



MEDICINA  
DE FAMILIA  
Y UNIVERSIDAD

# La incorporación de la Medicina de Familia como disciplina académica universitaria

**Dr. Francisco Buitrago Ramírez**

*DOCTOR EN MEDICINA Y ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
Y COMUNITARIA. PROFESOR ASOCIADO EN CIENCIAS DE LA SALUD  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.  
MIEMBRO DEL GRUPO PREGRADO DE LA SEMFYC. TUTOR DE RESIDENTES*

Como es conocido y se comenta en otros trabajos de este mismo número de la revista, la Medicina de Familia (MF) no tiene en la actualidad una plena consideración académica dentro del pregrado de la licenciatura de Medicina en España, y son aún muy pocas las facultades que la incluyen como asignatura obligatoria en sus planes de estudio.

Han transcurrido veinte años desde que las declaraciones de Edimburgo, en 1985, y la de Lisboa, en 1988, reclamaron la modificación universitaria del currículum médico, que estaba centrado fundamentalmente en la patología presente en los hospitales de tercer nivel. Estos foros reconocían que la docencia práctica, a los pies de la cama de los pacientes hospitalizados, era cada vez menos representativa de la morbilidad del conjunto de la población y concluían la necesidad de un giro en la orientación de los programas universitarios que, sin perjuicio de la formación básica hospitalaria, permitiese la entrada de la asistencia primaria. También organizaciones internacionales de médicos, como la WONCA, abogan por la fuerte implantación de la Atención Primaria de Salud (APS) y la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina. En nuestro país la Ley General de Sanidad, de 1986, recogía la obligatoriedad de contar con los centros de salud en la enseñanza médica y el Real Decreto 1558/1986 establecía las bases para el régimen de conciertos entre la Universidad y las Instituciones Sanitarias, fijando la necesidad de contar al menos con un hospital universitario y tres centros de salud, de los cuales uno sería universitario y los otros asociados a la universidad, haciendo coincidir estas instituciones con las de mayor calidad asistencial del ámbito geográfico correspondiente. El desarrollo de los conciertos, muy dispar en el territorio nacional, ha facilitado el conocimiento in situ de la Atención Primaria por parte de los alumnos, faceta del ejercicio de la profesión que muchos desconocían o sencillamente minusvaloraban por su nula presencia en el ámbito académico. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, la participación de los centros de salud y de los profesores asociados se ha limitado a colaborar en las prácticas clínicas de los estudiantes de los últimos cursos de Medicina, prácticas a veces de carácter voluntario y sin repercusión en las calificaciones académicas. De ahí que las ilusiones creadas tras la promulgación de los conciertos Universidad-Instituciones Sanitarias, en cuanto a facilitar la plena integración de la Medicina de Familia en las facultades se vieses rotas en unos pocos años, al constatarse que el mundo universitario reducía la incorpo-

ración de los escasos profesores asociados a la colaboración en la formación práctica de los alumnos.

La universidad, que debe formar profesionales en consonancia con las necesidades sociales, no debiera olvidar que más del 40% de los licenciados acabarán ejerciendo en el ámbito de la Atención Primaria. Además, la Universidad ha de adaptarse a la evolución de los complejos fenómenos sociales (tabla 1) que se han venido gestando en la segunda mitad del siglo xx y que tendrían que haber condicionado la formación de los profesionales en ciencias de la salud.

1. En el ámbito sanitario estos cambios se han caracterizado por la explosión tecnológica e informática, el progresivo desarrollo de los métodos diagnósticos y terapéuticos, el proceso de la especialización y superespecialización y la primacía del hospital. Los sistemas sanitarios de los países occidentales han estado dirigidos básicamente hacia la curación de la enfermedad y la formación de los profesionales ha girado también en torno a la idolatría de la tecnología, la superespecialización y el hospitalocentrismo. Sin embargo, el incesante incremento en el coste de los servicios sani-

Tabla 1. **Cambios sociales en la segunda mitad del siglo xx**

- 
1. **Ámbito sanitario:**
    - Desarrollo tecnológico creciente.
    - Hospitalocentrismo.
    - Superespecialización.
  2. **A nivel macrosocial:**
    - Globalización.
    - Aumento de la escolaridad.
    - Mediatización.
  3. **Ámbito individual:**
    - Cambios personales.
    - Individualismo.
    - Feminización.
    - Reducción de la capacidad de apoyo familiar.
    - Oferta de apoyo por las ONG y el voluntariado.
    - Cambios biográficos.
    - Cuantitativos.
    - Cualitativos.
    - Límites borrosos entre las etapas vitales.
    - Discontinuidad familiar y flexibilidad laboral.
-

tarios, la progresiva extensión del derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, la disminución en la satisfacción de los usuarios, que reclamaban una atención más cercana y personalizada, junto con el aumento de las enfermedades crónicas relacionadas con los estilos de vida, y el progresivo envejecimiento de las poblaciones, explican el giro que ha ido introduciéndose en los sistemas sanitarios hacia modelos de servicios nacionales de salud y la necesidad de cambios en la formación médica.

