



Aportaciones de la Medicina Familiar y Comunitaria al aprendizaje por competencias: avanzando hacia la transversalidad

Autoría (en orden alfabético):

Isabel del Cura González. Universidad Rey Juan Carlos
M.^a Carmen Fernández Merino. Universidad de Santiago de Compostela
Javier Girón Hortelano (CEEM). Universidad de Castilla-La Mancha
María Medina Abellán. Universidad de Murcia
Pascual Solanas Saura (coordinador). Universitat de Girona
M.^a Antonia Sánchez Calavera. Universidad de Zaragoza

Grupo colaborativo

Junta Rectora de la AMFE

Este documento ha sido revisado por la Junta Rectora de la AMFE, bajo la presidencia de Verónica Casado Vicente, y junto con la Vocalía Académica de Antoni Sisó Almirall. La Junta Rectora de la AMFE está compuesta (en orden alfabético) por: Susana Aldecoa Landesa, Cruz Bartolomé Moreno, Verónica Casado Vicente, Guillermo García Velasco, Rosa Magallón Botaya, Remedios Martín Álvarez, Elena Polentinos Castro y Antoni Sisó Almirall.

Revisión externa (en orden alfabético):

Daniel Araúzo Palacios (Universidad de Valladolid), Rafael Azagra Ledesma (Universitat Autònoma de Barcelona), Francisco Buitrago Ramírez (Universidad de Extremadura), Antonio Cabrera de León (Universidad de La Laguna), M.^a del Valle Coronado Vázquez (Universidad Francisco de Vitoria), Ana M.^a García Rodríguez (Universidad de Valladolid), Luis Andrés Gimeno Feliu (Universidad de Zaragoza), Esteban González López (Universidad Autónoma de Madrid), Francisco Gude Sampedro (Universidad de Santiago de Compostela), Natalia Izquierdo García (Universidad de Oviedo), Iñaki Martín Lesende (Universidad del País Vasco UPV-EHU), María Muñoa Capron-Manieux (Universidad del País Vasco UPV-EHU), Jorge Navarro Pérez (Universidad de Valencia), Ignacio Párraga Martínez (Universidad de Castilla-La Mancha), Alejandro Pérez Milena (Universidad de Jaén), Rafael Ramos Blanes (Universitat de Girona).

Este documento debe ser citado como:

Solanas Saura P, Del Cura González I, Fernández Merino MC, Girón Hortelano J, Medina Abellán M et Sánchez Calavera MA. Grupo colaborativo. Aportaciones de la Medicina Familiar y Comunitaria al aprendizaje por competencias: avanzando hacia la transversalidad. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2025.

© 2026, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Diputació, 320 · 08009 Barcelona
www.semfyec.es

ISBN: 979-13-87859-23-7

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Índice

Introducción	3
Objetivo del documento	3
Justificación de la importancia del tema	3
Metodología del análisis	4
Importancia de la Medicina Familiar y Comunitaria en la formación transversal	5
Perspectiva integradora en la formación de los futuros médicos y médicas	5
¿Cómo se contempla la transversalidad en el aprendizaje en Medicina?	7
¿Qué puede aportar la Medicina Familiar y Comunitaria a los estudios de Medicina más allá de asignatura propia?	8
¿En qué momento pueden los y las especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria colaborar en la docencia en los estudios del Grado en Medicina?	11
Marco normativo y legal	13
Espacio Europeo de Educación Superior	13
Recomendaciones de organismos como la OMS y la WONCA	14
Análisis de la situación actual en España: identificación de asignaturas susceptibles de aplicación de docencia transversal	16
Principales retos y barreras	19
Antecedentes	19
Encuesta sobre transversalidad e interdisciplinariedad en la docencia en el Grado en Medicina	21
Propuesta de colaboración docente de las médicas y médicos de familia para la transversalidad en el Grado en Medicina	22
Conclusiones	27
Bibliografía	29

Introducción

● **Objetivo del documento**

Analizar el papel de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en la formación transversal del alumnado de Medicina, más allá de su asignatura específica, con la finalidad de hacer recomendaciones para incorporar la aportación transversal de la MFyC a los planes de estudio de las facultades de Medicina.

Proporcionar reflexiones y opciones para la educación interprofesional, centrándose en las conexiones entre disciplinas o competencias y la necesidad de la integración de muchas de ellas para capacitar al alumnado en la resolución de problemas. La aplicación de estos principios redundaría en mejor formación generalista que el estudiantado debe recibir en el Grado de Medicina.

● **Justificación de la importancia del tema**

Incorporar de forma transversal la visión del especialista en MFyC en distintas asignaturas y dominios del currículo —como la semiología; la anamnesis y la exploración física; el razonamiento clínico; los conocimientos y habilidades clínicas en los problemas prevalentes, permanentes y amenazantes; la farmacología; la bioética; la salud pública y comunitaria; la comunicación clínica; la atención a la cronicidad, a la multimorbilidad y la complejidad; así como la prevención y la promoción de la salud, entre otros— permite que el alumnado desarrolle comprensión más completa del proceso de salud-enfermedad. Este enfoque generalista y transversal fomenta competencias clave como el razonamiento clínico contextualizado, la toma de decisiones centrada en la persona, el trabajo en equipo multidisciplinar, la orientación comunitaria y la capacidad de gestionar la incertidumbre, especialmente relevantes en la práctica clínica del especialista en MFyC.

Además, la incorporación de esta perspectiva transversal contribuye a combatir los estigmas y el desconocimiento que persisten en parte del estudiantado y en la comunidad universitaria sobre la MFyC, y así visibilizar su alto valor científico, humano y social. Asimismo, permite explicar el beneficio que un sistema sanitario basado en la Atención Primaria (AP) aporta a la salud de la población. También favorece que en el ámbito profesional se reconozca el papel de la médica y el médico de familia como profesionales clínicos de primer nivel, pero también como formadores, investigadores y gestores de la salud de la población.

La MFyC también aporta un contexto idóneo para la enseñanza de aspectos no clínicos como la ética médica y los valores profesionales.

Por tanto, integrar la visión de la MFyC en todo el proceso formativo no solo enriquece el aprendizaje, sino que prepara mejor al alumnado para la realidad asistencial del sistema sanitario, donde gran mayoría de los problemas de salud se resuelven en AP.

● Metodología del análisis

En primera fase, se ha revisado el marco normativo nacional y europeo, así como las recomendaciones de los principales organismos de referencia en el tema y se ha realizado búsqueda bibliográfica en las principales bases y repositorios con el objetivo de identificar propuestas teóricas o prácticas docentes sobre la transversalidad en la formación de estudiantes del Grado en Medicina.

En segunda fase se han revisado los planes de estudio de las diversas universidades españolas, tratando de identificar la situación actual en relación con las asignaturas que incluir en los diferentes dominios propuestos por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Cada miembro del grupo tuvo asignadas determinadas facultades de Medicina y tras primera valoración se consensuaron los criterios para definir aquellas asignaturas o módulos en los que se consideraba que la implicación de las y los especialistas en MFyC en la docencia podía ser relevante.

Asimismo, se han identificado buenas prácticas docentes en las diferentes universidades españolas, así como las opiniones y percepciones de los protagonistas. Para ello, se ha diseñado un estudio con métodos mixtos exploratorios, con los objetivos de:

- ▲ Describir las opiniones, percepciones, barreras y fortalezas del profesorado universitario especialista en MFyC.
- ▲ Conocer la percepción del alumnado de Medicina sobre el valor de enseñanza más transversal e integrada, así como su opinión sobre la participación de especialistas en MFyC en la docencia de asignaturas clínicas junto con otras especialidades.
- ▲ Explorar las opiniones, motivaciones, resistencias y propuestas concretas para implementar docencia compartida entre especialistas de MFyC y de otras especialidades en áreas clínicas transversales.

Los resultados de esta investigación, junto con el trabajo previo realizado por el grupo, permitirán elaborar recomendaciones orientadas a fortalecer la participación de especialistas en MFyC de forma transversal en diferentes asignaturas y dominios del currículo, considerándola clave en la formación médica integral desde la perspectiva centrada en la persona y la comunidad. Los resultados del estudio serán publicados con posterioridad como publicación independiente.

