

Documentos de opinión
para **Atención Primaria**

**MEDICINA DE FAMILIA
Y UNIVERSIDAD**



Documentos de opinión
para **Atención Primaria**



**MEDICINA DE FAMILIA
Y UNIVERSIDAD**

Coordinador:

Dr. Félix Suárez González
*Responsable del Área de Pregrado de SEMERGEN.
Especialista en Medicina de Familia y del Trabajo.
Profesor en la Universidad de Extremadura.
Tutor de Residentes de Familia. Doctor en Medicina*

Autores:

Dr. Félix Suárez González
*Responsable del Área de Pregrado de SEMERGEN.
Especialista en Medicina de Familia y del Trabajo.
Profesor en la Universidad de Extremadura.
Tutor de Residentes de Familia. Doctor en Medicina*

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*

Dr. Jesús Cobaleda Polo
*Especialista en Medicina de Familia y Farmacología.
Doctor en Medicina. Profesor Asociado en la
Universidad de Extremadura*

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*

© IM&C, S.A.

Editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid.

Tel. 91 353 33 70. Fax 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Prohibida la reproducción, total o parcial, por cualquier método, del contenido de este libro,
sin permiso expreso del titular del copyright.

Depósito legal:



Sumario

7 Introducción

Dr. Félix Suárez González

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

Dr. Pablo Bonal Pitz

33 La formación de la Atención Primaria en el Pregrado. Actuación actual de SEMERGEN en el Pregrado

Dr. Jesús Cobaleda Polo

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

Dr. Francisco Buitrago Ramírez

57 SEMERGEN y su posición en Pregrado

Dr. Félix Suárez González



MEDICINA
DE FAMILIA
Y UNIVERSIDAD

Introducción

Dr. Félix Suárez González

RESPONSABLE DEL ÁREA DE PREGRADO DE SEMERGEN.

ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA Y DEL TRABAJO.

PROFESOR EN LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.

TUTOR DE RESIDENTES DE FAMILIA. DOCTOR EN MEDICINA

La Universidad, entendida como servicio público al que corresponde la Educación Superior, debe cumplir la función de formar profesionales capaces de dar respuestas a las necesidades sociales. La responsabilidad a este respecto es enorme, viéndose obligada continuamente a adaptarse a los cambios vertiginosos que exige la sociedad para garantizar la calidad de los servicios prestados a la misma.

La formación de profesionales competentes y comprometidos con el desarrollo social constituye hoy día una misión de la Educación Superior Contemporánea (UNESCO, 1998).

Actualmente el Consejo de Coordinación Universitaria está tratando de armonizar los planes de estudios de la Licenciatura de Medicina para adaptarlos al Espacio Europeo de Educación Superior. Se están introduciendo ya cambios en el currículum para que la formación médica de Pregrado sea más general, más integrada, transversal y globalizadora, redefiniendo así el nuevo perfil del médico que se quiere formar.

La importancia de la Medicina de Familia en Atención Primaria es importante, tal y como se demuestra, como fuerza viva dentro del sistema sanitario (enorme volumen asistencial que desarrolla, vehículo casi exclusivo del sistema sanitario en la promoción de la salud) y el hecho de que más del 40% de los estudiantes de las últimas promociones de las distintas facultades del Estado español han terminado desarrollando la especialidad de Medicina de Familia.

Por tanto, se puede considerar lógica la reivindicación realizada desde los distintos organismos y asociaciones profesionales de reclamar un espacio en la formación de Pregrado de los profesionales de la Sanidad. De hecho, se apunta, el Consejo de Decanos de Facultades de Medicina, en el Libro Blanco sobre las competencias y conocimientos que debe poseer el graduado en las Facultades de Medicina, ha incluido muchos de los aspectos que peculiarizan la actuación de la Atención Primaria.

Además, a partir de la nueva regulación de las enseñanzas universitarias que se recoge en el Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, donde se habla sobre el proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación



Superior, iniciado con la Declaración de Bolonia de 1999, se incluye entre sus objetivos ofrecer el marco jurídico que haga posible a las universidades españolas estructurar, con flexibilidad y autonomía, sus enseñanzas de Postgrado de carácter oficial, para lograr armonizarlas con las que se establezcan en el ámbito no sólo europeo, sino mundial, promoviendo oportunidades de trabajo para los estudiantes y una mayor competitividad internacional del sistema de educación superior europeo. Se crea así una oportunidad para introducir las áreas de competencia de la Medicina de Familia dentro del currículo de las Facultades de Medicina.

El hecho constatable que la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) dentro del carácter divulgativo y formativo, presenta sus vinculaciones con la Universidad, como no podría ser de otro modo.

En las próximas líneas de este documento se exponen una serie de opiniones respecto al mismo. Los autores, al igual que en el anterior capítulo, han actuado con total libertad, intención lógica de SEMERGEN el hacer oír a todas las partes respetando sus ideas. También está la opinión de la Sociedad posicionándose en el tema.

Quisiera agradecer a los patrocinadores su desinteresada colaboración, imprescindible para la difusión de este texto.

Quiero agradecer también a la Junta Directiva Nacional y a su Presidente, Julio Zarco, la confianza depositada en un servidor para coordinar esta obra y para definir el posicionamiento de SEMERGEN.



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, infrautilizados 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





MEDICINA
DE FAMILIA
Y UNIVERSIDAD

La formación de la Atención Primaria en el Pregrado. Actuación actual de SEMERGEN en el Pregrado

Dr. Jesús Cobaleda Polo

ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA Y FARMACOLOGÍA.

