

**La medicina de familia como  
área de conocimiento**



**LA MEDICINA DE FAMILIA COMO ÁREA DE CONOCIMIENTO**  
**Documento de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria**

**GRUPO DE TRABAJO DE LA semFYC**

Pablo Bonal Pitz  
Vicente Gil Guillén  
Amando Martín Zurro  
Alberto Pinto Hespanhol

COORDINADOR DEL GRUPO  
Pablo Bonal Pitz

*Este documento ha sido impreso  
gracias a la colaboración de*



1. Incorporar la Medicina de Familia en la Universidad: una necesidad social.....	7
1.1 Universidad .....	7
1.2 Medicina de Familia .....	8
1.3 Sociedad .....	8
2. Algunos aspectos esenciales de la Medicina de Familia .....	9
2.1 Algunos problemas en la integración de la APS y Medicina de Familia en la enseñanza pregraduada .....	10
2.2 Situación internacional .....	11
3. Papel de la Medicina de Familia en la formación pregraduada .....	13
3.1 El Médico de Familia y sus funciones .....	13
3.2 El marco legal del pregrado de Medicina de Familia .....	13
3.3 Nuevas tendencias en el pregrado médico .....	14
3.4 Papel de la Medicina de Familia en el pregrado .....	15
4. Criterios como área de conocimiento de la Medicina de Familia .....	17
4.1 La importancia del área de conocimiento en la Universidad Española .....	17
4.2 Homogeneidad de su objeto de conocimiento .....	20
4.3 Tradición histórica común .....	21
4.4 Investigadores nacionales e internacionales .....	22
5. Recursos docentes .....	23
5.1 El profesorado en la docencia pregrado de medicina de familia: metodología docente .....	23
5.2 Los pacientes .....	28
5.3 El material complementario de enseñanza .....	29
5.4 El lugar donde se imparte la docencia .....	30
5.5 Bibliografía .....	34
6. Situación de la Formación pregraduada en Clínica General en Portugal .....	37
6.1 Programa obligatorio .....	37
6.2 Programa optativo .....	37
6.3 Departamento Universitario de Clínica General .....	37

7. Situación de la Formación pregraduada en Medicina de Familia en España .....	39
8. Preguntas con respuesta desde la Medicina de Familia .....	51
8.1 ¿Qué aporta la Medicina de Familia a la docencia universitaria? .....	51
8.2 ¿En qué año de la licenciatura debe impartirse? y ¿Debe ser una asignatura o debe impregnar toda la licenciatura? .....	52
8.3 ¿Cómo debe denominarse la disciplina académica: Medicina de Familia o Atención Primaria? .....	52
8.4 ¿Hay conocimientos habilidades y actitudes médicas que puede enseñar un médico de familia, en un centro de salud, que actualmente no se den en otras asignaturas? .....	53
8.5 ¿De qué le puede servir la disciplina Medicina de Familia a un alumno que quiera hacer posteriormente una especialidad distinta de la Medicina Familiar y Comunitaria: ¿Cirujano, Cardiólogo, Radiólogo, etc.? .....	53
8.6 ¿Qué puede aportar la Medicina de Familia en programas de Doctorado? .....	55
8.7 ¿Porqué deben crearse Departamentos universitarios de Medicina de Familia en España? .....	55

#### Anexos

Anexo I Recomendaciones de Formación Médica de la Conferencia OMS-WONCA .....	57
Anexo II Conclusiones del Comité Consultivo de Formación de Médicos. Dirección General XV de la Comisión Europea .....	59
Anexo III Ley General de Sanidad .....	60
Anexo IV Plan de Estudios de la Facultad de Medicina de Sevilla .....	62
Anexo V Temario de Medicina de Familia en la Universidad de Sevilla .....	63
Anexo VI Bibliografía básica en medicina de familia .....	67

## **1. INCORPORAR LA MEDICINA DE FAMILIA EN LA UNIVERSIDAD: UNA NECESIDAD SOCIAL**

Dr. Pablo Bonal Pitz

En los actuales momentos de cambios científicos y sociales, la universidad no puede permanecer ajena a la realidad científica, profesional y social de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina de Familia. La Medicina de Familia debe incorporarse, en igualdad con el resto de las disciplinas médicas, en las estructuras académicas de las Facultades de Medicina. Esto es fundamental, tanto para la Universidad como para la sociedad que la promueve, financia y recibe los profesionales por ella formados.

### **1.1 Universidad**

La universidad española se encuentra necesitada de grandes cambios (estructurales, docentes, de financiación etc.), son continuas las manifestaciones en tal sentido de todos los implicados: alumnos, profesores, decanos, rectores, Consejo de Universidades, etc. Esta situación es producto de la lógica de los tiempos. La universidad como estructura social viva, siempre debe estar abierta a incorporar las nuevas realidades que se van consolidando científica, social y profesionalmente. Sin embargo, en numerosas ocasiones ni la legislación, ni los recursos públicos son tan ágiles y generosos como la sociedad y la universidad necesitan.

Las Facultades de Medicina nunca se han podido mantener aisladas de las nuevas realidades sociales y profesionales que se han ido diseñando en la Medicina a lo largo de su historia. El contenido de sus enseñanzas e investigaciones siempre estará sometido, lógicamente, a procesos dinámicos de cambio e incorporación de las nuevas realidades científicas y profesionales. Estos cambios, aunque frecuentemente demorados, se reflejan de forma periódica cuando se renuevan los Planes de estudios.

Resumiendo, la universidad en general, y las facultades de medicina en particular, se encuentran actualmente ante dos retos de compleja solución. El primero consiste en la necesidad de incrementar la calidad de la enseñanza que ofrece a sus alumnos. En segundo lugar dar una formación que de respuesta a las necesidades reales de la sociedad que la sustenta. Ante ambos retos la Medicina de Familia tiene mucho que aportar; los incrementos de la calidad de la enseñanza en medicina pasan inexorablemente por una enseñanza tutorizada, con un aprendizaje basado en la adquisición de conocimientos esenciales, habilidades y actitudes para problemas de salud concretos y pacientes

reales en el hospital, en el centro de salud y en su domicilio o comunidad; La sociedad necesita licenciados mejor formados en lo esencial de la medicina (Medicina de Familia), no en lo muy particular (Medicina Aeroespacial).

### 1.2 Medicina de Familia

La capacidad docente de los médicos de familia, su entorno profesional y científico en los Centros de Salud y la gran cantidad de actividades clínicas que en ellos se realiza, son una gran oferta docente, tanto en calidad como en cantidad, para la formación médica pregrado. En la actualidad, esta capacidad docente esta siendo muy bien aprovechada en formación posgrado y continuada. Sin embargo, no lo esta siendo, en igual medida, para la formación pregrado.

La Medicina de Familia se encuentra desde hace 10 años en un proceso progresivo e imparable, pero demasiado lento, de incorporación en las Facultades de Medicina. La mayoría de las universidades españolas, de una manera responsable y consciente, han ido incorporando la Medicina de Familia dentro sus estructuras docentes y académicas. El grado de implicación y desarrollo ha sido diverso, en función de sus necesidades, características, posibilidades organizativas y legales, y en gran medida de la existencia o no de recursos específicos con este fin.

### 1.3 Sociedad

Para una parte importante de la sociedad española la figura del médico de atención primaria ha cambiado en los últimos años. El actual Médico de Familia que trabaja en un Centro de Salud se comienza a identificar con una determinada identidad profesional, disponibilidad de recursos y metodología de trabajo, distinta de las carencias tradicionales que ha sufrido el Médico General de Ambulatorio.

En el modelo de sociedad actual, sería difícil de entender la existencia de una atención médica humanizada, de calidad, eficaz, eficiente, etc., sin la participación de la Medicina de Familia y la Atención Primaria. En España, este reconocimiento se encuentra en la legislación sanitaria (Ley General de Sanidad), y en la propia necesidad de las personas y las familias de tener un médico personal de confianza. En médico que sepa integrar todos los principales conocimientos de la medicina actual cuando aborde sus problemas concretos, considerando los componentes biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, sus interrelaciones personales y sus implicaciones sobre la salud.

## 2. ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DE LA MEDICINA DE FAMILIA

Dr. Amando Martín Zurro

La Medicina de Familia es la disciplina médica que desarrolla sus actuaciones fundamentales en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS) y contribuye de forma decisiva a la consecución de sus objetivos esenciales.

La evolución histórica de la Medicina de Familia y la APS guarda múltiples interrelaciones. Es conocido que el desarrollo tecnológico de la Medicina, intensificado a partir de los años 40 y 50, tuvo como una de sus consecuencias que los sistemas sanitarios de los países desarrollados se centrasen prioritariamente en el hospital, relegando a la APS y sus profesionales a un nivel de prioridad secundario en todos los aspectos, incluyendo los relacionados con la docencia y la investigación. Esta situación se tradujo también en el olvido de las aportaciones específicas que la APS y la Medicina de Familia podían realizar a la enseñanza pre y posgraduada de los médicos y otros profesionales en ciencias de la salud. El panorama comienza a cambiar claramente a partir de la década de los años 70 hasta llegar al momento actual en el que existe un reconocimiento cada vez más extendido y explícito de la importancia de las contribuciones de la APS y la Medicina de Familia en las diferentes etapas del proceso formativo.

La especificidad de las aportaciones se traduce en algunos ámbitos concretos que es necesario conocer y valorar:

- Enfoque integral e integrado de la atención de salud con un abordaje biopsicosocial de los problemas. El médico de familia es un médico de personas, no de enfermedades.
- La comunicación interpersonal como instrumento básico de trabajo en APS que el médico de familia debe saber utilizar a la perfección.
- La atención no discriminativa de las personas que solicitan inicialmente consulta, con independencia del tipo de problema de salud que puedan presentar, es otro de los elementos específicos que aportan la APS y la Medicina de Familia.
- La percepción directa de la realidad cotidiana de los procesos asistenciales y de la organización y funcionamiento de los servicios de salud.
- Orientación comunitaria de la atención de salud en aquellos sistemas en los que la organización se basa en equipos responsables de la asistencia de una población y territorio definidos. Las perspectivas individual y familiar se ven

así complementadas por la poblacional y con ello se posibilita un análisis más estratégico de las necesidades y problemas de salud y de las actuaciones más eficaces y eficientes a poner en marcha para abordarlos.

- Integración de las actividades curativas y rehabilitadoras con las de prevención y promoción de la salud en la práctica cotidiana de las consultas.
- Continuidad de la asistencia prestada a los pacientes a lo largo de sus diferentes etapas vitales y en circunstancias diversas. El médico de familia debe saber actuar como gestor de sus pacientes.
- Desarrollo de un espíritu activo en la búsqueda, análisis y abordaje de aquellas necesidades y problemas de salud no expresados por las personas y el conjunto poblacional. El médico de familia no debe ser un mero receptor pasivo de las demandas de asistencia de sus pacientes.
- Docencia e investigación con características conceptuales, de contenidos y de desarrollo práctico diferentes de las del ámbito hospitalario. El estudio de la historia natural, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud es más viable y ajustado a la realidad en el ámbito de la APS.

Estas y otras aportaciones esenciales de la APS y la Medicina de Familia son elementos enriquecedores para las Universidades y han de proporcionar a las facultades de medicina nuevas fuentes de trabajo docente e investigador al mismo tiempo que ampliarán y abrirán sus horizontes de relación con la atención de salud individual y poblacional.

## **2.1 Algunos problemas en la integración de la APS y Medicina de Familia en la enseñanza pregraduada**

El impulso que en los últimos tiempos están teniendo la APS y Medicina de Familia en el ámbito docente no debe hacernos olvidar la persistencia de algunos problemas o dificultades que entorpecen su integración en la enseñanza pregraduada de ciencias de la salud.

- Continua siendo real la existencia de deficiencias informativas importantes entre el colectivo profesional acerca de lo que es y significan la APS y la Medicina de Familia, sobre las concordancias y diferencias entre ellas. Es por ello que continúa siendo necesario diseñar estrategias informativas que llenen este vacío ya que ello redundará sin duda alguna en una facilitación del proceso integrador y en que el mismo se haga de una forma técnicamente correcta,

sin errores derivados de un conocimiento insuficiente o sesgado del tema.

- La inadecuación estructural y organizativo de las facultades de medicina con unos departamentos que ni académica ni administrativamente responden a las necesidades docentes.
- La resistencia natural de las instituciones a la introducción de cambios que alteran el «status quo» existente en las esferas de poder, sobre todo en tiempos como los actuales marcados por las políticas de restricción en el gasto público.
- La contradicción que puede producirse entre el hecho de la reducción del número de alumnos en las facultades de medicina y el posible aumento de plantilla de profesorado que podría generarse con una incorporación amplia y en régimen de igualdad con otras áreas docentes de la Atención Primaria de salud y Medicina de Familia.
- Las propias deficiencias estructurales, organizativas y técnicas de la APS que repercuten negativamente sobre la imagen académica de la Medicina de Familia.
- La ausencia de una estrategia común y consensuada a nivel estatal para abordar desde perspectivas operativas (no conceptuales o teóricas) el proceso de integración de la Medicina de Familia en la Universidad.

## **2.2 Situación internacional**

En el momento actual en la mayoría de los países de Europa, fuera y dentro de la Unión Europea, existen Departamentos Universitarios de Medicina de Familia/General.

Todas las recomendaciones emanadas de organismos e instituciones de ámbito internacional apuntan en la misma dirección: Es necesario que los estudiantes en ciencias de la salud tomen contacto teórico y práctico con la APS y Medicina de Familia y que la enseñanza de ésta se realice con un soporte organizativo suficiente dentro de la Universidad.

