

El papel de la Medicina de Familia en el Grado

Family Medicine's Role in Undergraduate Medical Education

VERÓNICA CASADO VICENTE

Profesora asociada y responsable de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid/Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Docente y Universitario de Parquesol. SACYL.

DOI: <https://doi.org/10.24197/cl.27.2019.4-11>

1. INTRODUCCIÓN

*“Nihil volitum, nisi praecognitum” (no se ama lo que no se conoce).
Adagio escolástico*

El desarrollo conceptual y filosófico de la Medicina Familiar proviene directamente de la escuela de Cos (Hipócrates): “no hay enfermedades sino enfermos”. El siglo XIX en América y Europa es la era del médico general: profesional clave para personas, familias y comunidad. En los primeros 50 años del siglo XX, asistimos al declive de la medicina general en favor de las especialidades médicas y su salida de las escuelas de medicina^{1,2}. Las facultades de medicina disuadían del interés por la medicina general y la inexistencia de formación posgraduada creó una imagen intelectualmente inferior. La Medicina Familiar tuvo tres grandes influencias: la medicina social y humanista^{3,4}, la medicina científica y académica⁵, y la formulación de la Atención Primaria⁶. La comunidad médica internacional tomó conciencia de que el médico recién egresado no estaba preparado para atender los problemas más prevalentes y frecuentes de la población. En muchos países se crearon los colegios y academias de medicina general, dedicados al desarrollo académico de la disciplina. A partir de 1970, la Medicina Familiar se extiende en los cinco continentes. La evolución de la investigación y la difusión de la producción científica fueron claves en la construcción de la especialidad. Entre los muchos líderes que han influido sobre la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) actual podemos destacar a Hipócrates, William Osler, Ian McWhinney, George Engel, Iona Heath, Julian Tudor Hart, Hernan San Martin, Archibald L. Cochrane, Halfdan T. Mahler y Barbara Starfield^{2,7-10}.

Al inicio de esta década, diversos autores, las sociedades científicas de medicina de familia/Atención Primaria, así como la propia Comisión Nacional (CN) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) llamaron la atención sobre la falta de continuidad entre formación de grado y la formación especializada en MFyC. Según diversos informes los recién licenciados acumulan muchos conocimientos muy específicos, tienen pocos conocimientos genéricos o esenciales y sus conocimientos son reducidos sobre los problemas más prevalentes y generales y sobre la medicina preventiva clínica. No se manejan bien con habilidades y actitudes claves en la competencia profesional. Tienen poco grado de autonomía para el aprendizaje autodirigido por la tradicional metodología docente empleada en el grado en la que el profesor habla-muestra y el estudiante escucha-observa. Su elección de especialidad refleja a lo que han sido expuestos, las modas y la percepción sobre las especialidades¹¹.

Estas realidades tienen una gran envergadura porque:

- Actualmente el perfil médico más demandado por el sistema sanitario (el 30% de los médicos del Sistema Nacional de Salud) es el médico de familia (MF) y las evidencias científicas recomiendan el 50% (Starfield 1994) o el 60% (OMS).
- Un tercio de la oferta de plazas MIR en España es para MFyC.
- El marco legal determina la Atención Primaria (AP) como la función central del sistema sanitario. Su competencia determina la efectividad y eficiencia del sistema y precisa de profesionales altamente cualificados y motivados.
- El Espacio Europeo de Enseñanzas Superiores (EEES) propone que la formación de grado se oriente a los perfiles más demandados por la sociedad y a la polivalencia huyendo de contenidos subespecializados.

El EEES delega los contenidos subespecializados a la formación especializada y promueve en el grado la polivalencia, en la que el médico de familia es el mejor modelo para orientar la formación hacia los contenidos más prevalentes de los diferentes problemas de salud. Nuestro entorno europeo universitario ha reconocido esta importante cuestión y ha determinado que haya departamentos de MFyC en sus Facultades de Medicina (FM) y que esta formación sea nuclear a lo largo de todo el grado, tanto con asignaturas específicas como en materias y asignaturas transversales e integradas. La sociedad necesita que los estudiantes de medicina que van a ser médicos de familia se formen en Centros de Salud

con médicos de familia para facilitar su elección vocacional y que los que no van a ser especialistas en MFyC también, para facilitar su coordinación futura en pro de la resolución de problemas más efectiva y eficiente. Y para ambos, para mejorar su formación de base proporcionando una formación versátil y sólida que sustente la formación especializada posterior.

La incorporación de la MFyC en el grado en España normaliza nuestra situación con Europa. Pero para ello, igual que en el resto de Europa, precisa presencia como asignatura, materia y área de prácticas y profesorado acreditado (catedráticos, titulares y profesores asociados), incluidos en centros de salud universitarios, coordinados con las Unidades Docentes de MFyC y con una estructura en el seno de la Universidad que la sustente¹¹.

2. EL SESGO EPIDEMIOLÓGICO DEL HOSPITAL PARA EL ESTUDIANTE DE MEDICINA

El objetivo de la FM debe ser formar médicos polivalentes, con conocimiento de la persona de forma integral, que vive en un entorno definido y que padece patologías “en condiciones reales”.

En los años 70, White evidenció que, en un mes, de 1000 individuos, 750 tuvieron algún tipo de problema. De ellos 250 acudieron a un médico y sólo 9 fueron atendidos en un hospital¹². Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se producen más de 373 millones de consulta al año en AP, resolviéndose de estos más del 92% en este medio. El número de consultas en el segundo nivel es de 77.1 millones y de ingresos es de 5.23 millones. En los servicios de Urgencias hospitalarias se producen 21.5 urgencias de las cuales ingresan 11.3%¹³. Es obvio que se producen millones de actos médicos en el ámbito de la AP que sólo se pueden conocer si se conoce este medio.

Sin embargo, los alumnos de Medicina, formados exclusivamente en hospitales, tienen un concepto de la atención a la salud sesgado, sólo curativo, biomédico, centrado en lo tecnológico y en la atención hospitalaria, y para un grupo limitado de problemas de salud fundamentalmente agudos ignorando casi el 90% de la actividad sanitaria del país que se hace en APS por especialistas en MF.

Además, el aprendizaje en los hospitales universitarios tiene características diferentes al de los centros de salud. En el hospital el estudiante está expuesto a situaciones clínicas definidas, de mayor complejidad y gravedad, baja prevalencia y necesitadas de alta tecnología por lo que el especialista hospitalario precisa generalmente llegar al

“etiquetado”, controlar su incertidumbre mediante pruebas diagnósticas antes de iniciar el tratamiento. Sin embargo, el MF maneja la incertidumbre y puede no tener un diagnóstico de certeza en el 50% de las ocasiones, pero con una probabilidad razonablemente alta puede indicar un tratamiento, y considera que el uso de pruebas diagnósticas sólo tiene sentido si modifica la conducta a seguir.

La AP ofrece un entorno formativo de primera magnitud. Los centros de salud disponen de una estructura docente, ya existente.

3. EXPOSICIÓN PRECOZ A LA APS Y MODIFICACIÓN DE PREFERENCIAS

Diversos autores han determinado que los mejores predictores para la elección de MFyC están vinculados al tipo de enseñanza de grado, proporción de MF en el profesorado de la FM, existencia de departamentos de MFyC, prácticas obligatorias en medicina de familia, experiencias longitudinales de atención al paciente y características del proceso de admisión para seleccionar estudiantes y residentes¹⁴ (tabla 1).

TABLA 1 FACTORES DETERMINANTES EN LOS ALUMNOS PARA LA ELECCIÓN DE ESPECIALIDAD

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Características vinculadas al perfil de los alumnos <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinantes familiares ○ Determinantes personales (sexo, edad, estado civil, origen, personalidad, valores, expectativas, experiencias)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Características vinculadas con la Facultad de Medicina, los planes de estudio y la formación inicial de la formación especializada <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipos de departamentos ○ Tipo y cualificación del profesorado ○ Asignaturas y prácticas ○ Formación troncal previa a la elección de la especialidad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepciones de los alumnos de las características de la especialidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Estilo de vida controlable o no controlable ○ Ingresos ○ Valor social ○ Prestigio académico

En un estudio realizado en España (Martin Zurro 2010)¹⁵ en 20 FM (incluida la facultad de Medicina de Valladolid) con 5311 alumnos se aprecia que más del 90% consideraban que había suficientes motivos que justifican un aprendizaje teórico-práctico obligatorio en medicina de familia durante la carrera, que contribuía a la mejora de la atención de salud, que debía impartirse como asignatura específica, pero también de forma integrada en los contenidos de otras asignaturas y que debía ser impartida por médicos de familia. Los apartados en los que los alumnos consideraban que sus aportaciones serían mayores son en comunicación y relación médico-paciente (94.5%), en prevención y promoción de la salud (92.14%), en atención clínica de los problemas más frecuentes (93.86%) y atención a lo largo de la vida (91.06%). Consideran que su función social es imprescindible (90.48%) y sin embargo que su prestigio científico es bajo (18% la consideraban como de elevado prestigio y el 16,37 % opinaba que goza de un estatus similar al de otras especialidades médicas).

Las nuevas realidades sociales, demográficas y sanitarias preconizan abordajes integrales, integrados y coordinados y esto requiere la participación nuclear de la Medicina de Familia en los Planes de Estudio.