*DOCTOR EN MEDICINA. PROFESOR ASOCIADO EN LA UNIVERSIDAD
DE EXTREMADURA*

Podría ser especialista, pero es el escalón más bajo; me limitaré a ello si no soy capaz de ser generalista. Un especialista sólo puede establecer un diagnóstico parcial. El verdadero ideal del médico es ser generalista

CHRISTIAN JACQ (*LA PIRÁMIDE ASESINA*)

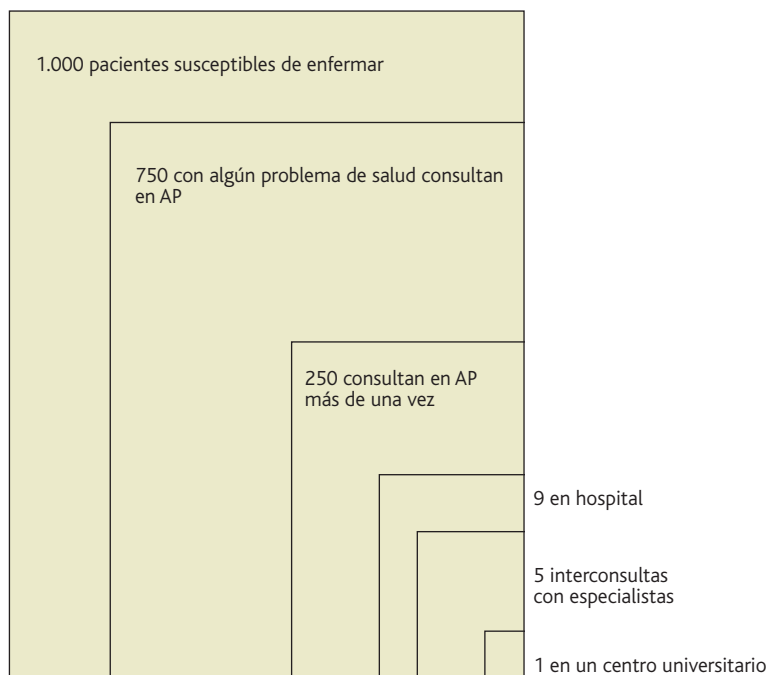
Introducción

En el último siglo se han producido importantes avances científicos en Medicina con nuevos descubrimientos médicos y la aparición de altas tecnologías en la práctica de la Medicina que han supuesto avances técnicos y científicos y han cambiado el modo de abordaje de múltiples problemas de salud. Las facultades de Medicina han ido incorporando estos conocimientos en sus programas docentes y condicionando la presencia, casi en exclusividad, de especialidades médico-quirúrgicas y sus subespecialidades en la docencia de pregrado. Sin embargo, la enseñanza de estos trascendentales avances de la biomedicina, sin una correspondiente presencia de contenidos generalistas en la licenciatura, condicionan el aprendizaje de los alumnos y provocan una parcelación del conocimiento de la realidad salud-enfermedad de las personas.

No es necesario volver a incidir sobre la importancia de la Atención Primaria dentro del sistema sanitario, tanto desde el punto de vista del volumen asistencial que desarrolla (casi el 90% de las consultas realizadas anualmente lo son en Atención Primaria) (figura 1), como de vehículo casi exclusivo, del sistema sanitario, en la promoción de la salud. Ni es necesario resaltar que más del 40% de los estudiantes de las últimas promociones de las distintas facultades del Estado español han terminado desarrollando la especialidad de Medicina de Familia. Tampoco hace falta exponer las peculiaridades que tiene la asistencia que se presta a los ciudadanos en la Asistencia Primaria. Su longitudinalidad, la atención comunitaria, el conocimiento del medio socio familiar del sujeto, etc.

Expertos y líderes de salud, reunidos en la «Conferencia sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud de las Américas», se manifestaron a favor de que en los sistemas de educación médica de cada país, las

Figura 1. **Análisis de utilización de Kerr White**



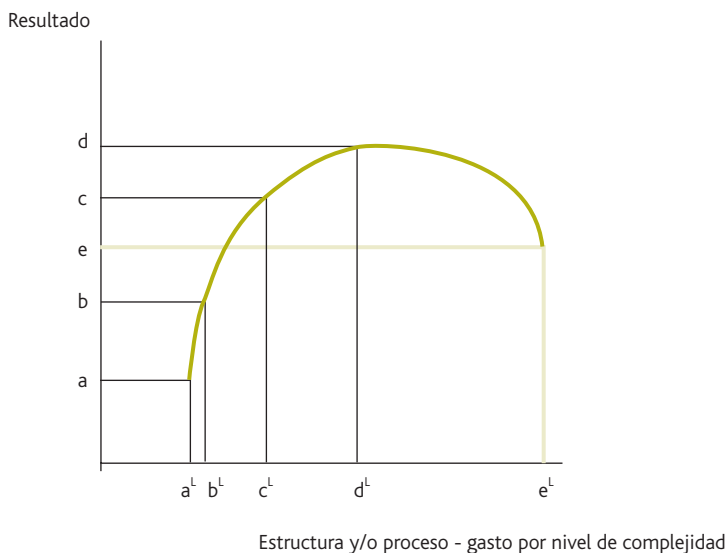
Distribución de pacientes en los distintos medios asistenciales. Donde se aprecia que las tres cuartas partes de los pacientes son atendidos en Atención Primaria y sólo algo menos del 2% llegan a los niveles especializados.

instituciones formadoras de recursos humanos se involucren en la definición del perfil y en la formación de los profesionales necesarios para la Atención médica Primaria, bajo el contexto de la reforma de los sistemas de salud; de que las escuelas y facultades de Medicina implementen procesos de inserción de la Medicina Familiar dentro de los planes curriculares del pregrado, para permitir al alumno un contacto temprano, gradual y continuo con los principios universales y las modalidades de práctica de esta disciplina; del requerimiento indispensable para el entrenamiento de los especialistas en esta disciplina, de un programa de posgrado residencial de alta calidad que responda a las necesidades de una fuerza de trabajo equilibrada con las otras especialidades y que ante las necesidades inmediatas de algunos países, por contar con una masa crítica de médicos de familia a corto plazo, puedan diseñar y operar programas de reconversión con carácter transicional y temporal.

Todos estos aspectos han sido reseñados muy ampliamente, y desde hace años (1, 2), en todas las reivindicaciones realizadas desde los distintos organismos y asociaciones profesionales, a la hora de reclamar un «espacio» en la formación de pregrado de los profesionales de la Sanidad. Además, el Consejo de Decanos de Facultades de Medicina, en el Libro Blanco sobre las competencias y conocimientos que debe poseer el graduado en las facultades de Medicina, ha incluido muchos de los aspectos que peculiarizan la Atención Primaria.

Por otra parte, el envejecimiento de la población hace que haya aumentado considerablemente la incidencia de patologías crónicas. El aumento del gasto sanitario en la atención especializada, donde las técnicas, cada vez más sofisticadas, tienen un mayor coste económico, a pesar de la relación de Donabedian (3), que demuestra cómo el incremento del gasto sanitario no conlleva el mismo aumento de los indicadores de salud de una población a partir de cierto grado de gasto (figura 2). Ese encarecimiento de la

Figura 2. **Relación teórica entre resultado y estructura y/o proceso según economía de escala**



Relación de Donabedian, donde se demuestra que incrementos en el gasto (a^L , b^L , c^L , d^L) consiguen resultados superiores en salud (a, b, c, d). Pero a partir de un cierto nivel de gasto y complejidad (e^L), los resultados sufren una regresión (e).

asistencia hospitalaria obliga al descenso de los días de estancia hospitalaria, haciendo que pacientes que aún precisan de cuidados sanitarios, sean dados de alta y derivada su asistencia a la Atención Primaria. Todo ello propicia el creciente auge de los cuidados paliativos, en el propio entorno familiar del paciente, lo que hace que la importancia de la Atención Primaria se acreciente en todos los aspectos, incluido el aumento de horas de prácticas en los Centros de Salud de los estudiantes de Medicina.

En resumen, todos los estamentos dentro del ámbito sanitario, tanto en su vertiente formativa de pregrado (facultades de Medicina), como en los órganos de formación de postgrado, gestores sanitarios, etc., de las distintas administraciones, han oído estas peculiaridades. Lo que no quiere decir que todos las entiendan y, mucho menos, que las compartan. En cualquier caso, el tiempo irá creando las necesidades de estos aspectos y se irán produciendo las modificaciones necesarias en el sistema formativo, para que, al final, el graduado en las Facultades de Medicina reúna un bagaje científico y técnico que lo capacite para el desarrollo de la actividad en la Atención Primaria (5).

Sin embargo, esa evolución puede ser excesivamente lenta. La Universidad, como muchas otras estructuras sociales, suele ir por detrás de los cambios de la sociedad. La entrada en vigor del RD 1255 de 21 de enero, en el que se recogen los acuerdos de Bolonia de 1999, supone el inicio del proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior. Debe significar un cambio en la mentalidad de la universidad española, que debe modificar sus hábitos de exposición de conocimientos en clases magistrales por un sistema más dinámico, más moderno y más acorde con los cambios sociales acaecidos en los últimos años. Esa entrada de nuevos aires en la universidad, puede ser la excusa que necesitamos para introducir los conocimientos de la Atención Primaria en el currículo de los estudios de grado de Medicina.

Actuaciones

La SEMERGEN, como sociedad decana en el ámbito de la Atención Primaria, nacida en el entorno de la Medicina rural y de los médicos titulares, pero plenamente integrada en el actual sistema sanitario, en el trabajo



en equipo de los Centros de Salud, con la experiencia acumulada tanto en la actividad asistencial como en actividades de formación continuadas, está planteando una estrategia para que la enseñanza de las características esenciales de la Medicina en Atención Primaria se empiece a impartir en la universidad desde este mismo momento.

Para ello, la SEMERGEN ofrece a cada una de las universidades españolas los conocimientos y, sobre todo, la experiencia de sus asociados. Se pretende establecer colaboraciones estables con los departamentos que se puedan adecuar con más facilidad a los objetivos de la sociedad y permitan incluirla en sus proyectos docentes.

La SEMERGEN propone la realización de una serie de talleres sobre áreas de conocimiento específicas de la Medicina de Familia con eminente carácter práctico que cubran las carencias que en este sentido presentan los estudiantes de Medicina. Dichos conocimientos, como por ejemplo el manejo del paciente crónico, la valoración de factores de riesgo cardiovascular o atención al paciente inmovilizado, les permitan conseguir los créditos necesarios para la obtención de un máster en Atención Primaria.

