

La medicina de familia y comunitaria: una asignatura de la Universidad española

V. CASADO VICENTE, P. BONAL PITZ*, C. FERNÁNDEZ ALONSO

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Profesora Asociada del Departamento de Medicina de la Universidad de Valladolid. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla.

RESUMEN

En la última década, las Facultades de Medicina se han visto obligadas a adaptar el contenido curricular a las nuevas necesidades de formación, determinadas por los cambios en el abordaje de los problemas de salud, a la modificación de los patrones de morbi-mortalidad y a los avances científico-técnicos. La subespecialización no da respuesta a la necesidad del abordaje holístico e integrado del paciente. La introducción en el currículum docente de la formación en Medicina de Familia vendría a cubrir ese vacío formativo, existente hoy en las Facultades de Medicina españolas, cuando hace décadas se viene desarrollando en la mayor parte de las Universidades europeas y americanas.

Se expone una propuesta de contenidos, metodología docente y desarrollo de la asignatura de Medicina de Familia, que es fácilmente implantable en las Facultades de Medicina de nuestro país, dejando la puerta abierta para una formación en Medicina de Familia más horizontal y extensa en el futuro.

Palabras clave: Docencia pregrado. Educación Médica. Medicina de Familia. Atención Primaria

The family and community medicine: a subject of Spanish university

ABSTRACT

During this last decade, Medical Schools have been forced to adapt their curricula to the new teaching requirements, determined by the change in the approach to health problems, to the modification of morbidity and mortality patterns and to the technological and scientific advances. Sub-specialization gives no answer to the holistic and integrated approach to the patient. The introduction of Family Medicine Curricula would give a solution to this teaching gap, so frequent in Spanish Faculties, curricula which is been developed for decades in most American and European Universities.

A proposition of the contents, teaching methodology and development of the subject of Family Medicine is suggested, easy to adapt to our Faculties of Medicine, leaving an open door to a more complete and longitudinal education in Family Medicine in the future.

Key words: Undergraduate education. Medical Education. Family Medicine. Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

En el último siglo se han producido avances muy importantes, que han cambiado el abordaje de

múltiples problemas de salud, y que han supuesto avances técnicos y científicos y la aparición de alta tecnología en la Medicina. Conscientes de ello, las Facultades de Medicina han ido introduciendo es-

Aceptación: 17-10-01

tos nuevos conocimientos en sus contenidos docentes y se han instalado fuertemente las subespecialidades en el contexto docente de pregrado.

Sin embargo, frente a esta parcelación del conocimiento y subespecialización, ya algunas Universidades han considerado la importancia de establecer un equilibrio entre la oferta de estos conocimientos a los alumnos, junto a conocimientos y habilidades que les permitan enfrentarse a una realidad incontrovertible que es la *Realidad holística del enfermar*¹. En definitiva intentan establecer un equilibrio entre un sistema basado en el hospital, orientado al conocimiento de la teoría, centrado en la enfermedad y en el modelo biológico, y un modelo centrado en el paciente, basado en la resolución de problemas, orientado a la comunidad y en un modelo bio-psico-social.

Es en este contexto en el que la Medicina de Familia se está incorporando de forma clara y decidida en múltiples Facultades del mundo. Así en Estados Unidos hay Departamentos Académicos de Medicina de Familia en prácticamente todas las Facultades de Medicina². Igual situación se produce en Canadá, Australia y la mayoría de los países de la Unión Europea. Todas las Facultades de Medicina de Holanda, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Portugal y Reino Unido tienen Departamento de Medicina de Familia. En Alemania existen cátedras o institutos de Medicina General en seis Universidades³⁻¹³.

En todas estas facultades se da formación teórica y práctica de Medicina de Familia para todos los alumnos y está impartida por médicos de familia, seleccionados mediante prueba formal.

Todos estos cambios están en la línea defendida en la Conferencia OMS-WONCA (Ontario, 1994)¹⁴, que en su recomendación nº 17 dice:

“La disciplina de medicina de familia debería ser enseñada en todas las facultades de medicina y proporcionar un equilibrio médico general / médico especialista. Todas las facultades de medicina deberían tener un departamento de medicina de familia. Todas las especialidades enseñadas deberían incluir una dimensión general que abarcara: momento de la interconsulta, atención compartida, alta del especialista y seguimiento. Se debería poner un énfasis equivalente en la enseñanza de la Atención Primaria desde la consulta del médico de familia. Todos los estudiantes deberían experimentar la continuidad de la salud individual y la enfermedad en el contexto de la comunidad. La implicación de un número apropiado de médicos de familia como profesores universitarios y como modelo de ejercicio profesional, permitiría a los estudiantes una elección informada en cuanto a la orientación profesional a seguir”.

Pero este interés no sólo es académico, sino que responde a un interés social y sanitario. Hace años que la OMS, múltiples organismos internacionales, investigadores de sistemas sanitarios y

nuestra legislación han propugnado que la Atención Primaria sea el núcleo principal de los sistemas sanitarios¹⁵⁻¹⁷.

Esta propuesta, que en un inicio podía responder a una intuición, se ha demostrado como de alto impacto en los resultados de los sistemas sanitarios. Así Starfield de la Universidad John Hopkins de Baltimore demostró que la Atención Primaria es esencial para los sistemas sanitarios y se asocia con menores costes de atención, mayor satisfacción de la población con sus servicios, niveles más elevados de salud y menor uso de medicación. Uno de los ítems que influye sobre esta evidencia es el nivel de cualificación de los médicos que se ocupan de la Atención Primaria. En este análisis de 11 países, España se situaba en tercera posición tras Holanda y Reino Unido y muy por encima de países como Alemania, Bélgica o Estados Unidos¹⁷.