4. COMPETENCIAS DEFINIDAS DE MEDICINA DE FAMILIA A ADQUIRIR EN EL GRADO

Las Competencias Generales, dando así respuesta a la Orden EC/332/2008, de 13 de febrero¹⁶, se organizan en los 6 bloques, previstos en la Orden anteriormente mencionada:

- A. Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos. Papel del Médico de Familia como agente del paciente en el Sistema Sanitario. La coordinación entre niveles asistenciales.
- B. Fundamentos científicos de la medicina: Medicina Familiar y Comunitaria, entorno vital de la persona enferma, promoción de la salud en el ámbito familiar y comunitario. Estilos de vida y prevención clínica.
- C. Habilidades clínicas.
- D. Habilidades de comunicación: Modelos de relación clínica, entrevista, comunicación verbal, no verbal e interferencias en la práctica del Médico de Familia. Conocer aspectos relevantes para la comunicación con pacientes y familiares en su entorno social.
- E. Salud pública y sistemas de salud
- F. Manejo de la información: Conocer las estrategias de trabajo del Médico de Familia ante los problemas de salud más prevalentes en APS, con un

enfoque orientado a la práctica. Establecer plan de actuación enfocado a las necesidades del paciente y el entorno familiar y social, coherente con los signos y síntomas del paciente.

5. IMPACTOS

La inclusión de la Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad¹¹:

1. Normaliza la situación española con Europa y favorece el EEES
2. La MFyC es un área de conocimiento específica y no la suma de retazos de todas las áreas de conocimiento. Oferta contenidos teórico-prácticos propios, complementa contenidos genéricos y transversales, aporta metodologías muy ensayadas en MFyC y aporta una estructura y un entorno docente amplio.
3. Reequilibra la formación actual basada en el hospital, orientada a la teoría, con división cartesiana mente/cuerpo, centrada en la enfermedad y en el modelo biológico, con una formación basada en el modelo bio-psico-social y una visión holística de los pacientes, las familias y la comunidad y orientada a la resolución de situaciones sanitarias y sociales reales y prevalentes de las personas.
4. Inicia al estudiante en el ejercicio del pensamiento crítico, el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones, el conocimiento global del enfermo, en su proyección integral y en las vertientes personal, familiar y comunitaria y en la integración de la actividad preventiva con la curativa y paliativa y con la prevención cuaternaria.
5. Facilita su elección vocacional para los que vayan a ser médicos de familia y su conocimiento para quienes no sean médicos de familia, con el correspondiente efecto para mejorar la coordinación e integración futura y su contribución a mejorar el nivel de competencia de base.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York. 1910. Citado el 29 de octubre de 2017. Disponible en: http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf

2. Casado V. La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. AMF. 2018; 14(2): 79-86. Disponible en : http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2192
3. Report of the Citizens´ Commission on Graduate Education. The graduate Education of physicians. Chicago : American Medical Association. 1966.
4. Report of the Ad Hoc Committe on Education for Family Practice of the Council on Medical Education. Meeting the challenge of family practice Chicago : American Medical Association. 1966.
5. McWhinney I. Orígenes de la Medicina de Familia en McWhinney I. Medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma; 1994
6. Fajardo Alcántara A. El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Granada. 2007. Citada el 29 de octubre de 2017. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/08/16925506.pdf>
7. Osler W. Osler's Modern Medicine. Lea Brothers. Philadelphia. 1907.
8. Becker RE. Recordando a Sir William Osler a 100 años de su fallecimiento: ¿qué podemos aprender de su legado? An Fac Med. 2015 [citado 20 Oct 2017];76(1): 71-Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n1/a11v76n1.pdf>
9. Tudor Hart J. The inverse care law. The Lancet 1971; 297: 405-12. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>
10. Starfield B. ¿Es la Atención Primaria esencial? Lancet 1994; 344: 1129-33.
11. Casado Vicente V, Bonal Pitz P, Cucalón Arenal JM, Serrano Fernández E, Suárez González F. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria; 26 (1): 69-75. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/artide/pii/S021311111002767>
12. White K.L, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961; 2;265:885-892.
13. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Indicadores claves del SNS. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016.

- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Madrid. 2017.
Disponible en
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anual_SNS_2016_completo.pdf
14. Bunker J, Shadbolt N. Choosing general practice as a career - The influences of education and training. [Aust Fam Physician](#) 2009; 38 (5): 341-344.
 15. Martín Zurro A y cols. Percepciones y conocimientos de los estudiantes de medicina en relación con la atención primaria y la medicina de familia. 16th Wonca Europe Conference. Malaga 6-9 octubre Malaga 2010.
 16. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE nº 40: 8351-8355.