2. A nivel macrosocial ha surgido la globalización con un aumento de la salarización, de la escolarización y de la mediatización, con un enorme poder de los medios de comunicación de masas. También se han intensificado fenómenos como las migraciones, y el consiguiente mestizaje de culturas, o el acortamiento de la etapa laboral productiva de los trabajadores, a pesar de que la esperanza de vida continúa aumentando.

3. A nivel individual los cambios son tanto personales como biográficos.

— Cambios personales. Se está modificando la forma de ser persona, de vivir la vida. Crece el individualismo, el valor dominante es la realización personal. Se reducen al mínimo las posibilidades de obtener apoyo familiar. La feminización de la sociedad, con la creciente incorporación de la mujer al mundo del trabajo, ha traído consigo la disminución de las redes de apoyo familiar, puesto que tradicionalmente ha sido la mujer la prestadora de los cuidados. De manera que la sociedad es cada vez más individualista y la familia tiene cada vez un papel menor.

— Cambios biográficos. Las biografías se modifican tanto cuantitativa como cualitativamente. En el aspecto cuantitativo existe mayor longevidad, ha aumentado la esperanza de vida. A nivel cualitativo el tránsito de la vida juvenil a la adulta es cada vez más borroso, más difuso y lo son también los límites entre la edad adulta y la vejez o entre la llamada tercera y cuarta edad. Además, antes los dos pilares básicos de la vida humana eran la familia y el trabajo: el trabajo y una familia para toda la vida. Esto



se ha quebrado. La sociedad camina hacia la flexibilidad laboral, hacia el cambio de trabajo, de oficio, de contrato y de estructura familiar. De hecho, la discontinuidad familiar se ha disparado, con tasas altas de divorcios. En nuestro país, por ejemplo, las tasas de divorcio han aumentado un 66% los últimos 10 años.

Las repercusiones sanitarias de estos procesos son varias (tabla 2):

1. **Cambios en las demandas sanitarias**, con una mayor morbilidad en las etapas de los ciclos vitales. Antes la mayor morbilidad se daba en los más jóvenes y en los ancianos. Ahora aparece un porcentaje importante de psicopatología en el momento de las transiciones o crisis psicosociales. Existe una alta prevalencia de problemas de índole psicosocial en la población general y en la práctica cotidiana del médico general.
2. **Aumento de la medicalización**. La **medicalización** es el resultado de diversos factores. Así, por ejemplo, es cierto que los avances científicos y biomédicos han posibilitado intervenciones efectivas para condiciones anteriormente intratables. Pero también que los intereses comerciales de la industria biomédica fomentan una cierta ideología y pretenden transformarla en demanda por parte del consumidor de productos y servicios médicos. La consecuencia inmediata no es sólo la búsqueda de intervenciones médicas frente a síntomas leves o enfermedades benignas, sino también la somatización o manifestación de síntomas somáticos que no tienen una explicación fisiopatológica conocida.

Tabla 2. **Repercusiones sanitarias de los cambios sociales de la segunda mitad del siglo xx**

- 
- Incremento del coste de los servicios sanitarios.
  - No mejoría en los indicadores clásicos de salud.
  - Disminución de la satisfacción de los usuarios.
  - Incremento en las demandas sanitarias y de la medicalización.
  - Mayor morbilidad en las transiciones vitales.
  - Hasta el 30-60% de los pacientes presentan síntomas sin una causa orgánica clara.
  - Insatisfacción por la fragmentación de la asistencia.
  - Paradoja de la salud: disminución del umbral de tolerancia ante problemas banales y autolimitados.
-

Fruto de lo anterior es la aparición del fenómeno que Barsky en 1988 denominó «la paradoja de la salud». La elevación del nivel de salud en la población, tal y como viene definida por los indicadores clásicos, parece haber traído consigo una disminución del nivel de tolerancia de la población para molestias aisladas y enfermedades menores, de tal modo que cada vez se consulta a los médicos con más frecuencia y por un espectro de problemas banales y autolimitados cada vez más amplio.

Todos estos cambios ocurridos en las últimas décadas en la asistencia médica, en el perfil epidemiológico de los problemas de salud, en el conocimiento médico de las enfermedades y en el comportamiento de la población y los enfermos demandaban un nuevo perfil de médico y, por consiguiente, la adaptación de los planes de estudios a estas nuevas realidades sociales.

En nuestro país, la esperanza puesta en que los nuevos planes de estudio ampliarían los marcos de la enseñanza para que reflejasen los diferentes ámbitos sanitarios, y específicamente el de la asistencia primaria, se vio desgraciadamente frustrada cuando se publicó el Real Decreto 1417/1990 sobre Directrices generales de los planes de estudios para la obtención del título universitario oficial de licenciado en Medicina. En este decreto se establece que la APS tendrá su ubicación en la materia troncal «Medicina Preventiva y Salud Pública y Comunitaria», a la que se le asignan un total de once créditos. La realidad, con todos los planes de estudio publicados, es que los contenidos referentes a la APS son impartidos por profesores de Medicina preventiva. Las pocas facultades que han permitido la introducción de algunas asignaturas (generalmente optativas) lo han hecho fuera de esa área de conocimiento. La paradoja es, sin duda, llamativa: existen profesores asociados en los centros de salud que colaboran en la docencia de pregrado, pero que se ven alejados de impartir los contenidos teóricos de la MF y la APS en las facultades. El resultado inmediato es que la mayoría de los estudiantes reciben muy pocos contenidos específicos de Atención Primaria, a pesar de que la mayoría de ellos acabarán trabajando como médicos de familia.

Sin embargo, otra nueva oportunidad ha surgido con la publicación del Real Decreto 55/2005, de 21 de enero (BOE del 25-01-2005), por el que

se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado, siguiendo las recomendaciones para el proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior, iniciado con la Declaración de Bolonia en 1999. Este decreto incluye unas *Directrices generales comunes*, que son las establecidas por el Gobierno y aplicables a todos los planes de estudio, y otras *Directrices generales propias*, que son específicas para cada título universitario oficial y a las cuales deben ajustarse las universidades en la elaboración de los respectivos planes de estudios, a fin de que éstos puedan homologarse. En su artículo 12 reconoce que la elaboración y aprobación de los planes de estudio compete a las universidades en la forma que determinen sus estatutos, pero ajustándose a las directrices generales comunes previstas y a las directrices generales propias que el Gobierno establezca para cada título. Los planes de estudio especificarán, así mismo, la estructura académica de sus enseñanzas y su ordenación temporal, con especial atención al objetivo de facilitar la movilidad de los estudiantes. Este proceso debiera estar terminado antes del año 2010, y supone una nueva oportunidad para la introducción de la Medicina de Familia como disciplina académica y el reconocimiento del rol de médico de familia entre los profesores de las facultades, promoviendo su presencia en los primeros cursos clínicos, cuando precisamente comienzan a consolidarse la mayoría de las vocaciones profesionales.

El desarrollo histórico de la Medicina de Familia, como el del resto de especialidades médicas, acabará atravesando varias etapas. Una primera etapa política de asentamiento del cuerpo legal de la especialidad, una segunda etapa administrativa, de ubicación y acoplamiento de los especialistas dentro del sistema sanitario y una última etapa académica que tiene lugar cuando esa especialidad se incorpora al ámbito universitario. En nuestro país, la Medicina de Familia ha atravesado con relativo éxito las dos primeras, pero hasta ahora la universidad ha limitado su desarrollo académico a la introducción de plazas de profesor asociado en los centros de salud.

Los planes de estudio en Medicina establecen un sistema de organización docente basado en asignaturas (tabla 3), y la nueva elaboración de los planes de estudio que ha de realizarse para alcanzar los objetivos de incorporación en el Espacio Europeo de Educación Superior constituye

Tabla 3. **Tipos de asignaturas incluidas en la licenciatura de Medicina**

**1. Asignaturas troncales**

- Emanan de las llamadas materias troncales, definidas en el Real Decreto 1497/1987 sobre «Directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional». Las materias troncales se definen como «materias de obligada inclusión en todos los planes de estudio que conduzcan a un mismo título oficial».
- Las materias troncales de la licenciatura de Medicina vienen detalladas en el Real Decreto 1417/1990.
- Cada materia troncal puede vincularse a una o más áreas de conocimiento, y cada universidad puede diversificar u organizar cada materia troncal en una o varias asignaturas (asignaturas troncales).
- Cada área de conocimiento tiene al menos una materia troncal.

**2. Asignaturas obligatorias**

- Son asignaturas libremente establecidas por cada universidad, que las incluye dentro de su correspondiente plan de estudios publicado en el *BOE* y, por tanto, son asignaturas que el alumno obligatoriamente ha de estudiar en esa facultad concreta.
- Son asignaturas que pueden estar vinculadas a una o más áreas de conocimiento y que tienen una duración mínima de 4,5 créditos (el crédito, definido como la unidad de valoración de las enseñanzas, se corresponde con diez horas de enseñanza teórica, práctica o de sus equivalencias).
- La ampliación, modificación o inclusión de nuevas asignaturas obligatorias precisa de su aprobación en los organismos correspondientes (Junta de Facultad, Junta de Gobierno de la Universidad...) y en último término de la aceptación del Consejo de Universidades que tramitaría la oportuna publicación de esa modificación del plan de estudios en el *BOE*.