Respondiendo a la necesidad de formar un nuevo médico que se ocupe de la Atención Primaria cuyo objetivo último no es sólo curar enfermedades sino, básicamente, buscar el mayor grado de bienestar físico, psíquico y social, en definitiva mejorar el nivel de salud de las poblaciones, se crea en 1978 en nuestro país la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, buscando su capacitación para realizar las acciones preventivas y curativas y para trabajar no sólo con el individuo sino con la comunidad.

En su Decreto de creación (RD 3303/78) se establece que “*El médico de familia constituye la figura fundamental del Sistema Sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad*”. Desde ese momento hasta el momento actual, existen en España más de 18.000 médicos formados en Medicina de Familia y Comunitaria vía MIR. Los especialistas en MF y C han ido introduciendo cambios importantes en la Atención Primaria: mejor atención clínica, trabajo en equipo, actividades de prevención y promoción de la salud, práctica familiar, incorporación de la docencia e investigación y actividades comunitarias¹⁸.

Por lo tanto, si la Atención Primaria debe ser el eje fundamental del sistema y ha demostrado su impacto positivo sobre los sistemas sanitarios, es evidente que el núcleo principal de la formación pregrado debe ir orientada a la cualificación de médicos cuyo objeto de conocimiento se encuentre en la persona como un todo, que puedan ofertar una atención médica sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, que eleve el nivel de salud de las personas sanas y de las familias y comunidades con las que trabaja. Debe tener como objetivo de su actividad no sólo la prevención y curación de la enfermedad, sino el consejo, el cuidado y el consuelo, y todo esto integrado en el entorno familiar y social y basado en la continuidad de la atención.

Aunque son evidentes los importantes avances en la formación de postgrado y continuada de los médicos españoles, en lo que respecta a la formación de pregrado los cambios son aún testimoniales y sin duda insuficientes con relación a las demandas generadas por los cambios sociales y sanitarios observados^{19,20}.

Desde mediados de la década de los 80 múltiples Facultades de Medicina españolas han ofrecido a sus alumnos, prácticas en Medicina de Familia, que se han complementado con seminarios y han sido impartidos por los Profesores Asociados en los Centros de Salud Universitarios. El paso de los alumnos por los centros de salud ha sido siempre muy bien valorado por ellos. Asimismo la Medicina de Familia como asignatura se ha ido tímidamente introduciendo en las Facultades. En el momento actual hay nueve Facultades que cuentan con la Medicina de familia como asignatura optativa y tres cuentan con asignatura obligatoria/troncal de MF que son la Universidad de Sevilla, Albacete y Barcelona²¹.

La introducción de la *Medicina de Familia y Comunitaria* como asignatura supone una muy buena adecuación de la enseñanza a las necesidades de la sociedad, una normalización con respecto a la enseñanza que reciben los estudiantes de medicina en la mayoría de los países de nuestro entorno, y además da respuesta a las distintas normas legales que amparan su realización (Tabla I), así como los cri-

terios de las directrices generales de los planes de estudio de medicina.

Las directrices generales del nuevo plan de estudios para la obtención del título universitario oficial de Licenciado en Medicina (Real Decreto 1417/1990 de 26 de octubre, BOE 287 de 20 de noviembre de 1990), establecen en el punto segundo de la parte primera del Anexo en apartado b) que la enseñanza de la Medicina debe proporcionar, un conocimiento adecuado de la estructura, de las funciones y comportamiento de los seres humanos, sanos y entorno, así como de las relaciones entre este estado de salud del hombre y su entorno físico y social. Igualmente en el apartado c) incluye un conocimiento adecuado de las materias y las prácticas clínicas que proporcionen una visión coherente de las enfermedades mentales y físicas, de la medicina en sus aspectos preventivos, del diagnóstico y terapéutica, así como de la reproducción humana.

Para la obtención de estos objetivos es imprescindible la participación dentro de la estructuración docente del programa de pregrado de la Licenciatura de Medicina de contenidos específicos que sólo se encuentran dentro de la actividad científica y profesional de la Medicina de Familia y Atención Primaria. Consecuentemente la enseñanza de la misma, al igual que actualmente sucede en el posgrado, debe realizarse en el ámbito y por los profesionales que trabajan en los Centros Universitarios

Tabla I

NORMAS LEGALES QUE ALIENTAN M.F/A.P.S. EN EL PREGRADO

Orden del 19 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Creación de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, con funciones de colaboración en la formación de pregrado de médicos.
Real Decreto 137/1894, de 11 de Enero, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre Estructuras Básicas de Salud, Artículo 5. ₁ .	Entre las funciones de los Equipos de Atención Primaria se incluye "...realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada de Atención Primaria.....".
Disposición Adicional Sexta de la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de Agosto, de Reforma Universitaria.	Dispone las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias en que se debería impartir enseñanza universitaria.
Ley 14/1986 de 25 de Abril, Ley General de Sanidad, Artículo 104.	Las Universidades deberán contar, al menos, con un Hospital y tres Centros de Atención Primaria Universitarios o con función Universitaria, concertados y programados para el ejercicio de la docencia e investigación de forma coordinada por las autoridades universitarias y sanitarias.
Real Decreto 1558/1986, de 28 de Junio, de la Presidencia de Gobierno. Bases Generales del Regimen de Conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias.	Los conciertos tendrán objetivos docentes en pre y posgrado. La Base 3 I del artículo 4 ₁ establece los requisitos de carácter general para desarrollar la docencia universitaria en los Centros de Atención Primaria Universitarios.

