



EDITORIAL semFYC

Importancia y función del Departamento de Medicina de Familia en la Facultad de Medicina: una perspectiva internacional

Importance and Role of the Department of Family Medicine in the Faculty of Medicine: An International Perspective

Para comprender la importancia y la función de una unidad académica de medicina de familia y comunitaria dentro de la facultad de medicina, ya sea departamento, catedra, división, etc., primero debemos entender la misión que la facultad o la universidad que ésta integra tiene en la sociedad. Schroeder et al¹ señalaron que la sociedad encarga a la medicina académica la responsabilidad de emprender varias misiones sociales de importancia para mejorar la salud de la población, que incluyen la educación, la atención de pacientes y la investigación.

Una vasta literatura científica demuestra la importancia de la atención primaria de la salud en los sistemas sanitarios, y su impacto en la salud de la población. Starfield et al² han contribuido de manera importante a nuestros conocimientos sobre este tema, y en su revisión de la literatura existente demuestran claramente que los sistemas de salud que poseen una robusta infraestructura en atención primaria obtienen mejores calidad y resultados en salud, mejor coste-eficiencia y mayor equidad en salud que los sistemas sanitarios con una infraestructura débil en el primer nivel de atención.

Si una robusta infraestructura de atención primaria mejora la salud de la población disminuyendo los costes y aumentando la equidad de la atención de salud, y si una misión de la universidad y su facultad de medicina es mejorar la salud del público, necesariamente la universidad y su facultad de medicina deben contribuir al fortalecimiento de la atención primaria a través de sus tres misiones tradicionales de educación, servicio e investigación en el pregrado y el posgrado.

El departamento de medicina de familia y la formación de pregrado

Podemos definir cuatro misiones del departamento de medicina de familia en la formación de estudiantes de

pregrado. La primera es contribuir a la educación general profesional del estudiante. Hay muchos conocimientos, habilidades y actitudes que son importantes para el ejercicio de cualquier especialidad médica que enseñan mejor los médicos de familia, y a veces sólo ellos. Algunos deben ser aprendidos por el alumno durante sus años preclínicos y otros, durante los años clínicos del currículo de medicina.

La segunda es exponer al estudiante a la epidemiología y el cuidado de la enfermedad en la población. White et al³ y luego Green et al⁴ demostraron en sus estudios de la ecología de la atención médica que un número muy pequeño de pacientes adultos con síntomas o dolencias durante un mes llegan a ser admitidos en un hospital universitario terciario (1/1.000 pacientes), lo que implica un enorme sesgo epidemiológico en cuanto al tipo de enfermedades que el estudiante de medicina conoce en ese nivel de atención. La epidemiología clínica es la aplicación de la epidemiología al cuidado de un paciente específico. Hay un dicho conocido que explica muy bien la importancia de conocer la epidemiología del primer nivel de atención: «cuando oímos cascós, pensamos primero en caballos y luego en cebras, excepto en África». Esto nos recuerda que en el primer nivel las cosas comunes son comunes, y es mucho más probable que una cefalea sea tensional o migraña, y no un tumor intracranegal. Pero si el estudiante de medicina sólo vio a pacientes con cefalea en la sala de neurología del hospital universitario, va a pensar que cada vez que evalúa a un paciente con cefalea debe pedir una tomografía computarizada cerebral para descartar esa posibilidad⁵.

La tercera función en la formación de los estudiantes de pregrado es ayudar al futuro médico a comprender la importancia de la atención primaria de la salud y el papel del médico de familia. Es importante que todo futuro médico entienda la estructura del sistema sanitario, la función de la atención primaria y el papel del médico de

familia en el sistema y en el cuidado de sus pacientes. Sea cual fuere su eventual especialidad, el futuro médico se relacionará con médicos de familia durante su carrera, y debe entender la función y el desempeño de éstos.

La cuarta es exponer al estudiante a la especialidad y a médicos de familia modelo para ayudarle a considerar la medicina de familia como su vocación de especialista. Así como es inimaginable que un estudiante de medicina escoja la especialidad de cirugía general si jamás ha conocido a un cirujano general docente o trabajado con él, es improbable que un estudiante escoja la especialidad de medicina de familia si nunca ha trabajado con un médico de familia modelo. La medicina de familia es una especialidad desafiante por su amplitud y la cantidad de conocimientos y habilidades que exige, y necesita reclutar a los mejores graduados. Si España necesita que un 40% de sus médicos graduados escojan la medicina de familia como su especialidad y quiere que esto sea una selección por preferencia y no por falta de acceso a las otras especialidades, es imprescindible que los estudiantes de medicina tengan contacto con médicos de familia modelo.

Existen tres niveles distintos de currículo de medicina en los que es factible la enseñanza de la medicina de familia y comunitaria: el currículo preclínico, el clínico, con una rotación clínica obligatoria en medicina de familia, y el clínico optativo⁶. El currículo preclínico brinda la oportunidad de enseñar conocimientos y destrezas fundamentales que son necesarios para proveer cuidados médicos a todo paciente: habilidades en la confección de la historia clínica y la práctica del examen físico, destrezas en comunicación interpersonal (relación médico-paciente), profesionalismo médico, ciclo vital individual y familiar, razonamiento clínico probabilístico y sistemas de atención sanitaria⁶. En esta fase curricular, el alumno comienza a entender la función de la atención primaria en el sistema sanitario y la del médico de familia. Parte de la instrucción puede ser didáctica, pero la mayor parte de la enseñanza debe ser una experiencia clínica temprana con médicos de familia en el primer nivel de atención. Littlewood et al⁷ han publicado una revisión sistemática sobre el impacto en el alumno de medicina de una experiencia clínica temprana en el primer nivel de atención: se desarrollan destrezas de comunicación interpersonal, se facilita la adaptación a las posteriores pasantías clínicas, se ayuda al alumno a aprender sobre funciones y responsabilidades profesionales, sistemas de atención y salud de la población, se hace más relevantes las ciencias biomédicas, sociales y de comportamiento, y se

motiva y se premia a docentes y pacientes, con lo que se enriquece el currículo.

