

Medicina de Familia y Universidad



El problema de la medicina de familia y la universidad es que tal vez los mensajes nucleares de la medicina de familia son absolutamente incompatibles con lo que hoy día representan y ofrecen muchas de nuestras facultades de medicina

Doctutor

Después de más de 40 años de la implantación de la medicina de familia como especialidad médica reconocida y con la atención primaria como ámbito de actuación, su papel hoy día como especialidad con un área de conocimiento, de investigación y de práctica específica y distintiva del resto de especialidades es indudable. El Médico de Familia representa la esencia del médico de cabecera adaptada a las exigencias de la práctica clínica actual, en un contexto único y con un campo de investigación exclusivo. Lo que esta disciplina aporta a los futuros médicos en general y a los futuros profesionales sanitarios en particular ha sido objeto de detallados análisis y descripciones de los que, por poner un único y representativo ejemplo, el informe canadiense Woollard (2000) refleja bien. Podríamos resaltar aquí cuales son esas características propias de esta especialidad y tipo de práctica pero preferimos hacerlo a través precisamente de las opiniones que los propios estudiantes y residentes han considerado sobre ella tras periodos de práctica en este ámbito de la asistencia con médicos de familia. En este número de Doctutor recogemos lo que tres **estudiantes de medicina** opinan tras sus prácticas sobre lo que ha significado y les ha aportado la atención primaria. En la misma línea se encuentra el testimonio de un **psicólogo interno residente**. Resulta especialmente interesante observar como estos testimonios están en línea con lo que la literatura especializada sobre el tema viene resaltando desde hace ya bastantes años (**Geyman y Bliss, 2001**). Así por ejemplo ambos, estudiantes y residente de psicología, destacan la visión integral del paciente: la perspectiva integral del paciente, donde lo biológico, lo psicológico y lo social forman la totalidad de lo que éste trae a la consulta? y el centro de salud ha sido el primer sitio en el que hemos visto un paciente en todo su conjunto, en toda su totalidad. Hemos visto y sentido personas?. Ambos destacan el rol que juega la familia y el desarrollo de la persona (ciclo vital) en el proceso de salud-enfermedad: los médicos de familia, siguen a sus pacientes de manera longitudinal, es decir, conocen al paciente desde los 14 años, incluso antes, debido a que conocen a la familia? y el importante papel de las familias y la gran influencia de la situación vital, social o económica en la que se encuentran los pacientes?. El residente observa muy agudamente como la enfermedad impacta de manera muy distinta en función de las características vitales y familiares de cada paciente. Aspectos como la capacidad de solucionar un elevado número de problemas por parte del médico de familia para lo cual la relación médico-paciente se convierte en la mejor herramienta de este profesional y la confianza en su principal producto, es destacada por las estudiantes: Es decir, en cierta manera, los médicos son como sus confidentes. Y hemos podido ver, que simplemente la entrevista clínica, puede ser terapéutica?, y de la misma forma para el residente: resulta interesante ver el impacto psicológico tan distinto que las enfermedades tienen en cada paciente? la gran cantidad de problemas psicológicos que directa o indirectamente los pacientes llevan a las consultas de AP?, lo que justifica la importancia de esta herramienta que sin embargo exige tiempo y pericia y que parece que no cuesta dinero, pero sí tiempo y habilidad. Los estudiantes captan el trabajo colaborativo entre el médico y el paciente y dándose cuenta de la imposibilidad de ejercer una medicina autoritaria y de la efectividad de una relación colaborativa y negociadora que les lleva a aprender a tratar personas, pacientes, y no sólo patologías?. Otro aspecto de gran interés resaltado por el residente es la formación en trabajo colaborativo que es más patente en este contexto: también nos hace ser conscientes de la importancia de una buena coordinación con los equipos de atención primaria al atender a nuestros pacientes?.

Quizás estos testimonios aparentemente simples y desde luego no exhaustivos de todo lo que la medicina de familia puede ofrecer,

resulten sin embargo si cabe mucho más trascendentes y profundos que los que podamos aportar los profesionales desde dentro del sistema y revelarían así algunas de las características propias y lo que aporta la medicina de familia al sistema sanitario, a la medicina y a la formación de los estudiantes y profesionales.