de Salud, ya que en ellos realizan su labor los profesionales que la sociedad ha reconocido legalmente para su práctica, en el ámbito de Atención Primaria dentro de las Instituciones Sanitarias en el marco de lo dispuesto por el Real Decreto 1558/1986 de 28 de junio, modificado por el Real Decreto 644/1988 de 3 de junio.

A continuación se presenta una posible propuesta de asignatura para las Facultades de Medicina, que se hallan en una primera fase de desarrollo. Evidentemente no es el horizonte final, representado por un Plan de estudios orientado a la resolución de problemas donde la MF esté integrada desde el inicio del pregrado. Dado que estamos en un contexto de planes de estudios por asignaturas caminando tímidamente a la integración, una posibilidad sería integrarse en diferentes bloques o presentar una asignatura con créditos definidos. En esta última posibilidad se desarrolla la propuesta siguiente.

JUSTIFICACIÓN

Para la realización de esta propuesta de programa se han utilizado cuatro fuentes principales:

1. El programa oficial de la especialidad del Consejo Nacional de Especialidades del Ministerio de Sanidad y Consumo²².

2. Los programas de formación en Medicina de Familia de otras Universidades de probada competencia en la formación de Médicos y con una larga trayectoria en la formación pregrado en Medicina de Familia (Universidades de Oxford, de Southampton, de Londres, de Rochester, de Laval y de Manchester)²³.

3. Los informes técnicos de OMS, WONCA, Comisión Europea y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria^{14,19,24} y

4. La propia experiencia acumulada en esta actividad docente de los Profesores Asociados de los Centros Universitarios de Salud de la Universidad de Valladolid y Sevilla a lo largo de 14 años de prácticas y 3 cursos académicos con la asignatura optativa de Medicina de Familia y Comunitaria²⁵.

Las razones técnicas²⁶ por las cuales la Medicina de Familia y Comunitaria puede y debe ser una asignatura obligatoria son las siguientes:

1. *La Medicina de Familia y Comunitaria es un área de conocimiento específica* y no la suma de retazos de todas las áreas de conocimiento. De ahí el gran error de pensar que con los actuales planes de estudios se da un conocimiento al estudiante de lo que es la Medicina de Familia. Evidentemente al ser un cuerpo doctrinal horizontal se nutre del conocimiento de múltiples ciencias, pero es un área de conocimiento específica, por estar dirigida

a la *persona como un todo*, y su abordaje es mucho más que la suma de diferentes parcelas. Básicamente las áreas de conocimientos se reconocen por la homogeneidad en su objeto de conocimiento, su tradición histórica común (Tabla II) y la existencia de una comunidad de investigadores nacionales e internacionales²¹.

Así mismo existe el reconocimiento por sus practicantes de que poseen un campo separado de conocimientos de su propiedad y de que necesitan un cuerpo académico a través del cual poder desarrollarse. La formación de este cuerpo académico se traduce en la existencia de una literatura que describe ese único cuerpo de conocimientos y está escrita por aquéllos que la practican (Tabla III).

También existe el reconocimiento por otros, fuera de la especialidad, del papel y de la existencia de ella: universidad y sociedad. En el momento actual el reconocimiento es universal, existe literatura específica, goza del reconocimiento internacional y posee organizaciones nacionales y supranacionales.

2. *La Medicina de Familia y Comunitaria completa la formación del estudiante.*

El objetivo de una facultad no es formar médicos de familia ni médicos de otras especialidades sino formar médicos polivalentes que a continuación según sus deseos o circunstancias construyan su perfil profesional, que será de MF, o cardiólogo o internista o cirujano vascular... a través de la formación postgrado que le ofertara más conocimientos, y sobre todo actitudes y habilidades para ese campo doctrinal. La Universidad debe ofertar conocimientos sobre todas las áreas competenciales, para ofrecer una polivalencia real a sus estudiantes.

Si el 42% de los médicos españoles se dedican a la Atención Primaria, si ya hay más de 18.000 médicos de familia formados vía MIR y si el papel de la formación de estos profesionales y su impacto sobre los sistemas sanitarios es indiscutible, no existen ya razones para que la Medicina de Familia no sea un cuerpo doctrinal más y propio de la Universidad.

En nuestro país la elección de la medicina de familia como especialidad está vinculada en gran medida con la amplia oferta docente de postgrado, quedando más en entredicho su elección vocacional. Bland et al.²⁷ determinaron que los predictores más potentes para la elección de la medicina de familia están vinculados al tipo de enseñanza pregrado, a la proporción de médicos de familia en el profesorado de la facultad respecto a los restantes miembros, la existencia de departamentos de medicina de familia, las prácticas obligatorias en medicina de familia, las experiencias longitudinales de atención al paciente y las características del proceso de admisión para seleccionar estudiantes y residentes.