Contenidos

Este ofrecimiento se realizará presentado los cursos teóricos o prácticos que aportan los conocimientos básicos de la Atención Primaria, los cuales deberán ser seguidos por los alumnos que posean ya unos conocimientos teóricos suficientes de patología, y en los que se incluyan todos los conocimientos más específicos de la Atención Primaria, que, hasta la fecha, no forman parte del currículo de las Facultades de Medicina; dejando para más adelante, aunque sin renunciar a ello, la reclamación de la creación de un área de conocimiento específico de la Atención Primaria dentro del programa de los estudios de la graduación en Medicina o cualesquiera de las que se relacionen con la Sanidad y que pudieran ser susceptibles de incluir en su currículo estos conocimientos.

A continuación se exponen una serie de cursos que pudieran servir para iniciar este acercamiento al estudiante de Medicina. Si bien, debe quedar

claro que los mismos no son sino un ejemplo basado en la experiencia personal, sin que quiera ello decir que no pueda haber otros contenidos igual de válidos para iniciar esta introducción de la SEMERGEN en las Facultades de Medicina.

Cursos teóricos, con contenidos específicos de la Atención Primaria, en los que se expongan las bases teóricas de dichos contenidos, aunque siempre dando un matiz práctico a los mismos. Que recojan los conocimientos necesarios de:

- Comunicación.
- Entrevista clínica.
- Atención a grupos de edad especiales (ancianos, niños).
- Atención a la mujer.
- Atención al discapacitado. Introducción a los cuidados del cuidador.
- Atención a la comunidad.
- Atención a la familia.
- Atención al inmigrante.
- Conceptos de Salud Pública en relación con las actividades obligatorias que la Atención Primaria realiza en estos temas (inspecciones de comedores, de manipuladores de alimentos, tratamiento de residuos, control de aguas para uso deportivo, etc.).
- Contenidos teóricos sobre el control de la demanda sanitaria.
- Gestión de bajas laborales.
- Introducción a la gestión de los recursos sanitarios, encaminado al control adecuado del gasto sanitario.
- Epidemiología, medicina basada en evidencias, uso racional de las tecnologías, identificación de los contextos sociales y a medir la calidad de la información y/o de las intervenciones.



- Concepto de magnitud de un problema de salud y de análisis de los programas que se establecen ante ellos.
- Utilización racional de los medicamentos.

Cursos prácticos, donde se expongan, de manera eminentemente práctica, las diferentes técnicas utilizadas en la Atención Primaria. Desarrolladas a modo de Talleres de Exploración, tanto en el vertiente puramente de la exploración física, como en el uso e interpretación de las pruebas complementarias:

- Exploración cardiopulmonar.
- Exploración abdominal.
- Exploración neurológica.
- Exploración del aparato locomotor.
- Exploración otorrinolaringológica.
- Exploración oftalmológica.
- Técnicas de cirugía menor.
- Técnicas de atención a urgencias vitales en el ámbito extrahospitalario.
- Procedimientos para la resolución de urgencias psiquiátricas.
- Manejo de los trastornos del comportamiento en pacientes ancianos.
- Resolución de conflictos.
- Técnicas de educación sanitaria en la comunidad.
- Técnicas de educación sanitaria a los docentes.
- Técnicas de educación sanitaria a grupos de edad o en situaciones especiales (jóvenes, ancianos, embarazadas, etc.).
- Técnicas para la modificación de hábitos de vida.
- Atención al cuidador.
- Tratamiento del duelo.

Objetivos

El objetivo principal es el de conseguir que el graduado de Medicina, tenga unos conocimientos globales sobre la Atención Primaria, sus ámbitos de actuación en el seno de la comunidad, sus peculiaridades, etc. De modo que esté capacitado para poder hacer frente a cualquier tipo de situación que se presente en la clínica diaria en un centro de salud, ya sea en el ámbito urbano o en el más remoto de los centros rurales.

Los objetivos secundarios serán:

1. Lograr la experiencia suficiente para la resolución de urgencias en el centro de salud.
2. Poder hacer frente a una consulta médica en Atención Primaria.
3. Servir de apoyo en cualquier actuación dentro del período de formación de la especialidad de Medicina de Familia, desde el primer momento de su estancia en el centro de salud.
4. Servir de nexo de unión entre la Atención Primaria y la Especializada, no sólo durante el período de formación, sino, sobre todo, cuando desempeñe un puesto de facultativo especialista al término de toda su formación.
5. Comprender la problemática de la Atención Primaria, durante la presencia en los servicios de urgencia hospitalaria, mientras realiza la residencia, sea cual sea la especialidad que realiza.

Método

El medio de llevar a cabo este programa será proponer de forma individual a las distintas Facultades la posibilidad de impartir alguno de estos cursos. Para ello, debemos contar con la experiencia de nuestros asociados, invitando a participar a todos los facultativos de la Atención Primaria, sabiendo aprovechar la experiencia y conocimientos de cada uno, sin desdeñar su edad, situación laboral, experiencia docente previa, etc. Realizando programas sencillos y asequibles en sus objetivos al principio, para poder

presentar más adelante un plan completo de formación en Atención Primaria, que se extienda, con créditos obligatorios u optativos, a lo largo de la mayoría de los cursos de la graduación.

Desde la SEMERGEN ofrecemos a todos los interesados la experiencia acumulada en las comunidades donde se están realizando actuaciones de este tipo, y se pondrá a disposición de los interesados la documentación y material audiovisual que los distintos grupos posean.