Dada la implantación generalizada en los países europeos y americanos de los Departamentos de Medicina de Familia/General parece innecesario describir pormenorizadamente la situación concreta en cada uno de ellos. Señalar únicamente y a título de ejemplo ilustrativo que en Inglaterra han sido las

facultades más antiguas (y rígidas?), Oxford y Cambridge, las últimas en incorporar este departamento.

Puede ser de interés señalar, como punto de referencia reciente, las recomendaciones que sobre formación médica pregraduada realiza el documento conjunto elaborado por la OMS y WONCA (1994):

1. Enjuiciar la formación médica por su relación con las necesidades de la población y por su aplicabilidad al ejercicio de la medicina.
2. Reconocer la medicina de familia como una disciplina especial
3. La formación médica pregraduada debería proporcionar unos cimientos adecuados para una posterior formación específica (especializada).
4. La disciplina de Medicina de Familia debe enseñarse en cada Facultad de Medicina y proporcionar un equilibrio entre médicos generales y médicos especialistas.

### **3. PAPEL DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN LA FORMACIÓN PREGRADUADA**

Dr. Vicente Gil Guillén

#### **3.1 El Médico de Familia y sus funciones**

A finales de los años 70 comienza a plantearse en España la necesidad de una reforma en profundidad de la Atención Primaria, tras la conferencia de Alma-Ata (1978) que confirma el papel nuclear de la Atención Primaria en el proceso de reorientación de los sistemas sanitarios.

El R.D. 3303/78 de la Presidencia del Gobierno, regula la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como la figura fundamental del sistema sanitario y sus funciones principales son: trabajo en equipo a dedicación plena, abordaje integral (biopsicosocial) de los problemas de salud, enfoque individual y comunitario de la atención a la salud, programación y protocolización de la asistencia utilización de soportes documentales y de registros específicos de la atención primaria y desarrollo de actividades docentes y de investigación.

#### **3.2 El marco legal del pregrado de Medicina de Familia**

En nuestro país, existe un marco legal que ampara la formación pregraduada en medicina de Familia:

- Orden de 19 de diciembre de 1983 del Ministerio de Sanidad y Consumo por el que se crean las Unidades Docentes y en su último artículo expresa que podrán colaborar en la formación pregrado de médicos.
- R.D. 173/1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo en su artículo 5º que expresa que los Equipos de Atención Primaria realizarán actividades de formación pregraduada y posgraduada en Atención Primaria.
- Disposición Adicional 6ª de la Ley Orgánica 11/83 de Reforma Universitaria que dispone las Bases generales del Régimen de Concursos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias en que se debería impartir enseñanza universitaria.
- Ley 14/86 de 25 de abril (Ley General de Sanidad), en su artículo 104 que dice: «Las Universidades deberán contar al menos con un hospital y 3 Centros de Atención Primaria Universitarios o con función universitaria, concertados y programados para el ejercicio de la docencia e investigación de forma coordinada por las autoridades universitarias y sanitarias».

- El R.D. 155/86 de la Presidencia de Gobierno que regula las Bases generales del Régimen de Conciertos entre Universidades e Instituciones Sanitarias y tendrán como objetivos docentes en pre y posgrado. E la base Tercera l del artículo 4º establece los requisitos de carácter general para desarrollar la docencia universitaria en los centros de Atención Primaria. En base a este decreto, las Comunidades Autónomas han legislado los distintos Conciertos.

### 3.3 Nuevas tendencias en el pregrado médico

En la actualidad las tendencias predominantes en educación médica vienen fijadas por la Conferencia Mundial sobre la Enseñanza de la Medicina de Edimburgo, cuyas conclusiones tienen su reflejo en el X Congreso Nacional de la Sociedad española de Educación Médica celebrado en marzo de 1989, en Alcalá de Henares.

En la reunión de Edimburgo, se destacó la tendencia curativa que predominaba en la educación clásica del médico, aconsejándose que se diese una nueva orientación hacia la prevención de la enfermedad y se enfocasen los objetivos hacia la comunidad. Funciones que entran dentro del papel del médico de familia.

En consonancia con la declaración de Edimburgo nace el Grupo de Trabajo IX del Consejo de Universidades con la finalidad de confeccionar una Guía para la modificación de los Planes de estudios en nuestras Facultades, y consideró que el alumno tenía que adquirir experiencia clínica mediante el contacto con el paciente y que esta experiencia debía ser preferente en los campos de la medicina general y social (Centros de Salud e Instituciones extrahospitalarias). De igual manera se destacó que si bien la orientación docente tenía que centrarse en la formación de médicos generales competentes, no debían marginarse el conocimiento de los fundamentos de medicina científica o epidemiología clínica.

Para completar la directiva 75/363 surge la 86/457/CEE, del 15 de septiembre de 1986, cuyo principal fin es conseguir que la preparación del estudiante sea óptima para el cumplimiento de sus actividades profesionales, con lo que se pretende primar la formación específica en medicina general y obliga al reconocimiento mutuo entre los países de la Unión Europea, de una formación en Medicina General en todos los estados miembros, con aplicación desde el 1 de enero de 1995.

### 3.4 Papel de la Medicina de Familia en el pregrado

En el mundo anglosajón, la docencia pregraduada de la Medicina de Familia se aconseja que se debe de impartir desde el primer año para cumplir las características deseables del médico del siglo XXI, y que a juicio de Stephen J Spann son: formación amplia en principios científicos, experto en ciencia de decisiones clínicas (epidemiología clínica, análisis de decisiones, y costo-efectividad), enfoque poblacional y no individual, experto en principios de prevención, en aplicación del modelo biopsicosocial, en información médica, en atención ambulatoria, en trabajo en equipo multidisciplinar, generancia de recursos y orientación comunitaria.

La Universidad, evoluciona según las necesidades sociosanitarias de la sociedad, y en la española, al igual que en la europea, existe una serie de factores condicionantes que hacen necesaria incluir la Medicina de familia en la Licenciatura Médica para adaptarse a las necesidades educativas y de salud e la colectividad.

#### **4. CRITERIOS COMO ÁREA DE CONOCIMIENTO DE LA MEDICINA DE FAMILIA**

Dr. Pablo Bonal Pitz

En términos epistemológicos y conceptuales se considera que la Medicina de Familia tiene carácter de especialidad, materia o disciplina con identidad propia a partir del momento en que los médicos de familia tienen consensuados y definidos, dentro del conjunto total de los problemas de salud individuales o comunitarios, aquellos que son propios de su ámbito de trabajo y poseen los conocimientos, habilidades y actitudes que les permiten resolverlos (1). Inherente a lo anterior, los médicos de familia comparten: experiencias comunes con respecto los problemas clínicos más frecuentes de su competencia; conocimientos científicos, habilidades y actitudes profesionales en su trabajo diario con los que se identifican como colectivo distinto de los recién licenciados u otros especialistas o colectivos; y acuerdos explícitos e implícitos sobre las áreas, de su incumbencia, que requieren investigación. Y finalmente, para realizar esta investigación, tienen metodologías propias o compartidas con otras disciplinas, junto con la capacidad y disponibilidad para desarrollarla en los entornos sociales y profesionales adecuados para correcta realización.

A pesar de cumplir los requisitos anteriores y del hecho de que la Medicina de Familia tenga asignada una titulación de especialidad y puestos de trabajos específicos para dicha denominación profesional, no implica su inmediato reconocimiento académico y universitario. Para poder entender mejor este hecho hay que conocer los mecanismos legales que subyacen en la legislación universitaria (2). Así, el objetivo primordial de la Ley de Reforma Universitaria (LRU) es «otorgar un marco de autonomía a las instituciones universitarias con el fin de que estas emprendan un proceso renovador que les permita ser más útiles a la comunidad ofreciendo mayor calidad docente e investigadora».

##### **4.1 La importancia del área de conocimiento en la Universidad Española**

El espíritu y la letra de la LRU determinan que una de las estrategias, para conseguir la deseada mejora de la calidad, se debe basar en la existencia de un marco de autonomía, que permita la necesaria adecuación entre las necesidades sociales y la capacitación profesional de los licenciados que salen de las facultades. Sin embargo, la LRU propone como herramienta básica

- 
1. Mc Whinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/DOYMA Libros 1994.
  2. Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de reforma universitaria. BOE nº 209, de 1 de septiembre de 1983.

de autonomía la creación de los departamentos. Como consecuencia de esta legislación y su desarrollo posterior, y dado que la estructura departamental se basa en las denominadas «áreas de conocimiento», aquella materia que no tenga reconocido dicho carácter, no puede formar parte estructural del cuerpo académico de las facultades de medicina. Y en este punto aparece el problema, ya que en el mejor de los casos, y de forma coyuntural en algunas universidades, pueden darse situaciones de participación académica, pero que en ninguna ocasión pueden ser generalizables (3, 4). Por todo ello y dados los grandes cambios presentes en los servicios de atención primaria de salud, tanto cuantitativos como cualitativos, las facultades de medicina deben adecuar su currículum a los mismos y todo ello pasa inexorablemente por la incorporación de contenidos de Medicina de Familia.

La LRU establece que los Departamentos son aquellos órganos básicos encargados de organizar y desarrollar la investigación y las enseñanzas propias de su respectiva «área de conocimiento» en una o varias Facultades. De nuevo, los verdaderos pilares de la estructura en departamentos son las denominadas «áreas de conocimiento».

En este punto la legislación es clara, ya que establece que los departamentos estarán constituidos por las áreas de conocimiento científico, y agruparán a todos los docentes e investigadores cuyas especialidades se correspondan con dichas áreas. Las funciones que se le asignan son: la articulación y coordinación de las enseñanzas y de las actividades investigadoras en la Universidad; organización y programación de la docencia e impartir enseñanzas propias de su «área de conocimiento» de cada curso académico. Además, se encuentran obligadas a organizar y desarrollar la investigación, así como los Cursos de Doctorado, coordinando la elaboración y dirección de tesis doctorales relativas a su «área de conocimiento». Los departamentos se configuran como unidades académicas capaces de ofrecer una enseñanza coherente en el primer, segundo y tercer ciclo y con capacidad real para estimular y llevar adelante actividades investigadoras (5).

Por lo anterior, la estrategia básica para incorporar la medicina de familia en la universidad de forma eficaz y así poder desarrollar sus enseñanzas, el primer paso será proponer que la Medicina de Familia se incluya en el catá-

3. Bonal P. Medicina Familiar y Comunitaria: una asignatura universitaria. *Aten Primaria* 1994; 13:391-396.
4. Otero A., Carreira J., Villamor J. Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina. Evaluación de la rotación en centros de salud. *Aten Primaria*. 1992; 9:512-515.
5. Bonal P. Departamentos de Medicina de Familia en la Universidad Española. *Jano* 1995; XLIX: 1689-1694.

logo de áreas de conocimiento de la Universidad; esta propuesta debe hacerse por los representantes del colectivo profesional y científico, como es la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, al Consejo de Universidades, y debe contar con apoyos en la Comunidad Académica así como en el Consejo Social de Universidades. Una vez obtenido este reconocimiento académico, su incorporación al resto de las actividades universitarias se facilita en gran medida. En el momento que se elabore o revise el plan de estudios en la Licenciatura de Medicina, el profesorado y la materia de Medicina de Familia deberá aparecer con carga docente dentro del grupo de las Materias Troncales (obligatorias en todo el territorio nacional).

La normativa que regula las «áreas de conocimiento» es el Real Decreto 1888/1984, de 26 de septiembre (6). Aunque esta es la que regula los concursos para la provisión de plazas de los cuerpos Docentes Universitarios, simultáneamente desarrolla la mayor parte de la legislación correspondiente a las «áreas de conocimiento».

El órgano encargado de determinar que materias se considerarán áreas de conocimiento específicas, es el denominado Consejo de Universidades. Dicho Consejo debe, al menos en teoría, realizar como mínimo cada cinco años una revisión del catálogo de áreas de conocimiento. Para ello debe tener en cuenta la opinión de la Comunidad Académica y la de los Consejos Sociales de la Universidad, con objeto de suprimir o incorporar los nuevos avances y progresos del conocimiento científico, técnico o artístico en general, valorando su repercusión y necesidad social en España.

En la actualidad se encuentra vigente el establecido en el Anexo del Real Decreto 1888/1984 (7), siendo su última actualización la correspondiente a la Resolución del Consejo de Universidades, a propuesta de su Comisión Académica que amplía el número de áreas de conocimiento de la licenciatura de medicina. Las últimas en incorporarse en el año 1976 han sido «Dermatología», «Otorrinolaringología», «Oftalmología», «Toxicología» y «Medicina Legal y Forense». Estas dos últimas producto de la separación de la anterior «Toxicología y Legislación Sanitaria» (8).

6. Real Decreto 552/1985, de 2 de abril, por el que se aprueba el reglamento del Consejo de Universidades. BOE nº 101, de 27 de abril de 1985.
7. Real Decreto 1888/1984, de 26 de septiembre, por el que se regulan los concursos para la provisión de plazas de los cuerpos docentes universitarios. BOE nº 257, de 26 de octubre de 1984.
8. Resolución 3027, e 28 de noviembre de 1996, por el que se aprueba la creación de nuevas áreas de conocimiento por el Consejo de Universidades. BOE nº 297, de 10 de diciembre de 1996.

Sin embargo, para que la Universidad decida que una determinada especialidad o materia se deba incluir en el catálogo oficial de «áreas de conocimiento», esta tiene que reunir una serie de características.

En primer lugar, la universidad sigue el criterio de que la revisión del catálogo de áreas de conocimiento tiene el objetivo de suprimir o incorporar nuevas áreas en función de los avances en el conocimiento científico, técnico o artístico en general y su repercusión y necesidad social en España. Con respecto a este criterio la Medicina de Familia se encuentra en óptima posición.