Tabla II

CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICINA DE FAMILIA COMO ÁREA DE CONOCIMIENTO

Objeto de conocimiento	La persona como un todo, la atención médica se hace sin divisiones entre los componentes de su salud física, psíquica y social. La persona no es un ser aislado sino integrado en su familia y su comunidad y esto determina sus necesidades de salud. Tecnológicamente utiliza recursos diagnósticos y terapéuticos básicos. Establece una comunicación y relación médico paciente que va más lejos que una mera relación contractual de tipo mercantil.
Homogeneidad de su objeto de conocimiento	La propia consideración de la persona como un todo es su homogeneidad, a diferencia de otras especialidades que se definen por un procedimiento diagnóstico (Radiología, Microbiología, Anatomía Patológica, Inmunología, Parasitología, etc.) o terapéutico (Farmacología, Cirugía, etc.), o en una determinada característica de la persona (Pediatría, Obstetricia y Ginecología, etc.), o por algún aspecto biológico de la vida (Biología Celular, Fisiología, Genética, etc.), o psíquico de la persona (Psiquiatría, Psicobiología, etc.), o en la salud física (Medicina), no en aspectos epidemiológicos.
Tradición histórica común	Viene desde muy antiguo, es el tronco común de todas las demás especialidades que fueron desgranándose del médico original, hasta hace poco denominado médico de cabecera. En la actualidad su denominación más conocida es Medicina de Familia, tanto por la terminología internacional como por la legislación, así como su uso común por la sociedad.
Investigadores nacionales e internacionales	Se encuentra firmemente avalada en la bibliografía con su presencia en libros y revistas de ámbito nacional como internacional.

La exposición temprana a modelos de medicina de familia y a experiencias longitudinales de Atención Primaria incrementa la probabilidad de elección vocacional de la medicina de familia en el postgrado.

3. La Medicina de Familia aporta contenidos teórico-prácticos, metodologías y una estructura y en torno docente a la docencia pregrado.

En primer lugar *contenidos teórico-prácticos* propios de las características de los pacientes en Atención Primaria y sus necesidades de salud, así como de la propia estructura asistencial de la Atención Primaria:

- Gran variedad de motivos de consulta.*
- Conocimiento del cuerpo sano y enfermo.*
- Conocimiento del proceso de enfermar.*
- Evolución natural de la enfermedad.*
- Enfoque integral e integrado.*
- Continuidad de cuidados.*
- Multidisciplinariedad.*
- Abordajes individuales, familiares y comunitarios.*
- Normas de conducta clínica.*
- Utilización del método científico y método epidemiológico.*

En España, se atienden más de 212 millones de consultas anuales en AP, frente a los 2,8 millones de ingresos en hospitales²⁸.

La frecuentación, es decir, el número de veces que una persona contacta con su médico de familia al año es de 5,5. De todas estas consultas sólo se derivan el 4,9%. Mientras que 7,4 personas de cada 100 precisan un ingreso hospitalario. La Atención Primaria está más cercana a la realidad del proceso salud-enfermedad. Estos datos indican que una formación centrada sólo en los pacientes que se ingresan en un hospital es forzosamente sesgada y no reproduce las prevalencias reales. Se puede llegar a polarizar la enseñanza en patologías de escasa relevancia por su poca frecuencia y olvidar las patologías más prevalentes, así como el contexto bio-psico-social o la importancia de las actividades preventivas en AP.

Es importante que los alumnos adquieran el conocimiento del valor de la prevención clínica, y el profesional que más cerca está de la población y por lo tanto en una posición privilegiada, para hacer y para enseñar la medicina preventiva clínica es el Médico de Familia, así como para enseñar el abordaje de la patología que con mayor frecuencia padece la pobla-

Tabla III

REVISTAS MÉDICAS INTERNACIONALES Y NACIONALES		
J R COLL GEN PRACT	The Journal of the Royal College of General Practitioner	A B C
AM FAM PHYS	American Family Physician. <i>Impacto: 0,242</i>	A B C
FAM PRACT	Family Practice. <i>Impacto: 0,462</i>	A B C
J FAMILY PRACT	The Journal of Family Practice. <i>Impacto: 0,788</i>	A B C
FAM MED	Family Medicine	B C
PRIMARY CARE	Primary Care	C
GEN PRACT	General Practitioner	C
CAN FAM PHYSICIAN	Canadian Family Physician. <i>Impacto: 0,067</i>	C
SCAND J PRIM H CARE	Scandinavian Journal Primary Health Care	A
MED CARE	Medical Care	A
BR J GEN PRACT	British Journal of General Practice. <i>Impacto: 1,169</i>	B
AU FAM PRACT	Australian Family Practice	B
FAM PRACT RES J	Family Practice Research Journal	B
J AM BOARD FAM PR	Journal of the American Board of Family Practice	B
MED FAM	Medicina Familiar. Órgano Oficial del International Center for Family Medicine.	
COMM MED	Community Medicine	
J COMM MED	Journal of Community Medicine	
REV MED FAM COM	Revista de Medicina Familiar y Comunitaria	
ATENCIÓN PRIMARIA	Publicación Oficial de la semFYC	A B D
MEDIFAM	Órgano de Difusión de semFYC	A D
FMC	Formación Médica Continuada en Atención Primaria	D
CENTRO DE SALUD	Centro de Salud	D
S.E.M.E.R.	Órgano Oficial de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista	D
MEDICINA INTEGRAL	Medicina Integral: Medicina Preventiva y Asistencial	D
E4: UNIDAD DOCENTE	Medicina Basada en la Evidencia dirigida a los Residentes de MFyC	D
CUADERNOS DE GESTIÓN	Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria	D
TRIBUNA DOCENTE	Tribuna Docente en Medicina de Familia	D
HUMANA	Dimensión Humana. Publicación semFYC	D

A Indexada en el Excerpta Médica; B Incluida en el Index Medicus; C Incluida en el Journal of Citation Reports; D Indexada en el Índice Médico Español.

ción, sin restar importancia a la detección precoz de patología menos frecuente pero grave.

