

15 años de Medicina de Familia y Universidad (II): Barreras y Retos para una incorporación responsable



Resumen: La Medicina de Familia (MF) lleva desde su creación como especialidad y más intensamente desde hace al menos 15 años, intentando ocupar el lugar que le corresponde en la enseñanza de grado en España. Sin embargo, dado que esa enseñanza parece encontrarse muy enfocada en modelos clínico-asistenciales biologicistas y aún lejos de los estándares de calidad docente basados en la evidencia y propuestos nacional e internacionalmente, la MF, en su incorporación, no debería simplemente pretender ocupar un puesto de poder acorde con su papel en la atención sanitaria si no que sobre todo debe aspirar a contribuir para que, por una parte, la enseñanza de grado en las facultades de medicina (FFMM), mejore de una manera sustancial tanto en metodología docente y evaluativa como en su enfoque clínico-asistencial y también para contribuir a una radical renovación del sistema educativo de grado en medicina. El desarrollo de esta propuesta se plantea en dos artículos, de los cuales en el primero se desarrolló una aproximación indirecta al nivel actual de la enseñanza en las FFMM españolas a las que se incorpora la MF y en este segundo se ofrecen algunas evidencias sobre el nivel actual de esta incorporación, el cual, aunque cada vez más importante, mantiene al igual que otras áreas de conocimiento (comunicación, ética,?) una posición aún muy secundaria, discutiendo sobre las principales barreras que impiden una auténtica incorporación y que tienen que ver sobre todo con la fuerza de la ideología imperante en el mundo académico médico.

15 Years of Family Medicine and University (II): Barriers and Challenges for a Responsible Incorporation Abstract: Since its creation as a specialty, and more intensely for at least 15 years, Family Medicine (FM) has been trying to occupy its rightful place in undergraduate teaching in Spain. However, given that this teaching seems to be very focused on biological clinical-care models and still far from the evidence-based teaching quality standards proposed nationally and internationally, FM, in its incorporation, should not simply seek to occupy a position of power commensurate with its role in healthcare, but above all, should aspire to contribute to, on the one hand, the substantial improvement of undergraduate teaching in medical schools (MSs) in both teaching and assessment methodology and in its clinical-care approach, and also to contribute to a radical renewal of the undergraduate medical education system. The development of this proposal is presented in two articles, the first of which developed an indirect approach to the current level of medical teaching in the Spanish MSs to which FM is incorporated and this second one offers some

evidence on the current level of this incorporation, which although increasingly important maintains, like other areas of knowledge (communication, ethics, ...) a very secondary position, discussing the main barriers that prevent a true incorporation and that have to do above all with the strength of the prevailing ideology in the medical academic world.

En este artículo es el segundo de dos artículos donde se plantea la propuesta de que **la Medicina de Familia (MF), en su incorporación a la Universidad, debe aspirar si no tanto a revolucionar la enseñanza de la medicina de grado en nuestro país, sí contribuir a través de su incorporación a que esa enseñanza mejore de una manera sustancial tanto en metodología docente y evaluativa, enfoque clínico como modificando sus estructuras operativas.** En la primera entrega anteriormente publicada, se ofrecía una aproximación sobre el nivel actual de la enseñanza de la medicina en nuestras Facultades de Medicina (FFMM) y cuya conclusión era que dado que de las 55 FFMM acreditadas en España apenas 8 de ellas están incluidas en los rankings de excelencia educativa internacionales y que la situación de esta enseñanza, como apuntaba un panel de expertos en un informe sobre la evaluación de los médicos españoles en el ámbito de grado (1), merece sustanciales recomendaciones de mejora, precisando muchas de esas FFMM avanzar en la incorporación de metodologías docentes y evaluativas que garanticen más eficacia en el aprendizaje de la medicina actual así como en la incorporación de perspectivas menos especializadas y más generalistas y centradas en la persona, a la vez que se debería renovar sustancialmente el enfoque y estructuras académicas imperantes, la MF en su incorporación tiene la oportunidad de jugar un papel renovador en esos ámbitos. En este segundo artículo se exponen los peligros que para la MF supone el incorporarse a este sistema educativo actual en muchas de las FFMM, aceptándolo sin más y aspirando sencillamente a ocupar una plaza de poder en el actual status académico. Para ello expongo primero algunas de las evidencias disponibles y opiniones de expertos sobre cómo se está incorporando la MF a la Universidad, y equiparo su situación con la misma que han experimentado otras áreas de conocimiento relevantes para el ejercicio de la medicina actual pero igualmente marginales. En la discusión concluyo que, a pesar de los avances experimentados persiste una situación de marginalidad debido principalmente a la dinámica ideológica cientificista imperante en las estructuras académicas actuales que será preciso cambiar si realmente la MF quiere ocupar el lugar que merece.