Conclusiones

En resumen, se trata de ir introduciendo, en el mayor número de universidades posibles, grupos de profesionales que habitualmente se encuentran alejados del ámbito universitario, para conseguir la mayor implicación en la docencia del mayor número de médicos de Atención Primaria posibles y, por otro lado, acostumar a los estamentos universitarios al trato con los médicos de Atención Primaria, demostrando nuestra preparación, nuestra motivación y nuestra implicación en la formación de los profesionales de la Sanidad. Acercando, en suma, la universidad al entorno de la Atención Primaria, que es lo mismo que acercarla al ciudadano.

Por otro lado, en un futuro no demasiado lejano, los primeros estudiantes de Medicina que hayan participado en estas experiencias, serán una base fundamental para el progreso de la Atención Primaria y para que finalmente se vea la necesidad de la creación de Cátedras o Áreas de Conocimiento específicos de la Atención Primaria.

Nunca podemos renunciar a nuestro derecho y nuestro deber de compartir nuestros conocimientos y nuestra experiencia en aquellos ambientes en que sea necesario, por muy difícil que nos parezca el logro o escasa acogida que se haga a nuestro ofrecimiento (6).

Para terminar, añadir una serie de recomendaciones, realizadas hace más de diez años, en el transcurso del Foro de Acción Estratégica OMS-WONCA, celebrado en Ontario (Canadá) en noviembre de 1994, donde se recogían, en 21 recomendaciones, la política de Atención Primaria que propugnaba la Organización Mundial de la Salud y de la que las 6 últimas se dedicaban a

la formación de pregrado de la Atención Primaria, a la importancia de la formación continuada y a la necesidad de financiar con fondos públicos la investigación y el trabajo comunitario en el ámbito de la Atención Primaria.

Recomendación número quince

Reconocer la Medicina Familiar como una disciplina especial

El reconocimiento formal de Medicina Familiar como una disciplina especial en Medicina —ya aceptada en muchos países— debería ahora ser universal.

Recomendación número dieciséis

La educación médica básica (Pregrado) debería proporcionar cimientos para un entrenamiento específico posterior

Las escuelas médicas deberían refinar continuamente su misión, planes estratégicos, política de admisiones, composición del profesorado, currículo, exámenes y ámbitos de enseñanza para llenar las necesidades de la gente y la práctica médica en las comunidades que van a ser servidas por sus graduados. La finalidad de la educación médica básica debería ser formar graduados capacitados para realizar programas superiores de entrenamiento específico en cualquier disciplina, incluyendo Medicina Familiar. La educación médica básica sola es insuficiente entrenamiento para médicos familiares. La competencia en Medicina Familiar requiere un entrenamiento de posgrado.

Recomendación número diecisiete

La disciplina de Medicina Familiar debería ser enseñada en cada escuela de Medicina y proporcionar un balance generalista especialista

Cada escuela de Medicina debería tener un departamento de Medicina Familiar. La enseñanza en todas las especialidades debería incluir una



dimensión generalista, incluyendo remisiones, interconsulta, alta y seguimiento. Adicionalmente se debería poner el mismo énfasis en la enseñanza de Atención Primaria en un ámbito de práctica de Medicina Familiar. Todos los estudiantes deberían experimentar la continuidad de la salud y enfermedad individual dentro de un contexto comunitario. El involucrar un número adecuado de médicos de familia como profesores y modelos debería capacitar a los estudiantes para hacer una elección informada de su especialidad.

Recomendación número dieciocho

Todos los países deberían proporcionar entrenamiento específico Posgraduado en Medicina Familiar

Cada país debería apuntar a establecer programas de entrenamiento específico en Medicina Familiar, que deben venir a continuación de la educación médica básica, y deberían esforzarse por satisfacer las necesidades de una fuerza de trabajo equilibrada.

Recomendación número diecinueve

La Educación Médica Continuada debería enfocarse hacia el perfeccionamiento de la práctica

La Educación Médica Continuada (EMC) debería estar centrada en la actividad de los médicos destinada a satisfacer las necesidades de la gente. Como parte de su ejercicio profesional, todos los médicos deberían participar activamente con sus colegas en una revisión continua de su propio rendimiento, a la luz de las normas, guías e investigaciones publicadas. EMC debería incluir, donde sea necesario, un compromiso para cambiar la práctica existente en respuesta a las necesidades de individuos y comunidades. Cada disciplina, incluyendo Medicina Familiar, debería aceptar la responsabilidad de planear y ofrecer sus propios programas de EMC.

Recomendación número veinte

Se debería poner más énfasis en la investigación en servicios de salud basados en la comunidad y en la Atención Primaria

La investigación financiada con fondos públicos debería dar una prioridad mayor a la investigación en servicios de salud, Atención Primaria, prevención y poblacionales que afectan directamente a los resultados en salud. Las escuelas de Medicina deberían iniciar tal investigación en colaboración con las autoridades de salud, asociaciones profesionales, comunidades y médicos familiares individuales. Los datos de las investigaciones deben ser aplicados racionalmente a las políticas de servicios de salud.

Recomendación número veintiuno

Se debería reunir y diseminar información y ejemplos de excelencia

Los gobiernos, escuelas de Medicina, asociaciones profesionales y otros organismos pertinentes deberían intercambiar información, para compartir soluciones creativas a los problemas en los sistemas de servicios de salud, práctica médica y educación para la salud.