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:

—Conocimiento y competencia clínica y organización de la docencia y trabajo asistencial.

—Entusiasmo y dinamismo en sus interacciones con los demás.

—Capacidad para demostrar las habilidades que enseña.

—Accesibilidad y capacidad para comunicar sus expectativas sobre el alumno.

—Respeto por los demás y reconocimiento de las propias limitaciones.

—Capacidad de modelado de las características profesionales que se pretenden enseñar.

Los centros de salud pueden ofrecer *metodologías* adaptadas a las nuevas corrientes educativas; frente a una metodología docente, basada en el

acúmulo de información, la formación en MF se centra en el manejo de la información y en el aprendizaje activo de las soluciones de los problemas que facilite el autoaprendizaje durante toda la vida profesional, enfatizar el aprendizaje del razonamiento clínico, que favorezca la utilización óptima de los recursos técnicos, el desarrollo de las capacidades de acceso a la información y de su análisis crítico, la comunicación con el paciente, el ejercicio del pensamiento crítico, el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones, el trabajo en equipo, considerar aspectos éticos en sus actos clínicos... y un entorno docente idóneo para la inmersión del alumno en el conocimiento global del enfermo, en su proyección integral y en las vertientes personal, familiar y comunitaria.

OBJETIVOS DE LA ASIGNATURA

El propósito básico y esencial es enseñar a los estudiantes de medicina todo el conjunto de aquellos aspectos de la medicina que pueden ser transmitidos, aprendidos y practicados de forma más apropiada desde los Servicios de Salud de Atención Primaria y por los profesionales que trabajan en ella (Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria), y que su conocimiento y comprensión es importante para cualquier tipo de práctica médica futura.

Para lo cual se establecen los siguientes objetivos docentes:

1. Transmitir al estudiante de medicina que su objetivo fundamental como futuro médico, será contribuir a elevar el nivel de salud de las personas y las comunidades.

- 2 . Mostrar al estudiante cómo la Medicina Familiar y Comunitaria contribuye a mejorar el nivel de salud, actuando de manera conjunta y coordinada con la Atención Especializada y los Servicios Sociales.

3. Darle a conocer los contenidos científicos y técnicos de la Medicina Familiar y Comunitaria.

CONTENIDOS DE LA MATERIA A IMPARTIR EN LA ASIGNATURA DE MEDICINA DE FAMILIA

Aunque la participación en la docencia universitaria de la medicina de familia debería impregnar todo el *curriculum*, tal y como ocurre en las universidades de influencia anglosajona, la realidad es que los nuevos planes de estudios en medicina establecen un sistema de organización docente basado en asignaturas. Por ello la existencia de asignaturas de Medicina de Familia debe ser el primer paso de la incorporación docente en la universidad.

ASIGNATURA DE MEDICINA DE FAMILIA EN UN PLAN DE ESTUDIOS POR ASIGNATURAS PERO CON ORIENTACIÓN A LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Se plantea una asignatura en dos partes:

PRIMERA PARTE

Introducción a la Medicina de Familia y Comunitaria

Tiempo: 5 créditos (2 teóricos y 3 prácticos).

Curso: cuarto curso.

Docentes: médicos de familia

Metodología: clases teóricas, talleres y estancias tutorizadas

Evaluación: la evaluación se realizará al final del año y se realizará la triangulación de la evaluación de conocimientos, que será de tipo test de respuesta múltiple con la evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos en los talleres y en las estancias en el centro de salud.

Contenidos: los contenidos esencialmente son contenidos teóricos (2 créditos).

I. Medicina de Familia y Comunitaria: principios
El médico de familia y su perfil profesional.

Atención Primaria de Salud y Medicina de Familia.

Continuidad de cuidados. Trabajo en equipo. Coordinación con la atención especializada y otras instituciones.

Ética y Medicina de Familia.

II. Medicina de Familia y Comunitaria: bases instrumentales y metodológicas

Relación médico-paciente y entrevista clínica en Medicina de Familia.

La información, el consejo y el consenso con el paciente.

Método clínico y la toma de decisiones en Medicina de Familia. Selección de pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Sistemas de información y registro en Atención Primaria.

Planificación, programación y protocolización en Atención Primaria.

Actividades de prevención y promoción de salud en Atención Primaria.

III. Atención Familiar y Atención Comunitaria

La familia como unidad de atención. El abordaje familiar. Estructura, ciclo familiar. Crisis familiar.

La Comunidad como unidad de atención. La intervención y la participación comunitaria.

IV. La Medicina de Familia y Comunitaria: Atención en situaciones específicas.

Atención a la mujer.

Atención al niño y adolescente.

Atención al adulto.

Atención al anciano.

Atención al enfermo incapacitado y terminal. La atención domiciliaria.

Atención al paciente pluripatológico.

Atención en salud mental.