Importancia de la Medicina Familiar y Comunitaria en la formación transversal

● Perspectiva integradora en la formación de los futuros médicos y médicas

Desde mediados del siglo XX se ha identificado la necesidad de enfocar los planes de estudio desde una perspectiva integradora, respondiendo a la necesidad de preparar al futuro personal médico para el desarrollo de la «medicina integral» (*comprehensive medicine*) que integrara la medicina somática, psíquica, social y preventiva. Se destacaba la importancia de ampliar la perspectiva de la salud y la enfermedad, de organizar mejor los recursos médico-sanitarios y de orientar la formación a conseguir personas graduadas en Medicina, entendidas como profesionales que «no limitan su práctica a determinadas entidades patológicas, y ofrecen a sus pacientes acceso directo y continuo a sus servicios»¹. Dichos graduados y graduadas son susceptibles de optar a la formación especializada, ya sea como especialistas en MFyC o en otras especialidades. Por ello, se fueron sucediendo reformas que pretendían corregir algunos de los problemas de los planes de estudio tradicionales en función de las asignaturas, y es posible identificar cinco tendencias fundamentales en ellas:

- ▲ Integrar las disciplinas.
- ▲ Considerar las necesidades asistenciales del contexto social, orientar las enseñanzas hacia la satisfacción de las necesidades de la colectividad en materia de salud pública, teniendo en cuenta tanto los tipos de pacientes y sus determinantes de salud como los problemas de asistencia sanitaria a los que los y las futuras profesionales tendrían que enfrentarse.
- ▲ Establecer objetivos de aprendizaje.
- ▲ Valorar la capacidad para resolver problemas.
- ▲ Incorporar disciplinas procedentes de las ciencias humanas y sociales.

La propuesta en los nuevos planes de estudios de integrar las disciplinas tenía un claro objetivo: evitar la «compartimentación» de los conocimientos en la mente del alumnado, la repetición en la exposición de determinadas cuestiones y la enorme separación entre las disciplinas básicas y clínicas. Esa integración implicaba «identificar aspectos comunes del contenido, conceptos, aplicaciones o métodos de los temas que aprender» y utilizarlos «para organizar tanto el proceso de aprendizaje como el conocimiento adquirido»². Podía llevarse a cabo de dos formas: «horizontalmente», integrando las asignaturas que se imparten al mismo tiempo, o «verticalmente», correlacionando todas las asignaturas del currículo⁴.

En las dos últimas décadas se han publicado bastantes trabajos dedicados a identificar el papel y las competencias del «médico del futuro» y las implicaciones que esto debe tener para la educación médica. Uno de los más destacados es el Informe de la Comisión Lancet, *The Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century*, un documento elaborado por veinte profesionales de diversos países en el que se propone una estrategia común para la educación superior en Medicina⁵. Según estos expertos, la educación debería orientarse a mejorar el rendimiento de los sistemas de salud mediante la adaptación de las competencias profesionales básicas a contextos específicos, al tiempo que se aprovecha el conocimiento global. Para ello, los futuros médicos y médicas deben recibir formación que les permita movilizar sus conocimientos y aplicar un razonamiento crítico y conducta ética, de modo que sea competente para participar en sistemas de salud centrados en el y la paciente y en la población, como miembros de equipos con capacidad de respuesta en el ámbito local y conectados a escala global. Para ello se plantean dos cuestiones claves: aprendizaje e interdependencia.

El aprendizaje en el ámbito de la Medicina ha tenido cambios radicales en el último siglo. Se ha pasado de un aprendizaje informativo, que consiste en adquirir conocimientos y habilidades y cuyo objetivo es formar personas expertas, a un aprendizaje formativo, que consiste en socializar al estudiantado en torno a los valores y cuyo propósito es formar profesionales. El siglo XXI precisa un aprendizaje transformativo consistente en desarrollar atributos de liderazgo y su propósito es producir agentes de cambio⁵.

La interdependencia en la educación también implica tres cambios importantes: pasar de educación aislada y fragmentada a la armonización de los sistemas educativos y de salud; de instituciones aisladas a redes, con la colaboración de la AP y la hospitalaria, alianzas y consorcios; y de las preocupaciones institucionales internas al aprovechamiento de los flujos globales de contenidos educativos, recursos pedagógicos e innovaciones⁵.

Junto al desarrollo de actitudes profesionales, Lindgren y Gordon⁶ señalan que las facultades de Medicina deben dirigir la formación a: desarrollar la capacidad de funcionar en equipos y sistemas multiprofesionales; estimular un enfoque crítico y científico; y fomentar cultura de creatividad, innovación, mejora continua y responsabilidad social global. En definitiva, preparar a los y las estudiantes para que aprendan a lo largo de toda la vida y se adapten a las cambiantes prácticas sanitarias del futuro.

En España, el texto publicado por la Fundación de Educación Médica en 2009, con el título *El Médico del futuro*⁷, también establece las claves que deben servir de referencia para la educación médica del siglo XXI. En este texto se insta a formar personal médico que:

- ▲ Trate personas enfermas y no enfermedades, adaptando las entidades nosológicas a la realidad de cada persona, haciéndola participe en el manejo de su enfermedad.
- ▲ Mantenga actitud crítica y sea capaz de moverse en unas coordenadas caracterizadas por el indeterminismo y la ambigüedad, con grandes dosis de incertidumbre.

- ▲ Sea capaz de comunicarse y de empatizar con las personas atendidas.
- ▲ Haga un uso racional de los recursos y defienda los intereses de las personas bajo seguimiento clínico, potenciando su autonomía y evitando su excesiva medicalización.
- ▲ Tenga en cuenta el mundo de los valores que impregnan implícita o explícitamente los relatos de los y las pacientes y que dan sentido a su enfermedad.

Precisamente, esta necesidad de tener en cuenta el entorno sociocultural de la persona atendida, su manera de entender el mundo y los valores que impregnan sus relatos hacía necesario integrar en la formación de graduados y graduadas en Medicina, disciplinas que forman parte de lo que se conoce como Humanidades Médicas, así como los ámbitos de la Medicina con un enfoque biopsicosocial, como la MFyC.

● **¿Cómo se contempla la transversalidad en el aprendizaje en Medicina?**

La transversalidad en los estudios tiene dos modos de expresión:

- ▲ La «transversalidad» concebida como aquellos conceptos que no son específicos de materia en concreto, sino que tienen su lugar en diversas áreas de conocimiento o asignaturas. En educación médica se trataría de la comunicación y de la bioética como ejemplos claros.
- ▲ El concepto de «interdisciplinariedad»⁸ se refiere a las conexiones entre disciplinas o competencias y a la necesidad de la integración para el análisis profundo de la resolución de los problemas.

En este sentido se recomienda promocionar la educación interprofesional o transprofesional para romper con los grupos preestablecidos y favorecer relaciones colaborativas y no jerárquicas. La educación interprofesional se debería centrar en competencias genéricas o transversales, como el análisis de la evidencia, la gestión de recursos de manera eficiente, el análisis ético en la toma de decisiones, la gestión en condiciones de incertidumbre y el liderazgo⁵.

Por otro lado, la compartimentación de los planes de estudio en asignaturas cerradas, con homogeneidad docente muy elevada, presenta riesgos en los estudios de Medicina. El artículo 4 del Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre⁹, en su principio general B, indica que los planes de estudio deben estar en «concordancia con el cariz generalista o especializado de los ciclos en los que se inscribe la enseñanza». En España, el título de graduado en Medicina comporta la necesidad de realizar especialización posgraduada de las personas recién tituladas en Medicina para trabajar en el sistema público. El Grado en Medicina debe ofrecer formación de carácter generalista a la espera de la especialización posterior y, en este sentido, es preciso ajustar los planes de estudio. El mismo Real Decreto incide en la necesidad de asumir docencia más activa, más allá de la metodología de enseñanza-aprendizaje, con otras formas de enseñar y aprender más allá de la clase magistral.

Los retos de los sistemas académicos consisten en proveer un entorno equilibrado para la formación del futuro personal médico, fomentando el compromiso con las comunidades locales y abordando de manera proactiva la prevención basada en la población, así como liderando el diseño y la gestión del sistema sanitario. El sistema educativo de los y las profesionales sanitarias debe responder a las necesidades del sistema sanitario⁵. No hay que olvidar que, en un sistema sanitario universal, el porcentaje de médicas y médicos de AP debe rondar el 50% del global de todas las especialidades¹⁰. La mayoría del resto de especialidades, sería con especialistas en MFyC con quienes debería tener relación más estrecha. Por ello, es fundamental que el aprendizaje con visión de la MFyC en entornos de AP se integre en el sistema académico.

● ¿Qué puede aportar la Medicina Familiar y Comunitaria a los estudios de Medicina más allá de asignatura propia?

La MFyC puede aportar metodologías, competencias, conocimiento científico, experiencia del contexto o territorio y un área de investigación transversal.

Metodologías

Metodología docente y evaluativa. Desde los primeros programas de la especialidad se han incorporado metodologías docentes innovadoras, lo que ha permitido que los últimos programas oficiales de la especialidad de MFyC giren entorno a metodologías docentes avanzadas, que incluyen formas de enseñanza y evaluación que van más allá de la clase magistral o el examen de respuesta múltiple¹¹. Metodologías como el *script concordance test*, la observación estructurada de la práctica clínica, la simulación, la observación no estructurada, el *self-audit*, el *feedback 360* grados y el portafolio se utilizan habitualmente en las unidades docentes. Miles de profesionales de AP conocen y aplican estas metodologías al ejercer la tutorización de residentes a lo largo de todo el territorio nacional¹¹; del mismo modo, se están empleando por parte de los médicos y médicas de familia que realizan su actividad docente en la universidad. Es un buen punto de partida para trasladar todo ese desarrollo a la formación de grado.