En segundo término debe dar respuesta a los contenidos del término «área de conocimiento». Su definición establece que se definirá como tal a aquel campo del saber que incluya a tres aspectos básicos: primero, la homogeneidad de su objeto de conocimiento; segundo, tener una tradición histórica común; y tercero, que existan comunidades de investigadores nacionales o internacionales (2).

#### 4.2 Homogeneidad de su objeto de conocimiento

Para la Medicina de Familia la homogeneidad de su objeto de conocimiento no se encuentra en la utilización en exclusiva de determinados o sofisticados procedimientos: diagnósticos (Radiología, Anatomía Patológica, Bioquímica Clínica, etc.); o terapéuticos (Farmacología, Cirugía, etc.). Tampoco se basa en una determinada característica de las personas (Pediatria, Obstetricia y Ginecología, etc.), ni en algún aspecto biológico de la vida (Biología Celular, Fisiología, Genética, etc.), ni en las particularidades de los componentes psíquicos de la salud (Psiquiatría, Psicobiología, etc.), ni en la salud biológica (Medicina y Cirugía), ni en aspectos epidemiológicos y sociales (Medicina Preventiva y Salud Pública, Legislación Sanitaria, etc.). El objeto de conocimiento de la Medicina de Familia se encuentra en la persona como un todo: las atenciones médicas se hace sin fragmentación entre los componentes de su salud física, psíquica y social; se atiende a las personas, sanas y enfermas, no como un ser aislado sino integrado en su familia, su comunidad y en su entorno social concreto; se utilizan recursos diagnósticos y terapéuticos básicos; y establece una comunicación y relación médico-paciente que va más lejos que una mera relación contractual (9). Finalmente, su denominación como «área de conoci-

miento» de Medicina de Familia tiene su razón de ser en el hecho de que su eje de acción está situado en la familia, entre el individuo y la sociedad, que en nuestra cultura actual es el referente común entre ambas dimensiones (10).

#### 4.3 Tradición histórica común

Las disciplinas médicas con carácter académico actualmente existentes son producto de tres mecanismos fundamentales: por transformación de una más antigua (Odontología, Obstetricia y Ginecología, etc.); otras son producto de la separación de anteriores más amplias (Otorrinolaringología de Cirugía, Medicina Preventiva y Salud Pública de Microbiología y Medicina Preventiva, etc.) y finalmente pueden haber aparecido de forma singular sin antecedentes previos como fruto de nuevas tecnologías y necesidades (Medicina Legal, Radiología, Inmunología, etc.). Si nos planteamos la existencia de un tronco común del cual van apareciendo las distintas especialidades, vemos que la actividad más antigua es la medicina a secas, sin apellido. La mayoría de las disciplinas actuales son producto de una cadena de separaciones de otras anteriores (cardiología de pulmón y corazón y esta a su vez de medicina interna), y generalmente a raíz de la aparición de nuevos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que exigían una especial dedicación.

En el caso de la Medicina de Familia es la transformación, fundamentada en la continuidad del tronco principal, es decir, es la lógica consecuencia profesional del médico de cabecera, que posteriormente se transformó en médico general por necesidades organizativas de los servicios públicos de salud y para diferenciarlos de las nuevas especialidades emergentes. A este médico de cabecera se le han incorporado nuevas competencias profesionales, modernas estrategias de atención integral a la salud, así como habilidades y actitudes tecnológicamente actualizadas, dándole a la gran tradición histórica del médico de cabecera la actualización y normalización profesional que la sociedad le demanda.

Por todo lo anterior, en Medicina de Familia la tradición histórica común viene desde muy antiguo y sin pérdida de continuidad, desde el médico en el sentido tradicional como profesión, al que siguió el médico de cabecera y su inmediato sucesor el médico general. Por ello, la Medicina de Familia tiene su base, raíz y fundamentos en ese médico singular, del que todos los diversos

2. Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de reforma universitaria. BOE nº 209, de 1 de septiembre de 1983.

9. Planes A. Medicina de Familia: ¿especialidad o tronco común?. Jano 1995; XLIX: 753.

10. Ruíz Morosini Ml. Medicina familiar, general y comunitaria. En: Medicina Familiar: hacia un nuevo modelo de Atención a la Salud. Buenos Aires, AKADIA 1997.

grupos de especialidades fueron apareciendo como ramas de un tronco común la medicina así a secas, sin apellidos (4). Además, en la actualidad se encuentra principalmente refrendada y conocida como Medicina de Familia, tanto por la terminología internacional como por la actual legislación, así como su uso común a nivel social.

#### 4.4 Investigadores nacionales e internacionales

La investigación, como hemos visto anteriormente, es indispensable dentro de una disciplina, ya que le otorga la independencia necesaria para acreditarse como tal. Es preciso que los contenidos a estudiar y las metodologías de investigación a utilizar tengan como objetivo dar respuesta a los problemas investigados desde parámetros, ámbitos de trabajo y metodologías propias. Aunque muchas metodologías de investigación son compartidas con otras áreas, sólo desde dentro de la Medicina de Familia se utilizaran desde una perspectiva adecuada, valorando los contextos de manera óptima y evitando sesgos no objetivables desde otras disciplinas académicas (1).

La presencia de investigadores nacionales e internacionales se encuentra más que firmemente avalada por la bibliografía, y su presencia tanto en libros como en revistas de ámbito nacional como internacional (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

1. Mc Whinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/DOYMA Libros 1994.
4. Otero A., Carreira J., Villamor J. Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina. Evaluación de la rotación en centros de salud. Aten Primaria. 1992; 9:512-515.
12. López-Miras A., Pastor Sánchez R., Gervas J. Investigación en Atención Primaria: contenido de los artículos publicados en revistas científicas. Aten Primaria 1993; 11:340-343.
13. Gómez de la Cámara A. Aspectos de la investigación sobre atención primaria. Aten Primaria 1993; 11:370-373.
14. Gómez de la Cámara A. Investigación en atención primaria. Medifam 1992; 2:63-65.
15. S, Delgado M., Sáenz C., Córdoba R. Investigación en Medicina de Familia. Análisis de las comunicaciones aceptadas en Congresos nacionales e internacionales. Aten Primaria 1995; 15:239-244.
16. Alvarez M., López ML., Cueto A. Indicadores bibliométricos de la investigación en atención primaria (1988-1992). Aten Primaria 1996; 18: 229-236.
17. Booth CC. Research and the general practitioner. Br Med J. 1987; 25: 1614-1619.
18. Geyman J. Family medicine as an academic discipline: progress, challenges and opportunities. J. Fam Pract 1990; 31: 297-303.

## 5. RECURSOS DOCENTES

Se entiende por enseñanza el conjunto de medios que hay que poner en práctica para facilitar cambios en la conducta del estudiante. Los recursos docentes serían los facilitadores que tendríamos para que se alcanzara el fin educativo pretendido, destacando: 1) el profesorado, 2) los pacientes, 3) el material complementario de enseñanza y 4) el lugar donde se enseña. Incluimos en el apartado correspondiente al profesorado el método pedagógico, que sería el camino conducente a la exposición del conocimiento, y dependería del fin educativo, del material empleado y del nº de alumnos (1).

### 5.1 El profesorado en la docencia pregrado de medicina de familia: metodología docente

**Antecedentes: Selección del profesorado. Diferencias pregrado/postgrado.**

Actualmente la Universidad española selecciona al profesorado primando los méritos investigadores o asistenciales sobre la capacidad docente. No es de extrañar que esta tendencia persista para el médico de Atención Primaria/Medicina de Familia (AP/MF) que se incorpora a la carrera docente en la Universidad.

La experiencia docente previa de este profesional se basa, principalmente, en las actividades relacionadas con el postgrado - formación MIR de médicos de familia - por lo que en numerosas ocasiones los centros acreditados para la docencia postgrado han sido incorporados directamente al pregrado.

Existen diferencias entre postgrado y pregrado, aunque los postulados mínimos aceptables para la docencia puedan ser comunes. Así, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ha propuesto unos criterios mínimos que pueden ser orientativos (2). Sin embargo, la presunción, según la Ley general de Sanidad, de que todo centro de AP deba aportar su capacidad docente independientemente del discente de que se trate - pregrado, postgrado o continuada - no siempre es asumible (3): los objetivos docentes, los discentes y la metodología utilizada, son diferentes en estos tres ámbitos.

Actualmente, el docente de pregrado en MF debe incorporarse a departamentos académicos que no tienen la denominación de Medicina de Familia:

medicina, medicina preventiva, pediatría... El puesto académico habitual para el médico de familia es el acceso a plaza de profesor asociado a tiempo parcial, vinculado a plaza asistencial, y definido como especialista que desarrolla su actividad fuera de la Universidad y aporta su experiencia a ésta (4).

Otras figuras docentes habituales son: 1) colaboradores honorarios (capacidad docente reconocida por la Universidad pero sin remuneración económica) y, 2) médicos de AP/MF a los que se les acredita la docencia realizada, pero sin vinculación con la Universidad.

### **Excelencia en la docencia**

Se han estudiado las características de excelencia docente (5), aplicables también al médico de familia en pregrado. Estas serían: 1) conocimiento, competencia clínica, claridad y organización de la docencia y trabajo asistencial, 2) entusiasmo y dinamismo en sus interacciones con los demás, 3) capacidad para demostrar las habilidades que enseña, 4) accesibilidad, capacidad para comunicar sus expectativas sobre el alumno, 5) respeto por los demás y reconocimiento de las propias limitaciones y 6) capacidad de modelado de las características profesionales que se pretende enseñar ( articula el proceso mental que conduce al diagnóstico, supervisa el trabajo delegando responsabilidades y tiene capacidad de liderazgo).

Actualmente existen experiencias de pregrado en AP que evidencian, desde el punto de vista de los alumnos, la satisfacción por los docentes, reconociendo un alto nivel de motivación personal a este estamento (6,7,8). No obstante, desde el mismo ámbito académico (profesores universitarios) se duda de esta capacitación (9).

Como se señalaba al iniciar este capítulo, la selección del profesor universitario no suele basarse predominantemente en la aptitud para la docencia. Sin embargo, al igual que en otros campos del conocimiento médico (control de calidad, entrevista clínica, planificación...) debemos ser capaces de acreditar una capacitación docente óptima. Ello incluye planificar un currículum docente con objetivos y evaluación, desarrollar técnicas de comunicación, dinámica de grupos...

### **Sistemas de instrucción**

El médico de familia ha dejado la consulta médica como lugar único de enseñanza y ha pasado al aula de Universidad, bien en grandes ( clase ) o en pequeños grupos ( seminarios, sesiones de solución de problemas, talleres ).

Los sistemas de instrucción son los mecanismos para transmitir la información al estudiante de medicina. Exponemos las características de cada uno y ejemplificamos en la Tabla I actividades docentes en relación a diferentes objetivos.

1) Los sistemas tradicionales han sido las clases o lecciones magistrales (exposición oral pasiva con gran nº de alumnos que pretende aumentar el volumen de conocimientos). Algunas variaciones, como la clase participativa (con menos alumnos) o las sesiones de demostración mejoran este sistema.

2) Las sesiones de discusión son más participativas y motivadoras, enseñando a razonar y a consolidar conocimientos. Exigen tiempo y habilidades en comunicación. Hay tres tipos:

\* Seminarios, donde se discuten temas teóricos, con una relación aproximada ( ratio ) de 1 profesor/15 alumnos.

\* Sesiones de solución de problemas: precisan grupos pequeños, con un ratio aproximado de 1/7. Se basan en el estudio de casos reales o hipotéticos, con predominio del razonamiento hipotético-deductivo (10).

\* Talleres: se demuestra cómo hacer una actividad práctica, planteando al alumno la necesidad de adquirir conocimientos o actitudes determinados; además, se adquieren habilidades psicomotoras mediante la práctica.

3) Las sesiones prácticas son similares a los talleres pero con casos reales o simulados. Es la forma más activa y motivadora para aprender. Se puede aplicar a la entrevista clínica, exploración física... El « rol playing » consiste en la enseñanza mediante la grabación y posterior crítica y revisión de entrevistas reales o casos simulados (11).

4) El autoaprendizaje consiste en que el alumno aprende sin la presencia del profesor y sin que éste transfiera información previamente. Se adapta a las necesidades del alumno, que propone su propio horario y ritmo. Exige material docente difícil de preparar: guías, libros, programas de ordenador, solución de problemas escritos...

La MF se ha adaptado fácilmente a las nuevas corrientes educativas en medicina (12). Probablemente tenga relación con la metodología usada en el postgrado, centrada en la participación del alumno y la práctica profesional inmediata. Obviamente, su desarrollo depende de los recursos existentes. En este entorno la figura del tutor es fundamental.

La entrada de la MF en el mundo académico ha sido lenta pero progre-

siva. En la mayoría de los casos esta inició mediante rotaciones voluntarias de carácter eminentemente clínico. En el Centro de Salud se seguía más o menos la dinámica de tutorización referida a los residentes de medicina de familia, adecuada al nivel del estudiante: apertura de historias, exploración física, discusión de casos, visitas a domicilio... Por entonces había una idea intuitiva de cuáles eran los objetivos y la metodología docente, haciendo cada grupo lo que su experiencia aconsejaba. Después se incluyeron seminarios en la misma Universidad que ya incorporaban un «cuerpo teórico» considerado como necesario para el estudiante. El máximo exponente actual de este proceso es la existencia de una asignatura obligatoria en la Facultad de Medicina de Sevilla (13) (ver capítulo 4).

### La tutoría

La base de la docencia en MF se centra en la figura de la tutoría (enseñanza individualizada profesor/alumno) en la práctica asistencial.

En los países con tradición académica en MF existe el debate sobre cómo hacer compatible la actividad docente y la asistencial sin demérito para ninguna de ellas. Se parte de la idea de que un docente en MF debe tener implantación en la comunidad. En el Reino Unido proponen como soluciones el trabajo a tiempo parcial Universidad/AP o la ayuda de colaboradores con financiación externa.

En nuestro actual sistema educativo y sanitario, con plazas académicas vinculadas a labores asistenciales, no es imposible compatibilizar ambas actividades en el ámbito hospitalario; sin embargo, el trabajo fuertemente «ligado» a una comunidad del médico de familia dificulta en gran medida esta solución en AP/MF. Un símil a estudiar podría ser el de la figura de Coordinador de Unidad Docente de Medicina de Familia, ligado a actividad asistencial reducida y con funciones eminentemente docentes. Podría ser una salida para un cuerpo de profesores titulares y Catedráticos. Otra alternativa sería hacer converger la formación pregrado con el postgrado.

### Estrategias educativas

El profesor de AP/MF se enfrenta al reto de no repetir los errores del sistema tradicional de enseñanza. En la Tabla II se enumeran las características de los dos polos en torno a las que oscilan las diferentes estrategias educativas, siguiendo los acrónimos «EPICOS» y «PIANTES» (13). Aunque no siempre lo nuevo es lo mejor frente a lo tradicional, parece que la columna de la izquierda aglutina características favorables, muchas de ellas compartidas

por la enseñanza en MF:

1) Enseñanza basada en el estudiante (y sus necesidades formativas) frente a la centrada en las necesidades del profesor. Una consecuencia de lo primero es que el dilema para la AP/MF no debe residir en tener sólo una asignatura o área de conocimiento propia a modo de un dominio autónomo, sino en cómo ayudar al alumno en la búsqueda del conocimiento y determinar qué puede ofrecer la AP/MF en este contexto.

2) Enseñanza basada en resolver problemas con los que se enfrentará el estudiante frente a la basada sólo en transmitir información. Destaca la gran carga de aspectos prácticos que posee la docencia en AP/MF frente a la enseñanza tradicional. Probablemente tenga relación con la escasa presencia de existencia de contenidos teóricos.

3) Enseñanza integrada en nuevas disciplinas coordinando varias asignaturas en el mismo o en diferentes cursos, frente a la basada en asignaturas o disciplinas. En este sentido, la medicina de familia puede, además de existir con entidad propia, impregnar el currículum médico a diferentes niveles.

4) Enseñanza basada en la comunidad frente a la basada en hospitales. La AP/MF «saca» al alumno del hospital y le expone a una realidad más inmediata, ayudando a considerar las necesidades de salud de la comunidad.

5) Enseñanza basada en cursos optativos frente a una enseñanza monolítica, prefijada. Esta ha sido en ocasiones la puerta de entrada en la Universidad Española, con experiencias de enseñanza no obligatoria como es p.ej., la experiencia reciente del primer curso optativo de introducción a la AP para alumnos de 3º curso, en la Universidad Autónoma de Madrid (14).

6) Enseñanza basada en programas sistemáticos y organizados, con objetivos prefijados con claridad. Se opone a la enseñanza eventual «como se pueda». Desgraciadamente todavía predomina este sistema en la AP, originado muchas veces por el voluntarismo o la falta de capacitación docente.

7) Enseñanza multiprofesional, característica de la AP donde diferentes profesiones se acomodan: médicos, enfermería, asistentes sociales, fisioterapeutas...

De lo antedicho no se debería concluir que, abogando por estrategias innovadoras, desechemos el estatus actual que las disciplinas académicas tienen en la Universidad Española. Es preferible tener una presencia estable y,

una vez en igualdad de condiciones con otras disciplinas y áreas de conocimiento, impulsar y desarrollar programas educativos a la altura de las nuevas corrientes pedagógicas.

### **Situación actual en España**

El conocimiento sobre la situación actual del pregrado en la AP/MF en España es escaso y fragmentado. Existen al menos 18 facultades de medicina con experiencias de pregrado en las que participan médicos que trabajan en AP. Hay una encuesta realizada en 1996 que aporta información cualitativa sobre esta realidad. Analiza 59 de un total de 85 encuestas enviadas a médicos de AP/MF integrados en 9 Universidades Españolas. De una manera resumida, se concluye en este estudio (14):

1) Los profesionales encuestados desconocen aspectos organizativos de la Universidad. Por ejemplo, confunden con frecuencia los términos área de conocimiento, departamento y asignatura.

2) Las áreas de conocimiento donde se ubica el profesorado son predominantemente Medicina (72%), Medicina Preventiva (10%) y Pediatría (4%).

3) El 94% participa en actividades referidas a estudiantes de 6º curso.

4) El 68% participa en rotaciones de carácter obligatorio.

5) Hay objetivos escritos en el 72% de los casos.

6) Hay evaluación en el 90% de los casos y repercute en la calificación global en el 58% de los casos.

7) Los objetivos docentes que se consideran más alcanzables son los relacionados con la exploración física y la relación médico-paciente.

### **5.2 Los pacientes**

Las peculiaridades del medio extrahospitalario - y, entre ellas, la tipología de los pacientes atendidos y la relación establecida con ellos -, mediatizan la oferta docente.

Los pacientes son un elemento formativo de primer orden. Permiten el

estudio del cuerpo sano y enfermo, además de la atención a su mente y las complejas relaciones médico-pacientes establecidas. En el medio extrahospitalario destaca la gran variabilidad existente entre unos pacientes y otros, dado el mayor protagonismo en la interpretación y manejo de los aspectos psicosociales del enfermar. Las situaciones son inmediatas, con interacciones breves y escasa tecnología interpuesta entre médico y paciente. Esta situación óptima se desequilibra en ocasiones cuando el estudiante carece de una perspectiva de visión longitudinal de la vivencia del enfermar del paciente - dada la brevedad de las rotaciones en AP/MF - o no existe suficiente retroalimentación entre docente y alumno (15).

Desde sus orígenes, la docencia en AP/MF tiene elementos clínicos fundamentales. Aunque la AP tiene su encuadre en el curriculum médico dentro del área de conocimiento de Medicina Preventiva y Salud Pública, los estudiantes de medicina que acudieron por vez primera a los centros de salud apreciaron la bondad de un medio que ofrecía elementos no presentes en toda su amplitud en el hospital: enfermedades crónicas, importancia de la prevención y promoción de la salud, enfoque integrador de conocimientos médicos (medicina de familia), patologías crónicas con relevancia de aspectos no sólo curativos sino paliativos, desarrollo y estudio de la relación médico-paciente... (16). La atención a pacientes en estas condiciones pasa a completar el espectro de situaciones vividas que un estudiante de medicina debe experimentar durante el pregrado, habitualmente no satisfechas en el medio hospitalario.

### **5.3 El material complementario de enseñanza**

Enumeramos el material docente que debería estar presente en todo centro dedicado a pregrado. Su elección dependerá de su costo, sencillez de uso, manejabilidad y flexibilidad (1):

a) Material impreso: libros y revistas favorecen el autoaprendizaje y complementan otras técnicas de enseñanza. Actualmente es deseable un sistema de archivo y registro del material existente, además de sistemas informatizados para realizar búsquedas « on line ». Al menos existirá una biblioteca básica de referencia (ver anexo II y III).

b) Material de exposición: pizarra, rotafolio, tableros magnéticos, de madera... Apoyan las explicaciones del profesor. Son muy útiles en pequeños grupos.

c) Material de proyección: diapositivas, transparencias, video/TV. Des-

taca el video en la grabación de entrevistas reales o simuladas para el aprendizaje de técnicas de entrevista clínica.

d) Material de simulación: ordenadores (para solución de problemas y en enseñanza programada), simuladores o maniquies (para desarrollo de habilidades clínicas prácticas)

#### 5.4 El lugar donde se imparte la docencia

La Ley General de Sanidad establece la obligatoriedad de la existencia de, al menos, tres centros docentes de AP por cada Universidad, hecho habitualmente incumplido. Estos centros tienen el rango de «Centros de Salud Universitarios».

Hoy en día, las convocatorias creadas por la Universidad para selección de profesorado referidas a la AP permiten individualizar la figura del docente sin relacionarla en exclusividad a determinado tipo de centro: habitualmente será la comisión mixta Universidad/ Servicio de Salud quien determine los centros acreditados para la docencia.

Lo anterior no exige que el centro acreditado para el pregrado reúna requisitos que obliguen a un funcionamiento adecuado de manera global, no limitado sólo a las características del docente analizado aisladamente. Havelock (17) destaca la necesidad de que haya un entorno docente que influya positivamente tanto a discentes como a docentes, con altos estándares de cuidados médicos y adecuada organización. Ello hace reflexionar sobre la escasa idoneidad como candidatos a plazas docentes de buenos profesionales en equipos de salud insuficientemente dotados o mal organizados.

El espacio físico del Centro de Salud condiciona la enseñanza. Conviene disponer de un área de consulta médica suficiente para ubicar a uno o más estudiantes sin aglomeraciones, así como un lugar de reuniones para discutir o hacer presentaciones de casos y revisar la literatura médica; puede utilizarse el habitual para estas funciones en el centro de salud.

En la facultad de medicina usaremos los recursos habituales: aulas para exposiciones a grupos numerosos, seminarios para discusiones...

Es necesario que el médico de familia comience a sentir que la Universidad es un espacio físico más para el desarrollo de su carrera profesional. Cada vez debe ser más frecuente que dentro de la actividad laboral se inclu-

yan desplazamientos a la facultad de medicina para reunirse con alumnos u otros profesores de AP/MF, del mismo modo que nos desplazamos al domicilio de nuestros pacientes o acordamos reuniones en el centro. Para ello es fundamental que se reconozcan estas actividades como una obligación del médico de familia y un servicio para todos, incluidos gestores y pacientes.

**Tabla I. Contenidos, sistemas de instrucción y actividades docentes en AP/MF.**

- (\*) C: clase  
S: Seminario
- (\*\*) EAP: Equipo de Atención Primaria
- (\*\*\*) R-P: «Rol playing»  
V: Vídeo
- (\*\*\*\*)T: Taller
- (\*\*\*\*\*)PAPPS: Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud.

CONTENIDO	SISTEMAS DE INSTRUCCIÓN	ACTIVIDADES EN CONSULTA
Rol profesional	C,S(*)	observación, cuaderno de prácticas
Trabajo en equipo	C,S	observación, asistencia a reuniones del EAP(**)
Relación médico/pacien- entrevista clínica	C,S,R-P,V(***)	observación, cuaderno de prácticas, grabación de entrevistas
Etica	C,S	cuaderno de prácticas
Protocolización y Programación	C,S,T(****)	cumplimenta protocolo, revisa registros en historias
Educación para la salud	C,S,T	observación de consulta de enfermería, da consejo antitabaco, cuaderno de prácticas
Evaluación de calidad	C,S	participa en auditoría
Metodología de investigación	C,S,T	diseño de proyecto, participa en recogida de datos
Atención a familia y comunidad	C,S	usa genograma y APGAR familiar
Patologías más incidentes y prevalentes	C,S, casos simulados, revisión de literatura, casos clínicos	recoge datos de anamnesis, explora, presencia urgencias
Tecnología en AP	C,S,T	usa técnicas: «peak flow», ECG, vacunas extracción de sangre, cirugía menor...
Prevención y Promoción de la salud	C,S	usa PAPPS (*****), cuaderno de prácticas
Medicina de Familia como especialidad	C,S, revisión de literatura	observación del médico como modelo profesional, uso de literatura
Administración y Salud	C,S	asiste a reuniones del EAP

«EPICOS»	«PIANTES»
Estudiante	Profesor
Problemas	Información
Integrada	Asignaturas
Comunidad	Nosocomial
Optativas	Total
Sistemática	Eventual
Multiprofesional	Uniprofesional

**Tabla II. Estrategias educativas : «Épicos» vs «Piantes». Tomado de Harden, ref 13.**

### 5.5 Bibliografía

1) García Barbero M, Alfonso Aroca MJ, Cancillo Salas J, Castejón Ortega JV. Planificación educativa en Ciencias de la Salud. Barcelona: Masson, 1995.

2) Real Decreto 1558/1986, de 28 de Junio, de la Presidencia del Gobierno, por el que se establecen las bases generales del régimen de concertos entre las Universidades y las instituciones sanitarias (BOE nº 182,31-VII-1986).

3) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Sección de Docencia: criterios mínimos para la docencia de pregrado en APS. Barcelona, 1990.

4) Campos A. La nueva carrera docente. Campus/El Mundo 1997;325: 1-3.

5) Irby DM. Clinical teacher effectiveness in medicine. J Med Educ 1978;53:809-815.

6) Quirce F, Gil VF, Uris J, Orozco D, Ruiz MT, Jiménez L, Hernández M, Ferrández JL. Formación de pregrado en atención primaria: seis años de experiencia en la Universidad de Alicante. Aten Primaria 1993; 11: 281-285.

7) Buitrago F, Vergeles JM, Cano-Hernández E. Evaluación de la rotación en centros de salud de los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura. Aten Primaria 1994;13: 118-124.

8) Otero A, Carreira J, Villamor J. Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina. Evaluación de la rotación en centros de salud. Aten Primaria 1992;9: 512-515.

9) Orozco Beltrán D, Gil Guillén V, Quirce Andrés. La experiencia en la Universidad de Alicante en la formación de pregrado en medicina familiar y comunitaria. Cuadernos de Gestión 1996; 2: 140- 149.

10) Vernon DTA, Blake RL. Does problem-based learning work ? A meta-analysis of evaluative research. Acad Med 1993; 68:550-563.

11) Pendleton D, Schofield, Tate P, Havelock P- The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1994.

12) Calvo Corbella E, Ferrández Santos J, Puche López N. Educación médica: estrategias innovadoras y atención primaria. Med Clin 1994 ;104 :354.

13) Harden RM, Sowdown S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Educ :1984; 18:284-297.