¿Cuál es la situación actual de la incorporación de la MF en las FFMM españolas?

En estos últimos 15 años que nos ocupa este análisis, el nivel de penetración de la MF en la Universidad española ha sido enorme. Destaco aquí dos recientes estudios que por su naturaleza ofrecen información sobre la situación actual de la MF en la Universidad contrastable. Se trata, por una parte, del 'Primer informe del Observatorio de la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España (AMFE) en la universidad española', del año 2023 (2), cuyo objetivo fue precisamente el conocer el grado de implementación de MF en el grado de Medicina de todas las universidades españolas y, por otra, el recientemente publicado estudio de Jiménez Martínez et al 'La formación en Medicina Familiar y Comunitaria en el grado de Medicina en las universidades españolas: análisis de la situación actual' (3). Ambos concluyen que en estos últimos 15 años efectivamente la MF ha dado pasos importantes y su presencia en las FFMM españolas está muy extendida. El estudio patrocinado por la AMFE de hace dos años constataba que la asignatura de MF estaba implantada en 34 facultades (82,9%), siendo obligatoria en 32 (94,1%), un 78% del total. El estudio de Jiménez et al ratificaba esta presencia de la MF incrementándose de una manera heterogénea. Así dos años después, eran 40 los grados que incluían alguna asignatura teórico-práctica con contenidos sobre MF, 27 de los cuales con alguna asignatura específica sobre MF y 13 grados con asignaturas más generales en las que se abordan también otras especialidades (3). Las prácticas de MF (tuteladas) se hacían en 28 facultades (68%) (2), con una mediana duración de 5 semanas y créditos propios en 19 (46%) (2). Las rotaciones prácticas en el centro de salud estaban presentes en 34 facultades (83%), y eran obligatorias en 29 (85%) (2). Jiménez reportaba 'prácticas tuteladas ya en 44 grados' (3). En 34 FFMM (83%) la asignatura se impartía en cursos avanzados (5º y 6º) (2).

En general, estas cifras, como decíamos, llevaban a los autores de ambos estudios a concluir de una manera positiva afirmando que ha habido en estos años una progresión de la MF en la universidad española sustancial, pero con muchos matices. Para el informe de la AMFE, 'aún está lejos del nivel en el que se encuentran las universidades de otros países?' y para Jiménez et al su presencia es 'aún insuficiente?' ya que para estos (que parecen enfocarse más en aspectos cuantitativos) 'hay una significativa carencia de asignaturas teórico-prácticas específicas de MF y rotatorios específicos de Atención Primaria o con suficientes créditos?'. Es especialmente interesante el enfoque crítico que da la AMFE, destacando la gran variabilidad existente entre universidades, con un número de créditos y distribución muy heterogéneo, así como en sus denominaciones y contenidos, sin que existan departamentos de MF, y solo unidades docentes universitarias en 4 facultades, con una escasísima cifra de profesores con rango académico reconocido

(sólo 3 catedráticos -que en estos momentos son ya 4- y 13 profesores titulares). Por lo que el informe AMFE concluye llamando la atención sobre la debilidad de la MF en esta incorporación tanto por su estructura y carga docente como por la metodología docente utilizada, que, sin embargo, para la AMFE representa también su más interesante fortaleza: la implementación de metodologías docentes y evaluativas innovadoras.