Competencias

- ▲ La especialidad de MFyC presenta unas competencias esenciales que deberían ser transversales a cualquier materia o asignatura, como, por ejemplo, el método clínico centrado en la persona, el razonamiento clínico y el juicio crítico, así como la gestión clínica poblacional¹¹.
- ▲ Competencias clínicas en relación con los problemas de salud más prevalentes, permanentes y relativas a grupos poblacionales específicos. La inmensa mayoría de los problemas de salud se controlan o resuelven en la AP de modo eficiente y atendiendo globalmente a la persona y ese conocimiento debe poder ser transmitido al alumnado de grado¹¹.

- ▲ **Competencias específicas**, como la comunicación clínica, que forman parte de las competencias propias de la especialidad de MFyC, se desarrollan de forma más avanzada y se ejercen a diario. Sobre la ética médica, los y las especialistas en MFyC ejercitan la deliberación moral en contextos de complejidad, lo que es una competencia fundamental en la formación del Grado en Medicina.
- ▲ **Visión holística del y la paciente.** De hecho, el propio Programa Oficial de la Especialidad (POE) explica que «el paradigma de la actuación de la MFyC es la atención holística y el enfoque biopsicosocial, con orientación específica a la integración de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación, la rehabilitación y la atención al final de la vida, por su impacto en la salud de la población».
- ▲ **Priorización de los contenidos.** El grado en Medicina debería basarse en lo frecuente y lo importante. La MFyC atiende a la mayoría de la población y tiene conocimiento de la prevalencia e incidencia en la práctica de los problemas de salud. Además, no deja de lado las patologías poco prevalentes y las enfermedades raras en los cuadros diagnósticos que no cuadran con lo más frecuente.
- ▲ **El abordaje de la incertidumbre.** Se trata de un concepto transversal en el Grado en Medicina pues, aunque sea característico de la gestión de los especialistas en MFyC, es fundamental en cualquier área de conocimiento. Los y las especialistas en MFyC tienen un manejo de la incertidumbre mediante el uso de la anamnesis y la exploración física basada en la persona, los síntomas y la evidencia y un uso progresivo y juicioso de las pruebas complementarias. El uso de los datos epidemiológicos y la selección progresiva y razonada de las pruebas complementarias para realizar un diagnóstico es característica propia de la AP, que evita el sobrediagnóstico y el encarnizamiento terapéutico, disminuye los falsos positivos y colabora en la sostenibilidad del sistema sanitario. La necesidad del adecuado abordaje de la incertidumbre es un aspecto fundamental para la participación de los y las especialistas en MFyC en la planificación y puesta en práctica de los programas docentes de los estudios de Medicina. El o la especialista en MFyC trabaja en su día a día con la incertidumbre, y su correcto manejo forma parte de su labor¹². Un adecuado abordaje de la incertidumbre, la gestión de las pruebas complementarias y su interpretación junto con la historia clínica y la exploración física constituyen el *modus operandi* en la práctica habitual del o la especialista en MFyC.
- ▲ **Conocimiento del contexto y de la comunidad.** Los estudios deben orientarse a las necesidades sociales y del sistema sanitario. En un sistema basado en la AP, como el Servicio Nacional de Salud inglés (NHS, por sus siglas en inglés), Health Education England ya estableció en 2016 que el 50% del alumnado que finaliza el Grado en Medicina debería orientarse hacia la MFyC¹⁰. Esta especialidad aporta un enfoque único y fundamental para conocer el contexto vital y el territorio en el que vive la persona atendida y orientarlo a la salud.

Conocimiento longitudinal y continuado del o la paciente

Los y las especialistas en MFyC suelen atender a la misma persona a lo largo del tiempo, lo que permite observar cómo cambian sus condiciones de vida, sus relaciones familiares y su entorno. Esta continuidad favorece comprensión más profunda de los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud. Hay estudios publicados que demuestran que la longitudinalidad mejora la supervivencia de los y las pacientes, evita ingresos hospitalarios innecesarios y disminuye la consulta a los servicios de urgencias, un impacto que pocas intervenciones han demostrado^{13,14}.

La MFyC no se centra solo en la enfermedad, sino en la persona en su contexto: su hogar, su trabajo, su comunidad. Esto permite valorar cómo influyen el nivel educativo, el empleo, las redes de apoyo, la vivienda o la situación migratoria en el proceso salud-enfermedad. Es atención centrada en la persona y su entorno.

El o la especialista en MFyC desarrolla su trabajo en el territorio y con la comunidad: forma parte del sistema sanitario más cercano a la persona. Con frecuencia es el primer contacto con el sistema sanitario. Conoce el barrio, el entorno rural o urbano, los servicios disponibles y sus carencias. Participa en actividades comunitarias, trabaja con equipos multidisciplinares (trabajo social, enfermería comunitaria, salud pública) y tiene visión del contexto territorial como determinante de la salud.

Trabaja en la detección y el abordaje de desigualdades en salud. Esta mirada permite adaptar la atención médica a realidades diversas y diseñar intervenciones más justas y efectivas.

El o la especialista en MFyC desempeña función de puente entre el sistema sanitario y las condiciones reales de vida de la persona atendida; esto permite complementar lo biomédico con lo biográfico, adaptando las recomendaciones clínicas al contexto real de cada persona. Esto incluye comprender barreras para seguir tratamientos, dificultades para acudir a consultas, comprender malestares difícilmente reducibles a categorías o el impacto de la salud y la enfermedad en el núcleo familiar y laboral.

Investigación transversal e investigación en la complejidad

La investigación transversal se refiere a un enfoque que integra conocimientos, métodos y perspectivas de diferentes disciplinas para abordar problemas complejos desde la mirada global, conectando la ciencia con el contexto social, político y cultural en el que se producen los fenómenos. A diferencia de la investigación multidisciplinar (que yuxtapone disciplinas) o la interdisciplinar (que combina conocimientos), la investigación transversal trasciende las fronteras disciplinares e incluye la participación de actores sociales no académicos (profesionales, pacientes, ciudadanía).

La MFyC que participa de la investigación multidisciplinar e interdisciplinar en el ámbito de la AP es, además, un excelente ejemplo y motor de investigación transversal por varias razones, no solo como un objeto ideal para la investigación transversal, sino que también es un actor generador de este tipo de conocimiento.

Su práctica diaria exige conectar saberes, integrar niveles asistenciales y comprender la complejidad de la salud más allá del modelo biomédico. Algunos ejemplos de la investigación transversal desde la MFyC son: los estudios de multimorbilidad, que combinan epidemiología, aspectos clínicos, ciencias sociales y análisis de sistemas de salud; la investigación sobre determinantes sociales de la salud, que integran medicina, sociología, antropología, economía o geografía, entre otras disciplinas; las investigaciones participativas con comunidades, un ámbito privilegiado para desarrollar proyectos de salud comunitaria o el codiseño de proyectos y servicios con los y las pacientes; los estudios de cohortes de la historia natural de las enfermedades, en conexión con muchas de las especialidades clínicas; y la evaluación de intervenciones en AP. Todo ello requiere métodos mixtos, evaluación de implementación y análisis del contexto político y organizativo.

El abordaje de las patologías es diferente en la MFyC: la población es diferente y las preguntas que resolver son propias y distintas.

● **¿En qué momento pueden colaborar las médicas y médicos de familia en la docencia del Grado en Medicina?**

Los POE de los últimos años para la MFyC forman profesionales en posición cercana y privilegiada para fomentar la salud y prevenir la enfermedad. El o la especialista en MFyC es experto/a en lo frecuente, lo amenazante y lo permanente, y es capaz de gestionar la incertidumbre y resolver un elevado número de problemas de salud, aportando efectividad, eficiencia, equidad y viabilidad en el Sistema Nacional de Salud.

Concordancia de las competencias del Grado con las del Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Este grupo de trabajo ha analizado la correspondencia entre las competencias adquiridas en la especialización en MFyC y las competencias exigidas por la Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión médica.

Las competencias que adquiere el o la especialista en MFyC y que ejerce en su día a día se superponen con un elevado porcentaje de las competencias definidas en el Grado en Medicina. En algunos ámbitos, esta correspondencia es completa y en otros, parcial. Esta coincidencia se explica por el papel del médico y médica de familia como primer punto de contacto con el sistema sanitario, por la elevada capacidad resolutoria de la AP —donde se resuelven más del 80% de los problemas de salud que motivan una consulta— y por la necesidad de gestionar la incertidumbre clínica de manera constante.

En la tabla 1, se observa de manera sintética cómo las competencias adquiridas por las médicas y médicos familia durante su formación se superponen con competencias propias del Grado en Medicina de manera más completa.