Emergencias en Atención Primaria.

Contenidos prácticos + Estancia tutorizada en Centro de Salud (3 créditos)

Entrevista clínica (6 h).

Historia clínica (3 h).

Abordaje familiar (3 h).

Técnicas de exploración y diagnósticas (3 h).

La información en Atención Primaria. Documentación e Informática (2 h).

Razonamiento clínico. Presentación de casos y toma de decisiones (3 h).

Los talleres se realizarán en grupos pequeños. Serán eminentemente prácticos, con la participación de los alumnos mediante técnicas de *rol playing*, realización de exploraciones, aprendizaje directo de uso de instrumentos de diagnóstico, etc., discusión de casos clínicos centrados en el paciente desde una perspectiva integral, etc.

Para completar el conocimiento “en el terreno” de la práctica de la medicina de familia, el alumno realizará prácticas de presencia física en los centros de salud tutorizadas por médicos de familia, donde compartirá su trabajo en consulta, atención domiciliaria, etc., donde conocerá en directo la realización de la entrevista clínica, técnicas de comunicación con el paciente, la historia clínica, la exploración normal y patológica, la selección de la información, el proceso de toma de decisiones clínicas y el manejo de la incertidumbre, el abordaje integral y familiar, la valoración psicosocial, la atención en domicilio: el conocimiento del paciente en su entorno, el trabajo en equipo, etc. durante un periodo no menor a 2 semanas.

Las prácticas se basarán en la asistencia al Centro de Salud donde los alumnos desarrollaran actividades de:

1. Observación en la Consulta del Médico de Familia y recogida de datos.
2. Realización de entrevistas clínicas supervisadas y evaluadas.
3. Visitas domiciliarias a enfermos y familias seleccionadas.
4. Asistencia a las actividades de Formación Continuada del Centro de Salud.
5. Asistencia a las reuniones del Equipo de Salud.
6. Estudio de una familia prototípico.

SEGUNDA PARTE

La Práctica Clínica de la Medicina de Familia y Comunitaria

Esta propuesta trata de incorporar la parte específica de la práctica clínica de la medicina de familia con un abordaje a través del síntoma y con la

orientación a la resolución de problemas. La propuesta asimismo trata de potenciar el aprendizaje activo y supervisado.

Tiempo: 4,5 créditos teórico-prácticos, como mínimo.

Curso: sexto curso

Docentes: Médicos de Familia y otros especialistas.

Justificación de la segunda parte:

A nuestra consulta no llegan los pacientes solamente atendiendo atención para una mononucleosis infecciosa, una enfermedad de Alzheimer o una depresión. Las personas o sus familiares acostumbran a quejarse, por ejemplo, de fiebre, dolor de garganta, tristeza, insomnio o pérdida de memoria.

Durante la carrera los estudiantes han (hemos) ido estudiando enfermedades con nombres y apellidos, muchos de ellos raros y poco frecuentes, que uno debe conocer para poder formarse.

Esta orientación hacia la enfermedad es realmente útil para los médicos especialistas del segundo nivel sanitario, ya que la mayor parte de las veces reciben pacientes ya orientados y disponen de una alta tecnología donde la incertidumbre no es compañera habitual de viaje.

En cambio los médicos de familia estamos obligados a convivir con la incertidumbre y vemos nacer las enfermedades, momento en el cual no siempre es bueno poner nombres y apellidos por el posible anclaje que podemos realizar.

Si repasamos los problemas de las personas que nos van a ver en una semana, comprobamos que el tiempo de horas que dedicamos a ellos es inversamente proporcional al tiempo que hemos dedicado a su estudio. Pasamos mucho tiempo estudiando enfermedades poco prevalentes y raras, que hay que conocer, pero que probablemente nunca veremos y poco tiempo con lo cotidiano, con lo que en general nos manejamos mal. Y esto no es banal.

No conocer bien la antibioterapia en Atención Primaria, no manejar bien a los pacientes con diabetes, hipertensión, EPOC o el estreñimiento, los granos, el mal aliento o el ojo rojo... no son problemas banales.

El objetivo de esta segunda parte es enfrentar a los estudiantes con los problemas clínicos más habituales en Atención Primaria, a través de ellos valorar lo que debe hacer un médico de familia y conocer de forma razonada los criterios de derivación al segundo nivel.

Metodología: 14 Seminarios de 2-3 horas de duración. Son foros de discusión con los alumnos en torno a los síntomas de más prevalencia en Atención Primaria, desarrollando de forma gráfica y esquemática los puntos de mayor interés para la práctica clínica cotidiana de un médico de familia, con el siguiente esquema de discusión (tomado de la guía de actuación de Atención Primaria de semFYC)²⁹:

Tabla IV**SEMINARIOS DE MEDICINA DE FAMILIA ORIENTADOS A LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS 4,5 CRÉDITOS**

