (15 días) en 3.º (Patología General), 4.º y 5.º (Patología Médica).
Valladolid Departamento Medicina y Pediatría. UD MFyC.	9 CS. 8 profesores asociados.	Prácticas obligatorias en 6.º, 3.º (Patología General), 4.º y 5.º (Patología Médica). Asignatura optativa: «Medicina de Familia» (4 créditos). 5 Talleres en el programa de asignatura.

Tabla 1. **Presencia de la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina de España (cont.)**

Facultad	Recursos	Actividades docentes
Zaragoza Departamento Medicina.	9 CS. 11 profesores asociados.	Asignatura optativa: «Medicina de Familia» de 7 créditos. Curso 2002-2003. Prácticas obligatorias en 6.º Tercer Ciclo: 2 cursos Monográficos del Doctorado. 1 Programa completo de Medicina de Familia. 3 cursos completos dirigidos por médicos de familia.
28 Facultades 25 Actividades de MF. 3 sin información.	177 CS. 147 profesores asociados. 4 profesores titulares. 2 directores de cátedra. 330 profesores colaboradores.	Asignaturas obligatorias de MF: 3. Asignaturas optativas de MF: 11. Prácticas obligatorias: 17. Prácticas optativas: 12.

mer lugar, por la obligación legal de tener al menos tres centros de Atención Primaria adscritos a la Facultad de Medicina para la docencia y la investigación, como contempla el artículo 104 de la Ley General de Sanidad y que regula el Real Decreto de Bases Generales de Conciertos entre Universidades e Instituciones Sanitarias (tabla 2). En segundo término, al imprescindible y legítimo deseo de mejorar y actualizar su actual oferta docente, tanto en cantidad como en calidad.

Sin embargo, en esta incorporación, muchas Facultades de Medicina consideran que el único aprendizaje posible, a impartir académicamente por

Tabla 2. **Legislación española sobre la presencia de los Centros de Salud en la Universidad**

Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. Punto 4.º del artículo 104 (1986).

«Las Universidades deben contar, al menos, con tres Centros de Atención Primaria universitarios para el ejercicio de la docencia e investigación».

Real Decreto de 28-6-1986 de Bases Generales del Régimen de Conciertos con las Instituciones Sanitarias.

En el caso de Centros de Atención Primaria, universitarios o asociados a la Universidad, el concierto establecerá también fórmulas de participación de la Universidad en los órganos de Dirección de las correspondientes Instituciones sanitarias, así como de éstos en los órganos de gobierno de la Universidad.

médicos de familia, queda reducido exclusivamente a determinados contenidos prácticos de otras materias (médica, pediatría, psiquiatría, medicina preventiva y salud pública, etc.). Por otro lado, éstos ya se enseñan, mediante clases teóricas o prácticas, por el profesorado tradicional de la facultad. Para algunas facultades, el hecho de rotar por los centros de salud con médicos de familia tiene especial interés porque, en determinados aspectos clínicos, el aprendizaje hospitalario puede tener un buen complemento formativo en los centros de salud; o bien, que la posibilidad de conocer el trabajo de los médicos de familia les puede facilitar la elección de esta especialidad en el futuro, y, finalmente, porque les interesa la satisfacción del alumno, y estas actividades siempre son bien valoradas por el alumnado.

Los problemas aparecen porque este modelo de incorporación contiene la idea, claramente errónea, de que «las necesidades académicas actuales de los alumnos de Medicina, en términos lectivos, son suficientemente cubiertas con los contenidos de los actuales planes de estudios en las asignaturas tradicionales». Esta idea lleva implícitas diversas conclusiones incorrectas y temerarias, tales como: «la Medicina de Familia no aporta contenidos con identidad académica propia», luego no puede ser objeto de asignatura específica; «es un error lo que sucede en numerosas y prestigiosas facultades de países de nuestro entorno socioeconómico que tienen Departamentos de Medicina de Familia, con profesorado y asignaturas específicas de Medicina de Familia»; y peor aún, «los informes y las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS, WONCA, Consejo de Europa, General Medical Council, etc., no son correctos, pues no responden a las necesidades educativas reales de los estudiantes de Medicina».