Así, puede verse que la correspondencia entre competencias del Grado en Medicina y del POE es elevada y apunta a la posibilidad de colaboración de los y las especialistas

en MFyC en la mayoría de las competencias propias del Grado, tanto más cuanto más clínica es la competencia.

En concreto, el 65% de las competencias del Grado en Medicina concuerdan con las competencias propias de la especialidad en MFyC. Existe, pues, elevada posibilidad de colaboración docente de las y los especialistas en MFyC en la gran mayoría de materias o asignaturas de dicho Grado. La aportación de los conceptos docentes y asistenciales propios de la MFyC coincide con la orientación docente del futuro que se sugiere en los textos fundamentales publicados al respecto⁵ y con las orientaciones del EEES¹⁶.

Tabla 1. Correspondencia de las competencias del Grado de Medicina y del Programa Oficial de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria^a

Módulo/ECTS ^b	N.º competencias del Grado en Medicina	N.º competencias con correspondencia con el POE
Morfología, Estructura y Función del Cuerpo Humano: 64 ECTS	18	3
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos: 40 ECTS	25	13
Medicina Social, Habilidades de Comunicación e Iniciación a la Investigación: 30 ECTS	40	29
Formación Clínica Humana: 100 ECTS	26	26
Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado: 60 ECTS	-	-

^a Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. BOE-A-2021-15781. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/09/28/822>

Orden PJC/798/2024, de 26 de julio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria. BOE-A-2024-15685. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2024/07/26/pjc798>

^b European Credit Transfer and Accumulation System. Medida estándar europea para medir el trabajo académico del estudiantado.

ECTS: Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos (por sus siglas en inglés); POE: Programa Oficial de la Especialidad.

Marco normativo y legal

● Espacio Europeo de Educación Superior

En los años 90, la Unión Europea impulsó política de educación y formación continua que culminó en el Proceso de Bolonia. Los Libros Blancos de Delors (1993)¹⁷ y Cresson (1995)¹⁸ plantearon la movilidad, el reconocimiento mutuo de estudios, el aprendizaje de tres lenguas y la acreditación de competencias a lo largo de la vida. Estas ideas se formalizaron en la Declaración de La Sorbona (1998)¹⁹ y la Declaración de Bolonia (1999)¹⁶, que fijó 2010 como meta para consolidar el EEES, con los objetivos de empleabilidad, movilidad e integración. Aunque los estudios de Medicina quedaron inicialmente al margen, a partir de 2004 empezaron a incorporarse en congresos y redes especializadas, impulsados por la Directiva europea de 2005, que estableció criterios comunes para el reconocimiento de cualificaciones médicas y definió formación mínima de seis años o 5.500 horas.

El Libro Blanco correspondiente a la titulación de Medicina fue elaborado por la Conferencia Nacional de Decanos (CND) de Facultades de Medicina Españolas²⁰. En el proyecto presentado en un principio a la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) se habían considerado cuatro perfiles profesionales correspondientes a la titulación: médico generalista con actividad asistencial, universidad/investigación, industria farmacéutica (I+D+i) y gestión sanitaria. Sin embargo, la CND estimó finalmente que la orientación profesional del Grado debía corresponder al denominado «médico de base» (graduado en Medicina), según la directiva europea²⁰. En el texto se propuso que el título fuera Médico, con duración de 360 créditos ECTS (60 por cada uno de los seis años de la titulación), obligatoriedad de contenidos comunes del 90% y la obtención simultánea, al finalizar los estudios, de los niveles de grado y máster. Esta última propuesta se hizo realidad con la aprobación del Real Decreto 96/2014, de 14 de febrero²¹, por el que se modificaban el Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio y el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre. La obtención del título habilitaba para el acceso a los estudios de doctorado y a la formación sanitaria especializada. Las competencias específicas del título se concretaron en la Orden ECI/332/2008¹⁵ y tuvieron como referente las propuestas en el Libro Blanco:

- ▲ Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos.
- ▲ Fundamentos científicos de la Medicina.
- ▲ Habilidades clínicas.
- ▲ Habilidades de comunicación.
- ▲ Salud pública y sistemas de salud.
- ▲ Manejo de la información.
- ▲ Análisis crítico e investigación.

Dichas propuestas se inspiraban a su vez en los requisitos globales mínimos esenciales en Educación Médica del *Institute for International Medical Education*²².

Esa misma normativa¹⁵ establecía, para la planificación de las enseñanzas, un mínimo de cinco módulos a los que además asignaba un número mínimo de créditos:

- ▲ Morfología, Estructura y Función del Cuerpo Humano (64).
- ▲ Medicina Social, Habilidades de Comunicación e Iniciación a la Investigación (30).
- ▲ Formación Clínica Humana (100).
- ▲ Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos (40).
- ▲ Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado (60).

A partir de ese momento cada facultad de Medicina procedió a elaborar sus propios planes de estudio de acuerdo con la normativa y teniendo en cuenta sus propias peculiaridades y condicionantes relacionados con las normativas internas de las universidades y con la manera en la que se encontraban configurados los estudios y distribuidas las materias en ese momento.

● **Recomendaciones de organismos como la OMS o la WONCA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde su creación en 1948, impulsó profunda revisión de la formación médica al criticar su enfoque excesivamente curativo y fisicoquímico, en detrimento de los aspectos preventivos, sociales y psicosomáticos. Sus informes de las décadas de 1950 y 1960 defendieron enseñanza que fomentara el aprendizaje autónomo, el pensamiento crítico y la comprensión de la Medicina como ciencia social, ligada a las condiciones culturales, económicas y de vida de cada país.

También alertaron sobre la fragmentación en especialidades, señalando que el fraccionamiento progresivo de la Medicina en especialidades había conducido a olvidar a la persona enferma, considerada en su integridad, es decir, como un ser completo en el que lo físico y lo psíquico están conectados, y que forma parte de un medio social determinado. Propusieron «medicina integral» (*comprehensive medicine*) que integrara lo somático, psíquico, social y preventivo, orientando la formación hacia médicas y médicos capaces de ofrecer atención integral y continua, entendiendo bajo este término aquel que «no limita su práctica a determinadas entidades patológicas y ofrece a sus pacientes acceso directo y continuo a sus servicios»¹.

Desde la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA por sus siglas en inglés) se han expresado dos criterios fundamentales sobre la relación entre los especialistas en MFyC y las facultades de Medicina²³ en diversos foros y documentos:

- ▲ Toda facultad de Medicina debe contar con un departamento o unidad académica de Medicina de Familia que sea comparable, en tamaño, funciones y recursos, a otros departamentos de especialidades clínicas básicas y/o unidades académicas.
- ▲ El departamento o unidad académica de Medicina de Familia debe proveer al alumnado experiencias de aprendizaje clínico centradas en la persona y en la familia, a través de escenarios de base ambulatoria y comunitaria.

Análisis de la situación actual en España: identificación de asignaturas susceptibles de aplicación de docencia transversal

El grupo de trabajo para el estudio de la transversalidad ha analizado los planes de estudio de las 55 facultades de Medicina de España, evaluando las competencias de las distintas asignaturas o módulos. Tal como se indicó anteriormente, las competencias de los estudios de Medicina están recogidas en la Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, que establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión médica¹⁵. Esta orden define, por un lado, los objetivos o competencias que el alumnado debe adquirir en siete categorías; por otro, establece que para la planificación de las enseñanzas del grado es preciso contar como mínimo con cinco grandes grupos de competencias, los cuales se detallan de forma precisa.

Sin embargo, la organización de las asignaturas en los diferentes planes de estudio no sigue necesariamente estas agrupaciones, ya que cada facultad adapta la docencia a sus propias orientaciones, respetando siempre la enseñanza de todas las competencias exigidas. Existe, por tanto, gran variabilidad en la distribución de las competencias de aprendizaje, así como en la nomenclatura y estructura de las asignaturas, incluso cuando comparten contenidos similares.

Para este análisis no se emplearon los cinco módulos de la Orden Ministerial debido a dicha variabilidad. En primera fase, y por consenso del grupo, se optó por utilizar las siete categorías de objetivos-competencias (como así los define la Orden Ministerial también) que permitieran valorar la mayoría de las asignaturas de las facultades (tabla 2).

Por consenso del grupo de trabajo, las asignaturas/módulos (a partir de ahora se hablará siempre de asignaturas, aunque no coincida completamente con la denominación de algunos planes de estudio) donde se consideraba que la implicación de los y las especialistas en MFyC en la docencia podía ser relevante se clasificaron en dos categorías:

1. Módulos con coincidencia competencial completa.
2. Módulos con coincidencia competencial parcial.

Cuando se habla de coincidencia total no significa necesariamente que deba ser impartida por especialistas en MFyC exclusivamente, puesto que esto sería contrario al concepto de transversalidad que este documento analiza. Cabe destacar que la clasificación se fundamenta en la correlación mostrada en el apartado 2 de este documento entre las competencias que debe adquirir el alumnado y las competencias de las médicas y médicos de familia que se presentan en el POE.

Tabla 2. Grupos de objetivos-competencias y ejemplos de asignaturas/módulos incluidos en cada grupo

Categorías de análisis	Algunos ejemplos de categorías incluidas
Habilidades clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción a la Práctica Clínica • Procedimientos Diagnósticos • Farmacología Clínica
Salud pública y sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Preventiva y Salud Pública • Medicina Familiar y Comunitaria • Gestión Sanitaria
Análisis crítico e investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura Crítica de Ensayos Clínicos • Epidemiología, Bioestadística e Introducción a la Investigación
Manejo de la información	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación Médica
Habilidades de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación Asistencial
Fundamentos científicos de la medicina	<ul style="list-style-type: none"> • Patología General • Anatomía • Embriología
Valores profesionales, actitudes comportamientos y ética	<ul style="list-style-type: none"> • Bioética • Humanidades Médicas • Psicología

Realizar esta clasificación ha presentado una serie de dificultades que se exponen a continuación:

- ▲ **Subjetividad.** Puede haber pequeñas diferencias entre los miembros del grupo de trabajo. No obstante, el análisis y correlación previos de las competencias, unido a las reuniones para consensuar los criterios, han actuado como salvaguardas para evitarlo.
- ▲ **Dificultad en el acceso a los planes de estudio.** Ha sido relativamente sencillo acceder al nombre y número de asignaturas, aunque no siempre está accesible el contenido y las competencias que se deben adquirir en cada asignatura.
- ▲ **Existencia de asignaturas muy diversas según los planes de estudio,** en ocasiones, combinando materias y objetivos de aprendizaje que han dificultado la evaluación.
- ▲ **Existencia de rotatorios muy diversos en título y duración.** Además, las competencias u objetivos de aprendizaje de los rotatorios son aún menos explícitos y han dificultado la evaluación.
- ▲ **Existencia de múltiples optativas,** de las que en muchos de los casos se dispone de poca información sobre los contenidos docentes. Estas asignaturas se han excluido del análisis debido a su gran variabilidad, al hecho de no tener continuidad en el tiempo en muchos casos y a la dificultad de acceder a las competencias que incluyen.

El análisis de los planes de estudio de las facultades de Medicina en España permite valorar las oportunidades de colaboración docente de los especialistas en MFyC en un importante número de materias o asignaturas. La aportación de los conceptos docentes y asistenciales propios de la MFyC coincide con la orientación docente del futuro sugerida en los textos fundamentales publicados al respecto⁵ y con las orientaciones del EEES¹⁶.

Los resultados del análisis son, pese a todo lo explicado, consistentes y basados estrictamente en la información disponible en los planes de estudio. Un mejor acceso a la información completa redundaría en un mayor número de asignaturas en las que especialistas en MFyC podrían ejercer la docencia.

El grupo de trabajo solo comprobaba con los criterios explicados si las competencias accesibles de las asignaturas permitían valorar la posible implicación de los especialistas en MFyC. Dada la gran heterogeneidad en las asignaturas, una vez hecha la clasificación, se evaluó el número de créditos relativos a dichas asignaturas solo por sus contenidos, sin tener en cuenta ni las nomenclaturas ni los cursos. Se estimó que los y las especialistas en MFyC podrían, por aspectos competenciales, compartir docencia ligada al menos a 148 créditos. En la tabla 3 se presentan los datos básicos recogidos.

Tabla 3. Coincidencia entre las competencias de las asignaturas/módulos y las competencias de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria según el Programa Oficial de la Especialidad		
Coincidencia completa	Coincidencia parcial	Coincidencia (completa o parcial)
Rango: 0-48 créditos ECTS ^a (según facultades)	Rango: 78-184 créditos ECTS (según facultades)	Rango: 99-226 créditos ECTS (según facultades)
Media: 20 créditos ECTS	Media: 128 créditos ECTS	Media: 148 créditos ECTS

^a European Credit Transfer and Accumulation System. Medida estándar europea para medir el trabajo académico del estudiantado.
ECTS: Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos (por sus siglas en inglés).

Principales retos y barreras

● Antecedentes

De forma global, el grupo de trabajo ha identificado los principales retos y barreras que, desde la docencia universitaria, se consideran más importantes y que se estima que son compartidos por el profesorado especializado en MFyC. De manera sintética, pueden resumirse en cuatro aspectos, que se exponen a continuación.

Percepción del alumnado

El alumnado del Grado en Medicina está formado por personas jóvenes que, en general, han tenido escaso contacto con el sistema sanitario desde el final de la edad pediátrica. En este grupo de edad, el desconocimiento de la figura de la médica y el médico de familia es elevado, por lo que difícilmente puede existir demanda o necesidad percibida de contar con especialistas de MFyC como personal docente. Además, existen sectores sociales que utilizan sistemas concertados o privados en los que el o la especialista en MFyC no está presente como tal. Si, a ello, se añade que la docencia clínica es impartida principalmente por médicas y médicos hospitalarios, se transmite la impresión de que la resolución de los problemas de salud recae fundamentalmente en el ámbito hospitalario, mientras que la AP queda relegada a tareas administrativas o de menor complejidad clínica.

Dificultades estructurales

Dificultades para la acreditación y la vinculación docente universitaria de las plazas de especialistas en MFyC

Aunque las últimas modificaciones en los criterios de acreditación de la ANECA para las figuras de profesorado titular y catedrático están permitiendo un mayor acceso a estas categorías docentes, sigue resultando difícil para numerosos profesionales clínicos, como los y las especialistas en MFyC, obtener dicha acreditación. A pesar de contar con larga trayectoria como profesorado asociado universitario, se han visto perjudicados por la falta de reconocimiento de su actividad asistencial y por valoración desigual de la investigación en AP en los procesos de acreditación.

A lo anterior se suman la dependencia dual entre los ámbitos sanitario y universitario y la falta de voluntad política sostenida para impulsar su desarrollo. Aunque en la actualidad cada vez es mayor el número de especialistas en MFyC que cuentan con la tesis doctoral y que pueden adquirir la condición de profesorado vinculado, la acreditación no implica plaza, sino que es un requisito habilitante, no garantía de puesto. Es decir, la acreditación reconoce que se cumplen los méritos necesarios para ocupar plaza de profesorado titular o catedrático, pero esta solo puede ser ocupada si la universidad convoca el correspondiente concurso público o, en el caso de las plazas de profesorado vinculado, si la universidad y los servicios de salud acuerdan hacerlo; resulta claramente más sencillo que esto ocurra en el ámbito hospitalario que en AP.

Dificultades para la creación de departamentos de Medicina Familiar y Comunitaria

A diferencia de la mayoría de los países europeos, en España no existen departamentos universitarios específicos de MFyC. Esta ausencia responde a causas históricas y estructurales: la especialidad se desarrolló en el ámbito asistencial del Sistema Nacional de Salud y no en la universidad, lo que limitó su institucionalización académica. Las facultades de Medicina mantienen organización basada en disciplinas biomédicas tradicionales que integra de forma insuficiente las áreas transversales y comunitarias. Además, la escasez de personal docente con dedicación permanente y trayectoria investigadora reconocida en MFyC ha impedido la creación de estructuras departamentales propias, generando un círculo vicioso entre falta de reconocimiento académico y la ausencia de espacios institucionales. Por otra parte, el propio marco legal exige un determinado número de profesores y profesoras titulares en cada facultad, número que obliga a varias disciplinas a asociarse para crear un departamento.

La coordinación entre el personal docente, incluso cuando imparten diferentes asignaturas, se ve favorecida por la existencia de un departamento. Sin embargo, esta coordinación puede también llevarse a cabo al margen de un departamento específico o incluso bajo el paraguas de uno que agrupe distintas especialidades. Por este motivo, la Academia de Medicina de Familia de España (AMFE) recomienda que, mientras no se modifique el marco legislativo que permita crear los departamentos propios, se establezcan unidades docentes universitarias dentro de algún departamento en todas las facultades de Medicina, y que dicho departamento incluya la denominación de «Medicina Familiar y Comunitaria» en su nombre.

Percepción del profesorado

Dificultades para la aceptación de médicas y médicos de familia como docentes por parte de otras especialidades médicas

Existe un grado considerable de desconocimiento —aunque variable— entre muchas especialidades médicas sobre la labor y las competencias de las y los especialistas en MFyC. Aunque esta situación ha mejorado en los últimos años, sigue siendo un problema reconocido a escala internacional²⁴, llegando incluso a mencionarse la necesidad de «evitar la denigración profesional desde otros ámbitos».