1 (4 h)	Problemas generales (presión arterial alta, exceso de peso corporal, fiebre sin focalidad aparente, pérdida de apetito, pérdida de peso, cansancio y debilidad, alteraciones de la coloración de piel y mucosas, trastornos de la sed, adenopatías localizadas y generalizadas).
2 (3 h)	Problemas de cara-nariz-boca-garganta-oídos (dolor en la cara, parálisis facial, obstrucción nasal-rinorrhea, epistaxis, alteración del gusto y del olfato, dolor dental, mal aliento, lesiones en la boca, disfonía, dolor de garganta, dolor de oído-otorrea, sordera, acúfenos, cuerpos extraños, tumores del cuello).
3 (3 h)	Problemas del sistema nervioso (pérdida de conocimiento, dolor de cabeza, mareo y vértigo, otros movimientos anormales-tics, convulsiones, pérdida de fuerza en las extremidades, temblor, hormigueos, trastornos de la marcha, trastornos del habla y del lenguaje).
4 (6 h)	Problemas de la conducta y de la relación (trastornos del sueño, pérdida de memoria y demencia, alucinaciones y delirios, trastornos de la personalidad, el paciente mal cumplidor/frecuentador/que nunca mejora, el paciente agresivo, ansiedad, depresión, intento de suicidio, problemas de relación sexual, de la alimentación y de la autoimagen, usuario con conductas de riesgo (fumador, bebedor, ludópata, conductor de riesgo, conducta sexual de riesgo).
5 (4 h)	Problemas de reproducción y del aparato genital (planificación familiar, esterilidad, infertilidad, IVE, amenorrea secundaria, problemas de menopausia, trastornos premenstruales-dismenorrea-trastornos de la regla, flujo vaginal anormal, hirsutismo y virilización, dolor pélvico, bultos mamarios, dolor y otros problemas mamarios, alteraciones en los genitales masculinos, alteraciones en los genitales femeninos) (3 horas).
6 (2 h)	Problemas de la función del riñón y de las vías urinarias (orina oscura, molestias al orinar, oliguria y poliuria, trastornos de la micción-retención urinaria, nicturia, fimosis, incontinencia urinaria).
7 (6 h)	Problemas respiratorios, cardíacos y vasculares (dolor torácico, disnea aguda, disnea crónica, ronquidos, cianosis, tos aguda, tos de larga evolución, hemoptisis, pulso lento, pulso rápido y palpitaciones, pulso irregular, disminución o ausencia de pulsos periféricos, soplos y ruidos cardíacos anómalos, piernas dolorosas, parada cardiorrespiratoria, atención al paciente con anticoagulación, piernas pesadas, varices, edemas).
8 (4 h)	Problemas de la piel (úlcera en la piel, úlcera en los genitales, picor genital, picor en cabeza, caspa, picor generalizado primario, caída del cabello, lesiones eritematosas y escamosas de la piel, lesiones purpúricas, alteración de la pigmentación de piel y mucosas, lesiones cutáneas con contenido líquido, acné, otras lesiones infecciosas, picaduras, tumores de piel y mucosas, alteraciones cutáneas por regiones anatómicas, alteraciones de las uñas).
9 (3 h)	Problemas abdominales, de la digestión y de la evacuación (dolor y trastornos de la deglución, regurgitaciones, náuseas y vómitos, hematemesis, pirosis y epigastralgia, hipo, gases y digestiones pesadas, palpación de masas, latidos y soplos abdominales, dolor abdominal agudo, dolor abdominal recidivante, hemorroides, fistulas y dolor anal, diarrea aguda, diarrea crónica, estreñimiento agudo, estreñimiento crónico, melenas y rectorragias).
10 (3 h)	Problemas músculo-esqueléticos (dolor cervical, dolor dorsal, dolor lumbar, dolor ciático, dolor en el hombro, dolor en extremidad superior-codo, muñeca y mano-, dolor en extremidad inferior -cadera, rodilla y tobillo-, dolor en el pie, poliartralgias y poliartritis, me duele todo, monoartritis, dolor muscular, problemas de la estática raquídea).
11 (3 h)	Traumatismos y accidentes (traumatismo craneal, torácico, abdominal, genital, atención a los esguinces, subluxaciones, luxaciones, lesiones musculares agudas, heridas inciso-contusas, quemaduras, mordeduras, paciente ahogado, paciente politraumatizado).
12 (3 h)	Problemas de los ojos (alteraciones de la agudeza visual, moscas volantes, alteración de la estética ocular y estrabismo, dolor ocular sin ojo rojo, ojo rojo, traumatismos oculares, ojo lloroso, otros problemas oculares, alteraciones de los párpados).

- ¿De qué hablamos? (Definición, clasificación y epidemiología)
- ¿Qué lo puede ocasionar?
- ¿Qué tenemos que hacer? (Anamnesis, exploración física y complementarias)
- ¿Qué propuesta haremos? (Tratamiento no farmacológico, farmacológico, derivación al segundo nivel -urgente, preferente y normal)
- Consejos prácticos
- Errores más frecuentes
- ¿Se ha resuelto el problema?
- Posibles complicaciones, pronóstico y seguimiento, posibles actividades preventivas y de educación para la salud.

Los alumnos deben acudir con el tema revisado (ya que se trata de sesiones de revisión y reenfoque y el objetivo es fomentar el autoaprendizaje y la exposición incluso puede ser realizada por ellos ante el tutor). Se les oferta material para su preparación y son ellos mismos los que exponen el tema. El profesor pasa de dar una clase magistral a dirigir y tutorizar el aprendizaje.

Evaluación: la evaluación de esta segunda parte se hará mediante una evaluación de conocimientos a través de un examen de tipo test y una Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOE), exponiendo al alumno a diferentes situaciones reales de la práctica cotidiana, valorando en este caso no sólo conocimientos sino también actitudes y habilidades.

Contenidos: los contenidos a desarrollar son los que se exponen en la Tabla IV.