Sin embargo, el reconocimiento académico de la Medicina de Familia ha comenzado en algunas Facultades de Medicina en España. En ellas, además de contemplar rotaciones obligatorias de su alumnado en centros de salud con médicos de familia, ha comenzado un proceso de incorporación académica de la Medicina de Familia mediante su inclusión como asignaturas optativas en 11 Facultades de Medicina y obligatorias de universidad en tres universidades (Castilla-La Mancha, Barcelona y Sevilla). Hay 177 Centros de Salud Universitarios, con 147 profesores asociados y más de 300 profesores colaboradores. Existen, en la actualidad, 3 cátedras con sus correspondientes directores de cátedra (Dr. Amando Martín Zurro en la Universidad

Autónoma de Barcelona, Dr. Vicente Gil Guillén en la Universidad Miguel Hernández de Elche y el Dr. Ángel Otero Piñero en la Universidad Autónoma de Madrid) y en diferentes áreas de conocimiento hay 4 profesores titulares de Universidad con una especial vinculación con la Medicina de Familia.

Futuro

Ahora que la convergencia con Europa será pronto una realidad a través del Tratado de Bolonia sobre la Educación Superior Europea, a diferencia del resto de países de la Unión Europea, en España la Universidad no acaba de reconocer académicamente a la Medicina de Familia, y se demora en contemplarla académica, administrativa y legalmente en igualdad con el resto de disciplinas. Algo que es imprescindible si queremos mejorar el trabajo, la cercanía y los conocimientos de todos los médicos del sistema de salud.

Los ciudadanos, que son los que financian la universidad, deben saber que están en su derecho a exigir que todo lo dicho hasta aquí se tenga en cuenta a la hora de establecer los Planes de Estudios y los procedimientos de incorporación de docentes a las Facultades de Medicina. No parece razonable desperdiciar la acreditada experiencia docente e investigadora de las unidades docentes de Medicina de Familia, la amplia red de centros de salud docentes repartidos por todo el país, con miles de médicos de familia profesores y tutores, un cuerpo de conocimientos propio, un área de investigación pegada a la realidad de la sociedad..., elementos todos ellos, hoy por hoy, infrutilizados por la universidad.

Desde los años noventa, numerosos organismos internacionales preconizan la necesidad de actualizar y mejorar las actividades docentes de las Facultades de Medicina en todo el mundo. La World Federation for Medical Education (10), en el año 1999, establecía los estándares calidad de la formación pregrado en Medicina. Sobre la base del anterior informe, la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina Españolas y diversas sociedades de Educación Médica y otras instituciones asumieron estas propuestas en la Declaración de Granada sobre estándares en la educación médica de pregrado (11). En una parte importante de las propuestas expuestas en la Declaración de Granada (12), la Medicina de Familia tiene un papel relevante en las estrategias de su desarrollo (tabla 3).



Tabla 3. **Respuestas de la Medicina de Familia a la Declaración de Granada sobre estándares de la educación médica de pregrado. Granada 2001**

Propuestas de la Declaración de Granada

Declarar pública y explícitamente su misión y objetivos institucionales desde su responsabilidad social; la declaración debe incluir metas científicas, integración con la comunidad y cohesión de la formación de pregrado con el postgrado y con la formación continuada.

Desde este primer punto, la necesidad de incorporar la Medicina de Familia y Comunitaria al pregrado se hace ostensible. En primer lugar, porque no existe otra manera de integrar la comunidad si no se hace desde la Atención Primaria por médicos de familia, y en segundo lugar porque, para que exista una cohesión del pregrado, posgrado y la formación continuada (FC), no se puede olvidar que más de la mitad de los médicos en el posgrado y en actividades de FC serán médicos de familia.

Identificar y definir explícitamente las competencias finales que sus alumnos habrán de haber adquirido en el momento de graduarse, teniendo en cuenta las necesidades sociales; como consecuencia, toda la actividad docente, la estructura académica y la asignación de medios se pondrán al servicio de esta meta.

Las necesidades sociales de salud donde mejor se conocen es en, y desde, la Atención Primaria; desde aquí se tiene una inmejorable percepción de la prevalencia de los problemas de salud y cómo repercuten en las personas, las familias y la comunidad. En el hospital el contacto con pacientes sólo permite percibir un 10% de la realidad de la práctica de la Medicina, porque sus actividades sólo cubren este porcentaje, y siendo un conocimiento muy importante como es el conocimiento de la enfermedad y sus aspectos biomédicos, sus complicaciones, su gravedad e infrecuencia, no le facilitan al alumno una visión completa de la medicina.

Enseñar los principios de la Medicina científica y la Medicina basada en la evidencia, así como el pensamiento analítico y crítico durante todo el currículo. Así mismo, además de las contribuciones de las ciencias biomédicas básicas, las facultades deben incorporar en su currículo las contribuciones de las ciencias de la conducta y sociales, de ética médica y de economía de la salud que garanticen el comportamiento adecuado en el ejercicio de la práctica profesional y que propicien habilidades de comunicación, de toma de decisiones y de liderazgo e influencia social. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deberán constituir el hilo conductor de todo el currículo.

La incorporación de contenidos tales como las ciencias de la conducta y sociales, de ética médica y de economía de la salud tienen una perspectiva principal desde la Medicina de Familia, que es la base del sistema de salud y donde estas disciplinas encuentran multitud de situaciones de aprendizaje. En el caso de las habilidades de comunicación, de toma de decisiones y de liderazgo e influencia social, es obvio decir que el entorno de la Medicina de Familia es mucho más adecuado para su aprendizaje que en una planta de hospitalización. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son igualmente pilares esenciales en la práctica diaria del médico de familia, donde el alumno entra en contacto directo con su aplicación en la realidad, cuestión ésta que muy pocas de las demás disciplinas pueden ofrecer a la facultad, y si lo hacen es de manera muy tangencial.

Estructurar el currículo rigurosamente alcanzando la integración horizontal y vertical de las materias que lo componen y promoviendo el contacto del alumnado con el paciente lo más

Tabla 3. **Respuestas de la Medicina de Familia a la Declaración de Granada sobre estándares de la educación médica de grado. Granada 2001 (cont.)**

pronto posible. Procurar conceder al alumnado la libertad de elaborar su propio bagaje de conocimientos mediante la oferta generosa y adecuadamente estructurada de materias opcionales. Utilizar técnicas docentes acordes con los objetivos que persigue el currículo y facilitadoras del aprendizaje de adultos. Diseñar métodos de evaluaciones del alumnado, válidas y coherentes, con los objetivos del currículo. Utilizar la evidencia disponible en investigación educativa médica y los datos de la evaluación basada en resultados para promover y desarrollar dinámica y continuamente los cambios y adaptaciones que correspondan.

Indiscutiblemente, la disciplina que mejor integra, tanto horizontal como verticalmente, la mayoría de las materias es la Medicina de Familia y Comunitaria. En la mayoría de las facultades de Medicina donde esto se practica, el contacto precoz con el paciente, por motivos de accesibilidad, responsabilidad clínica y complejidad de la atención, se hace con médicos de familia en Atención Primaria. En cuestión de metodología docente y en el aprendizaje de adultos y de evaluación, la Medicina de Familia tiene unas experiencias acumuladas, difícilmente alcanzables en otras disciplinas.

Las facultades y sus universidades deberían garantizar los recursos educativos suficientes para el desarrollo eficaz del currículo y para el bienestar del alumnado y del profesorado. Prestar especial atención a la disponibilidad de servicios sanitarios adecuados en calidad y cantidad y la de recursos metodológicos modernos para el aprendizaje clínico: pacientes simulados, laboratorio de habilidades, etc. Facilitar el aprendizaje mediante una política avanzada de aplicaciones tecnológicas para la información y la comunicación.

En la actualidad, la disponibilidad de servicios sanitarios en calidad y cantidad en Atención Primaria permite garantizar recursos educativos suficientes para asegurar el aprendizaje de los alumnos de Medicina en esta área. La experiencia en pacientes simulados y la utilización de nuevas tecnologías de enseñanza y aprendizaje garantizan que la Medicina de Familia pueda ofrecer a las facultades de Medicina profesorado cualificado. En los centros de salud también se ofrece la posibilidad de tutela del alumno con una relación 1:1, muy alejada de la relación que habitualmente vemos en las plantas y las consultas hospitalarias.

Tener una política sobre la relación entre las actividades de investigación y de educación y sobre su integración.

Si bien, en investigación básica, la Medicina de Familia no tiene un papel relevante, en el caso de la investigación de problemas prevalentes, de la historia natural de las enfermedades, de estudios de base poblacional, de componentes biopsicosociales, etc., en Atención Primaria contamos con la tecnología, los recursos humanos y las oportunidades más que suficientes para realizarla e integrarla en la formación de los alumnos.

Establecer una interacción constructiva con los sectores sanitarios y educativos, con las administraciones públicas y con la sociedad, buscando especialmente la incorporación de la profesión médica a la formación de los futuros profesionales.

La incorporación de la Medicina de Familia a la formación de los futuros profesionales ya se está llevando a cabo en la mayoría de las facultades de Medicina españolas. Sin embargo, para que esta incorporación sea constructiva, debe hacerse para todos desde el conocimiento de la Medicina de Familia como área de conocimiento e igualdad con el resto de las disciplinas en España, y como está establecido en la práctica totalidad de los países de la WFME.

Tabla 3. Respuestas de la Medicina de Familia a la Declaración de Granada sobre estándares de la educación médica de pregrado. Granada 2001 (cont.)

Establecer y consolidar procedimientos de revisión y actualización continua de la función de la facultad en su estructura, proceso y resultados para adaptarlos al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad, a las necesidades de la comunidad, a los cambios sociales y a las necesidades cambiantes de la propia facultad de Medicina.

Ahora es el momento en que las facultades de Medicina españolas han de afrontar su actualización a las necesidades de la comunidad y de la sociedad; este proceso no sería tal sin la participación de la Medicina de Familia.

La Declaración de Granada fue firmada en 2001 por las siguientes instituciones:

Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España (CNDM).

Association of Medical Schools in Europe (AMSE).

Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM).

Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH).

Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM).

Associació Catalana d'Educació Mèdica (ACEM).

Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE).

Association for Medical Education in Europe (AMEE).

Sociedad Argentina de Investigación y Desarrollo en Educación Médica (SAIDEM).

Organización Médica Colegial (OMC).

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Igualmente su presencia en forma de Departamentos de Medicina de Familia en la mayoría de las Facultades de Medicina de los países de nuestro entorno europeo y occidental (tablas 4, 5 y 6).

Además, los múltiples retos que establece el Espacio Europeo de Educación Superior para todas las universidades europeas requieren de la participación de una gran cantidad de los recursos y entornos docentes para cada una de las titulaciones. El concepto de EEES se inició en 1998 con la Declaración de La Sorbona (1998), y se consolidó en 1999 con la Declaración de Bolonia (tabla 7). En éstas los ministros europeos de Educación instan a los estados miembros de la Unión Europea a desarrollar e implantar en sus países las siguientes actuaciones: las bases del EEES se establecen en la Declaración de Bolonia y en la de Praga (tabla 8). En el caso de la Licenciatura de Medicina se deben producir cambios cualitativos en sus Planes de Estudios desarrollando una estructura transversal, orientándose a la generalidad, evitando contenidos de especialidad, con un especial énfasis hacia el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes a través

Tabla 4. Departamentos Universitarios de Medicina de Familia con página web en Facultades de Medicina de Europa

Austria Wien	Alemania Berlin	Hungría Debreceni	Francia Angers	Suiza Berna
Bélgica Libre de Bruxelles Liege	Berlin Freie Bonn Bochum Düsseldorf Essen	Semmelweis Szeged	Bordeaux-2 Lyon Montpellier Nantes Paris-5 Ouest Paris-Creteil	Reino Unido Aberdeen Dundee Edinburgh East Anglia Belfast. Queen's Birmingham Bristol Cambridge Cardiff Exeter Glasgow Hammersmith Imperial College Keele King's College Leeds Leicester Liverpool Manchester Newcastle-Tyne Nottingham Oxford Queen Mary Royal Free Southampton Sheffield St. George's St Mary's Wales-Cardiff
Republica Checa Praga Praga: Charles	Frankfurt Freiburg Gienssen	Holanda Groningen Leiden Radboud	Paris-Lariboisière Paris Pitié- Salpêtrière Paris-Sud Paris-Versailles Paris-Xavier Bichat Rennes Strasbourg Tours	
Dinamarca Aarhus	Goettingen Hamburg Heidelberg Humboldt Kiel	Irlanda Cork Dublín Dublin-Trinity Trinity College	Portugal Lisboa Coimbra Porto	
Finlandia Helsinki Kuopio Oulum Tampere Turku	Leipzig Marburg Mainz Münster Regensburg Tübingen Witten/Herdecke Würzburg Ulm	Islandia Iceland	Noruega Bergen Oslo Tromsøen Trondheim	
			Rusia Russian State	
			Suecia Göteborg Lunds Uppsala	

de un incremento sustancial de la docencia práctica, todo ello con un incremento de la calidad de la docencia a través del cambio de objetivos docentes a objetivos de aprendizaje y una mayor implicación en la enseñanza de los alumnos, fomentando el autoaprendizaje, y de los profesores cuya dedicación a la docencia debe tener un papel preeminente.

La Medicina de Familia puede, y debe, jugar un papel importante en todo este proceso. En primer lugar porque facilita una formación más orientada



Tabla 5. Departamentos Universitarios de Medicina de Familia en Asia, África y Oceanía

Asia	Australia y Nueva Zelanda
Hong Kong (China)	Adelaide (Australia)
Cukurova (Turkia)	Melbourne (Australia)
Emiratos Arabes	Monash (Australia)
Malasia	Otago (Nueva Zelanda)
Sackler (Israel)	Sydney (Australia)
Seul (Korea)	Tasmania (Australia)
Singapur	Western (Australia)
Sultan Qaboos (Oman)	
África	
Pretoria (Sudáfrica)	
Stellenbosch (Sudáfrica)	
Witwatersrand (Sudáfrica)	

y adaptada a las necesidades sociales y sanitarias actuales, y aporta un incremento de la elección vocacional para trabajar en APS. Esto es importante si consideramos que el 42% de los médicos españoles se dedica a la APS. La exposición temprana a modelos de Medicina de Familia y a experiencias longitudinales de APS incrementa la probabilidad de elección vocacional de la Medicina de Familia en el postgrado. Las facultades de Medicina tienen la responsabilidad de formar buenos médicos y además de incentivar su motivación para ocupar posiciones donde la sociedad y los sistemas de salud más los necesiten. Además de este importante aspecto, las aportaciones de la Medicina de Familia a las facultades de Medicina son múltiples y variadas.

- Completa la formación del estudiante al reequilibrar la formación actual basada en el hospital, orientada a la teoría, con división cartesiana mente/cuerpo, centrada en la enfermedad y en el modelo biológico, con una formación en situaciones sanitarias y sociales reales del paciente, basada en la resolución de problemas, orientada a la comunidad, en un modelo bio-psico-social y una visión holística del paciente. Facilita la oferta de conocimientos sobre todas las áreas competenciales genéricas que precisa un médico y conseguir una polivalencia real a sus estudiantes.
- La disciplina académica de Medicina de Familia aporta contenidos teórico-prácticos por la variedad de motivos de consulta en APS, trabajar con el cuerpo sano y enfermo, participar en todo el proce-

Tabla 6. Departamentos Universitarios de Medicina de Familia en América

Iberoamérica	Indiana	South Dakota
Sabana (Colombia)	Iowa	South Florida
Mexico-Auton. (México)	Kansas Health Sciences	Southern California
Buenos Aires (Argentina)	Kansas (Kansas City)	Southern Illinois
Puerto Rico (EE.UU.)	Kansas (Wichita)	Standford
USA	Kentucky	Tennessee (Memphis)
Alabama	Los Ángeles (UCLA)	Texas (Galveston)
Arizona	Louisiana State	Texas (San Antonio)
Atlanta (Emory)	Marshall	Texas Tech
Bailor	Massachusetts	Thomas Jefferson (Phil)
Bethesda (USU)	Mercer	Tufts
Boston	Miami	Tulane
Brown	Michigan State	Upstate (SUNY)
Buffalo (New York)	Minnesota-Duluth	Utah
California (Irvine)	Minnesota-Minneapolis	Vermont
California (San Diego)	Mississippi	Virginia
California (San Francisco)	Missouri (Columbia)	Virginia Commonwealth
California (Southern)	Morehouse	Washington
Case Western Reserve	Nashville (Meharry)	Wayne State
Chicago (Loyola)	New Jersey	West Virginia
Cincinnati	New Jersey (Robert Wood)	Med College Wisconsin
Colorado	New York-Medical College	Wisconsin
Columbia	New York-Stony Brook	Wright State
Creighton	New York-State	Albert Einstein Yeshiva
Dartmouth	North Carolina	Canadá
Drexel	North Dakota	Alberta
Duke	Northeastern	British Columbia
East Carolina	Northwestern	Calgary
East Tennessee State	Ohio State	Dalhousie
Eastern Virginia	Oklahoma	Laval
Finch	Oklahoma (Tulsa)	McMaster
Florida	Oregón	Ontario (Western)
Florida (Mayo Clinic)	Pennsylvania State	Montreal (McGill)
Florida (State)	Philadelphia (Temple)	Ottawa
Georgetown	Ponce	Kingston
Georgia	RuralNet (Marshall)	Saskatchewan
Harvard	Rochester (New York)	Toronto
Hawaii	Rush	Western Ontario
Idaho State	Saint Louis	Manitoba
Illinois	South Carolina	

