

## EDITORIAL

# La incorporación de la medicina de familia en el ámbito universitario. ¿Ilusión o realidad?

La situación actual del mercado laboral implica que muchos de los futuros médicos de nuestro país habrán de trabajar en el marco de la atención primaria reformada o fuera del ámbito hospitalario, bien en el seno de instituciones públicas (caso de inspectores, médicos forenses, médicos de instituciones penitenciarias, de diferentes ministerios, de balnearios...), de servicios privados (médicos de empresa, mutuas de trabajo, médicos de clínicas o consultas privadas...) o en las llamadas medicinas alternativas o complementarias, que día a día también van abriéndose paso dentro del espectro de ofertas sanitarias.

La entrada en vigor de la Directiva 86/457 de la Unión Europea obliga a la formación de posgrado para poder ejercer la profesión médica en las instituciones públicas de los países miembros. Esta reglamentación supone un apoyo importante para el desarrollo de todas las especialidades médicas, regulando los requisitos necesarios para el ejercicio profesional y evitando en lo posible el intruismo médico. Pero donde ha resultado particularmente trascendente es en el ámbito de la medicina general, reconociendo la obligatoriedad de un período mínimo de formación de 2 años y optándose, en nuestro país, por la especialidad de medicina familiar y comunitaria (MFyC) como la equivalencia formativa para satisfacer dicho requisito, lo que a la postre ha favorecido el asentamiento de la MFyC como especialidad médica.

La necesidad de ofertar una formación reglada de posgrado a los licenciados en medicina, antes de ejercer como médicos del sistema público, era compartida por amplios sectores académicos al constatar que los cambios sociales y epidemiológicos de las últimas décadas y los continuos avances en las ciencias biomédicas hacían imposible que los alumnos obtuviesen una formación con la garantía suficiente para atender con

calidad toda la amplia gama de problemas y demandas de los pacientes que acuden a un médico de familia. Las medidas adoptadas, a raíz de la publicación de la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS) y el Real Decreto 1.558/1986, han permitido que cada facultad de medicina pudiese contar al menos con un hospital universitario y 3 centros de salud asociados. Los conciertos universidad-instituciones sanitarias, desarrollados a partir del mencionado Real Decreto 1.558/1986, han supuesto sin duda un avance por cuanto han permitido que los alumnos de los últimos cursos de medicina se acerquen a la realidad de muchos centros de salud, pero estas iniciativas resultan insuficientes para compensar y recomponer la desviación de una formación exclusivamente hospitalaria. En la mayoría de las ocasiones, el concierto limita la participación de los médicos de familia contratados como profesores a colaborar en las prácticas clínicas de los estudiantes, prácticas de carácter voluntario en muchas ocasiones y sin repercusión en las calificaciones académicas, lo que revela la obligada aceptación (por imperativo legal) de los centros de salud en la docencia médica.

Resulta sorprendente que en nuestro país (y en pocos más), donde la mitad de los alumnos trabajarán en el ámbito de la atención primaria, los estudiantes no puedan disponer de un referente vocacional de médicos de familia en los primeros cursos clínicos, cuando precisamente comienza a consolidarse la vocación. El alumno de medicina conocerá el abordaje de diferentes patologías en boca de un ginecólogo, reumatólogo, internista, hematólogo, psiquiatra, dermatólogo, cirujano, traumatólogo, nefrólogo, neumólogo, o de cualquier otro especialista imaginable, lo que puede condicionar el nacimiento de una vocación profesional y un deseo para el futuro trabajo en estas ramas de la

medicina. Pero resulta extraordinario encontrarse en nuestro país con un humilde médico de familia participando en la formación teórica sistematizada de los alumnos, a través de asignaturas específicas y obligatorias, contribuyendo a crear en ellos vocación por el desarrollo profesional en este campo de la medicina.

Los 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 el comportamiento de la población y los enfermos también demandaban una adaptación de los planes de estudios a estas nuevas realidades sociales. La esperanza puesta en que los nuevos planes de estudios recogerían asignaturas relacionadas con la APS, al igual que ocurre en otros países de nuestro entorno, se vio rápidamente frustrada cuando se publicó el Real Decreto 1.417/1990 sobre directrices generales de los planes de estudios para la obtención del título universitario oficial de licenciado en medicina. En este decreto quedó patente el espíritu cicatero del legislador, que establece que la APS tendrá su ubicación en la materia troncal «medicina preventiva y salud pública y comunitaria», asignándosele un total de 11 créditos. La realidad, cuando todos los planes de estudio se han publicado, es que los contenidos referentes a la APS son impartidos por profesores de medicina preventiva. Los responsables de estas áreas académicas han visto, de esta manera y con agrado, aumentadas sus cuotas de participación docente y por tanto de poder en el mundo universitario. 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

aspectos teóricos de APS en las facultades.

Las universidades mantienen así una actitud distante y calculadora. Toleran que existan centros de salud y profesores asociados y que diversas materias relacionadas con la APS entren a formar parte del contenido curricular de diferentes asignaturas, pero impartidas por los profesores actuales y, en todo caso, si los presupuestos permitiesen la creación de nuevas asignaturas que pudiesen requerir nuevos profesores, serían los propios departamentos existentes quienes las convocarían, con perfiles muy concretos, de manera que la propia endogamia universitaria facilitase la cobertura de las plazas por los candidatos particulares, quedando reforzada de este modo toda la estructura de poder departamental.

En las facultades se da la circunstancia de que el colectivo que forman los médicos de familia contratados como profesores asociados es, en general, muy bien valorado en los departamentos, pues entre los que optan y obtienen las plazas de profesores suelen encontrarse médicos formados vía MIR, en ocasiones en esa misma universidad y hospitales, que gozan de prestigio en su ámbito de trabajo y que mantienen buenas relaciones con los máximos responsables del departamento. Éstos, además, han aumentando la oferta curricular y sobre el papel han cubierto las áreas prácticas al facilitar la rotación de los alumnos no sólo por el hospital, como ha venido siendo habitual, sino también en los referidos centros de salud y en otras instituciones (ambulatorios, centros de planificación familiar, servicios médicos de prisiones, etc.). Pero esperar que, por la existencia de esas buenas relaciones en el departamento y por la aceptación que tienen entre el alumnado las rotaciones en el centro de salud, sea la propia institución universitaria quien facilite la entrada de la medicina familiar, como área de conocimiento impartida por profesores titulares universitarios que trabajan en los centros de salud, es a mi modo de ver desconocer la realidad universitaria del país. El mundo universitario es muy complejo y cerrado, con una gran resistencia a cualquier atisbo de cambio, máxime cuando ese cambio puede suponer la entrada de profesores cuya vinculación con los

jefes de departamento (mientras no hubiese un departamento de medicina familiar) no tendría la sumisión de quien tiene como responsable último a la misma persona, tanto en la facultad como en el hospital, donde los directores de departamento suelen desempeñar también el puesto de jefe de departamento universitario. Así que se nos puede ver como un peligroso colectivo, ansioso de arañar parcelas de poder y de introducirse en la universidad, lo cual no debiera sorprender a nadie, por cuanto constituye una aspiración legítima de la medicina de familia.

Para la universidad no existen resquicios que deban ser ocupados por la medicina de familia. Las patologías más prevalentes las abordan otros especialistas (internistas, cardiólogos, endocrinólogos, nefrólogos, traumatólogos...); el modelo biopsicosocial, la entrevista clínica o el abordaje familiar pueden ser explicados en psiquiatría y la epidemiología o las actividades preventivas en salud pública o medicina preventiva. Los alumnos tampoco demandan la incorporación curricular de la medicina de familia. La universidad, que no vio con agrado la Directiva 86/457, ha acabado asumiendo que la titulación que expide no faculta para el ejercicio de la medicina en el sistema sanitario público, y ha inculcado en los alumnos la idea de que la carrera es un paso obligado y necesario para la presentación al examen MIR, de tal modo que lo importante es la obtención de una nota alta en este examen y la elección de una buena especialidad, transmitiendo la idea de que la medicina de familia es una especialidad de reserva, para quien no puede aspirar a otra de mayor categoría.

El espíritu combativo de los médicos de familia ha posibilitado la introducción de algunas asignaturas optativas en diferentes universidades, lo que fácilmente es aceptado por la institución universitaria. Al fin y al cabo a la universidad no le supone coste adicional alguno, puesto que las clases teóricas son impartidas por profesores asociados de los centros de salud. Los alumnos valoran el hecho, y así ocurre, como un mayor abanico de oferta de créditos, y el departamento, donde la asignatura se integra, como una demostración palpable de su preocupación en aras de

una formación de mayor calidad. Después de 15 años de promulgación de la LGS es preciso abandonar triunfalismos y reconocer, sin sonrojo, que la tímida introducción de la medicina de familia en la universidad ha sido consecuencia del imperativo de las diferentes disposiciones legales y no de la sensibilidad del mundo universitario ante las nuevas necesidades sociosanitarias.

La semFYC habrá de priorizar en la práctica y en los recursos la introducción de la medicina de familia en la universidad. Posiblemente la estrategia de apoyar el trabajo de grupos de pregrado animando la introducción conjunta y armonizada de asignaturas en las diferentes facultades sea adecuada y una de las pocas posibles. Pero también han de dirigirse esfuerzos a lograr que en el ámbito político, y por ende legislativo, exista el convencimiento y asunción plenos de la importancia que tiene la presencia de médicos de familia como profesores en las facultades de medicina. Si no lo logramos, la medicina de familia habrá de reconocer que las tutorías prácticas de los alumnos en los centros de salud son, en este final de siglo, su techo académico y universitario.

## F. Buitrago Ramírez

Centro de Salud Universitario La Paz.  
Unidad Docente de Medicina Familiar  
y Comunitaria. Badajoz.

## Bibliografía general

- Bonal P. Competencia profesional del médico de familia en España. *Aten Primaria* 1999; 23 (Supl 1): 61-65.
- Borrell F. Quince años de medicina familiar, 15 años de la revista ATENCIÓN PRIMARIA (1984-1999). *Aten Primaria* 1999; 23 (Supl 1): 37-50.
- Buitrago F. ¿Departamentos universitarios de medicina familiar en España? *Aten Primaria* 1992; 10: 858-859.
- Buitrago F. Medicina de familia y universidad. *FMC* 1997; 4: 219-220.
- Cabrera de León A. La medicina familiar y comunitaria en la universidad española: un paso adelante. *Aten Primaria* 1997; 20: 63-64.
- De la Revilla L. La formación del médico de familia. *Aten Primaria* 1999; 23 (Supl 1): 53-60.
- Domingo PM. Estudiantes, universidad y medicina de familia. *Aten Primaria* 1997; 19: 279-282.