Bibliografía

1. Rozman C. La educación médica en el umbral del siglo XXI. *Med Clin* 1997; 108: 582-6.
2. Rozman C. Universidad de Ciencias de la Salud: ¿Una opción innovadora? *Med Clin* 2000; 115: 381-3.
3. Bellón JA, Martínez T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Aten Prim* 2001; 27: 452-8.
4. Daniel Lemus J. Ponencia en la presentación del Programa de Reforma (PROAPS). Ministerio de Salud de la Nación/Banco Interamericano de Desarrollo. Buenos Aires (Argentina). Nov 2000. www.fmv-uba.org.ar/proaps/pr_lemus_1.htm - 27k

5. Bonal P, Campal F. La Medicina de Familia como área de conocimiento en la universidad española (Family medicine as an area of knowledge in the Spanish university)
www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n1/colab.html tamaño 20.692 bytes 05/08/2002
6. Lorenzo-Cáceres L, Calvo Corbella E. ¿Hay alguna razón para cambiar la formación médica en la Universidad española? Aportaciones de la Atención Primaria. Medifam 2001; 11: 275-88.



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.



MEDICINA
DE FAMILIA
Y UNIVERSIDAD

SEMERGEN y su posición en Pregrado

Dr. Félix Suárez González

RESPONSABLE DEL ÁREA DE PREGRADO DE SEMERGEN.

ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA Y DEL TRABAJO.

PROFESOR EN LA UNIVERSIDAD DE ÉXTREMADURA.

TUTOR DE RESIDENTES DE FAMILIA. DOCTOR EN MEDICINA

Antecedentes

Teniendo en cuenta que el 42% de los licenciados en Medicina y Cirugía trabaja en un centro de salud como médico de familia, una proporción que es importante si se tienen en cuenta los 45.000 facultativos que desarrollan su labor profesional en España, supone que la mayoría de los estudiantes que pasan por la facultad acabarán trabajando en esta especialidad, una situación que contrasta con el escaso peso académico de esta rama.

La realidad actual de la docencia de Medicina de Familia en el Pregrado se resume en la existencia de profesores asociados de centros de salud en un creciente número de universidades españolas (Alicante, Central de Barcelona, La Coruña, Córdoba, Extremadura, Autónoma de Madrid, Murcia, Oviedo, Santander, Sevilla, La Laguna de Tenerife, Valladolid y en Granada).

Todo ello se produce al amparo del Real Decreto 1558/8620, del régimen de concertos entre las universidades y las instituciones sanitarias que entienden la necesidad de contar con profesionales de Medicina de Familia entre sus docentes, adelantándose con ello a las directrices.

Existen unos Puntos Fuertes con Oportunidades, que permiten un mayor conocimiento de la asignatura por parte de los estudiantes, así como establecer posibles alternativas al cambio que tras la declaración de Bolonia pueden dar las prácticas en Medicina (suprimen el rotatorio de 6.º, etc.), ofreciendo otras alternativas, así como ofreciendo un sentido práctico a las enseñanzas en la licenciatura, ofertando habilidades para una mejor praxis, un mayor conocimiento en la elección de plaza MIR en MF, y mayor prestigio y desarrollo profesional para los médicos de Atención Primaria.

En cuanto a los Puntos Débiles y Amenazas, existe una gran dificultad en la aceptación de la Medicina de Familia en los claustros de profesores, así como una gran diversidad de estructuras universitarias en todo el territorio nacional, en tanto que también una oposición de determinados departamentos a la Atención Primaria.

Posicionamiento de SEMERGEN

La SEMERGEN, como Sociedad Decana en el ámbito de la Atención Primaria, con la experiencia acumulada tanto en la actividad asistencial como en actividades de formación continuadas, quiere plantear la estrategia adecuada para que la enseñanza de las características esenciales de la Medicina en Atención Primaria se empiece a impartir en la universidad desde este mismo momento; adecuar con más facilidad a los objetivos de la sociedad el proyecto de Pregrado, e incluirla en sus proyectos docentes.

Para ello, la SEMERGEN ofrece a cada una de la universidades españolas los conocimientos y, sobre todo, la experiencia de sus asociados.

Se pretende establecer colaboraciones estables con los departamentos que se pueda.

Se propone la realización de una serie de talleres sobre áreas de conocimiento específicas de la Medicina de Familia con eminente carácter práctico que cubran las carencias que en este sentido presentan los estudiantes de Medicina. Dichos conocimientos, como por ejemplo el manejo del paciente crónico, la valoración de factores de riesgo cardiovascular o atención al paciente inmovilizado, les permitan conseguir los créditos necesarios para su carrera.

También SEMERGEN seguirá participando en los foros sociales de debate para conseguir el objetivo final de crear un área de conocimiento específico de la Atención Primaria dentro del programa de los estudios de Medicina.

Objetivos específicos

Se tienen contactos con rectores y decanos de las universidades españolas donde funciona la Medicina de Familia con departamentos, tanto a nivel nacional como internacional, sobre todo en sitios de veteranía en los mismos, como Canadá, Francia, etc., así como preparar dichos Proyectos de Formación en el Pregrado de SEMERGEN y su implantación en las universidades españolas, así como la colaboración con las universidades inter-

nacionales que lo impartan. Se impone un intercambio de ideas entre profesores de Medicina de Familia, que tengan departamento propio de esta especialidad, rectores y decanos.