14) Calvo Corbella E, De Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Ferrández Santos J, Gómez Marco J. La Atención Primaria en el primer ciclo del nuevo plan de estudios: la experiencia de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. VI Jornadas de Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria. XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Granada:13-15 Noviembre de 1996.

15) Calvo Corbella E, De Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Ferrández Santos J, Gómez Marco J. Encuesta Nacional sobre Pregrado en Atención Primaria. VI Jornadas de Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria. XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Granada:13-15 Noviembre de 1996.

16) Irby DM. Three exemplary models of case-based teaching. Acad Med 1994; 69:947-953.

17) Calvo Corbella E, Ferrándiz Santos J, Puche López N. ¿ Es necesario incluir la medicina de familia/atención primaria en la licenciatura médica?. MEDIFAM 1992;2: 156-161.

18) Havelock P, Hasler J, Flew R, McIntre D, Schofield T, Toby J. Professional education for general practice. Oxford: Oxford University Press 1995.

## **6. FORMACIÓN PREGRADUADA EN CLÍNICA GENERAL EN PORTUGAL**

Dr. Alberto Pinto Hespanhol

### **6.1 Programa obligatorio**

Excepto en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nova de Lisboa, todas las otras 4 Facultades de Medicina portuguesas imparten enseñanzas obligatorias de Clínica General, independiente de otras materias y con evaluaciones propias.

En estas Facultades, la enseñanza práctica de la asignatura de Clínica General se hace en los Centros de Salud y es impartida por especialistas en Clínica General. En la Facultad de Oporto y en la de Lisboa el profesorado titular de la asignatura esta compuesto por especialistas en Clínica General. Sin embargo, en la Facultad de Medicina de Coimbra y en el Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar en la Universidad de Oporto los responsables de la asignatura son especialistas en Medicina Interna.

### **6.2 Programa optativo**

Desde el curso lectivo 1995-1996, en la Facultad de Medicina de Oporto ofrece a sus alumnos de 2º año un Programa Optativo de Contacto precoz en Clínica General, y ha tenido una participación del 25% de los estudiantes. El alumno, orientado por un Clínico General y por un profesor del Departamento de Clínica General, desarrolla una actividad consistente en: contacto con una familia del cupo de pacientes del Clínico General hasta el final de curso.

En la asignatura de Clínica General, en 6º curso, el estudiante deberá presentar un trabajo sobre los problemas de salud de esta familia y la forma como se han resuelto, lo que constituye un elemento fundamental para su clasificación final.

### **6.3 Departamento Universitario de Clínica General**

El primero y único Departamento de este tipo en Portugal fue creado en 1984 en la Facultad de Medicina de Oporto. Además de realizar enseñanza en pregrado de Clínica General, el Departamento participa en diversas actividades de Formación Continuada para Clínicos Generales y organiza un Curso Técnico Profesional y un Master en Salud Ocupacional, así como un Master en Economía de la Salud.

## 7. SITUACIÓN ACTUAL DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA DE ESPAÑA

Dr. Pablo Bonal Pitz

Desde el año 1987, que se contempló legalmente la necesidad de incorporar la presencia de los Centros de Atención Primaria en la Universidad, hasta la actualidad, la participación de la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina ha sido progresiva. Prácticamente en todas las facultades los médicos de familia realizan algún tipo de actividad docente e investigadora.

El proceso ha tenido un desarrollo muy positivo. Hace 10 años prácticamente eran anecdóticas este tipo de situaciones, en la actualidad, y faltando datos de algunas Facultades podemos observar un panorama muy prometedor. Para el curso académico 1997-1998 el volumen total de recursos y actividades se pueden resumir en los siguientes datos:

- En el 70% de las Facultades de Medicina se realizan actividades docentes en Medicina de Familia. Aún no la incorporado las de Granada, Málaga, Cantabria, Alcalá de Henares, Complutense de Madrid, País Vasco.
- Casi un centenar de Centros de Salud reciben a más de un millar de alumnos de medicina al año.
- Los profesores asociados, con actividad docente e investigadora reconocida, en Centros de Salud son más del centenar.
- En el momento actual tres médicos de familia son profesores titulares de universidad y realizan una especial dedicación en la organización y docencia de la Medicina de Familia en las universidades Autónoma de Madrid, Miguel Hernández (Alicante) y La Laguna (Tenerife)
- La Facultad de Medicina de Sevilla incorpora en el nuevo Plan de Estudios una asignatura obligatoria de universidad denominada «Medicina Familiar y Comunitaria».
- La Facultad de Medicina de Valladolid incorporará en su Plan de estudios una asignatura optativa denominada «Medicina Familiar y Comunitaria».
- La Facultad de Medicina de la Autónoma de Madrid incorporará en su Plan de estudios una asignatura optativa denominada «Contacto precoz con el paciente en Atención Primaria».

- La Facultad de Medicina de la Autónoma de Barcelona incorporará en su Plan de estudios una asignatura optativa denominada «Atención Primaria/ Medicina de Familia».

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE		
Inicio	Desde 1987. Convenio con IISS 1991	
Recursos	Centros de Salud	10
	Profesores Asociados:	2
	Profesor Titular:	1
Área de Conocimiento	Medicina	
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias 6º curso (1 mes) Asignaturas Optativas: Medicina de AP 6º (4.5 créditos) Metodología Científica en la Práctica Clínica 4ª (4.5 Créditos)	
Coordinación	Departamento de Medicina Prof. Dr. Vicente Gil Guillén (Profesor Titular de Medicina) Universidad Miguel Hernández. Facultad de Medicina. Campus de San Juan. Departamento de Medicina y Psiquiatría Carretera Alicante-Valencia s/n (San Juan de Alicante) 03550 Alicante Teléf. 96-5440412. Telefax.: 96-5440412	
CS Florida	Fernando Madroñal s/n	03008 Alicante
CS Baber	Fernando Madroñal 7	03008 Alicante
CS Ciudad Jardín	El Clot 2	03011 Alicante
CS Carrús II	Alfredo Sánchez Torres 14	03202 Elx
CS Altavix	Antonio Mora Fernández s/n	03202 Elx
CS Jose Mª Peman	José Mª Peman 27	03202 Elx
CS San Juan	Part. Santa Faç 25bis	03550 S.Juan Alicante
CS Mutxamel	Mar s/n	03110 Mutxamel
CS Petrer	Jesús Zaragoza 3	03610 Petrer
CS Elda	Av. Acacias s/n	03600 Elda

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA		
Inicio	1996	
Recursos	Centros de Salud: 6 (29 alumnos/año/centro) Profes. Asociados: 10 (Dto. Medicina 6; Dto. Pediatría 4)	
Área de Conocimiento	Medicina	
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias en 6º curso (150 horas) Asignatura: Optativa 2º Ciclo Seminarios: Sí Evaluación: Sí	
Coordinación	Unidad de Medicina de Familia (Depto. de Medicina) Prof. Dr. Joan Rubiés Prat (Catedrático de Medicina)	
Centros de Salud	CAP Badia del Valles	Teléf. 93 + 7180854
	CAP Passeig Sant Joan	Teléf. 93 + 2329767
	CAP Canteras	Teléf. 93 + 3541229
	CAP El Masnou	Teléf. 93 + 5557061
	CAP El Carmel	Teléf. 93 + 3571853
	CAP Xafarines	

<b>FACULTAD MEDICINA UNIVERSIDAD DE BARCELONA(CAMPUS CASANOVAS)</b>	
Recursos	Centros de Salud: 9 Profesores Asociados: 9
Área de Conocimiento	Medicina
Actividad docente	Prácticas: Obligatoria 6º curso (2meses) Seminarios: Sí Evaluación: S
Coordinación	Prof. Dr. José Mª Cots Yago Institut Català de la Salut Subdivisió d'atenció Primària Barcelona Ciutat
Centros de Salud	ABS Gotic / Av. Drassanes 17-21(08001) Barcelona ABS Raval Sud /Av. Drassanes 17-21 (08001) Barcelona ABS Dr. Luís Sayé /Torres i Amat 8 (08001) Barcelona ABS Dr. Carles Rivas / c/ del Foc s/n (08004) Barcelona ABS La Pau / Pere Verges s/n (08020) Barcelona ABS La Mina / c/ del Mar s/n (08930) Sant Adrià Besós ABS El Clot / Biscaia 305-309 (08027) Barcelona ABS Bon Pastor / Mollerusa s/n (08030) Barcelona ABS El Carmel / Murtra 130 (08032) Barcelona

<b>FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ</b>	
Recursos	Centros de Salud: 4 Profesores Asociados:15
Área de Conocimiento	Medicina Preventiva y Salud Pública
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias 6º curso (32 horas) Seminarios: Sí Evaluación: S
Coordinación	Prof. Dr. Juan Zafrá (Prof. Titular Medicina Preventiva) Jefe de Salud Pública de la UCA Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz Teléf. 956-229020
Centros de Salud	CS Pinillo Chico/Pz.Tula Ruiz de G.s/n(11500) P.S.María CS S.Fernando/Pz.Rodríguez Arias s/n(11100)S.Fernando CS Puerto Real/Ribera del Muelle s/n(11510)Puerto Real

<b>FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (TENERIFE)</b>	
Inicio	Desde 1988. Concierto con IISS 1992
Recursos	Centros de Salud: 3 (30 alumnos/año/centro) Profesores Asociados: 3 Profesores Colaboradores:9
Área de Conocimiento	Medicina Preventiva y Salud Pública
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias 6º curso (32 horas) Seminarios: Sí Evaluación: Sí
Coordinación	Prof.Dr.Antonio Cabrera(Prof.Titular Medicina Preventiva) Unidad Investigación Complejo Hospitalario Candelaria-Ofra 38010 Santa Cruz de Tenerife Teléf. 922-600547
Centros de Salud	CS Taco / San Jerónimo s/n (38010) La Laguna CS Geneto / Avda. Candelaria s/n (38201) La Laguna CS Tacoronte / Cta. G. Del Norte 5 (38350) Tacoronte

<b>FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS</b>	
Inicio	Desde 1993. Concierto con IISS en 1992
Recursos	Centros de Salud:4 (10 alumnos/año/centro) Profesores Asociados: 4
Área de Conocimiento	Medicina
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias 6º curso (3 semanas) Seminarios: Sí Evaluación: Sí
Coordinación	Prof. Dra. Rodríguez San Roman CS San Gregorio. Alonso Quesada s/n. 35200 Telde. Las Palmas de Gran Canarias Teléf. 922-692664.
Centros de Salud	CS San Gregorio CS Vecindario / Avda. Dos de mayo s/n(35110) Vecindario CS Escaleritas/Magistral Roca Ponce s/n(35011)Palmas CS San José / Alicante s/n (35016) Las Palmas

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID	
Inicio	1984 Primeras actividades docentes en Atención Primaria. 1988 Carácter institucional de las actividades docentes. 1994 Convenio Universidad e Instituciones Sanitarias (BOE 13 de abril)
Recursos	Centros de Salud: 15 (20 alumnos/año/Centro) Profesores Asociados: 15 Profesores Colaboradores:93
Área de Conocimiento	Medicina
Actividad docente	Prácticas: Obligatoria 6º curso (1 mes) Asignaturas:1ª Optativa 3º curso (4 créditos) 2ª Optativa 6º curso (2 créditos) Seminarios: Sí Talleres: Sí Evaluación: Sí
Coordinación	Unidad de Atención Primaria Prof.Dr.Ángel Otero (Prof. Titular de Medicina Preventiva) General Oraá nº 39. 28006 - Madrid Teléf.: 91 + 5617308 / Fax: 91 + 4116696 E-mail:angel.otero@uam.es
Centros de Salud	CS Alcobendas/Av. de la Chopera s/n(28100) Alcobendas CS Bustarviejo/Bustarviejo 7-9 (28020) Madrid CS Ciudad Periodistas/Valencia S.Juan10(28034) Madrid CS Ciudad Jardín/Pantoja 3 (28002) Madrid CS Coslada / Avda. España 6 (28820) Coslada CS Fuencarral / Manresa s/n (28034) Madrid CS Majadahonda/Av.Guadarrama 4 (28820)Majadahonda CS María Auxiliadora / Mª Auxiliadora 3 (28040) Madrid CS Prosperidad / Canillas 99 (28002) Madrid CS Pozuelo / Emisora s/n (28224) Pozuelo Alarcón CS Quintana / Quintana 11(28025) Madrid CS SS de los Reyes / Real 91 (28700) SS de los Reyes CS Tres Cantos/Sector Oficios (P.12) (28760)Tres Cantos CS Barrio del Pilar / Finisterre 18 (28029) Madrid CS Valdezarza / Azuaga 13 (28039) Madrid

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA	
Inicio	Desde 1989. Concierto con IISS en 1991
Recursos	Centros de Salud: 5 (40 alumnos/año/centro) Profesores Asociados:6
Área de Conocimiento	Medicina Preventiva y Salud Pública
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias 6º curso (1 semana) Seminarios: Sí Evaluación: Sí
Coordinación	Departamento de Medicina Preventiva Profª. Dra.Elvira Ramos (Prof.Titular Medicina Preventiva) Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia Campus de Espinardo (Murcia) Teléf. 968-232426.
Centros de Salud	CS Barrio del Carmen / Prolog.Pintor Pedro Flores s/n (30011) Murcia. CS Sta.María de Gracia/Arturo Doperier s/n(30009)Murcia CS Santomera / Carril Glorial s/n (30140) Santomera CS Molina / Av. Levante s/n (30500) Molina de Segura. CS Alcantarilla / Carmen s/n (30820) Alcantarilla

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA	
Inicio	Desde 1992
Recursos	Centro Docente en AP:1
Actividad docente	Prácticas: Voluntarias 6º curso (5 semanas) Seminarios: Voluntarios 6º curso (2 horas)
Coordinación	Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Plaza. De la Paz s/n (31002) Navarra Teléf. 948-109351
Centro Universitario	Ambulatorio Conde Oliseto