Dificultades por parte de las y los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

Hasta hace pocos años, la falta de referentes colectivos y las dificultades antes mencionadas han condicionado que hubiera escaso interés en la docencia universitaria por parte de muchos y muchas especialistas en MFyC. La labor constante y esforzada de muchos compañeros y compañeras, actualmente profesorado vinculado y asociado, ha promovido y facilitado que, en la práctica totalidad de las facultades de Medicina de España, haya personal especialista en MFyC impartiendo docencia en Medicina Familiar y Comunitaria y en otras asignaturas, lo que, sin duda, favorecerá un cambio que ya ha empezado.

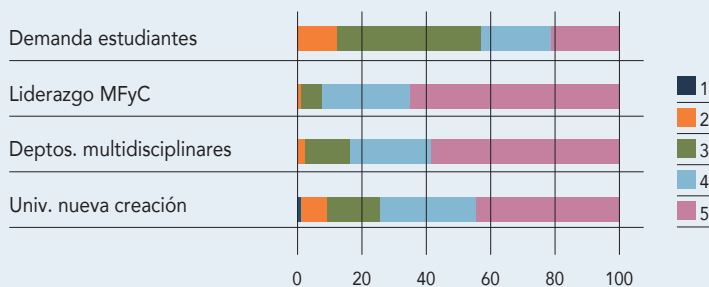
● Encuesta sobre transversalidad e interdisciplinariedad en la docencia en el Grado en Medicina

En el momento de elaborar este informe se cuenta con los resultados preliminares de la primera fase del proyecto del estudio secuencial exploratorio de métodos mixtos, cuyo objetivo es conocer las opiniones y percepciones de estudiantes, especialistas en MFyC y de docentes de otras especialidades sobre la docencia transversal y la interdisciplinariedad en el Grado en Medicina. Se espera que los resultados se publiquen próximamente y que complementen este documento sobre transversalidad.

La mayor parte de los académicos y académicas de la AMFE considera que el liderazgo en cargos académicos por parte de especialistas en MFyC y el trabajo en departamentos interdisciplinares son dos destacados facilitadores para docencia transversal. Además, se considera que resulta más fácil implementar la transversalidad en universidades de nueva creación (figura 1).

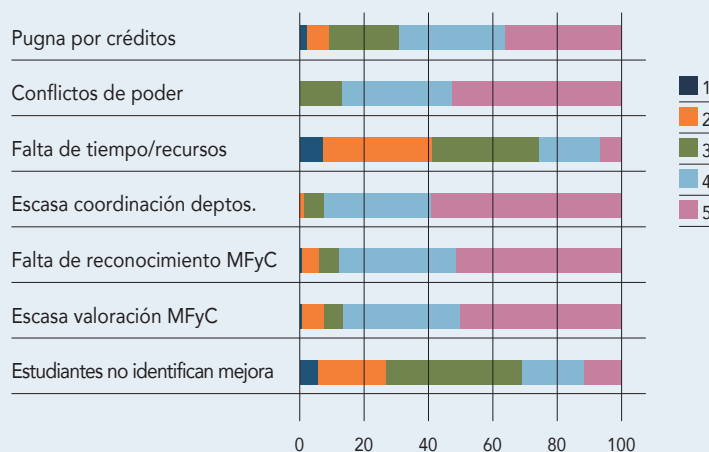
Entre las barreras, cabe destacar que la escasa coordinación entre los departamentos, los conflictos de poder y la falta de reconocimiento de la MFyC y de sus profesionales en la universidad dificultan poner en marcha propuestas de docencia interdisciplinar (figura 2).

Figura 1. Aspectos que favorecen la transversalidad de los médicos y médicas de familia (1: máximo desacuerdo; 5: máximo acuerdo)



Deptos.: departamentos; MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria; Univ.: universidades.

Figura 2. Barreras que dificultan la transversalidad de los médicos y médicas de familia (1: máximo desacuerdo; 5: máximo acuerdo)



MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria.

Propuesta de colaboración docente de las médicas y los médicos de familia para la transversalidad en el Grado en Medicina

A partir del análisis de los contenidos, este grupo de trabajo presenta una propuesta concreta de incorporación de especialistas en MFyC a la docencia transversal del Grado en Medicina en España. Dicha propuesta no incluye los 12 créditos recomendados por la AMFE para la asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria, ni los créditos relativos a las prácticas clínicas tuteladas y el Trabajo de Fin de Grado, que ya cuentan con sus propuestas específicas de la AMFE.

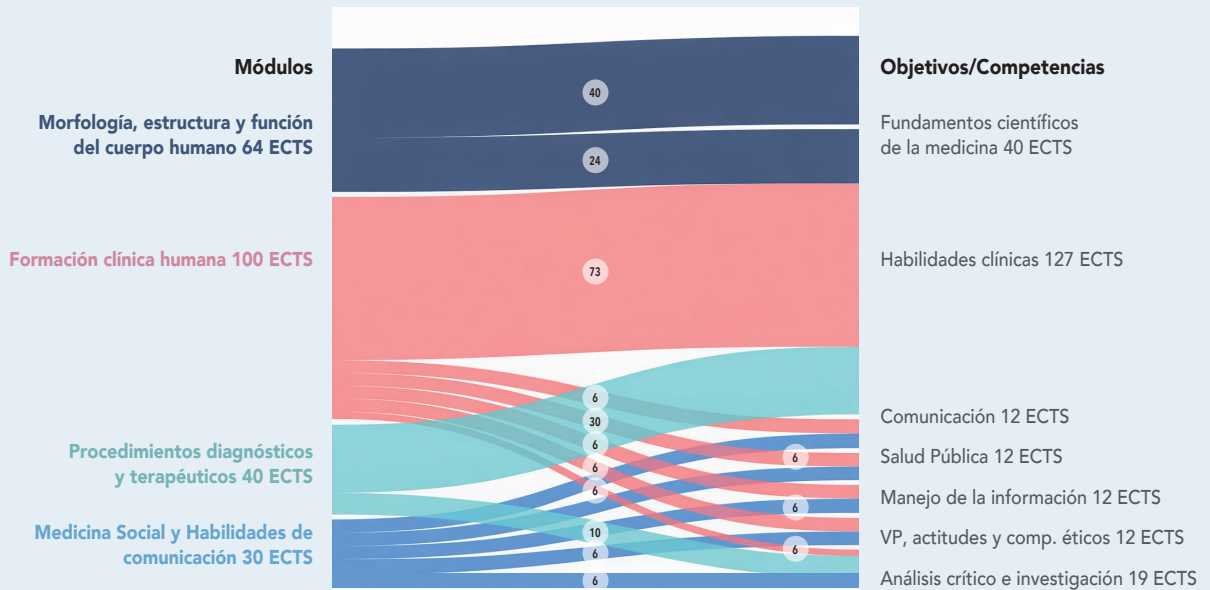
Se considera que esta propuesta debe aplicarse de manera progresiva, y que su implementación inicial dependerá del grado de incorporación de especialistas en MFyC a la docencia universitaria de cada facultad.

No se elabora propuesta basada en asignaturas o cursos, dado que la estructura del Grado en Medicina presenta gran variabilidad según la facultad analizada. No existe uniformidad ni en el momento en que se imparten los contenidos ni en su distribución. Esto resulta, en parte, lógico, ya que está relacionado con la integración de conocimientos de cada grado, así como con el uso de distintas metodologías docentes y evaluativas. Por ese motivo, se considera que resulta tanto más importante cuanto menor sea la integración de dichas metodologías.

Para el desarrollo de la propuesta se parte de la base del porcentaje de correspondencia de las competencias del Grado en Medicina y del POE. Dichas competencias son las que corresponden a los cinco módulos propuestos para la planificación de los estudios en la Orden ECI/332/2008.

Dado que la distribución de asignaturas se ajusta mejor con los objetivos y competencias expresados en la misma orden y basados en el Libro Blanco de la Conferencia Nacional de Decanos, se realizó un análisis de la correspondencia entre esos cinco módulos antes citados (exceptuando el de Prácticas Clínicas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado) y los siete ámbitos competenciales del *Libro Blanco*. Al aplicar ambas correspondencias, se obtiene aproximación coherente del porcentaje de competencias en las que la docencia y la colaboración de especialistas en MFyC no solo es posible, sino también deseable.

Figura 3. Correspondencia entre los siete grupos de objetivos y competencias que el alumnado debe adquirir y los cuatro módulos propuestos, con sus competencias especificadas, según la Orden ECI/332/2008



comp.: competencias; ECTS: Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos (por sus siglas en inglés); VP: valores profesionales.

En la figura 3 se muestra en un gráfico las correspondencias observadas entre los cuatro módulos citados arriba y los siete ámbitos competenciales según la Orden ECI/332/2008.

Si se toma como base el porcentaje de competencias de cada módulo del POE de MFyC y, además, se considera cómo se distribuyen los contenidos de los distintos módulos entre los grupos propuestos de objetivos y competencias, se obtiene propuesta concreta de créditos mínimos, lo suficientemente abierta para su aplicación progresiva y colaborativa. La propuesta global de colaboración docente se muestra en la tabla 4.