A lo largo de estos años se han sucedido la publicación de reputadas opiniones respecto al tema que nos ocupa que sería muy prolijo enumerar aquí. Sin embargo, quiero destacar algunos de los comentarios que a este respecto publicó López-Torres Hidalgo en su calidad de profesor asociado de medicina preventiva, en la Universidad de Castilla-La Mancha, secretario Científico de SemFYC y miembro de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria (4). Estas opiniones son de 2018, sin embargo, muchas de ellas son muy actuales y se ven además confirmadas en los estudios posteriores que he comentado. Así para López-Torres la presencia de la Medicina de Familia en la universidad española es aún deficitaria y son pocos los médicos de familia acreditados para optar a profesores titulares o catedráticos. Se lamenta de que ¿aún no se haya producido un reconocimiento de la especialidad como área de conocimiento por parte de la formación universitaria en España? lo cual para él ¿es tanto como no reconocer el perfil profesional del médico de familia? y con esto se refiere a que la capacidad de la MF para ¿coordinar y desarrollar sus actividades docentes y de investigación con sus propios especialistas y en su propio departamento? es escasa o nula, siendo ¿por ahora la atención primaria solo considerada como un área de prácticas y como mucho como una asignatura obligatoria?. En su opinión, en estos momentos todavía ¿existe cierta desorientación en la universidad española acerca del tipo de médico general que se debe formar? y ¿Las facultades de medicina deberían decidir si la formación de grado se debe dirigir a formar médicos ¿pluripotenciales? adecuadamente adiestrados en la visión integral del paciente o si solo se trata de una plataforma para acceder a la formación especializada?. Para este autor el problema de fondo sigue siendo el mismo que se destacaba en el artículo publicado en **Doctutor** en 2015 (5): ¿hay resistencia al cambio, favorecida por el propio marco legislativo universitario y sobre todo por el interés en conservar lo conseguido por parte de las áreas de conocimiento previamente reconocidas? y una buena prueba de esto es que ¿año tras año la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria no se encuentra entre las elegidas por los aspirantes a plazas MIR con mejores calificaciones, debiéndose probablemente, entre otras razones, al gran desconocimiento de la misma?.

Similitudes de la incorporación de la MF en los currícula de grado de medicina con la de la Comunicación Clínica (CC): un ejemplo a tener en cuenta

En España, la enseñanza de la CC en el grado, al igual que la de la MF, era también muy escasa a principios de siglo. Sin embargo, en 2014, un estudio que incluyó a 42 FFMM españolas (6), revelaba ya la inclusión formal de estas materias en 32 FFMM, con 2,77 créditos de media, sin descartarse la presencia repartida en diferentes asignaturas. En 2005, la ANECA contempló la CC como una competencia específica a enseñar, apareciendo en la Orden ECI/332/2008 del Ministerio de Educación y Ciencia como una de las 7 competencias a adquirir para conseguir el título de médico (7,8). Lógicamente, tanto la ANECA como la orden del BOE ofrecían una perspectiva genérica sobre dominios comunicativos y no detallaban ni contenidos a incluir ni la forma para enseñarla o evaluarla. De esta forma, a la vez que las FFMM se vieron ¿obligadas? a su incorporación, estas, en un contexto donde los responsables de la CC, que mayormente eran médicos de familia, apenas tenían capacidad decisoria sobre el tema, dispusieron de una total autonomía para organizar su programa docente y adaptarlo a los desarrollos educativos y a sus prioridades institucionales.

Al igual que los recientes estudios de la AMFE y de Jiménez et al con la MF, en el 2019 realizamos un estudio (publicado en 2021) donde revisamos y contrastamos la forma en que esta competencia se había incluido en los programas y era enseñada y evaluada (9). El estudio incluyó como fuente de información además de sus páginas web, un cuestionario y una entrevista con los responsables de la enseñanza de habilidades comunicativas en las, entonces 41 FFMM del listado oficial del Ministerio de Sanidad, de los que respondieron 35. En el ámbito de la CC distintas organizaciones educativas médicas internacionales y nacionales, habían publicado pautas basadas en evidencias sobre cómo se debería desarrollar la enseñanza de la CC, para asegurar eficacia docente. Así esta debía ser: (1) longitudinal, abarcando todo el currículo (2) con métodos docentes «experienciales» (role-playing, práctica con pacientes simulados, observación, feedback y discusiones en grupos pequeños), (3) integrándola en el currículo médico general y en actividades prácticas de las especialidades médicas y (4) atendiendo a la calidad de su entrenamiento tanto en condiciones reales en las prácticas como especialmente en simuladas, (para que así todos los alumnos puedan ensayarlas con pacientes simulados y recibir feedback). Sin embargo, el estudio reveló que, aunque la mayoría de las FFMM españolas incorporaron algunos contenidos sobre habilidades comunicativas, esta incorporación estaba muy lejos de ajustarse a los requerimientos para que su aprendizaje fuese

eficaz, lo que no solo amenazaba este y su implementación práctica por parte de los estudiantes, sino que los persuadía contra su interés y eficacia clínica.

Como continuación de ese estudio, invitamos a los responsables de la enseñanza de la CC universitarios que habían participado en ese estudio descriptivo previo a ofrecer, en esta ocasión, sus opiniones respecto a los problemas y barreras que ellos mismos detectaron en la incorporación e implementación de esta enseñanza en sus propias FFMM (10). El objetivo de esta segunda aproximación fue el detectar los principales problemas que existían y a la vez reconocer ámbitos prioritarios de intervención futura para hacer más efectiva esta incorporación y enseñanza. Se obtuvieron respuestas de 30 FFMM, (85,7% de las contactadas y 73% de todas las existentes entonces en España) y se identificaron 5 áreas temáticas principales de problemas o barreras, cada una con diferentes subáreas: 1) Actitudes negativas de profesores y responsables académicos (generadas por tener ideas contra la competencia); 2) Presencia marginal en el curriculum: organización y estructuración; 3) Actitudes negativas de los alumnos (generadas ignorar su utilidad o no servir para el MIR); 4) Profesorado escaso y poco preparado; 5) Metodología docente y evaluativa requerida demasiado exigente y cara. Remitimos al lector a los estudios originales publicados para los detalles precisos sobre esa implantación. De esta forma, y a juzgar por los estudios sobre la incorporación de la MF en las FFMM de la AMFE y de Jiménez et al y por algunas opiniones de sus miembros, la incorporación de las habilidades de CC en la enseñanza de grado de nuestras facultades parece compartir bastantes similitudes

Discusión

Los estudios aquí aportados así como las opiniones de líderes coinciden en señalar que, a pesar de los avances conseguidos en los últimos años, la MF tiene serias dificultades para situarse a nivel académico en una situación equiparable a su nivel sanitario. Sin embargo, las dificultades de la MF para conseguir una plena incorporación en la Universidad española que le permita desarrollar su misión educativa acorde con sus principios y con el modelo de práctica clínica que representa no es algo novedoso, aunque quizás la estructura de la universidad española lo hace más difícil que en otros países. Estas dificultades son las mismas que las humanidades y ciencias sociales (H&CS) y de la conducta (antropología médica, medicina social, comunicación asistencial, ética médica, etc), tradicionalmente tienen para incorporarse como miembros de pleno derecho en la educación médica.

El problema no es nuevo: las barreras para su incorporación no han cambiado

A lo largo de los últimos 60-70 años las llamadas apelando a esa necesidad de incluir reformas curriculares consistentes en limitar la super-especialización e introducir el generalismo, preventivismo y comunitarismo, promover un proceso de selección de estudiantes de medicina más allá de su nivel de conocimientos, realizar una revisión crítica de lo que aporta el conocimiento biomédico al clínico, afrontar el problema de la sobrecarga curricular en medicina y plantear una mayor y más relevante presencia de la atención primaria, las H&CS en los curricula de ciencias de la salud (11,12,13), han sido constantes en el ámbito de la educación médica. Sin embargo, la realidad es que las reformas curriculares que se han ido proponiendo, no son consideradas suficientes ni en cantidad ni en forma. En 1975 una encuesta realizada a decanos de las escuelas de medicina americanas encontró que ¿casi el 90%? de ellos apoyaban la inclusión y un mayor peso en el curriculum de estas, pero, a la vez estos decanos veían la posibilidad de realizar este cambio de forma marginal o escasa; y ellos mismos se consideraban con poca capacidad para influenciar en esta dirección (14). El sociólogo S Bloom (15) llamó hace tiempo la atención sobre la paradoja de que a pesar de que la práctica clínica ha cambiado en los últimos años enormemente, sin embargo, la educación médica no lo ha hecho. Para este autor, la razón de que esto sea así es que la educación médica está al servicio de la biomedicina y de sus avances científico-técnicos y no realmente al servicio de las necesidades siempre cambiantes de la práctica clínica. En este sentido, este prestigioso autor declaraba: ¿¿la manifiesta misión generalista de la educación médica es poco más que una fachada para la misión de la investigación (biomédica) que sería la preocupación real de las instituciones educativas? (15). Según, Christakis (16) que analizó el contenido de informes educativos médicos y al igual que otros autores (17), en realidad no existirían unas propuestas de reformas reales para abordar e incorporar de manera significativa las necesidades sociales y sostiene que lo que estas reformas pretenden es el reforzar la profesión médica (sus valores y sus modos de autorregulación), pero una vez más no responderían a la necesidad de adaptar la enseñanza a la realidad de la clínica. Esto define el problema: la fuerza de la ideología como barrera del cambio.