<b>FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO</b>	
Inicio	Desde 1989
Recursos	Centros de Salud: 14 Profesores Asociados: 3
Área de Conocimiento	Medicina Preventiva y Salud Pública
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias 6º curso (3 semanas)
Coordinación	Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Plaza. Del Carbayon 1-2. (33001) Oviedo Teléf. 98-5219344

<b>FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA</b>	
Inicio	Desde 1989
Recursos	Centros de Salud: 4 Profesores Asociados: 4
Área de Conocimiento	
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias 6º curso
Coordinación	Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Avda. de los Comuneros 27-31 (37003) Salamanca Teléf. 923-291000
Centros de Salud	CS Alamedilla / Avda de los Comuneros 27-31

<b>FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO</b>	
Historia	Actividades docentes desde 1997
Recursos	Centros de Salud: 1 Médicos de Familia: 2
Área de Conocimiento	Medicina Preventiva y Salud Pública
Actividad docente	Prácticas: No Seminario: Voluntario 6º curso (10 horas)
Coordinación	Universidad de Santiago de Compostela Prof. Dr Juan J. Gestal Otero (Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública) San Francisco 1 (15705) Santiago Compostela (La Coruña) Teléf. 961-226353 Dr. Carlos Menéndez Villalba / Dr. José Luís López Álvarez
Centros de Salud	CS A Cuña-Mariñamansa / Dr. Peña Rey s/n (32005) Orense

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA	
Inicio	Desde 1987. Convenio Universidad /Instituciones Sanitarias
Recursos	Centros de Salud: 15 (20 alumnos/año/centro) Profesores Asociados: 15 Profesores Colaboradores: 100
Área de Conocimiento	Medicina
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias 6º curso (1 mes) Asignatura (Plan estudios 96): Obligatoria 6º curso (3 créditos) Seminarios: Sí Talleres: Sí Evaluación: Sí Formación de profesorado: Sí
Coordinación	Unidad de Medicina de Familia Prof. Dr. Pablo Bonal Pitz (Coord. Pregrado UD de FyC) Avda. Manuel Siurot s/n. (41013) Sevilla Telf.: 95/4248185 Fax: 95/4248111 E-mail: pbonal@cica.es <a href="http://www.cica.es/aliens/umfus">http://www.cica.es/aliens/umfus</a>
Centros de Salud	CS Bellavista / Av. Jerez s/n (41013) Sevilla CS Pinomontano / Forjadores s/n (41008) Sevilla CS A. de Guadaira / Proig Sanlúcar la Mayor s/n (41500) A. de Guadaira CS Pol. Sur P.J. Sebastián / Bandaran s/n (41013) Sevilla CS Letanías Proig./General Merry s/n (41013) Sevilla CS Camas / Sta. María de Gracia 54 (41900) Camas CS Polígono Norte Huerta / S. Jacinto (41008) Sevilla CS San Pablo / Damasco s/n (41007) Sevilla CS Dos hermanas/Segovia 324 (41700) Dos Hermanas CS Cerro del Águila / Proig Héroes de Toledo s/n (41006) Sevilla CS Montequinto / Av. Montequinto s/n (41089) Sevilla CS Candelaria / Av. S. Juan de la Cruz s/n (41006) Sevilla CS Sanlúcar / Av. Príncipe de España s/n (41800) Sanlúcar CS Olivares / Severo Ochoa 24 (41804) Olivares CS Torreblanca / Torremejías s/n (41016) Sevilla

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA	
Inicio	Desde 1992
Recursos	Centros de Salud: 4 (10 alumnos/año/centro) Profesores Asociados: 10
Área de Conocimiento	Medicina
Actividad docente	Prácticas: Voluntarias 5º curso (1 mes verano) Obligatorias 5º curso (2 semanas)
Coordinación	Profª. Dra. Gil Pinilla CS Fuente de San Luís Arabista Ambrosio Huici s/n (46013) Valencia Teléf. 96-3743861
Centros de Salud	CS Fuente de San Luís

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID	
Inicio	1989
Recursos	Centros de Salud: 5 (20 alumnos/año/centro) Profesores Asociados: 8
Área de Conocimiento	Medicina
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias en 6º curso (4 semanas) Asignatura: Optativa en 4º curso Seminarios: Sí (20 horas lectivas) Evaluación: Sí
Coordinación	Departamento de Medicina Profª. Dra. Verónica Casado Vicente. Fax: 983-330537 E-mail: vcasado@teleline.es
Centros de Salud	CS Arturo Eyres / Puerto Rico s/n (47006) Valladolid CS Casa del Barco / García Morató 11 (47007) Valladolid CS Laguna Duero / Av. la laguna s/n (47140) Laguna Duero CS La Tórtola / Pelicano s/n (47012) Valladolid CS Canterac / Trabajo 9-13 (47013) Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA	
Inicio	Desde 1989
Recursos	Centros de Salud:10 (20 alumnos/año/centro) Profesores Asociados:10
Área de Conocimiento	Medicina
Actividad docente	Prácticas: Obligatorias 6° Asignatura: Optativa 2° ciclo (propuesta) Curso Monográfico del Doctorado (APS)
Coordinación	Hospital Clínico Universitario Prof. Pedro Cia (Catedrático de Médica) San Juan Bosco 15. 50009 Zaragoza Teléf. 976-556400 Prof. Dr. Fernando Orozco González Faustino Casamayor, 2, 3° izqda. 50007 Zaragoza E-mail: fmartínm@meditex.es

## 8. PREGUNTAS CON RESPUESTA DESDE LA MEDICINA DE FAMILIA

Pablo Bonal Pitz

### 8.1 ¿Qué aporta la Medicina de Familia a la docencia universitaria?

1° Enseñanza personalizada: relación tutor/alumno en los Centros de Salud es generalmente de 1/1.

2° Enseñanza inductiva: el alumno puede examinar un gran número de pacientes de las patologías más prevalentes en muy distintos estados evolutivos y extraer sus propios aprendizajes.

3° Enseñanza integrada: el profesor puede enseñar al alumno como integrar la multitud de conocimientos aprendidos en otras asignaturas ante un mismo paciente.

4° Enseñanza de las patologías prevalentes y crónicas (90% de los problemas de salud).

5° Aprendizaje activo: frecuentemente el tipo de patología atendida y la no-urgencia del problema permite la participación activa del alumno, de manera supervisada, en determinadas fases del acto clínico.

6° Aprendizaje en la comunidad y en el entorno natural del paciente: facilita el aprendizaje de la historia natural de la enfermedad «in vivo», en su centro de salud y su domicilio.

7° Aprendizaje de la importancia de los factores psicosociales en los problemas de salud.

8° Numerosas oportunidades de aprendizaje para el alumno por el gran número de actos médicos en los que tiene ocasión de aprender en el centro de salud.

### 8.2 ¿En qué año de la licenciatura debe impartirse? y ¿Debe ser una asignatura o debe impregnar toda la licenciatura?

Dependerá de las características del Plan de Estudios:

1° Plan de Estudios por asignaturas con 2 ciclos (preclínicas y clínicas):

al inicio y al final del 2º ciclo. Debe ser una asignatura obligatoria de introducción en 4º año, otra obligatoria de profundización en 6º año y varias optativas a lo largo del ciclo (Comunicación y Relación médico-paciente, Toma de decisiones clínicas en entornos de incertidumbre, etc.).

2º Plan de Estudios Integrado: el profesorado de la asignatura de «Medicina de Familia» impregnará a todos los bloques médico-quirúrgicos asumiendo la docencia correspondiente en las fases, de la historia natural de la enfermedad, no-hospitalarias.

3º Plan de Estudios Orientado a los Problemas de ciclo único: Existirá un bloque obligatorio de al menos 6 meses de Medicina de Familia, realizándose en un Centro de Salud.

### **8.3 ¿Cómo debe denominarse la disciplina académica: Medicina de Familia o Atención Primaria?**

Medicina de Familia, por las siguientes consideraciones:

#### **8.3.1 Profesionales:**

- Medicina de Familia es la denominación oficial en España para el ejercicio profesional del médico de cabecera que desarrolla su función en atención primaria de salud.

- La denominación de las plazas de médico de cabecera en los Centros de Salud es la de Medicina de Familia.

#### **8.3.2 Académicos:**

- Posgrado: la titulación de la Especialidad reconocida por la Comisión Europea (artículo 41 de la directiva 93/16/CEE) es la de Medicina Familiar y Comunitaria. Otros, por ejemplo: especialistas en Medicina Interna, trabajan en Atención Primaria, pero como Médicos de Familia.

- Pregrado: atención primaria es un campo compartido por muchas titulaciones, pero el perfil profesional de la disciplina a impartir va dirigida a alumnos de la licenciatura de Medicina. Existen otras licenciaturas que com-

parten el campo de la atención primaria de salud como psicología, veterinaria, odontología, etc., y otras diplomaturas universitarias como enfermería, trabajo social, etc. Pero, los contenidos y su actividad en atención primaria de salud no tienen la identidad profesional que existe en medicina con una formación específica obligatoria, para el ejercicio de su profesión.

#### **8.3.3 Sociales:**

- Medicina de Familia: la actual estructura organizativa, con límites muy definidos entre la atención primaria y la especializada responde a un determinado momento histórico, tecnológico y político. No sabemos como serán la atención a la salud en el futuro. Sin embargo, las personas y las familias seguirán necesitando de un médico cercano, accesible, asesor, integrador, etc. «de su familia», con mayores o menores atribuciones, categoría, tecnologías, etc. pero, su médico personal, de su familia o su comunidad.

- Médico de Familia: es la denominación socialmente aceptada, por diferentes causas, del paradigma actualizado del tradicional médico de cabecera.

### **8.4 ¿Hay conocimientos habilidades y actitudes médicas que puede enseñar un médico de familia, en un centro de salud, que actualmente no se den en otras asignaturas?**

Los contenidos médicos de los actuales planes de estudios están basados en una programación docente diseñada e impartida por médicos hospitalarios, logicamente, la carencia de contenidos de medicina de familia es completa. Como ejemplo, los contenidos de que una asignatura de Medicina de Familia puede impartir se puede apreciar en la asignatura obligatoria de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla (Anexo IV y Anexo V).

### **8.5 ¿De qué le puede servir la disciplina Medicina de Familia a un alumno que quiera hacer posteriormente una especialidad distinta de la Medicina Familiar y Comunitaria: ¿Cirujano, Cardiólogo, Radiólogo, etc.?**

#### **8.5.1 Conocer y adquirir habilidades y actitudes básicas para cualquier médico que se adquieren mejor en atención primaria, junto a un médico**

### **de familia, que es el profesional más competente para su enseñanza:**

- Reconocer que no existen enfermedades, órganos o sistemas independientes sino personas con problemas de salud, y estas no padecen un fenómeno biológico aislado sino que, además, en su problema de salud existen importantes componentes psíquicos y sociales.
- Conocer que los enfermos no sólo son las personas ingresadas en el hospital sino que en general viven en un entorno familiar, laboral y comunitario con el que se interrelacionan. Conocer que en el proceso salud-enfermedad cualquier fenómeno que afecte a un miembro individual repercutirá en todo la salud de todo el sistema familiar. Básicamente, adquirir una visión integradora de las dimensiones biológica, psicológica y social de la salud, enfermedad y cuidados de salud.
- Fomentar que en sus actos profesionales, por muy superespecializados que sean, deben incorporar actitudes de prevención de enfermedades y promoción de la salud, además de la básica de curación.
- Distinguir, sobre la realidad, cual es la prevalencia real de los problemas de salud en su comunidad.
- Conocer como los cuidados de salud del paciente no comienzan y finalizan en el hospital, sino que en la mayor parte de su vida la salud de los pacientes esta en manos de su médico de familia, sobre todo en los comienzos y en los finales de sus procesos patológicos más graves. Es decir, deben conocer que sucede con los pacientes antes y después de su ingreso hospitalario.
- Aprender la importancia de una buena comunicación con los pacientes, los cuidadores y su familia. Adquirir algunas habilidades básicas de la relación con los pacientes: saber comunicar una mala noticia, negociar el tipo de tratamiento, manejar la agresividad del paciente, facilitarle la expresión de sus problemas, detectar las resistencias del paciente al tratamiento, etc.
- Adquirir la capacidad de realizar un correcto abordaje de los problemas de salud en base sus propias habilidades exploratorias y al uso de medios diagnósticos y terapéuticos esenciales.
- Hacer un correcto uso de los criterios de interconsulta y derivación entre especialistas médicos y otros profesionales de la salud (enfermería, trabajo social, psicólogos, etc.).

### **8.5.2 Conocer como trabajan profesionalmente los médicos de familia en los centros de salud:**

- Descubrir los grandes valores como profesión, así como las actuales carencias, de la Medicina de Familia y así poder decidir con mayor criterio la elección del posgrado en su futuro profesional.
- Encontrar la otra forma de trabajar en medicina con metodología científica, son mas del 50% de los profesionales actuales, los que trabaja con algunos criterios y actitudes diferentes de los puramente hospitalarios.

### **8.6 ¿Qué puede aportar la Medicina de Familia en programas de Doctorado?**

En Medicina de Familia:

- 1º Los problemas a investigar, así como la metodología utilizada, el ámbito de trabajo donde se realizan y la existencia cada vez mayor de metodologías de investigación propias, permite la participación en Programas de Doctorado de otras áreas o bien la realización de programas propios.
- 2º Las áreas de investigación son, cada vez más, amplias y la metodología a utilizar es más numerosa.
- 3º Esta especialmente capacitada para la investigación en los problemas de salud en la familia, la comunidad, enfermedades prevalentes, cuidados de patologías crónicas, comunicación médico-paciente, historia natural de las enfermedades, etc.