El currículo clínico debe incluir una rotación obligatoria en medicina de familia y comunitaria, enseñada en el primer nivel de atención por docentes médicos de familia que sirven de modelo. La duración de la rotación debe ser semejante a la de otras rotaciones obligatorias (medicina interna, pediatría, cirugía, etc.)⁶. Hay cinco principios de la medicina de familia que deben guiar las actividades educativas dentro de la rotación clínica obligatoria: el contexto de enfermedad y salud; la continuidad de la atención; la integralidad de los cuidados; la coordinación de la atención, y el enfoque biopsicosocial⁶. El currículo de la rotación clínica obligatoria debe incluir tres temas amplios: prevención de la enfermedad y promoción de la salud; cuidado de las enfermedades agudas y crónicas, y medicina poblacional. Hay que abarcar una amplitud de temas de medicina de familia, entre ellos los problemas biomédicos y psicosociales más comunes en el primer nivel de atención⁶. Algunas facultades de medicina ofrecen experiencias clínicas optativas después de completada la rotación obligatoria por medicina de familia, con el objetivo de profundizar los conocimientos del estudiante⁶.

Hay buena base de evidencia sobre la formación de pregrado y la selección de la medicina de familia como especialidad. Campos-Outcalt encontró que las facultades de medicina de Estados Unidos con proporciones mayores de alumnos que escogieron especializarse en medicina de familia tenían más alumnos que expresaron preferencia por la medicina de familia al entrar a la facultad, completaron su rotación obligatoria en medicina de familia en dos o más sitios, calificaron positivamente la competencia de sus docentes de medicina de familia, declararon que querían ser como ellos y cursaron pasantías en atención primaria⁸.

Perspectiva internacional

En todo el mundo se observa una presencia creciente de departamentos de medicina de familia y comunitaria en las facultades de medicina. En Europa, por ejemplo, todas las facultades de medicina de Reino Unido cuentan con departamentos con temprana experiencia clínica en la población y hasta un 20% del currículo enseñado en la comunidad. Los países escandinavos y Países Bajos tienen departamentos en todas las facultades. En Lituania,

Tabla 1 Departamentos de medicina de familia (MF) en facultades de medicina latinoamericanas

País	Escuelas de medicina	Departamentos de MF	Curso obligatorio de MF	Curso optional de MF
Argentina	23	2	6	5
Bolivia	9	0	0	0
Chile	12	4	0	0
Colombia	42	3	9	3
Costa Rica	7	1	4	0
Cuba	21	21	21	0
México	59	2	0	2
Venezuela	8	8	2	0

Letonia, Estonia, Polonia, Hungría, Eslovaquia y Chequia, la mayoría de las facultades tienen departamento de medicina de familia. En Ucrania y Rumanía, un 50% de las facultades tienen departamentos, y en Rusia, varias facultades los tienen. En Canadá todas las facultades de medicina tienen departamento, y en Estados Unidos 113 de 125 facultades los tienen⁹. En América latina el desarrollo de departamentos ha sido más lento, pero allí también cada vez hay más (tabla 1)¹⁰.

Conclusiones

Dado el importante desarrollo de la medicina de familia y comunitaria en el Sistema Nacional de Salud de España en los últimos 25 años, dadas el papel fundamental del médico de familia, la necesidad de formar a un alto porcentaje de los graduados de las facultades de medicina españolas como especialistas en medicina de familia y que la misión fundamental de cada facultad de medicina es mejorar la salud de la población, es necesario e inevitable que las facultades de medicina de las universidades españolas incorporen unidades académicas, preferiblemente departamentos, de medicina de familia y comunitaria.

Bibliografía

1. Schroeder SA, Zones JS, Showstack JA. Academic medicine as a public trust. *JAMA*. 1989;262:803–12.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Millbank Quarterly*. 2005;83: 457–502.
3. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265:885–92.
4. Green LA, Fryer Jr GE, Yawn BP, et al. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344:2021–5.
5. Spann SJ. Epidemiología clínica y toma de decisiones en Medicina Familiar. En: Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC y CIME; 1997.
6. Family Medicine Clerkship Curriculum Resources. Disponible en: <http://www.stfm.org/curricular/family.htm>.
7. Littlewood S, Ypinazar V, Margolis SA, et al. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *BMJ*. 2005;331:387–91.
8. Campos-Outcalt D. A comparison of primary care graduates from schools with increasing production of family physicians to those from schools with decreasing production. *Fam Med*. 2004;36:260–4.
9. Primary care around the world. En: Jones R, editor. *Oxford Textbook of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
10. Parkerson G, et al. The status of family health care and family medicine in the region of the Americas. *HSR* 29. PAHO/WHO 2002.

Stephen J. Spann

Department of Family and Community Medicine,

Baylor College of Medicine, Estados Unidos

Correo electrónico: sspann@bcm.tmc.edu