La mayoría de los estudios que he revisado reconocen que, a pesar de la necesidad de su incorporación, ésta presencia, sin embargo,

presenta problemas en casi todos los lugares donde se ha intentado. En el fondo existe la percepción entre educadores y estudiantes o residentes de que tales materias en las facultades de medicina (incluyendo la MF) son algo que "está bien conocer" (nice to know) pero no son consideradas como algo que "sea preciso conocer" (need to know) (18). Esta percepción nice to know revela la consideración de un status de la MF y las H&CS secundario o supeditado al status que tienen las ciencias biomédicas duras. La mayoría de los estudios que exploran los problemas de implementación de estas áreas de conocimiento en las FFMM coinciden en señalar la existencia de una serie de barreras. Según la revisión de Tabatabaei et al (2016) (19), estas barreras pueden agruparse en 7 dominios y 23 componentes repartidos en esos dominios: liderazgo ineficaz, problemas relacionados con el profesorado que imparte estas materias, con la actitud de los clínicos docentes hacia las materias, el conflicto entre ambos tipos de profesores, limitación de los recursos y el apoyo financiero, problemas relacionados con el currículum y la actitud negativa de los estudiantes. Un análisis crítico de los informes educativos, desde los tiempos del propio Flexner hasta artículos sobre este tema aparecidos en revistas de educación médica norteamericanas (Academic Medicine y anteriores entre otras) identificaron que los temas que se reivindican son recurrentes a lo largo de todos estos años, concluyendo que existe un discurso que, centrándose periódicamente en el futuro, ignora la naturaleza histórica actual de esos problemas, sugiere un sentido de urgencia y propone soluciones que no pasan de ser modestas, en lugar de proponer o implementar los cambios institucionales profundos y sistémicos que serían los realmente necesarios (17). De aquí su metáfora de "los ponis del carrusel" (17).

Esta colaboración pretende llamar la atención sobre la naturaleza e importancia de la lucha ideológica en el tema de la incorporación de la MF a la universidad y de la hegemonía que con todas las consecuencias está ejerciendo la ideología científicista biomédica y su correlato práctico de especialismo/reduccionismo en la educación médica de nuestro país. Considero que esta perspectiva puede ser especialmente significativa en este momento ya que desvela la falacia biomédica y reduccionista de fundamentar sus actuaciones en base a hechos y situaciones de objetiva efectividad, esto es, de actuar de forma desideologizada, lo cual representa el núcleo del discurso políticamente correcto de la biomedicina y de las especialidades. Muchos de los profesionales y educadores médicos, seguramente de una forma inconsciente, defienden en gran medida esta falacia.

De esta manera, quiero resaltar aquí dos componentes principales de la ideología biomédica/especialista: por una parte, su carácter pragmatista, el cual descansaría en la consideración de la eficacia del modelo científicista y del reduccionismo para conseguir resultados de salud por encima de cualquier otro modelo y por otra, su carácter empirista que supone un tipo particular de epistemología y antropología y que apuntaría a un "sentido" de la práctica clínica (y de la labor del médico) eminentemente fisicalista/reduccionista. En el ámbito de la educación médica este modelo enfatiza el desarrollo de una educación que prioriza la perspectiva de la especialización y la adquisición de contenidos y habilidades (competencias) frente a la perspectiva del generalismo/holismo y el desarrollo de las capacidades de relación y metacognitivas del estudiante.

En un artículo donde abordé con más detalle este problema (20), utilicé una metáfora y un marco conceptual para entender mejor la fuerza de la ideología en medicina: La metáfora de las muñecas rusas, que ilustraba la inclusión de problemas menores en un problema mayor que los determina (figura 1).

Figura1: La metáfora de las Muñecas Rusas: influencia de la hegemonía biomédica (epistemología atrincherada) sobre las barreras para la incorporación de la MF y H&CS en los currículos médicos



Además, resulta interesante como este dominio de la biomedicina/especialismo se extendería más allá del curriculum formal ya que los valores científicos: competencia, pragmatismo y reduccionismo, marcarían también la mayor parte del curriculum oculto imperante en la educación médica actual (21) (y que en muchas ocasiones la MF está ya interiorizando).