### **8.7 ¿Porqué deben crearse Departamentos universitarios de Medicina de Familia en España?**

La existencia de Departamentos de Medicina de Familia es una necesidad para la Universidad Española. Sin ellos les faltara tanto en calidad como en cantidad uno de los pilares con más futuro profesional y científico de la profesión médica.

Los Departamentos de Medicina de Familia deben ser estructuras con dos sustentos básicos: la universidad y los servicios de atención primaria de salud. Su profesorado estará incorporado a los equipos de atención primaria en Centros de Salud Universitarios como médico de familia. Estará bien prepara-

do en clínica de atención primaria, realizando actividades docentes tanto en la licenciatura, como en el posgrado y en el tercer ciclo universitario. Y sin olvidar que deberá realizar actividades investigadoras propias y de gran peso específico, etc.

Departamentos universitarios de Medicina de Familia existen en la mayoría de los países de nuestro entorno occidental. Su necesidad y justificación académica fueron tenidas en cuenta tanto por las propias universidades, como por la sociedad civil y las sociedades científicas de Medicina de Familia de los respectivos países. Existen importantes experiencias en diferentes universidades de otros países, de forma más significativa en los países anglosajones, empezando por los Estados Unidos, donde hay departamentos académicos de medicina de familia en prácticamente todas las facultades de medicina. Igual situación se produce en Canada, Australia, y la mayoría de los miembros de la Unión Europea con importantes aportaciones en todas aquellas universidades donde se han desarrollado.

## ANEXOS

### Anexo I

CONFERENCIA OMS-WONCA: LA CONTRIBUCIÓN DEL MEDICO DE FAMILIA

Ontario (Canada)

6-8 noviembre 1994

#### FORMACIÓN MÉDICA ÓPTIMA

**11. La formación médica es sensible a las necesidades de la población:** el sistema de formación médica debería ser sensible a las necesidades prioritarias de los individuos y de las comunidades a un nivel nacional y regional. Debería formarse a un número suficiente de médicos, adecuadamente organizados que adquirieran las competencias necesarias para proporcionar una atención médica de calidad y con mejor coste-eficacia. La formación médica, por si misma, no debería determinar o predecir el futuro ejercicio profesional médico. Sin embargo, **los cambios en el ejercicio de la medicina, deberían condicionar cambios en la formación médica.**

**12. La formación médica en el pregrado y el ejercicio médico están íntimamente relacionados:** las facultades de medicina deberían redefinir su misión, plan estratégico, política de ingresos, composición del claustro de profesores, currículum necesario y lugares de formación en el pregrado, así como tomar iniciativas ante la eventual influencia del futuro ambiente laboral del licenciado, a fin de conocer los requerimientos del sistema sanitario y poder servir a la comunidad. **Cada facultad de medicina debería realizar la enseñanza longitudinal de la atención primaria como parte integral del currículum del pregrado. Los médicos de familia pueden proporcionar formación básica en medicina de familia, una dimensión general hacia la enseñanza de las otras especialidades, y proporcionar a los estudiantes unos modelos del desempeño profesional, para una elección informada de la futura carrera profesional.**

**13. Los médicos de familia están preparados para un amplio espectro de habilidades:** cada facultad de medicina debería hacer de la enseñanza de la atención primaria una parte integral del currículum del pregrado y proporcionar unos incentivos mayores a los nuevos licenciados que escogieran una carrera profesional como medicina de familia. Las facultades de medi-

cina y otras instituciones deberían establecer y mantener importantes programas de posgrado de medicina de familia. A los médicos de familia en ejercicio, sin una formación específica de posgrado, y a otros médicos que pretendan satisfacer las amplias necesidades de salud de la población a la que atienden, se les debería proporcionar una formación adicional sobre los principios y el ejercicio de la medicina de familia.

**14. Las facultades de medicina enfatizan la atención primaria, los servicios de salud y la investigación sanitaria de la población:** las facultades de medicina, en colaboración con las autoridades locales, asociaciones profesionales y comunidades, deberían comprometerse de una forma activa en la formación, investigación y otras actividades para mejorar el futuro sistema de salud, de manera que sean más sensibles a los valores sociales y mejoren la salud de la población. Para atender las necesidades de la población, **las facultades de medicina deberían hacer más hincapié en los servicios sanitarios de atención primaria y la investigación basada en la población.**

## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

### Recomendación número quince

#### **RECONOCER LA MEDICINA DE FAMILIA COMO DISCIPLINA ESPECIAL**

El reconocimiento final de la medicina de familia como una disciplina especial dentro de la medicina, ya aceptada en muchos países, debería llegar a ser universal.

### Recomendación número diecisiete

#### **LA DISCIPLINA DE MEDICINA DE FAMILIA DEBERÍA SER ENSEÑADA EN TODAS LAS FACULTADES DE MEDICINA Y PROPORCIONAR UN EQUILIBRIO GENERALISTA/ ESPECIALISTA**

Todas las facultades de medicina deberían tener un departamento de medicina de familia. Todas las especialidades enseñadas deberían incluir una dimensión general que abarcara: momento de la interconsulta, atención compartida, alta del especialista y seguimiento. Además, se debería realizar un énfasis equivalente en la enseñanza de la atención primaria desde la consulta del médico de familia. Todos los estudiantes deberían experimentar la

continuidad de la salud individual y la enfermedad den el contexto de la comunidad. La implicación de un número apropiado de médicos de familia, como profesores universitarios y como modelo de ejercicio profesional, permitiría a los estudiantes una elección informada en cuanto a la carrera profesional a seguir.

## Anexo II

COMISIÓN EUROPEA: DIRECCIÓN GENERAL XV INFORME DEL COMITÉ CONSULTIVO DE FORMACIÓN DE MÉDICOS  
Bruselas (Unión Europea)  
20 mayo 1996

## CONCLUSIONES

1. **Al objeto de seguir promoviendo la medicina de familia como disciplina de pleno derecho, con una base de conocimientos y una literatura propias y específicas derivadas de la investigación, debería fomentarse el desarrollo continuo de los departamentos universitarios de medicina de familia.** Para ello, serán necesarios recursos humanos y financieros a fin de crear el marco imprescindible para la constitución de una red completa de formadores y centros de salud docentes. Los departamentos universitarios seguirán contribuyendo de forma sustancial a la evolución de la base investigadora de la medicina de familia.
2. La información disponible acerca de algunos estados miembros indica que los estudiantes se quejan constantemente del valor educativo de algunos de los elementos de los cursos de formación específica. La formación en hospitales no parece estar, con frecuencia, a la altura de las expectativas de los estudiantes y de los médicos de familia que se encargan de formarlos. El Comité opina que **la participación de los médicos de familia en cada una de las fases de organización, administración y puesta en práctica de los programas de formación (pregrado, posgrado y formación continuada) en medicina de familia es fundamental para que puedan corregirse tales deficiencias, por lo que dicha participación debe considerarse un objetivo prioritario.**
3. El Comité estima que debe insistirse en **la importancia del contacto con la medicina de familia durante los estudios para la licenciatura y du-**

**rante la formación médica básica.** La falta de contacto dio lugar en el pasado, en algunos países, una visión poco prestigiosa de la medicina general de familia y de su potencial y a que muchos médicos aptos la descartasen como posible elección profesional o la aceptasen a regañadientes por haber fracasado en otra disciplina. Como es obvio, este contacto garantiza también una mayor familiarización con la naturaleza y el alcance de la práctica de la medicina de familia y, por ende, un mayor entendimiento entre el médico de familia y los otros médicos.

Por consiguiente, **el Comité recomienda que el contacto con la medicina de familia sea obligatorio antes de finalizar la licenciatura**, y ello por las siguientes razones:

- para aprovechar el potencial de la medicina de familia en tanto que valioso instrumento de formación a través del cual los estudiantes pueden adquirir los conocimientos básicos de la medicina;
- para aprovechar la oportunidad de enseñar la historia natural de la enfermedad y los efectos de la familia, el entorno y el trabajo, o el desempleo, sobre la salud física y mental;
- para informar a los estudiantes aún no licenciados acerca de las posibilidades de la carrera de medicina de familia;
- para ofrecer a todos los médicos una visión más justa de la contribución única de la medicina de familia a los sistemas sanitarios y de los problemas a los que han de hacer frente los médicos de familia, lo que conducirá, en última instancia, a una colaboración más eficaz entre los sectores sanitarios primaria y secundario y a una mejora general de los cuidados a los pacientes.

### Anexo III

BOE núm. 102  
15207

Martes 29 abril 1986

10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad  
JUAN CARLOS I  
REY DE ESPAÑA

BOE núm. 102

Martes 29 abril 1986 15220

## TITULO VI De la docencia y la Investigación

### CAPITULO PRIMERO

#### De la docencia en el Sistema Nacional de Salud

##### Artículo ciento cuatro

1. Toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la **docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales.**

2. Para conseguir una mayor adecuación en la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del sistema sanitario se establecerá la colaboración permanente entre el Departamento de Sanidad y los Departamentos que correspondan, en particular el de Educación y Ciencia, con objeto de velar porque toda la **formación que reciban los profesionales de la salud pueda estar integrada en las estructuras de los servicios del sistema sanitario.**

3. Las Administraciones Públicas competentes en educación y sanidad establecerán el régimen de conciertos entre las Universidades, y las Instituciones Sanitarias en las que se debe impartir enseñanza universitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la Medicina y Enfermería y otras enseñanzas que así lo exigieran.

Las bases generales del Régimen de Concierto preverán lo preceptuado en el artículo 149.1.30 de la Constitución.

4. **Las Universidades deberán contar, al menos, con un Hospital y tres Centros de Atención Primaria universitarios o con función universitaria** para el ejercicio de la docencia y la investigación, concertados según se establezca por desarrollo del apartado anterior.

5. **Dichos centros universitarios o con funciones universitarias deberán ser programados, en lo que afecta a la docencia y la investigación,** de manera coordinada por las autoridades universitarias y sanitarias, en el marco de sus competencias. A estos efectos deberá preverse la participación de la Universidad en sus órganos de gobierno.

6. **Las Administraciones Públicas competentes en educación y sanidad promoverán la revisión permanente de las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a las necesidades de la sociedad española.** Asimismo, dichos Departamentos favorecerán la formación interdisciplinar en Ciencias de la salud y la actualización permanente de los conocimientos.

2410 RESOLUCIÓN de 12 de diciembre de 1995, de la Universidad de Sevilla por la que se ordena la publicación del plan de estudios conducente a la obtención del título de Licenciado en Medicina.

La Junta de Gobierno de esta Universidad en sesión celebrada el 7 de junio de 1995, aprobó el plan de estudios conducente a la obtención del título de Licenciado en Medicina, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 117 de los Estatutos de la Universidad de Sevilla y según lo previsto en el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudios.

Una vez homologado por el Consejo de Universidades mediante acuerdo de la Comisión académica adoptado el 14 de junio de 1995.

Este rectorado, de conformidad con lo previsto en el artículo 10.2 del Real Decreto 1497/1987, ha resuelto ordenar **la publicación del plan de estudios conducente a la obtención del título de Licenciado en Medicina que quedará estructurado conforme figura en los siguientes anexos.**

Sevilla, 12 de diciembre de 1995.-  
El Rector, Juan Ramón Medina Precioso

2. MATERIAS OBLIGATORIAS DE UNIVERSIDAD				
Ciclo y Curso	Denominación	Crédit.	Breve descripción del contenido	Inculcación a áreas de conocimiento
Ciclo 2º  Curso 6º	Medicina Familiar y Comunitaria.	3	Medicina de Familia(MF)y práctica familiar. Entrevista Clínica en MF.Tipos y partes de la entrevista. Informar y negociar con el paciente El método clínico en MF. Atención en las etapas de la vida. Familias en crisis (toxicomanías, duelos, enf. Psiquiátricas, enf. Terminales, etc.) Ética y problemas éticos en MF. Medicina de Atención Primaria de Salud (APS). Centro de Salud y Distrito de Atención Primaria(AP). Trabajo en equipo. Equipos de AP: componentes y organización. Continuidad de cuidados. Atención domiciliaria. Sistemas de registro en APS. Coordinación con Atención Especializada y otras instituciones. Urgencias en APS y medicina de catástrofes. Uso de fármacos en APS. Planificación y programación en APS. Actividades de Prevención y Promoción de la Salud. Control de calidad en APS. Programas de garantía de calidad en APS. Informática en APS.	«"Medicina"»  "Medicina Preventiva y Salud Pública"  "Obstetricia y Ginecología"  "Pediatria" y "Psiquiatria"

### Anexo V

Los contenidos de la asignatura se recogen en el siguiente temario. Dada la amplitud de contenidos de la materia y la necesidad de realizar una enseñanza con un especial énfasis en la práctica diaria y la competencia profesional, siempre se adecuarán al contenido práctico, que se lleva a cabo en el Centro de Salud. Considerandose este temario más un catálogo de contenidos flexible y adaptable a las características de los Centros de Salud y las necesidades formativas de los estudiantes.

La importancia de los contenidos de este denso temario radica en que todos los temas abordados tienen identidad académica propia de Medicina de familia y no se imparten en ninguna otra materia de las Facultades de Medicina.

## Parte I Medicina Familiar y Práctica Familiar

TEMA 1 Medicina Familiar. Conceptos básicos en medicina familiar. El modelo biomédico y el modelo holístico de salud. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. Salud y vida en familia. La vida familiar: mitos y realidades.

TEMA 2 La práctica familiar. Trabajar con familias. La atención a la salud centrada en la familia. Estructura familiar. Ciclo vital de la familia y sus fases. Genograma. La familia como causa de enfermedad. Repercusión de la enfermedad sobre la familia.

