

## EDITORIAL

# ¿Deben evolucionar las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria?

Palabras clave: Formación; Unidades docentes.

Nuestras unidades docentes de medicina de familia y comunitaria (MFyC) han desempeñado, y desempeñan, un papel decisivo en el desarrollo de nuestra especialidad y de la atención primaria. Desde su creación en 1980, fueron una pieza fundamental, cuando no había ni centros de salud, y posteriormente han servido para poder ir extendiendo el modelo y han contribuido decisivamente al gran desarrollo de las actividades de docencia de posgrado, de formación continuada y de investigación.

Evidentemente el modelo de unidad docente tiene que ir adaptándose a las nuevas necesidades e irá ligado a los cambios en el Sistema Nacional de Salud. Ante la existencia de grandes diferencias entre las unidades docentes de nuestra especialidad en el conjunto del Estado, hay que plantearse el futuro. La Comisión Nacional de la Especialidad está muy preocupada con esta cuestión y ha decidido impulsar un grupo de trabajo que vaya avanzando en el modelo que deseamos para nuestras unidades docentes.

La unidad docente se compone del coordinador, los técnicos de salud, el personal administrativo, los tutores intrahospitalarios, los tutores de los centros de salud y los residentes. La primera reflexión es que la docencia debe basarse fundamentalmente en los *tutores de los centros de salud*, sobre todo pensando en la especialidad de 4 años que todos perseguimos. La figura básica de la unidad docente es el tutor del centro de salud, en el que debe recaer el seguimiento del residente durante todo el período de formación.

El primer cambio, con el que todos estaremos de acuerdo, es mejorar la situación laboral y profesional de los tutores. Hay que poner en marcha de una vez la carrera profesional, que tiene que permitir que, a medida que se vaya progresando en ella, el médi-

co tenga menos cupo de pacientes y pueda dedicar cada vez más tiempo a otras actividades: docencia de pregrado, de posgrado y formación continuada a otros profesionales, investigación, profundización de áreas clínicas, de atención a la familia o a la comunidad. Esto es lo que va a condicionar el futuro de la atención primaria en España: o somos capaces de conseguir condiciones de trabajo que permitan hacer algo más que pura asistencia o evolucionaremos a ser médicos de cupo de 6 horas.

¿Qué es mejor: que unos pocos hagan mucho de todo y la mayoría no tenga tiempo de nada, o que todos podamos ir haciendo un poco de todo? Creemos que es el mismo planteamiento que con la prevención: es más lógico y eficiente que se haga un poco a todos que no todo a unos pocos. No es lo deseable tener una muy buena unidad docente si los tutores están con una consulta masificada y no pueden hacer nada más que pasar consulta. Desde este punto de vista, nos parece más importante abordar primero la mejora de las condiciones de trabajo de los médicos de familia (y de todos los profesionales de los equipos de atención primaria) y el desarrollo de la carrera profesional, antes de plantear otros cambios en las unidades docentes. Además, estas dos medidas (cupos con menos usuarios por médico y carrera profesional) crearían puestos de trabajo para otros médicos de familia y evitarían que los residentes puedan ser utilizados como mano de obra en algunos centros de salud docentes.

Habría que introducir luego cambios en el ámbito de la *coordinación de la unidad docente*. Aquí se plantean varios modelos: en Andalucía es de unidades docentes grandes, con buena dotación de recursos humanos y materiales, que tiene un coordinador dedicado exclusivamente a la unidad, junto con técnicos de salud y administrativos, y luego dispone de coor-

dinadores de zona a tiempo parcial. Hay otras unidades docentes más pequeñas, cuyos coordinadores se encargan además de las actividades de formación continuada e investigación de todos los profesionales de su área, sobre todo en el INSALUD. Y existen varios modelos intermedios, con dedicación exclusiva o parcial del coordinador, con más o menos recursos.

Aunque es difícil plantear un modelo, basándonos en nuestras experiencias vividas desde la CNE y en la evolución de la Unidad Docente de Madrid (de ser provincial a descentralizarse por áreas), sí se puede aventurar un modelo con una unidad docente fuerte, bien dotada, que luego esté dividida en ámbitos geográficos más pequeños, con coordinadores a tiempo parcial que mantengan una parte de actividad asistencial. Estos coordinadores (de distrito o similar) serían elegidos por méritos y como otro nivel de la carrera profesional.

El coordinador de la unidad docente sería el equivalente al jefe de estudios del hospital, y tendría que contar con los recursos materiales y humanos necesarios para poder llevar a cabo todas sus funciones, así como gestionar su propio presupuesto. En esta estructura sería deseable que se incorpore el pregrado, la formación continuada y la investigación de todos los profesionales del ámbito de influencia. También sería elegido por méritos. El coordinador de la unidad docente sería un escalón más alto de la carrera profesional, y tendría que ser lógicamente un buen clínico, con experiencia asistencial importante, porque al fin y al cabo el médico de familia debe ser ante todo un buen clínico. Además, deberá reunir un perfil de gestor de recursos y un currículum docente e investigador.

¿Cómo engarzarlo en la estructura asistencial actual? Es casi imposible mientras no se den las condiciones anteriores. La figura de jefe de servi-

cio se entiende mejor por todos los médicos, pero también tiene connotaciones negativas que todos conocemos: forma de designación, rango jerárquico... Es necesario mantener por ahora la diferenciación de la atención primaria. Lo que todos compartimos es la necesidad de que el coordinador sea elegido por méritos y no directamente por los gestores, y deben estar muy claras las funciones y los requerimientos para esta figura, de forma que se pueda elegir en función de un reconocimiento profesional y no de la conveniencia del gestor correspondiente.

Los *residentes de MFyC* son algo añadido a los profesionales de los hospitales y centros de salud. No suponen un gasto de personal, pues el presupuesto para su sueldo procede directamente del Ministerio de Sani-

dad, con lo que es un recurso extra. Además es un incentivo el tener residentes, tanto en atención especializada como en atención primaria, que motiva a los profesionales para trabajar mejor y poder hacer más actividades de docencia e investigación. Cuidemos este bien tan preciado que es la docencia de posgrado y tengamos en cuenta que es un recurso que prestamos a nuestros gestores y no al revés.

En resumen, lo importante es reforzar las unidades docentes con los recursos humanos y materiales necesarios, lograr mejores condiciones profesionales para los tutores de los centros de salud y que el coordinador sea elegido por méritos y no tenga que dedicarse a otras tareas que no están dentro de sus funciones, como cartera de servicios, etc. (en todo ca-

so la unidad docente debería colaborar en el pregrado, la formación continuada e investigación de los profesionales, no en otras tareas). *Es necesario reflexionar muy seriamente sobre el futuro que queremos para nuestras unidades docentes pues son una parte muy importante de nuestro futuro como especialidad.*

### Agradecimientos

Agradezco enormemente las aportaciones para este artículo de mis amigos Sebastián Calero, Epifanio de Serdio, Verónica Casado, Jesús Martín, Antonio Monreal y M.ª Ángeles Ortiz.

### T. Gómez Gascón

Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC.