

## EDITORIAL

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

Palabras clave: Desarrollo profesional; Formación; Unidades docentes.

El proceso de reforma de la atención primaria en España, puesto en marcha legislativamente en 1984, ha introducido cambios sustanciales en los objetivos, organización y actividades de la asistencia ambulatoria y ha hecho posible el desarrollo de programas docentes y proyectos de investigación propios de este nivel del sistema de salud. A pesar de los indudables progresos, las condiciones de trabajo y de vida personal de los profesionales de atención primaria no mejoran, más bien al contrario parecen empeorar a medida que pasa el tiempo y crece el *burnout*, incluso entre los inicialmente más motivados. En este contexto, parece claro que lo prioritario es introducir mejoras significativas en el ambiente laboral, antes de pensar en otras medidas como las propuestas en este artículo, aunque puedan contribuir a modificar positivamente el marco de trabajo de los profesionales. Sirvan las líneas precedentes para dejar en evidencia que no será posible introducir cambios positivos en la organización de la asistencia, docencia o investigación de nuestra atención primaria si no se inyectan los recursos necesarios para poder corregir esta tendencia al deterioro.

En el ámbito docente, el control de las actividades de enseñanza, esencialmente de posgrado del programa MIR de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC), corresponde a las unidades docentes regidas por un coordinador nombrado a propuesta de la entidad proveedora de servicios sanitarios y que, en ocasiones, puede ser también director o coordinador de un equipo o, por el contrario, no tener ninguna responsabilidad asistencial directa. Las actividades de formación continuada tienen una relación de dependencia diversa en distintas partes del Estado con las unidades docentes de MFyC y, como hemos mencionado antes, con los directivos responsables de la gestión

de la atención primaria. La formación pregraduada de alumnos de medicina y enfermería en los centros de salud también tiene frecuentemente relaciones poco claras con las unidades docentes de MFyC. De hecho, uno de los artículos de la Orden Ministerial de diciembre de 1983, que delimita las funciones de las unidades docentes de MFyC, y que no ha sido derogado por la Orden Ministerial de junio de 1995, atribuye a éstas responsabilidades en «la ejecución de los programas de formación continuada de personal de atención primaria de su área de influencia» y especifica que «podrán colaborar en la formación de pregraduados médicos y de enfermería».

Las unidades docentes de MFyC han tenido múltiples virtudes, entre ellas la de posibilitar desde una posición casi exterior al núcleo decisor de la atención primaria la introducción de cambios necesarios para posibilitar el desarrollo del programa de la especialidad. En su momento, fue precisamente esa posición lateral un factor determinante y facilitador del progreso de la docencia en una organización asistencial aún no reformada y muy rígida. Hoy la situación ha cambiado con el progreso cuantitativo de la reforma y el afianzamiento del modelo basado en los centros y equipos de salud.

Es necesario evitar que las unidades docentes de MFyC se enquisten y que, en ocasiones, sean visualizadas como una especie de «academias» organizadoras de cursos y rotaciones. Creo que estamos en el momento adecuado para iniciar un debate en profundidad que nos conduzca a clarificar la situación de la docencia en atención primaria y su ubicación en relación con la asistencia y la investigación de este nivel.

En nuestra opinión las unidades docentes de MFyC deben desaparecer a corto o medio plazo, y sus funciones docentes y de investigación ser asu-

midas por los responsables de unos nuevos servicios de atención primaria/medicina de familia de dimensiones variables (podrían abarcar uno o varios centros de salud) en relación con las características de cada territorio y organización. Estos servicios dirigirían las actuaciones asistenciales, docentes y de investigación del conjunto de centros de salud y equipos de su ámbito de influencia. No estamos planteando la transformación directa de cada unidad docente de MFyC en un servicio de atención primaria/medicina de familia; lo que propongo es la puesta en marcha de un proceso con distintas fases: en la primera habría que establecer los servicios legal y organizativamente y dotarlos con los recursos humanos y materiales necesarios para que pudieran plantearse asumir las actividades asistenciales, docentes y de investigación de los centros y equipos que los integren. En la segunda se procedería a disolver la o las unidades docentes de MFyC con competencia en ese territorio.

Una propuesta de este tipo puede introducir nuevas perspectivas en el desarrollo y profundización de la reforma de la atención primaria:

1. Agrupa bajo una misma dirección clínica las actividades asistenciales, docentes y de investigación. A través de la coordinación clínica de distintos centros y equipos, se favorece el mejor aprovechamiento de los recursos, se potencia la homogeneización de las actuaciones clínicas (disminución de la variabilidad) y se facilita el desarrollo de proyectos multicéntricos, tanto asistenciales como docentes y de investigación

2. Permite el desarrollo de los eslabones principales de la carrera profesional en atención primaria. La figura del jefe de servicio de atención primaria instaura elementos de equilibrio en el sistema de relación con el hospital al introducir una ca-

tegoría bien reconocida culturalmente por los profesionales. Los jefes de servicio acceden a este cargo a través de la justificación de méritos de carrera profesional y otras pruebas de concurrencia pública y, por tanto, no son propuestos o nombrados por los responsables de la gestión. Forman el escalón superior de la carrera profesional de atención primaria y tienen una dedicación amplia a las tareas de coordinación de los recursos y actividades del servicio, así como a las de docencia e investigación. El jefe de servicio consolida esta categoría en la medida y tiempo en que cumpla con los objetivos, actividades y requerimientos técnicos de esta situación, previamente especificados en las convocatorias de estas plazas y a juicio de tribunales de credenciales independientes.

Los actuales coordinadores/directores de equipo o centro formarían el segundo escalón del organigrama de estos servicios, y el tercero estaría integrado por los restantes profesionales de los equipos.

3. Posibilita una mejor clarificación de las funciones y tareas de las actuales estructuras de gestión de la atención primaria a partir de la integración en los nuevos servicios de atención primaria/medicina de fa-

milia de las líneas de formación continuada, investigación y de los técnicos de salud que tienen adscritas muchas de estas estructuras de gestión. Con ello podrían evitarse ciertas duplicaciones de responsabilidades y tareas y algunos conflictos derivados de la mencionada situación lateral de las unidades docentes y sus responsables. No se trata de crear nuevas estructuras intermedias entre los responsables de la gestión y los profesionales asistenciales; al contrario, se pretende aligerar las actuales y aproximar la gestión clínica y la de los recursos disponibles, unificándolas y situándolas en el mismo nivel en el organigrama de dirección de la atención primaria, el cual podría basarse en una dirección bicéfala técnico-clínica y económico-administrativa, con un mayor protagonismo en la misma de los profesionales con responsabilidades asistenciales, en una perspectiva semejante a la señalada por el gobierno inglés respecto a los *Primary Care Groups*.

4. Se incrementa la «masa crítica» de las estructuras asistenciales de atención primaria al agrupar en un mismo servicio a varios centros de salud. Una de las dificultades de este planteamiento radica en la búsqueda de

soluciones operativas al problema del funcionamiento de un servicio necesariamente descentralizado en todas las actividades cotidianas de los equipos que lo integran y que coordina y potencia, pero no centraliza, las actuaciones y, por otro lado, permite introducir elementos de economía de escala en la asignación y gestión de los recursos.

No queremos despertar recelos ni alarmas, ni pretendemos que planteamientos de este tipo sean realidad de forma inmediata, pero sí estamos convencidos de que, sin prisas excesivas pero también sin tardanza, hemos de reflexionar sobre el futuro de la estructura organizativa de la gestión y de la docencia y su relación con la carrera profesional. Servicios de medicina de familia existen en diversos países, sobre todo americanos, en general de base hospitalaria. ¿Por qué no podemos plantearnos su existencia en nuestro país y radicarlos en la atención primaria?

#### A. Martín Zurro

Director de la revista ATENCIÓN PRIMARIA.  
Coordinador General del Programa  
de Medicina de Familia y Comunitaria  
de Cataluña.