La propuesta de colaboración docente de la AMFE no se fundamenta en materias o asignaturas, sino en objetivos de aprendizaje y competencias. La orientación transver-

Tabla 4. Propuesta de la AMFE de colaboración docente de las médicas y médicos de familia para la transversalidad en el Grado en Medicina

Objetivos/competencias	Propuesta de ECTS a impartir por médicos y médicas de familia
Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos	5
Fundamentos científicos de la medicina	5
Habilidades clínicas	25
Comunicación	5
Salud pública	5
Manejo de la información	5
Análisis crítico e investigación	10
Total: 234 ECTS	Total: 60 ECTS

sal requiere precisamente este enfoque competencial, cuya traducción en créditos es aproximada.

La aplicación de esta propuesta se basa no solo en las competencias, sino también en orientación docente que conduce a unas metodologías de enseñanza y evaluación concretas. En la tabla 5 se presenta el desarrollo docente y evaluativo de la propuesta. Según los contenidos competenciales, se sugieren las metodologías docentes y evaluativas que pueden utilizarse para lograr un aprendizaje y evaluación integrales que no solo tengan en cuenta los conocimientos y que, como se ha señalado al inicio de este documento, formen profesionales cuya práctica no se limite a determinadas entidades patológicas, sino que además ofrezcan a las personas asistidas acceso directo y continuo a sus servicios¹.

Tabla 5. Propuesta docente de transversalidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el Grado en Medicina

Competencias	Objetivos del Grado en Medicina	Propuesta docente para médicas y médicos de familia implicados	Propuesta ECTS
Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica: principios éticos, responsabilidades legales y ejercicio profesional centrado en la persona asistida. 2. Comprender la importancia de tales principios para el beneficio de la persona asistida, de la sociedad y la profesión. 3. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud. 4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura. 5. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener la competencia profesional, aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y motivación por la calidad. 6. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud, trabajo en equipo. 	<p>Orientación del personal docente de MFyC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casos de conflictos éticos. 2. Casos de seguridad de la persona atendida. 3. Casos sobre consentimiento informado. 4. Casos de atención a la diversidad y poblaciones vulnerables. 5. Otros casos de ética clínica. <p>Metodología docente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases expositivas, sesiones grupales (ABP), simulaciones y seminarios. <p>Metodología evaluativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECOE, casos breves por escrito y uso de consultas figuradas. 	5
Fundamentos científicos de la Medicina	<ol style="list-style-type: none"> 7. Comprender y reconocer la estructura y función normal del cuerpo humano en las distintas etapas de la vida y en los dos sexos. 8. Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones. 9. Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano. 10. Comprender y reconocer los agentes causantes y factores de riesgo que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad. 11. Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento sobre la persona y su entorno social. 12. Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible. 	<p>Orientación del personal docente de MFyC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casos de factores de riesgo, diferencia con patología crónica. 2. Casos de farmacología aplicada. 3. Casos sobre polimedicación, interacciones. 4. Casos de farmacovigilancia. 5. Casos sobre enfermedades transmisibles. 6. Casos sobre alteraciones del comportamiento. 7. Casos sobre promoción de la salud y determinantes de la salud. <p>Metodología docente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases expositivas, sesiones grupales (ABP), simulaciones y seminarios. <p>Metodología evaluativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación continuada, evaluación conocimientos teóricos examen respuesta múltiple, evaluación competencial mediante simulación, mini ECOE, casos breves por escrito y uso de consultas figuradas. 	5

Tabla 5. Propuesta docente de transversalidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el Grado en Medicina (continuación)

Competencias	Objetivos del Grado en Medicina	Propuesta docente para médicas y médicos de familia implicados	Propuesta ECTS
Habilidades clínicas	<p>13. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante.</p> <p>14. Realizar un examen físico y una valoración mental.</p> <p>15. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.</p> <p>16. Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato y aquellas otras que exigen atención inmediata.</p> <p>17. Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, aplicando los principios basados en la mejor información posible y en condiciones de seguridad clínica.</p> <p>18. Indicar la terapéutica más adecuada de los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de las personas asistidas en fase terminal.</p> <p>19. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.</p> <p>20. Adquirir experiencia clínica adecuada en instituciones hospitalarias, centros de salud u otras instituciones sanitarias, bajo supervisión, así como conocimientos básicos de gestión clínica centrada en la persona asistida y utilización adecuada de pruebas, medicamentos y demás recursos del sistema sanitario.</p>	<p>Orientación del personal docente de MFyC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casos y abordaje de anamnesis, exploración, elaboración de historia clínica, orientación diagnóstica y propuesta terapéutica, a partir del síntoma y la persona atendida. 2. Casos sobre condiciones crónicas. Abordaje de la anamnesis, exploración, elaboración de historia clínica, orientación diagnóstica y propuesta terapéutica de procesos crónicos. 3. Casos sobre condiciones de multimorbilidad, atención al final de la vida. 4. Casos sobre atención a domicilio y paciente frágil. <p>Metodología docente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases expositivas, sesiones grupales (ABP), simulaciones y seminarios. <p>Metodología evaluativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación continuada, evaluación de conocimientos teóricos mediante examen de respuesta múltiple, evaluación competencial mediante simulación, mini ECOE, evaluación mediante DOPT, <i>script test</i>, uso de consultas figuradas y evaluación por proyectos. 	25
Análisis crítico e investigación	<p>21. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan a la persona atendida y comprender el contenido de esta información.</p> <p>22. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.</p> <p>23. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con las personas asistidas, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.</p> <p>24. Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a las personas asistidas, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.</p>	<p>Orientación del personal docente de MFyC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casos básicos de comunicación. 2. Casos en situaciones difíciles. 3. Casos sobre decisiones compartidas. 4. Casos sobre redacción de informes de salud dirigidos a pacientes o profesionales. <p>Metodología docente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases expositivas, sesiones grupales (ABP), simulaciones y seminarios. • Metodología evaluativa • Evaluación continuada, evaluación de conocimientos teóricos examen de respuesta múltiple, evaluación competencial mediante simulación, mini ECOE y uso de consultas figuradas. 	5
Salud pública	<p>25. Reconocer los determinantes de salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes del sexo y estilo de vida, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.</p> <p>26. Asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes y mantenimiento y promoción de la salud, tanto a escala individual como comunitaria.</p> <p>27. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la promoción de la salud.</p> <p>28. Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.</p> <p>29. Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud y los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.</p> <p>30. Conocimientos básicos del Sistema Nacional de Salud y de legislación sanitaria.</p>	<p>Orientación del personal docente de MFyC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesiones sobre organización del Sistema Nacional de Salud y organizaciones nacionales e internacionales de salud. Tipos de sistemas de salud. 2. Casos sobre análisis de determinantes de salud poblacionales. 3. Casos sobre acciones de prevención y protección de la salud. 4. Casos sobre toma de decisiones en salud a partir de la epidemiología. <p>Metodología docente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases expositivas, sesiones grupales (ABP), simulaciones y seminarios. <p>Metodología evaluativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación continuada, evaluación conocimientos teóricos examen respuesta múltiple, <i>script test</i> y evaluación por proyectos. 	5

Tabla 5. Propuesta docente de transversalidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el Grado en Medicina (continuación)

Competencias	Objetivos del Grado en Medicina	Propuesta docente para médicas y médicos de familia implicados	Propuesta ECTS
Manejo de la información	<p>31. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.</p> <p>32. Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.</p> <p>33. Mantener y utilizar los registros con información de la persona asistida para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.</p>	<p>Orientación del personal docente de MFyC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casos sobre búsqueda de información. Búsqueda en bases de datos consolidadas, búsqueda avanzada. 2. Casos sobre elaboración de informes, certificados de defunción. 3. Sesiones sobre teleconsulta y aplicaciones de las tecnologías de la información y su aplicación. 4. Casos sobre confidencialidad. 5. Casos sobre prescripción electrónica. 6. Casos sobre actividades de bajo valor. <p>Metodología docente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases expositivas, sesiones grupales (ABP), simulaciones y seminarios. <p>Metodología evaluativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación continuada, evaluación conocimientos teóricos, examen de respuesta múltiple, evaluación competencial mediante simulación, uso de consultas figuradas y evaluación por proyectos. 	5
Análisis crítico e investigación	<p>34. Tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación.</p> <p>35. Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.</p> <p>36. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico.</p> <p>37. Adquirir la formación básica para la actividad investigadora.</p>	<p>Orientación del personal docente de MFyC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesiones sobre evidencia científica: usos y limitaciones. 2. Sesiones sobre metodología de la investigación: hipótesis, formulación de un protocolo, recolección de la información y valoración crítica de los resultados. 3. Casos de dudas clínicas que requieran búsqueda de información (formular una pregunta estructurada según el modelo PICO y aplicar una búsqueda que la responda) y análisis crítico de los resultados. Se recomienda el uso de estudios llevados a cabo por personal especialista en MFyC y en Atención Primaria. 4. Sesiones-debate sobre aspectos controvertidos del tratamiento o la prevención. <p>Metodología docente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases expositivas, sesiones grupales (ABP), simulaciones y seminarios-debate. <p>Metodología evaluativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación continuada, evaluación conocimientos teóricos examen de respuesta múltiple, evaluación de un estudio mediante un cuestionario <i>ad hoc</i> y evaluación por proyectos. 	10

ABP: aprendizaje basado en problemas; DOPT: observación directa de habilidades procedimentales, por sus siglas en inglés; ECOE: evaluación clínica objetiva estructurada; ECTS: Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos, por sus siglas en inglés; MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria; PICO: Paciente/Problema, Intervención, Comparación y Resultados, por sus siglas en inglés.