**3. Asignaturas optativas**

- Aparecen también recogidas en el plan de estudios y, por ende, están en el *BOE* que publicó dicho plan.
- Son asignaturas libremente establecidas por cada universidad para que el alumno pueda elegir entre ellas y completar los créditos que en la licenciatura se destinan a las mismas.
- También aparecen vinculadas a una o más áreas de conocimiento y pueden cursarlas alumnos de otras facultades de la misma universidad si el departamento correspondiente las ofertó con esta posibilidad.

**4. Asignaturas de libre elección**

- Asignaturas que oferta la universidad en aras a la flexible configuración del currículo del alumno.
- La universidad ha de incluir en el plan de estudios un porcentaje en créditos sobre la carga lectiva total del mismo, porcentaje que el alumno aplicará a las materias que libremente escoja entre las impartidas por la propia universidad o por otra universidad con la que se establezca el convenio oportuno.
- No aparecen en el plan de estudios publicado en el *BOE*, puesto que son asignaturas que las facultades ofertan en cada curso académico y, por tanto, cada año ha de renovarse dicha solicitud para su aprobación por la Junta de Facultad y la Junta de Gobierno de la Universidad correspondiente.
- Solo aparecen publicadas en la memoria propia de cada universidad y también pueden ofertarse a alumnos de otras facultades.

una nueva oportunidad para lograr la incorporación de la Medicina de Familia en la universidad.

Esa consolidación académica de la Medicina de Familia conlleva no sólo ampliar y generalizar la propuesta docente en el pregrado (tal como expone con acierto J. Cobaleda en este mismo número), sino que también precisa, inexcusablemente, de su incorporación a la universidad como área de conocimiento.

La pertinencia de esta solicitud está avalada por la existencia de fuertes departamentos universitarios de Medicina de Familia en las más prestigiosas universidades de los países de nuestro entorno, como puede comprobarse en el trabajo de P. Bonal en este mismo número de la revista.

En síntesis, la semFYC está priorizando en la práctica y en los recursos la introducción de la Medicina de Familia en la universidad. Por este motivo reconocía en su **Manifiesto por la universidad** la necesidad urgente de instaurar una asignatura obligatoria de Medicina de Familia en todas las universidades, su inclusión en el catálogo de áreas de conocimiento y la creación de departamentos de Medicina de Familia y Atención Primaria.

Pero es preciso que a nivel legislativo, y por ende político, exista un convencimiento y asunción plenos de la importancia que tiene la presencia de médicos de familia como profesores de pleno derecho en la universidad. Sin este compromiso político es muy posible que la Medicina de Familia tenga que reconocer que la impartición de asignaturas menores y las tutorías prácticas de los alumnos en los centros de salud son, en este inicio de siglo, su techo académico y universitario.

## Bibliografía

1. Bonal P. Competencia profesional del médico de familia en España. *Aten Primaria* 1999; 23(supl 1): 61-5.
2. Bonal Pitz P, Gil Guillén VF, Martín Zurro A, Calvo Hernando E, Pinto Espanhol A. La Medicina de Familia como área de conocimiento. Documentos semFYC, n.º 10. *Aten Primaria* 1999; 23: 151-74.

3. Borrell. Quince años de Medicina Familiar, 15 años de la revista Atención Primaria (1984-1999). *Aten Primaria* 1999; 23(supl 1): 37-50.
4. Buitrago F. ¿Departamentos universitarios de Medicina Familiar en España? *Aten Primaria* 1992; 10: 858-9.
5. Buitrago F. Medicina de familia y universidad. *FMC* 1997; 4: 219-20.
6. Buitrago F. La incorporación de la Medicina de Familia en el ámbito universitario. ¿ilusión o realidad? *Aten Primaria*, 2000; 25: 71-2.
7. Buitrago F. Médicos para el siglo XXI. ¿Qué médicos deben formar las facultades de medicina? *Tribuna Docente* 2002; 3: 3-7
8. Cabrera de León A. La Medicina Familiar y Comunitaria en la universidad española: un paso adelante. *Aten Primaria* 1997; 20: 63-4.
9. Casado V, Bonal P. La formación pregrado a debate. Libro del año de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Saned SA; 1997.
10. De la Revilla L. La formación del médico de familia. *Aten Primaria* 1999; 23 (supl 1): 53-60.
11. Domingo PM. Estudiantes, universidad y Medicina de Familia. *Aten Primaria* 1997; 19: 279-82.
12. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n.º 102, de 29-04-1986.
13. Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias. BOE n.º 182, de 31-07-1986.
14. Real Decreto 1417/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título oficial de Licenciado en Medicina y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. BOE n.º 278, de 20-11-1990.
15. Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. BOE n.º 21, de 25-01-2005.