El irrelevante papel de la Medicina de Familia en las Facultades: Granada y Córdoba como ejemplos

Sin embargo, estos 40 años de desarrollo y afianzamiento de la medicina de familia, no se han visto reflejados en el ámbito académico especialmente en nuestro país y otros muchos de Europa. La reciente revisión del estado de la medicina de familia en las universidades de Brekke et al (2013) es un buen ejemplo de ello. En este número de Doctutor también traemos el entusiasta testimonio de **P Gallo, un médico de familia** que combina su trabajo con responsabilidades docentes en grado como **profesor asociado de medicina**. En su artículo nos dibuja el grado de presencia de la enseñanza de la medicina de familia en la facultad de medicina de Granada desde la implantación del nuevo plan de estudios. Sin duda que lo que Gallo expone puede ser considerado como un gran éxito si se compara con lo que antes de esta reforma existía: nada o muy muy poco. Sin embargo después de 40 años de medicina de familia, leer el testimonio animoso de este querido y admirado compañero resulta para algunos un tanto desalentador. En realidad: ¿una asignatura llamada ¿Comunicación Médica?, en la que un médico de familia colabora impartiendo seminarios; una optativa de 3 ECTS a la que ni siquiera fue posible denominarla simplemente Medicina Familiar y Comunitaria; un Módulo de ¿Medicina Familiar? en una asignatura de 5º curso y un Rotatorio clínico de 6º 9 ECTS por Atención primaria? , seguramente como actividad de una asignatura médico-quirúrgica, no deberían de colmar las aspiraciones de lo que hoy por hoy representa el 50 % de la atención clínica en nuestro país.

Pero este estado de la medicina de familia en la universidad de Granada, no es algo aislado y único ¿por poner otro ejemplo cercano y que alguno de nosotros conoce muy bien, muy cerca de Granada está Córdoba, otra facultad que también modificó sus planes de estudio recientemente y que, en lo relativo a la medicina de familia (durante más de 20 años sus Centros de Salud habían estado recibiendo estudiantes ¿para las prácticas de médica?) parecía una buena oportunidad para asumir ya de una forma autónoma un papel propio (ya que además en ese momento existían profesores médicos de familia acreditados por la ANECA y eventualmente podían optar a la titularidad de una también eventual asignatura de medicina de familia) y que sin embargo se quedó una vez más en "agua de borrajas". Algo que dado el estado de cosas puede ser considerado como una estafa, y que además podría ejemplificar bien uno de los tipos de estafa que está sufriendo la sociedad por algunos de los estamentos de algunas universidades públicas. Lo que en Córdoba los responsables del Departamento implicado (Medicina) intentaron por todos los medios y finalmente consiguieron fue que la medicina de familia no existiese como tal en el curriculum de la Facultad de Medicina de Córdoba asegurándose también de que esto no fuera posible en los años venideros. Así, dejaron una vez más en la estacada a una especialidad y unos profesionales, los médicos de familia, los cuales hasta entonces habían sido muy leales en su colaboración con la universidad. Intentando, eso si, que continuasen siendo simplemente ¿colaboradores? sin ningún tipo de compensación (salvo una ya tan inútil como simbólica compensación académica) o en el mejor de los casos ofreciéndoles a un representante por centro de salud el status de ¿asociado? (para lo cual se aprovechó el addendum de una normativa del Servicio de Salud autonómico) -SAS-, y así poder continuar ofreciendo prácticas de medicina, en este caso de Patología General, aunque sin ninguna posibilidad de incorporarse a puestos de responsabilidad docente en el mismo nivel que los de otras materias u otros docentes clínicos. La imaginativa solución del caso de Córdoba fue incorporar algunos contenidos de medicina de familia dentro de la asignatura de Patología General (¡¡!!), la cual está y estará bajo la dirección del catedrático de medicina de turno y sus descendientes (y en este caso son descendientes en el sentido textual).

Maniobras como la practicada en la facultad de medicina de Córdoba o similares se hacen ante los estamentos políticos responsables del sistema sanitario, los cuales son del todo incapaces (difícil a estas alturas saber si de manera consciente o inconsciente) de imponer ningún criterio propio a la universidad (es de todos conocido el blindaje que la LOU da a este estamento y a los departamentos para organizarse de espaldas a cualquier demanda social si así lo desean estos). De esta forma, sin embargo, en Córdoba no se les ha "negado a los médicos de familia el continuar" en la "enseñanza" ,...si bien en el papel de secundones, lo que por otra parte vuelve a ser una estrategia de dirigentes del departamento catedráticos y titulares para su beneficio en la medida en la que son los médicos de familia los que les sacan las castañas del fuego (nos referimos a las prácticas). Seguramente muchos lectores podrán identificar prácticas muy similares a las descritas aquí en sus propios entornos locales.