so natural de enfermar, realizar un enfoque integral e integrado, la continuidad de cuidados y multidisciplinariedad en su abordaje individual, familiar y comunitario. Tiene normas propias de conducta profesional y clínica, con una actitud de respeto al paciente y de consi-

Tabla 7. **Declaración de Bolonia (13)**

Los ministros europeos de educación instan a los estados miembros de la Unión Europea a desarrollar e implantar en sus países las siguientes actuaciones:

Adoptar un sistema de titulaciones comprensible y comparable para promover las oportunidades de trabajo y la competitividad internacional de los sistemas educativos superiores europeos mediante, entre otros mecanismos, la introducción de un suplemento europeo al título.

Establecer un sistema de titulaciones basado en dos niveles principales. La titulación del primer nivel será pertinente para el mercado de trabajo europeo, ofreciendo un nivel de cualificación apropiado. El segundo nivel, que requerirá haber superado el primero, ha de conducir a titulaciones de postgrado, tipo máster y/o doctorado.

Establecer un sistema común de créditos para fomentar la comparabilidad de los estudios y promover la movilidad de los estudiantes y titulados.

Fomentar la movilidad con especial atención al acceso a los estudios de otras universidades europeas y a las diferentes oportunidades de formación y servicios relacionados.

Impulsar la cooperación europea para garantizar la calidad y para desarrollar unos criterios y unas metodologías educativas comparables.

Promover la dimensión europea de la educación superior y, en particular, el desarrollo curricular, la cooperación institucional, esquemas de movilidad y programas integrados de estudios, de formación y de investigación.

Tabla 8. **Declaración de Praga (2001)**

El aprendizaje a lo largo de la vida como elemento esencial para alcanzar una mayor competitividad europea, para mejorar la cohesión social, la igualdad de oportunidades y la calidad de vida.

El rol activo de las universidades, de las instituciones de educación superior y de los estudiantes en el desarrollo del proceso de convergencia.

La promoción del atractivo del Espacio Europeo de Educación Superior mediante el desarrollo de sistemas de garantía de la calidad y de mecanismos de certificación y de acreditación.

derar éticamente sus decisiones clínicas diarias. Utiliza del método científico y método epidemiológico. Y, finalmente, tiene una especial preeminencia en la comunicación y relación con los pacientes y sus familias en entornos reales (comunidad, domicilio, centro de salud, colegio, trabajo, etc.) y en condiciones emocionales propias de la vida cotidiana de cualquier persona (stress, enfado, frustración, desesperanza, etc.).

- Trabaja con pacientes y familias, el mejor entorno docente para un alumno de Medicina son los pacientes; de ellos aprenderán lo más importante de su profesión. En APS, en España, se atienden más de

212 millones de consultas anuales, frente a los 2,8 millones de ingresos en hospitales. En APS habrá cada vez más pacientes, mientras que en los hospitales se produce el fenómeno inverso, las estancias medias de hospitalización han descendido en los últimos años de 14 días en 1982 a 7,6 en 1999. Los pacientes ingresados tienen patologías cada vez más seleccionadas y de mayor gravedad. La prevalencia de los problemas de salud que ingresan en el hospital está forzosamente sesgada y no reproduce las prevalencias reales. La APS está más cercana a la realidad del proceso salud-enfermedad. Todo lo anterior permite al alumno dimensionar la realidad de los problemas de salud de la sociedad en la que va a trabajar y adquirir las competencias adecuadas para encararlos.

- La Atención Primaria es un entorno docente idóneo, ya que en la comunidad el alumno está en una posición privilegiada para aprender las actividades preventivas clínicas, comprender el abordaje de las patologías más prevalentes, y realizar actividades de detección precoz. Los centros de salud disponen de una estructura docente, ya existente, que permite el desarrollo de actividades de pregrado por contar con profesorado y tutores clínicos competentes para realizar una docencia con cualidades de excelencia. El equipo de APS es idóneo para comprender el trabajo en equipo, su interacción en el mismo le permitirá considerar aspectos éticos en sus actos clínicos.
- Aporta metodologías docentes, por sus propias características favorece los manejos de la información, el aprendizaje activo, el autoaprendizaje, el razonamiento clínico en entornos de incertidumbre, reales y simulados. Fomenta la utilización óptima de los recursos disponibles. Desarrolla competencias para el acceso a la información y sus nuevas tecnologías. Facilita el aprender a comunicarse con el paciente en entornos reales y cotidianos para el paciente y sus familias. Inicia a los alumnos en el ejercicio del pensamiento crítico, el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones, conocimiento global del enfermo, en su proyección integral y en las vertientes personal, familiar y comunitaria. Su visión transversal del historial de salud del paciente potencia el flujo horizontal entre disciplinas y

por su carácter ínter y multidisciplinario estimula al estudiante en la colaboración con otras disciplinas y especialidades.

- En el campo de la investigación genera cuerpo de conocimiento por su capacidad de dar respuesta a preguntas que sólo se pueden responder cuando el proceso investigador se realiza en APS o es imprescindible su colaboración. Desarrolla y gestiona el conocimiento por su potencial de trasladar a los pacientes y a la comunidad los resultados de la investigación.

Con todo lo anterior, todo hace indicar que los responsables de la educación médica pregraduada en España están considerando la presencia de la Medicina de Familia en las nuevas Directrices de Planes de Estudios de la Licenciatura en Medicina. El Libro Blanco de la docencia pregrado de la Medicina en España y el trabajo del Consejo de Coordinación Universitaria del Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte, deben fomentar la presencia de la Medicina de Familia en la universidad española en igualdad al resto de disciplinas académicas, tal como sucede en el resto de las universidades de los países de nuestro entorno socioeconómico y cultural. En España este reconocimiento se articula mediante la inclusión de la Medicina de Familia en el Catálogo de Áreas de Conocimiento de la Universidad Española.

Bibliografía

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. Bulletin No. 4. Boston, Massachusetts: Updyke; 1910.
2. Harris CM. General practice teaching of undergraduates in British medical schools. The Royal College of General Practitioners. Londres; 1969.
3. Byrne PS. University departments of general practice and the undergraduate teaching of general practice in the United Kingdom in 1972. The Journal of the Royal College of General Practitioners 1973; 23(Suppl 1): 1-12.
4. Fraser RC, Preston-Whyte E. The contribution of Academic General Practice to Undergraduate Medical Education. Londres: The Royal College of General Practitioners; 1988.

5. Howie JG, Hannay DR. General Practice in the Medical Schools of the United Kingdom. The Mackenzie Report. Londres: Mackenzie Fund; 1986.
6. Jonas HS, Etzel SI, Barzansky B. Educational Programs in US Medical Schools. JAMA 1991; 266: 913-20.
7. Walton HJ. Primary health care in European medical education: a survey. Medical Education 1985; 19: 167-88.
8. Bonal Pitz P. El reconocimiento académico de la Medicina de Familia por la universidad: una necesidad inaplazable. Aten Primaria 1998; 21: 63-4.
9. Casado Vicente V, Bonal Pitz P. La formación pregrado a debate. En: Prieto Orzanco A. Medicina Familiar y Comunitaria 1997. Saned; 1997.
10. WFME task force on defining international standards in basic medical education. Report of the working party, Copenhagen, 14-16 October 1999. Med Educ 2000; 34: 665-75.
11. Declaración de Granada sobre estándares en la educación médica de pregrado. Granada 24 de octubre de 2002. Educación Médica 2002; 5(1): 3-5.
12. Bonal-Pitz P. Respuesta de la Medicina de Familia a la Declaración de Granada. Aten Primaria 2002; 29: 265-7.
13. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Documento Marco: La Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Febrero 2003. Disponible en: http://www.eees.ua.es/conferencias/Documento-Marco_10_Febrero.doc