TEMA 3 Las crisis familiares. Bases para el manejo de las crisis. Una muerte en la familia. Violencia y desorganización familiar. Terapia familiar. Participación del enfermo, la familia y los grupos de autoayuda en el tratamiento. Problemas psiquiátricos en la familia. Indicaciones de derivación al Equipo de Salud Mental. Grupos Balint.

TEMA 4 Ética y Medicina de Familia. Confidencialidad de la información. Decidir «con» el enfermo y la familia. La equidad como problema ético. Problemas éticos en Medicina de Familia.

## Parte II Atención individual en situaciones específicas

TEMA 5 Atención del médico de familia a la mujer. Funciones del médico de familia en la atención a la mujer. Patologías de la mujer más frecuentes de diagnóstico y control en Atención Primaria. Diagnóstico precoz del maltrato en la mujer y conducta a seguir. El papel de la mujer en los cuidados informales de la salud. La salud de la mujer trabajadora.

TEMA 6 Atención del médico de familia al niño y al adolescente. Influencia sobre su salud del ambiente familiar, la escuela y el tiempo libre. Patologías más frecuentes de diagnóstico y control en Atención Primaria. El maltrato en los niños: diagnóstico precoz y conducta a seguir. Salud dental. Atención de las familias con adolescentes afectados de enfermedades crónicas o minusvalías. Comportamientos de riesgo en adolescentes.

TEMA 7 Atención del médico de familia al adulto. Patologías agudas y crónicas del adulto más frecuentes de diagnóstico y control en Atención Primaria. Influencia sobre su salud del ambiente familiar y del medio laboral. Actividades de Educación para la Salud y Promoción de la salud en los adultos. Problemas emocionales (la crisis de los 40 y los 50). Accesibilidad al médico

de la población trabajadora.

TEMA 8 Atención del médico de familia al anciano. Patologías agudas y crónicas más frecuentes de diagnóstico y control en Atención Primaria. Crisis en la vejez. Ocio y jubilación. Los ancianos hiperutilizadores de los servicios sanitarios. Promoción de la salud en la vejez. El anciano institucionalizado.

TEMA 9 Continuidad de cuidados y Atención Domiciliaria. Conceptos y características. Diferencias entre la hospitalización a domicilio y la atención domiciliaria de Atención Primaria. Papel de los miembros del Equipo de Atención Primaria en la atención domiciliaria. Protocolos más usuales.

TEMA 10 Situaciones de emergencia en Atención Primaria. Organización y preparación del enfermo para su traslado a un centro hospitalario. Medicina de catástrofes. Papel del Médico de Familia en las catástrofes. Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) Médicas.

## Parte III Atención Comunitaria

TEMA 11 Atención Primaria de Salud (APS) y Medicina Familiar. APS concepto y desarrollo histórico. Actividades de la APS. Papel del médico de familia en el modelo de APS. Participación de la comunidad en la resolución de sus problemas de salud. El Centro de Salud y el Distrito de Atención Primaria.

TEMA 12 Planificación de una Zona Básica de Salud (ZBS). Conceptos, tipos y niveles. Fases del proceso. Identificación y priorización de necesidades. Dificultades y limitaciones del análisis de salud. Diseño de Programas de salud de una ZBS. Etapas de la programación. Programas básicos de salud.

TEMA 13 Programas de prevención y promoción de la salud en Atención Primaria. Planificación familiar. Control de Embarazo. Control del niño sano. Salud escolar. Exámenes periódicos de salud. Vacunación en adultos. Programas de Patologías crónicas. Programa de prevención de factores de riesgo cardiovascular. Actividades de promoción de la salud en la consulta médica y la visita domiciliaria. Programa de medio ambiente. Programa de salud laboral.

TEMA 14 El trabajo en equipo. Concepto y características. Ventajas e inconvenientes. El Equipo de Atención Primaria: composición, funciones, actividades y organización. Coordinación y dirección. Papel de los miembros del Equipo de Atención Primaria y de los Equipos de Apoyo.

TEMA 15 Los sistemas de información y registro en Atención Primaria de Salud. La historia clínica en Atención Primaria. La Historia Familiar y otros sistemas de registro en APS. Farmacovigilancia. Informática en APS. Hardware y Software de utilidad en APS. Aplicaciones prácticas en el Centro de Salud y la Consulta médica.

TEMA 16 Coordinación con la Atención Especializada y otras instituciones. Interconsulta y derivación. Coordinación con Servicios Sociales y la Comunidad. Coordinación con grupos de autoayuda y autocuidados.

TEMA 17 Control de Calidad en Atención Primaria. Concepto y definición de garantía de calidad. Criterios de calidad en Atención Primaria. Implantación y evaluación de programas de garantía de calidad.

#### **Parte IV Bases Instrumentales y Clínicas**

TEMA 18 La entrevista clínica en medicina familiar. El proceso de la comunicación humana. La entrevista clínica en Atención Primaria. Habilidades en la entrevista. Tipos y partes de la entrevista. La entrevista semiestructurada. Técnicas de la parte exploratoria de la entrevista.

TEMA 19 Informar al paciente. Los mensajes informativos. Técnicas y principios de la comunicación eficaz. Negociar con el paciente. La participación del paciente. Técnicas de negociación con el paciente. El paciente agresivo.

TEMA 20 La toma de decisiones clínicas en Medicina de Familia. El proceso diagnóstico-terapéutico en Medicina de Familia. Las claves diagnósticas en Medicina de Familia. Construcción de la lista de problemas y árboles de decisión. El valor de las pruebas complementarias. Diferencias en el comportamiento diagnóstico terapéutico de los médicos.

Bonal P. Medicina Familiar y Comunitaria: una asignatura universitaria. Aten Primaria 1994; 13:391-396.

Bullón F. Contenidos docentes de la asignatura. Aten Primaria 1996; 18 (S1): 34-35.

Bonal P. Asignatura obligatoria de 6º curso: Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1996; 18 (S1): 33-34.

## **Anexo VI**

### **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA EN MEDICINA DE FAMILIA**

Recogemos libros y revistas relacionados con la medicina de familia como especialidad académica o la Atención Primaria como ámbito donde trabaja el médico de familia.

Diferenciaremos entre textos fundamentales donde se recoge la filosofía, principios y métodos del trabajo en Medicina de Familia, frente a otros textos orientados principalmente a la práctica clínica diaria.

#### **A. Textos y manuales**

Diferenciaremos los siguientes epígrafes:

- 1) Textos Fundamentales escritos por autores extranjeros( clásicos ).
- 2) Textos Fundamentales escritos por autores españoles.
- 3) Textos centrados principalmente en la práctica clínica.
- 4) Series periódicas de textos relacionados con la Medicina de Familia.
- 5) Textos y Documentos relacionados con la Docencia.
- 6) Textos que complementan áreas de conocimiento en Medicina de Familia.
- 7) Textos de ayuda a la investigación en AP/MF.

#### **1) Textos fundamentales escritos por autores extranjeros ( clásicos ):**

\* Rakel RB ed. Saunders Manual de práctica médica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana 1997 (ed original: 1996).

\* Taylor RB ed. Medicina de Familia. Principios y práctica. 4ª ed. Barcelona: Springer-Verlag 1995.

\* Rakel RE ed. Essentials of Family Practice. Philadelphia: WB Saunders Co 1993.

\* Mc Whinney IR. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/Doyma 1995

(ed original:1989).

\* Pritchard P. Manual de Atención Primaria. Su naturaleza y organización. Madrid: Díaz de Santos, 1981 (ed original: 1981).

\* Starfield B. Primary Care. New York: Oxford University Press, 1992.

## **2) Textos Fundamentales escritos por autores españoles:**

\* Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F eds. Manual de metodología de trabajo en Atención Primaria. Madrid: Jarpyo 1997.

\* Martín Zurro A, Cano Pérez JF eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica 3ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma 1994

\* Turabián JL. Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

\* Gallo Vallejo FJ ed. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid:IM&C 1993.

\* De la Revilla L ed. La consulta del médico de familia. La organización en la práctica diaria. Madrid: Jarpyo 1992.

## **3) Textos centrados principalmente en la práctica clínica**

### **3.1. Autores extranjeros:**

\* Taylor RB ed. Manual of Family Practice. Boston: Little, Brown & Co 1997.

\* Bosker G, Stander P. Quick consult manual of Primary Care Medicine. Boston: Little, Brown Co 1997.

\* Goroll AH, May LA, Mulley AG eds. Primary Care Medicine. Office evaluation and management of the adult patient. Philadelphia: JB Lippincott Co 1995.

\* Branch WT ed. Office practice of medicine,3ª ed. Philadelphia : WB Saunders Co 1994.

\* Mengel MB, Schwiebert LP eds. Medicina ambulatoria. Atención Primaria de la familia. Madrid: Editorial médica panamericana 1995 (ed original:

1993).

### **3.2) Autores españoles:**

\* Ruiz de Adana Pérez R ed. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: Díaz de Santos 1996.

\* Baos Vicente ed. Guía de uso de los medicamentos en Atención Primaria. Madrid: Edi-De, 1996.

\* Córdoba R, Lou S eds. Métodos diagnósticos en la consulta en Atención primaria. Madrid: Mosby/Doyma, 1995.

## **4) Series periódicas de textos relacionados con la Medicina de Familia:**

### **4.1) Autores extranjeros:**

\* Year book of Family Practice. Chicago: Year book publishers,Inc.

\* Occasional papers. Royal College of General Practitioners.

\* Primary Care. Philadelphia: WB Saunders Co. (existe traducción: Clínicas de Atención Primaria. México: Mc Graw & Hill-Interamericana ).

\* Oxford General Practice series. Oxford: Oxford University Press.

### **4.2) Autores españoles:**

\* Libro del año. Medicina Familiar y Comunitaria Madrid: Saned ( 1995, 1996 y 1997 ).

\* Recomendaciones semFYC (Asma, Ulcus, Insuficiencia Cardiaca ).

\* Documentos semFYC (nº 1 a 8).

\* CAAPS. Barcelona: Fundación de Atención Primaria.

## **5) Textos y Documentos relacionados con la Docencia:**

### **5.1) Autores extranjeros:**

\* Havelock P, Hasler J, Flew R, McIntre D, Schofield T, Toby J. Professional education for general practice. Oxford: Oxford University Press

1995.

\* Newble D, Cannon R. A handbook for medical teachers, 3ª ed. Dordrecht: Kluwer academic publishers 1994.

\* Cox KE, Ewan CE. La docencia en medicina. Barcelona: Doyma 1990 (ed original: 1988).

### 5.2) Autores españoles:

\* García Barbero M, Alfonso Aroca MJ, Cancillo Salas J, Castejón Ortega JV. Planificación educativa en Ciencias de la Salud. Barcelona: Masson, 1995.

\* Grupo de trabajo de la semFYC. El médico como docente (serie). Barcelona: Edi-De 1996.

\* Red de Unidades Docentes de MFyC. Manual de aplicación práctica del programa docente de la especialidad de MFyC. ( Documento semFYC ).

### 6) Textos que complementan áreas de conocimiento en Medicina de Familia:

\* Borrell Carrió. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.

\* Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J. Atención Primaria orientada a la Comunidad. Barcelona: Doyma, 1994.

\* De la Revilla L ed. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Doyma, 1994.

\* Arribas JM, Caballero F eds. Manual de cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia. Madrid: Jarpyo 1993.

### 7) Textos de ayuda a la investigación en AP/MF:

\* Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone 1997 (ed original: 1997).

\* Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación aplicados a la Atención Primaria de Salud. Barcelona: Doyma, 1991.

\* Howie JGR. Investigación en Medicina General. Madrid: Díaz de San-

tos, 1992 ( ed original: 1989 ).

\* Abramson JH. Métodos de estudio en Medicina Comunitaria. Madrid: Díaz de Santos, 1990 (ed original: 1984).

\* Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Epidemiología clínica. Madrid: Díaz de Santos, 1989 (ed original: 1985).

### B. Revistas médicas de AP/MF:

Aconsejamos a todo clínico la consulta de una revista médica con un enfoque general en inglés (New England Journal, Lancet, JAMA, British Medical Journal, Annals of Internal Medicine...) y otra en castellano ( Med Clínica ). Además, es adecuado consultar al menos una revista de AP/MF en nuestro idioma y otra en Inglés (Tablas I y II). En la Tabla I se recogen las revistas de AP/MF nacionales con las bases de datos donde son referenciadas. Es especialmente útil consultar la base de datos FAMILI, referida a temas relacionados con Medicina de Familia.

NOMBRE DE LA REVISTA	BASES DE DATOS
Atención Primaria	Medline, Embase, IME(*)
MEDIFAM	Embase, IME
FMC	IME
Centro de Salud	IME
Medicina Integral	IME
SEMER	IME

Tabla I.- Revistas de AP/MF editadas en España (Creada a partir de González Guitián C, Blanco Pérez A. El índice Médico Español. Jano 1996; 50: 817-821.

(\*) IME: Índice Médico Español.

NOMBRE DE LA REVISTA	IMPACTO(*)
American Family Physician	0,242
Australian Family Physician	-----
Archives of Family Physician	-----
British Journal of Clinical Practice	0,272
British Journal of General Practice	1,169
British Medical Journal (*)	-----
Canadian Family Physician	0,067
Family Medicine	
Family Practice	0,462
The Journal of Family Practice	0,788
Practitioner	0,032

Tabla II.- Revistas extranjeras de AP/MF y factor impacto según Science Citation Index de 1993. El factor impacto de Medicina clínica fue de 0,909 durante ese año. (Modificado de: Mas Vilardell T. Introducción al «Science citation Index» y factor impacto de las revistas en Atención Primaria de la Salud. Jano 1996; 50: 72-74).

(\*) Aunque no es revista específica de AP/MF, se incluye BMJ por tener una orientación importante hacia la Medicina, además de contar con una sección específica