El problema de fondo de nuestras Facultades de Medicina

Pero, más allá de los ejemplos seguramente representativos de estas dos Facultades, lo que el contencioso medicina de familia-universidad está revelando es precisamente el mal que afecta a nuestras Facultades de Medicina, y que de una forma apresurada podría ser resumido en:

¿ una absoluta falta de orientación sobre el tipo de egresado que quieren tener, lo que se revela en la ausencia de declaraciones

homogenizadoras de su filosofía curricular tipo 'mission statement' y por tanto de un concepto claro sobre el médico general que a cualquier facultad de medicina se le debería exigir formar (el mejor indicador de este fracaso es precisamente la imposibilidad de que hoy día en España un residente de 1er año pueda ejercer como médico de pleno derecho y obligación)

? como consecuencia de lo anterior pero también de la organización estructural que nuestra universidad se ha dado a si misma, una comparti(departa)mentalización de la enseñanza con muy poca coherencia. Entendiendo coherencia como la existencia (e identificación) de contenidos y objetivos docentes longitudinales e integrados a través de todo el curriculum. Se ha identificado esta atomización como la consecuencia de unas actuaciones que responden a los intereses propios de los departamentos y no al interés docente general/social que debería imperar en una universidad pública

? la persistencia de una enseñanza decimonónica, que incluso después de la introducción del grado (Bolonia) sigue basándose en la clase magistral y en un sistema de prácticas, que salvo excepciones, tiene muy poca repercusión en la evaluación del alumno porque por lo general no responde a objetivos docentes claros y previamente estipulados. Este sistema de prácticas, es un sistema que no está 'profesionalizado', esto es que descansa sobre 'colaboradores voluntarios' (en nuestro caso muchos de ellos de la Atención Primaria, auténticos 'tontos útiles' del sistema). Y al que por lo tanto no se le pueden exigir determinadas responsabilidades. Salvo excepciones, en realidad Bolonia ha sido un auténtico 'chollo' para el titular y el catedrático, pues gracias a ella han visto reducirse su carga presencial a cambio de nada y en general no ha significado un incremento en la enseñanza personalizada y en metodologías docentes más adaptadas para formar no solo en el saber, sino en el saber hacer y en que nuestros estudiantes incorporen los valores de una medicina centrada en la persona y el buen juicio en su aplicación práctica.

La Medicina de Familia debe replantearse su papel en esta Universidad

En muchas de las Facultades de Medicina que sufren de estos males, la medicina de familia, en el mejor de los casos, está jugando un papel de comparsa, en el peor, resulta cómplice de la estafa social que esto supone, sirviendo inconscientemente a los intereses oscuros de sus dirigentes y catedráticos y contribuyendo de esta forma a la pervivencia de unas Facultades de Medicina que a diferencia de muchas otras de nuestro entorno, principalmente anglosajonas y nórdicas, no tienen como objetivo el formar a médicos de personas en el contexto de una relación clínica colaborativa en los que los valores profesionales no estarían reñidos con una formación técnicamente buena y relacionalmente mejor, sino que siguen al albur de una formación académica orientada hacia la hiper-especialización, los exámenes tipo test (conocimiento) y el mantenimiento del poder del profesional sobre (contra) los pacientes.

Es evidente que lo que aquí comentamos aunque pensamos que mayoritario, no es generalizable a toda la comunidad de facultades y de personas (catedráticos y titulares) que en ellas trabajan y que su estrecha relación con la estrategia de la política hace que muchas de las responsabilidades de aquellos puedan diluirse en un ambiente donde cambiar es 'prácticamente imposible'

El problema de la medicina de familia y la universidad es que tal vez los mensajes nucleares de la medicina de familia son absolutamente incompatibles con los que representa y ofrece nuestra universidad. Una universidad que en ámbitos sociales muy amplios ya es considerada incompetente, a juzgar por las consecuencias que tienen su ausencia de los rankings universitarios mundiales 'y cabe preguntarse ¿cuál es la posición de nuestras facultades de medicina en estos rankings? ¿existen?

Así a estas alturas del desarrollo profesional de la medicina de familia/atención primaria, los responsables de las corporaciones y sociedades científicas de este ámbito (semFYC, SEMERGEN, Colegios Médicos y otros) deberían de plantearse de forma muy seria y en especial en niveles de decisión políticos no solo el papel actual de la medicina de familia en la enseñanza de la medicina de nuestros futuros profesionales sino el de las propias facultades de medicina en nuestra sociedad denunciando de manera clara y abierta la situación existente en muchas de ellas aunque también aprovechando las iniciativas de saludable sincera y competente renovación que algunas de ellas viene intentando llevar a cabo en los últimos años.

Referencias

Geyman JP, Bliss E. What does family practice need to do next? A cross-generational view Fam Med. 2001;33:259-67.

Disponibile (accedido el 5 de Febrero de 2015):

<http://mail.fmdrl.org/fmhub/FULLPDF/APRIL01/2001-33-4-259-267.pdf>

Mette Brekke, Francesco Carelli, Natalia Zarbailov, Givi Javashvili, Stefan Wilm, Markku Timonen, Howard Tandeter.

Undergraduate medical education in general

practice/family medicine throughout Europe ? a descriptive study. BMC Medical Education 2013, 13:157.

Disponibile (accedido el 5 de Febrero de 2015):

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-13-157.pdf>

Woollard R (editor). The present and promise of family medicina in undergraduate education. A discussion paper. 2000.

Disponibile (accedido el 5 de Febrero de 2015): http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/WoollardRevMonograph_Aug20.pdf