Retos y problemas del futuro

1. Infraestructura de los centros de salud que sean unidades docentes, para que estén preparados en las nuevas metodologías de la docencia. Esto lo han demostrado en la práctica otros países en que el aprendizaje en AP (Atención Primaria) de todos los estudiantes de nuestras facultades es igual o superior que en los actuales hospitales universitarios.
2. La influencia de las directivas comunitarias y de la docencia de Pregrado en los países de nuestro entorno, podría constituir elementos dinamizadores de unas estructuras caracterizadas clásicamente por su resistencia al cambio y su alejamiento de las necesidades sociales. La Atención Primaria y la Medicina de Familia se encuentran en una posición privilegiada para aportar muchas de las soluciones y recursos que son necesarios para alcanzar los objetivos en la formación de los médicos que nuestra sociedad necesita ahora y los que necesitará en un inmediato futuro.
3. Dado el retraso en la incorporación de la Medicina de Familia a la formación de Pregrado en España, la docencia universitaria debería ir estrechamente ligada a planteamientos renovadores de la formación médica. Partiendo con cierto retraso respecto a los países de nuestro entorno, la historia de la Medicina de Familia en España está indisolublemente unida a la Reforma Sanitaria de la Atención Primaria. También lidera los programas de formación de tutores y la formación reglada mediante cursos complementarios durante el postgrado en materias olvidadas por nuestras facultades (Comunicación médico-paciente, Gestión sanitaria, Bioética, Metodología de la investigación, etc.).
4. Aunque el nuevo programa en la formación de la especialidad supone una ampliación del tiempo de estudio y un aumento del tiempo

po de permanencia del residente en el centro de salud, la excesiva dependencia del tutor docente y el peligroso protagonismo que éste adquiere, nos hace pensar que pueda convertirse en un problema futuro, por lo que la implicación de la universidad y de todos los profesores relacionados con la Medicina de Familia en el pregrado, deberían continuar en la formación del residente de familia.

Propuesta de SEMERGEN

La Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN Extremadura) está llevando a cabo en los últimos años un gran esfuerzo encaminado a poner al alcance de los médicos que aún carecen de título de especialista en Medicina de Familia, los conocimientos necesarios para obtener los créditos teóricos y las habilidades prácticas suficientes para superar la prueba de validación de las habilidades prácticas, necesarias para la obtención de dicho título.

Para ello, estamos desarrollando una serie de actividades, a modo de cursos y talleres, que se imparten para acercarla experiencia de especialistas en diversas materias a los facultativos que se encuentra más alejados de los hospitales o las grandes ciudades.

Por ello, ofrecemos a la Facultad, la posibilidad de organizar e impartir talleres, cursos, etc., a través de convenios Semergen-Universidad, dirigidos a los alumnos que por sus conocimientos clínicos teóricos, podrán comprender y aprovechar mejor estas enseñanzas. Del mismo modo, intentamos introducirles en la sistemática de las pruebas de validación objetivas y prepararlos para que puedan afrontar con garantías las que puedan encontrarse en el desarrollo de su carrera profesional.

Objetivos generales

1. Firma de Convenios de colaboración docente entre la Universidad y la SEMERGEN, de tal manera que ésta se encargaría de dar cursos de formación cuyo contenido verse sobre las habilidades que

al futuro médico le son imprescindibles conocer (comunicación, manejo, clínicas, básicas, técnicas, preventivas, etc.) complementado con una serie de talleres prácticos para cubrir los créditos prácticos que todo curso impartido en la Universidad debe tener.

2. Como **Asignatura integrada** en el plan de estudios. Esta otra fórmula llevaría un poco más de tiempo implantarla en el plan de estudios por la adaptación que éste tiene que sufrir, pero siguiendo la dinámica del actual podría ser como una optativa o, mejor aún, como una obligatoria de universidad.
3. Proponer la impartición de másters y cursos de doctorados a los residentes de Medicina de Familia, a fin de no perder la vinculación con el postgrado y además restar un poco de importancia a la figura del tutor durante el período de residencia.

Objetivos específicos de SEMERGEN

1. Realizar talleres de exploración.
2. Extensión del grupo de Pregrado a nivel nacional.
3. Realización de pruebas ECOE de Pregrado de SEMERGEN en las universidades del país.
4. Hacer estudios docentes y de investigación de Pregrado en la sociedad.
5. Integrar a la Universidad en la formación de los residentes de familia, fomentando su integración en programas de doctorado y potenciando la impartición de máster en temas afines con la Atención Primaria.

Bibliografía

1. Blay Pueyo C. Evaluación de la competencia profesional: ¿están cambiando los tiempos? Aten Primaria 1995; 16: 2-4.
2. Bonal Pitz P. Competencia profesional del médico de familia en España. Aten Primaria 1999; 23: 61-5.

3. Calidad y regulación de la educación y del ejercicio profesional en Medicina. Programa de desarrollo de recursos humanos. Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud; 1999.
4. Collins J, Harden RM. Real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Medical Teacher* 1998; 20(6): 508-21.
5. Cotts JM. La competencia profesional. A propósito de nuestro caso. *Jano, Medicina y Humanidades*, 1362, 2000; 59: 31.
6. Elstein AS. Beyond multiple-choice questions and essays: The need for a new way to assess Clinical Competence. *Academic Medicine* 1993; 68(4): 244-9.
7. Eva KW, Neville AJ, Norman GR. Exploring the etiology of content specificity: Factors influencing analogic transfer and problem solving. *Academia Medicina* 1998. Irizar JA, Cárdenas L, Cortés GT, Larios MH, Trejo JA. Identificación y desarrollo de competencias clínicas en estudiantes de Pregrado de Medicina. Antología de ponencias del IV Congreso Nacional de Investigación Educativa. Mérida, Yuc. Octubre 1997.
8. Gallo Vallejo FJ, Grupo de trabajo de semFYC. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria* 1995; 16: 5-6.
9. Gayoso P. Acreditación de formación continuada. ¿Sirve realmente para algo? *Tribuna Docente* 2001; 0(1).
10. Gómez Gascón T. ¿Quién debe evaluar la competencia profesional de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria? *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 99.
11. Gómez Gascón T. La evaluación de los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. *Medifam* 2000; 10(1).
12. Iglesias Clemente JM. La carrera profesional. *Aten Primaria* 1996; 10: 535-8.
13. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of Clinical Competence Using an Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Medical Education* 1979; 13: 41-54.
14. Hodges B, Turnbull J. Communication skills. A resource handbook. Educating future physicians of Ontario (EFPO) Project 1995; 87-94.
15. Hull AL, et al. Validity of three clinical performance assessments of Internal Medicine Clerks. *Academic Medicine* 1995; 70(6): 517-22.

16. Kopelman P. 1997 Learning skills and the acquisition of clinical skills. *Medical Education* 1997; 31(supl): 17-9.
17. Larios MH, Trejo MJ, Cortés GT. Evaluación de la Competencia Clínica. *Revista Médica del IMSS* 1998; 36(1): 79-84.
18. Larios MH, Trejo MJ, Cortés GT. Competencia Clínica en Medicina Interna de Pregrado. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional de Educación Médica llevado a cabo en la Universidad de Monterrey, del 6 al 9 de diciembre de 2000.
19. Larios MH, Cortés GT, Trejo MJ. Assessing clinical competence during the internship. Facultad de Medicina, UNAM, México. Abstracts del Congreso de la Asociación de Educación Médica Europea AMEE, 2002 agosto, Lisboa, Portugal.
20. Larios MH, Trejo MJ, Gaviño AS, Cortés GT. Evaluación de la competencia clínica en el área de Ginecología y Obstetricia en pregrado. *Gin Obstet Mex* 2002; 70: 558-65.
21. Larios MH, Trejo MJ, Cortés GT. Evaluación de la competencia clínica en el internado médico con el Examen Clínico Objetivo Estructurado. Trabajo presentado en el III Congreso Internacional de Investigación en Educación Médica, que se realizó en la Escuela de Medicina de la Universidad Westhill del 4 al 9 de diciembre de 2002.
22. Larios MH, Trejo MJ, Cortés GT, Morales LS, Méndez I. Evaluation of the Profesional Exam with the OSCE. Faculty of Medicine, UNAM, México. Sloan DA, et al. The objective structured clinical examination. The new goldstandard for evaluating postgraduate clinical performance. *Annals of Surgery* 1995; 222(6): 735-42.
23. Licentiate: Report of the pilot project of the Medical Council of Canada. *Academic Medicine*; 67(8): 487-94.
24. Manual de aplicación práctica del programa docente de la especialidad de MFyC. SemFYC.
25. Martín Zurro A. La evaluación de los residentes. *Aten Primaria* 2001; 27: 151-2.
26. Martín Zurro A. Sobre la recertificación de los médicos en España. *Aten Primaria* 1996; 17: 98-104.
27. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid; 1993.

28. Moliner M. Diccionario de uso del español. Madrid: Editorial Gredos; 1994.
29. Monreal Hajar A. La evaluación cuantitativa de residentes. Jornadas Docentes del XVII Congreso de la semFYC.
30. Newble DI, Swanson DB. Psychometric characteristics of the objective structured clinical examination. *Medical Education* 1988; 22: 325-34.
31. Norman G. Defining Competence: A Methodological Review. En: Neufeld VR, Norman GR, eds. *Assessing Clinical Competence*. New York: Springer Publishing Company; 1985. p. 15-37.
32. Olm M. Diccionario básico de gestión. Barcelona: MGH ESADE 96; 2000.
33. Quirós C. ¿Debe ser obligatoria la formación continuada? *Tribuna Docente* 2001; 0(1).
34. Petrusa RE, et al. An objective measure of clinical performance. *American Journal of Medicine* 1987; 83: 34-42.
35. Peterson C. Factors associated with success or failure in radiological interpretation.
36. Ruiz E, Florensa E, Cots JM, Sellarès J, Iruela A, Blay C, Morera R, Martínez JM. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Cataluña. *Aten Primaria* 2001; 28: 105-9.
37. *Revista de la Facultad de Medicina*. UNAM 1998; 41(3): 108-13. Larios MH, Trejo MJ, Martínez N, Cortés GT, Velasco JM, Hernández LA. Desarrollo de la Competencia Clínica durante el Internado Médico. *Revista de la Educación Superior* 2000; Vol. XXIX (3): 115-28.
38. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones; 1999.
39. Selby C, et al. How to do it. Set up and run an objective structured clinical exam. *British Medical Journal* 1995; 310: 1187-90.
40. Stillman OL, et al. Assessing clinical skills of resident with standardized patients. *Annals of Internal Medicine* 1986; 105: 762-71.
41. Trejo MJ, Larios MH, Cortés GT, Martínez VN, Gracia SO. Competencia Clínica en el área de Medicina Familiar. *Archivos de Medicina Familiar* 2000; 2(3): 65-74. Trabajo enviado a Dundee Reino

Unido, en febrero de 2003, en proceso de revisión para su publicación en Medical Teacher.

42. Trejo MJ, Larios MH, Velasco JT, Hernández LA, Martínez VN, Cortés GT. Evaluación de la Competencia Clínica de los alumnos al iniciar el Internado médico de pregrado.