Creemos que se trata de una propuesta realista que debería ser fácilmente asumible por las Facultades de Medicina. En definitiva, esta propuesta no sustituye a ninguna otra asignatura sino que intenta aportar una visión complementaria, dando instrumentos para la práctica en el primer nivel sanitario.

No se trata de explicar nuevamente lo que les ha sido dado a lo largo de la carrera sino de reenfocarlo, para dar instrumentos útiles para consultas en las que las características son la toma de decisiones ágiles, en un contexto de incertidumbre y en problemas de salud de muy alta prevalencia.

Consideramos que es necesario que el estudiante de Medicina pueda contar con todos los recursos sanitarios y docentes del sistema, que le permita información para una elección posterior y formación necesaria y suficiente tanto si opta por ser MF como si dirige sus pasos hacia otra especialidad.

CORRESPONDENCIA:
 Verónica Casado Vicente
 Centro de Salud Parquesol
 Paseo Ciudad de la Habana, nº 17
 47014 Valladolid
 Tel.: 983 38 01 12
 e-mail:vcasado@teleline.es

Bibliografía

1. Association of University Teachers in General Practice, United Kingdom and Republic of Ireland. Undergraduate Medical Education in General Practice (Occasional Paper 28). Exeter: The Royal College of General Practitioners, 1984.
2. Epstein R, Bonal P. Medicina de Familia en la facultad de Medicina: Situación en los Estados Unidos e implicaciones para la situación española. En: Bonal P, et al. Medicina de Familia y Universidad. Universidad de Sevilla. Sevilla, 1999.
3. Casado V, Bonal P. La formación pregrado a debate. En: Prieto A. Medicina familiar y comunitaria. Libro del año. Madrid: Saned, 1997.
4. Fraser C, Preston-Whyte E. The contribution of Academic General Practice to Undergraduate Medical Education (Occasional Paper 42). London: The Royal College of General Practitioners, 1988.
5. Fraser R. Undergraduate medical Education: present state and future needs. Br Med J 1991; 303: 41-3.
6. Glasser M, Gravdal J. Graduates' assessments of undergraduate training in ambulatory primary care education. Journal Medical Education 1987; 62(5): 385-93.
7. Grant J, Gales R. Changing medical education. Med Education 1989; 23: 252-7.
8. Hitchcock M, Anderson W, Stritter F, Bland C. Profiles of family practice faculty development fellowship graduates 1978-1985. Family Medicine 1988; 20 (1): 33-8.
9. Howie J, Hannay D, Stevenson J. The Mackenzie Report. Edinburgh: MacDonald Printers, 1986.
10. Jackson M, MacInnes I. Promotion and tenure in family practice in US medical school. Journal Family Practice 1984; 18 (3): 435-9.
11. Johnson D, Zammit-Montebello A. A new faculty training model for countries developing academic family medicine programs. Academic Medicine 1990; 65(5): 346-8.
12. Kahn NB, Schmittling GT, Graham R. Entry of US Medical School Graduates Into Family Practice Residencies: 1994-1995 and 3-year Summary. Family Medicine 1995; 27: 492-500.
13. Lorenzo-Cáceres A, Calvo E. ¿Hay alguna razón para cambiar la formación médica en la Universidad española? Aportaciones de la Atención Primaria. Medifam 2001; 11: 275-88.
14. Conferencia OMS-WONCA La Contribución del Médico de Familia. Ontario: 6-8 noviembre 1994.
15. OCDE Nouvelles Orientations dans la politique de santé. Études de Politiques de Santé nº 7. OCDE. París 1995.
16. OMS Carta del médico general/médico de familia en Europa. OMS. Oficina Regional Europea. Copenhague, 1995. EUR/ICP/GPDV 94 01/PBO1.

17. Starfield B. ¿Es la Atención Primaria esencial? *The Lancet* 1994; 344: 1129-33.
18. semFYC. Perfil profesional básico del médico de familia. Documentos semFYC nº 4.
19. Bonal P. Medicina Familiar y Comunitaria: una asignatura universitaria. *Atención Primaria* 1994; 13: 391-6.
20. Alonso F, Caubilla I, Ibáñez C, Llamazares G, Sastre C, Saura MA. Estudio de la formación médica pregrada en Cantabria y su pertinencia en el nuevo modelo sanitario. *Aten. Primaria* 1989; 6: 384-90.
21. semFYC. La Medicina de Familia como área de conocimiento. Documentos semFYC nº 10.
22. Comisión Nacional de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria Programa Docente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de educación y Cultura, 1993.
23. <http://www.cica.es/aliens/umfus>.
24. Comisión Europea: Comité Consultivo para la formación de médicos. Directiva XV/E/8443/2/95-ES. Bruselas, 1996.
25. Bonal P, Cots JM, Martín-Zurro A, Calvo E, Casado V, Gil V, et al. Aportaciones de la Medicina de Familia a las Facultades de Medicina de España. *Educación Médica* 1999; 2(3): 148.
26. Bonal P, et al. Medicina de Familia y Universidad. Universidad de Sevilla. 1999.
27. Bland C, Stritter F. Characteristics of effective family medicine faculty development programs. *Family Medicine* 1988; 20 (4): 282-4.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo: Sistema nacional de Salud. Servicios de Salud. Datos y Cifras. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1995.
29. semFYC. Guía de Actuación en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona, 1998.