Como se puede observar, el listado de barreras que los responsables de la enseñanza de la CC en nuestras FFMM destacaron para su adecuada incorporación (10), tiene mucho paralelismo con el que, a juzgar por los resultados de los estudios y opiniones aportados aquí, podamos identificar respecto de la incorporación de la MF. Con la CC cada barrera la veíamos como reforzadora de las otras en un círculo vicioso? (figura 2). Nótese la similitud con los distintos problemas incluidos en cada muñeca de la metáfora de las muñecas rusas y como cada uno de estos problemas descritos en el círculo vicioso de la CC es superponible a los detectados para la incorporación de la MF.

Figura 2: Dinámica de los factores involucrados en una inadecuada incorporación de la MF y las H&CS en la enseñanza de grado de medicina



Comentarios, argumentos y evidencias adicionales sobre el status de la ideología biomédica como ideología dominante en la educación médica y su carácter limitativo sobre la MF

Según Knorr-Cetina (22), las diferentes culturas epistémicas se revelan mediante distintas aproximaciones empíricas, constructos de significados concretos, ?ontologías instrumentales particulares, y maquinarias sociales distintas?. La construcción de estas culturas epistémicas está impulsada por los límites institucionales que separan grupos de practicantes o científicos entre sí en organizaciones educativas e investigadoras. Por otra parte, el concepto de ?campo? de Bourdieu (23) ayuda a entender las relaciones de poder entre los grupos, ya que ese concepto es un constructo que se refiere a ?relaciones? (p.e., oposición, alianza, dominación, resistencia, etc) entre agentes sociales (individuos, grupos o instituciones) ocupando diferentes posiciones en una red jerárquicamente estructurada. Ambos conceptos se pueden relacionar también con el concepto de kuhniano de ?paradigma?, en el ámbito de la ciencia (24). Así el contexto de la salud puede ser conceptualizado como un campo de producción de conocimiento y de prácticas sobre temas sanitarios en el que diferentes grupos interactúan en consonancia con su propia cultura epistémica. La cultura epistémica hegemónica es aquí la biomédica/reduccionista. En términos kuhnianos la biomedicina ocuparía el ?paradigma dominante? en el ámbito científico de las ciencias de la salud (24). Así, las relaciones de poder en el ámbito de la salud y de la educación médica, como en todos los campos, gira en torno a lo biomédico y su visión biológica de la salud: enfermedad como alteración anatómica o bioquímica con un paradigma investigador cuantitativo experimental, la cual se constituye como ciencia legítima y una aproximación clínica especializada/reduccionista. Usando ambos conceptos, cultura y campo epistémico, y si se quiere también el de paradigma, podemos entender mejor cómo esta cultura epistémica imperante y hegemónica en la práctica, la investigación y la educación médica (paradigma dominante) funciona como árbitro del tipo de conocimiento que tiene o no valor y de la producción que generan otras culturas epistémicas. De esta forma el valor de la cultura epistémica y las prácticas de investigación de los científicos sociales y de la MF, con un concepto de la salud más holístico, con enfoques investigadores más cualitativos, recién llegados a la medicina o con una posición tradicionalmente secundaria, estará determinado en gran medida por las percepciones y juicios de los clínicos, educadores y científicos biomédicos dotados con el poder de definir lo que es valioso en el campo de la medicina y lo que no. A este propósito, el uso del concepto de campo de Bourdieu facilita percibir la existencia de una lucha de poder donde los científicos biomédicos y su cultura epistémica ocupa una posición dominante para defender las políticas sanitarias, educativas y de investigación y el acceso a recursos en cualquiera de estos tres ámbitos frente a otros ?competidores? con culturas epistémicas diferentes como sería el caso de la MF.

La investigación de Albert et al (25) deja constancia de la existencia de esta dinámica. Estos autores exploraron las posibilidades que tienen las ciencias sociales para integrarse y prosperar en un campo en el que el paradigma experimental lo ocupan la ciencia biomédica. Mediante encuestas en profundidad realizadas a 31 científicos biomédicos, constataron como la gran mayoría de ellos (16 científicos) sostuvieron que las ciencias sociales no podían generar resultados válidos y fiables porque no asumen el diseño experimental como un enfoque metodológico en sus investigaciones, mientras otros (7 científicos) mostraron una postura de aceptación cautelosa hacia las ciencias sociales especialmente por sus reservas sobre los métodos cualitativos de investigación. De esta manera estos autores concluían que la incorporación de las ciencias sociales continuará encontrando obstáculos en el campo de la investigación de la salud en el futuro. Litva y Peters (26) tras realizar una encuesta a educadores médicos sobre los problemas para introducir las ciencias sociales, utilizan el descriptivo y belicoso término de ?epistemologías atrincheradas? para describir las resistencias que describen los encuestados, en el ámbito educativo médico, donde la hegemonía biomédica se reflejaría tanto en los métodos evaluativos utilizados como en los criterios que las escuelas de medicina utilizan para aceptar a los estudiantes. El predominio de determinadas técnicas evaluativas en las escuelas de medicina, como por ejemplo las preguntas de elección múltiple o los formatos de examen tipo ECOE que valoran un conocimiento de tipo factual excluye otros tipos de conocimiento. Son varios los autores que han llamado la atención sobre como esos métodos evaluativos tradicionales utilizados en las escuelas de medicina suponen una barrera para el afianzamiento de la enseñanza de la MF y de las H&CS (18,27). Existen otros estudios a este respecto de los que finalmente nombrare sólo el de Wachter et al (28). Este estudio exploró los problemas que aparecen cuando se incorpora un curriculum de tipo interdisciplinar en humanidades médicas, observando como esas diferencias en el status representan una barrera mayor para una implementación exitosa del Programa de Humanidades Médicas. En la práctica los contenidos de las ?humanidades? eran contruidos, definidos y utilizados dentro de un marco de referencia ?médico?, donde las ?humanidades? se supeditaban a los médicos y se construían como materias ?opuestas? e inferiores: una especie de ?no-ciencia?, ?no-práctica?, ?no académica?, complementaria y no igual a la medicina, predominando una aproximación racionalista al conocimiento que no facilitaba la estructura teórica suficiente a los estudiantes como para entender en profundidad lo que aprendían (28).

Finalmente, es preciso tener en cuenta que los estudiantes no son inmunes a este dominio epistemológico y aunque estos parecen expresar niveles predominantemente simplistas de pensamiento epistemológico (las creencias personales sobre qué es el conocimiento y cómo lo entendemos, integramos y aplicamos) en el que influyen el conocimiento científico y el experiencial, un entrenamiento médico dominado por el pensamiento científico (paradigma dominante) viene finalmente a inclinar la balanza hacia identidades profesionales donde predomina el pensamiento biomédico/especializado y a su vez el rechazo de las la MF, la CC o la ética (29)

Conclusiones

Tanto los estudios empíricos publicados como las opiniones de líderes de la MF coinciden en señalar que, a pesar de los avances conseguidos en los últimos años, la MF tiene serias dificultades para situarse a nivel académico en una situación equiparable a su nivel sanitario. Estas dificultades, sin embargo, son similares a las que desde siempre han tenido otras áreas de conocimiento ajenas o marginales a las puramente biologicistas. La barrera principal para una adecuada y eficaz incorporación tiene que ver principalmente con la ideología dominante en las FFMM. Si la MF y sus instituciones quieren conseguir una plena y responsable incorporación, además de liderar la puesta en práctica de metodologías docentes y evaluativas experienciales y centradas en el alumno, deberán mantener una actitud crítica y renovadora frente a las estructuras de poder académicas en medicina, así como jugar en este sentido sus bazas políticas para cambiar el dominio científicista especializado imperante en esta enseñanza. Aunque esto representa una labor lenta y difícil, la MF y sus instituciones no deberían renunciar a ello.

Referencias

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). La evaluación de la formación de los médicos en España. Informe de la Fundación Educación Médica, FEM. Abril 2022. Disponible en:

<https://www.educacionmedica.net/pdf/monografias/2022-Evaluacion-Formacion-Medicos.pdf>

Casado Vicente V, Remedios Martín Álvarez R, Aldecoa Landesa S, Sisó Almirall A Magallón Botaya R, García Velasco G y Grupo Colaborativo ACOAMFE. Primer informe del Observatorio de la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España (AMFE) en la universidad española, 2023. Rev Clin Med Fam 2013;16 (3):247-259. Disponible en:

<https://revclinmedfam.com/articulo/primer-informe-del-observatorio-de-la-academia-de-medicina-familiar-y-comunitaria-de-espana-amfe-en-la-universidad-espanola-2023>

E. Jiménez-Martínez, A. Fernández-Ramos, S. Cinza-Sanjurjo, V. Martín-Sánchez, A. Barquilla-García, R. Micó-Pérez. La formación en Medicina Familiar y Comunitaria en el grado de Medicina en las universidades españolas: análisis de la situación actual. Medicina de Familia. SEMERGEN, 2025;51(4) <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102437> Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359324002478>

López-Torres Hidalgo JD. Medicina de Familia en la Universidad sí, pero como Área de Conocimiento. Rev Clin Med Fam 2018;11 (2) Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000200046

Doctutor ?Medicina de Familia y Universidad? Boletín Doctutor de Educación Médica 2015; Febrero. Disponible en: (<https://www.doctutor.es/2015/02/05/medicina-de-familia-y-universidad/>)

G. Ferreira Padilla, T. Ferrandez Anton, J. Baleriola Julvez, R. Almeida Cabrera. Communication skills in the curriculum of Medical students from Spain (1990-2014): From the Primary Health Care to the Bologna Plan. A descriptive study] Spanish. Aten Primaria., 47 (2015), pp. 399-410

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Título de Grado en Medicina, (2005), <https://www.educacionmedica.net/pdf/documentos/LibroBlanco.pdf>

Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40, 15 de febrero de 2008. p. 8351-5.

Ruiz-Moral R, García de Leonardo C, Cerro Pérez A, Monge Martín D, Caballero Martínez F. Cómo se está incorporando, enseñando y evaluando la comunicación clínica en las facultades de Medicina españolas. *Edu Med* 2021;22 (S6):473-78 doi:

[10.1016/j.edumed.2019.12.003](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.12.003) Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-como-se-esta-incorporando-ensenando-S1575181320300036>

Ruiz Moral, R., García de Leonardo, C., Cerro Pérez, A. et al. Barriers to teaching communication skills in Spanish medical schools: a qualitative study with academic leaders. *BMC Med Educ* **20**, 41 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1944-9> Disponible en: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-1944-9>

Kuper A, D'Eon M. Rethinking the basis of medical knowledge. *Med Educ* 2011;45:36?43

Sales CS, Schlaff AL. Reforming medical education: a review and synthesis of five critiques of medical practice. *Soc Sci Med* 2010;70:1665?8.

Whitehead C. Recipes for medical education reform: will different ingredients create better doctors? A commentary on Sales and Schlaff. *Soc Sci Med* 2010;70:1672?6.

Smyth FS. The place of the humanities and social sciences in the education of physicians. *J Med Educ* 1962;37:495?9.

Bloom SW. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. *J Health Soc Behav* 1988;29:294?306

Christakis, N. A. The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. *Journal. of the American Medical Association*, 1995;274(9):706?711

Whitehead C, Hodges BD, Austin Z. Captive on a carousel: discourses of 'new' in medical education 1910-2010. *Adv in Health Sci Educ* 2013;18:755-768

Russell A, van Teijlingen E, Lambert H, Stacy R. Social and behavioural science education in UK medical schools: current practice and future directions. *Med Educ* 2004;38:409?17.

Tabatabaei, Z., Yazdani, S., Sadeghi, R. (2016). Barriers to integration of behavioral and social sciences in the general medicine curriculum and recommended strategies to overcome: A systematic review. *J Adv Med Educ Prof*, 4, 111-21

Ruiz Moral R. La incorporación de las humanidades y ciencias socio-sanitarias en la educación médica: ¿Cuál es el problema y qué se debe hacer? *Folia Humanista* 2018, febrero y marzo nº 1. Disponible en: <https://revista.proeditio.com/index.php/foalihumanistica/article/view/1121/1855>

Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students_ perceptions of teaching. *BMJ* 2006;329:770?3.

Knorr-Cetina, K. *Epistemic cultures. How the sciences make knowledge.* Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999

P Bourdieu. *El oficio de científico: Ciencia de la ciencia y reflexividad.* Barcelona: Anagrama, 2003

Kuhnn TS. *La estructura de las revoluciones científicas.* Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 2011

Albert M, Laberge S, Hodges B, Regehr G, Lingard L. Biomedical scientists' perception of the social sciences in health research. *Soc Sci Med* 2008;66:2520-31

Litva A, Peters S. Exploring barriers to teaching behavioural and social sciences in medical education. *Medical Education* 2008;42:309-314

Satterfield JM, Mitteness LS, Tervalon M, Adler N. Integrating the social and behavioural sciences in an undergraduate medical curriculum: the UCSF essential core. *Acad Med* 2004;79:6?15

Wachtler C, Lundin S, Troein M. Humanities for medical students? A qualitative study of a medical humanities curriculum in a medical school program. *BMC Medical Education* 2006;6:16

Knight LV, Mattick K. When I first came here, I thought medicine was black and white: making sense of medical students ways of knowing. *Soc Sci Med* 2006;63:1084?96