Conclusiones

1. El aprendizaje en AP debe integrarse en el sistema académico. Los retos de los sistemas académicos consisten en proveer un entorno equilibrado para la formación de los y las futuras profesionales a través del compromiso con las comunidades locales y dirigiéndose de manera proactiva a la prevención basada en la población, liderando el diseño y la gestión del sistema sanitario. El sistema educativo de los profesionales sanitarios debe responder a las necesidades del sistema sanitario⁵.
2. Los y las especialistas en MFyC deben formar parte del profesorado universitario. El recurso fundamental de las instituciones educativas es el personal docente, agente de transmisión del conocimiento y, lo que resulta aún más importante, modelo para el alumnado, ya que representa la profesión en la enseñanza de la siguiente generación de profesionales⁵.
3. Los estudios deben orientarse a las necesidades sociales y del sistema sanitario. En España, el sistema sanitario es de cobertura universal y se basa en la AP. En un sistema centrado en la AP como el NHS inglés, el Health Education England ya definió en 2016 que el 50% del alumnado graduado en Medicina debería orientarse hacia la MFyC¹⁰. Sin profesorado especialista en MFyC, es difícil que se promueva dicha orientación.
4. El contacto del estudiantado con la MFyC (y la Atención Primaria de Salud) debe producirse de forma temprana. Existe evidencia publicada sobre la necesidad de que el alumnado de Medicina tenga un contacto temprano con los y las especialistas en MFyC durante su formación y, de cómo dicho contacto, así como la participación de estos en los estudios de grado, mejora el porcentaje de graduados y graduadas que se plantean carrera como especialistas en MFyC²⁵⁻²⁷.
5. El personal especialista en MFyC puede y debe participar en la docencia de gran parte de los contenidos del Grado en Medicina. El análisis comparativo de las competencias adquiridas en la especialidad, junto con el análisis de los diferentes planes de estudio de las facultades de Medicina en España, apuntan a la necesidad de este cambio. Su participación supone aportación práctica y en contexto real de la mayoría de la atención sanitaria que se presta en nuestro país.

6. Se han identificado contenidos transversales para la docencia en el grado en los que se debería incorporar la participación de especialistas en MFyC. Estos contenidos se estructuran en siete categorías (competencias clínicas, comunicación, información, investigación, salud pública y sistemas, fundamentos integrados y profesionalismo y ética).
7. Se estima que un total de 60 ECTS podrían impartirse con este enfoque. Esta propuesta permitirá participación progresiva en la docencia compartida a lo largo de primero a sexto curso, adaptable a la situación inicial de cada universidad.
8. Esta propuesta es compatible con la asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria y con el Trabajo de Fin de Grado orientado a la MFyC y la AP, así como las Prácticas Clínicas Tuteladas en Atención Primaria.
9. Esta propuesta no se plantea como cuestión de exclusividad en la docencia, sino como oportunidad de compartir enfoques y docencia en los contenidos transversales.
10. Se pueden implementar sin necesidad de cambios de planes de estudio mediante propuestas colaborativas de docencia y guías docentes, alineadas con la Orden ECI/332/2008 y con el Real Decreto 822/202.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. La Medicina General. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1964 [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2a9f8fd0-6f84-4e0f-b2f9-8e806822329c/content>
2. Benor DE. Integración interdisciplinaria en la educación médica: teoría y método. *Jano*. 1986;31:733-45.
3. García Barbero M, Alfonso Roca MT, Cancillo Salas J. Planificación educativa en ciencias de la salud. Barcelona: Masson; 1995.
4. Carreras J. Formación médica y enseñanza integrada. *Jano* 1985;29:1544-52.
5. Frenk J, Chen L, A Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-58.
6. Lindgren S, Gordon D. The role of the doctor and the competencies expected from the doctor of the future. En: Khalid A, Harden R, Kennedy C, Eds. *Routledge International Handbook of Medical Education*. London: Routledge; 2015: p. 18-26. Disponible en: https://wfme.org/wp-content/uploads/2016/06/RIH-of-Medical-Education_Ch-02.pdf
7. Pardell H, editor. El médico del futuro. [Internet]. Madrid: Fundación de Educación Médica; 2009 [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/579b4131-4e66-4fe9-ae51-fdeb879440da/medico_del_futuro/2/
8. Lenor Y. Interdisciplinaria en educación: síntesis de sus especificidades y actualización. *Interdisciplina*. 2013;1:51-86.
9. Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad [Internet]. *Boletín Oficial del Estado*; 2021 [consultado 3 de noviembre de 2025]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-15781>
10. Health Education England (HEE) Investing in people for health and healthcare. *Workforce plan for England: proposed education and training commissions for 2016/17*. London: HEE; 2014.
11. España. Orden PJC/798/2024, de 26 de julio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria [Internet]. *Boletín Oficial del Estado*; 2024. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-15685
12. Prados Torres D, Leiva Fernández F. Incertidumbre en medicina de familia y toma de decisiones compartidas con el paciente. *Atención Primaria*. 2006;10:531-4.
13. Sandvik H, Hetlevik O, Blinkenberg J and Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. [Internet]. 2021 [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

14. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8:e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161

15. 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. [Internet]. *Boletín Oficial del Estado*; 2008 [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-2674>

16. El Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Declaración conjunta de los ministros europeos de educación reunidos en Bolonia el 19 de junio de 1999 [Internet]. [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://ehea.info/media.ehea.info/file/Ministerial_conferencias/06/0/1999_Bologna_Declaration_Spanish_553060.pdf

17. Comisión de las Comunidades Europeas. Crecimiento, competitividad, empleo. Retos y pistas para entrar en el siglo XXI. Libro blanco. *Boletín de las Comunidades Europeas, suplemento 6/93*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 1993 [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://cefyc.catedu.es/wp-content/uploads/sites/203/2019/10/LB1993CrecimientoCompetitividadYEmpleo.pdf>

18. Comisión Europea. Libro blanco sobre la educación y la formación. Enseñar y aprender. Hacia la sociedad del conocimiento Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 1995. [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en https://fabricadeinconformistas.es/innovacion_curso3/anexos/LB1995EnsenarYaprender_ComisionEuropea.pdf

19. Allègre C, Blackstone T, Berlinger L, Ruettgers J. Declaración de La Sorbona Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo [Internet]. Paris; 1995 [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://ehea.info/media.ehea.info/file/1998_Sorbonne/62/2/1998_Sorbonne_Declaration_Spanish_552622.pdf

20. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco: Título de Grado en Medicina [Internet]. [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco_medicina_def.pdf/6c455435-e9dd-3ec1-41d6-f8812ef07d94?t=1654601725549

21. Real Decreto 96/2014, de 14 de febrero, por el que se modifican los Reales Decretos 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), y 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales [Internet]. *Boletín Oficial del Estado*; 2014 [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-2359>

22. Core Committee, Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. *Med Teach*. 2002;24:130-135.

23. Piva M, Marin A, Padula MI, Dias E, Kidd M. Desarrollo de estándares para la educación y formación en medicina familiar y comunitaria. *Contribuciones de la WONCA IberoAmérica (CIMF)*. *Aten Primaria*. 2011;43:100-103.

24. Wass V, Gregory S, Petti-Saphon K. By choice not by chance. Supporting medical students towards future GP careers. Health Education England 2016 [consultado: 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.medschools.ac.uk/latest/publications/by-choice-not-by-chance-supporting-students-towards-future-gp-careers/>

25. Lea A, Emery H, Carson J. Increasing student likelihood of becoming a general practitioner: the general practice society professional development scheme. Educ Prim Care. 2025;36:116-20.

26. Thompson LSJ, Jones D. Why do students choose to do an extended GP placement? Educ Prim Care. 2024;35:109-12.

27. Deutsch T, Lippmann S, Frese T, Sandholzer H. Who wants to become a general practitioner? Student and curriculum factors associated with choosing a GP career – a multivariable analysis with particular consideration of practice-orientated GP courses. Scand J Prim Health Care. 2015;33: 47-53.

AMFE | ACADEMIA DE MEDICINA
DE FAMILIA DE ESPAÑA
semFYC


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria