



REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE DE RECEPCIÓN
COMO ACADÉMICA CORRESPONDIENTE

DISCURSO DE INGRESO

MEDICINA DE FAMILIA
Y UNIVERSIDAD

POR LA

Dra. D^a. María Dolores Medina Abellán



DISCURSO DE PRESENTACIÓN

POR EL

Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Enrique Pereñíguez Barranco



10 de diciembre de 2021

MURCIA



DISCURSOS

LEÍDOS EN LA SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE
DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICA CORRESPONDIENTE,
CELEBRADA POR LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

el día 10 de diciembre de 2021

Discurso de ingreso

por la

Sra. Dra. D^a. María Dolores Medina Abellán

‘Medicina de Familia y Universidad’

Discurso de presentación

por el

Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Enrique Pereñíguez Barranco

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia

Edita:



*Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia*

Realización y producción:

Juana Alegría (juanialeagriagarcia@gmail.com)

Depósito Legal:

MU-1212-2021

Índice:

• Discurso de presentación	7
• Discurso de ingreso:	
Medicina de Familia y Universidad	13
Preámbulo	19
1. Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria	21
2. Evolución de la Medicina Familiar y Comunitari.....	27
a. Pasado:	27
i. En el Mundo	27
ii. En España	29
b. Presente	33
c. Futuro. La Atención Primaria que necesitamos en el siglo XXI	36
3. Universidad	37
a. Medicina Familiar y Comunitaria en los países de nuestro entorno	38
b. Medicina Familiar y Comunitaria en España	41
i. Evolución histórica	41
ii. Presencia actual	53
c. Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad de Murcia	59
i. Evolución histórica	59
ii. Momento actual	62
d. Aportación de la Medicina Familiar y Comunitaria al Grado de Medicina	69
4. Bibliografía	75

Discurso de presentación

por el

Ilmo. Sr. D. Juan Enrique Pereñíguez Barranco

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia

Excma. Sra. Presidente Real Academia de Medicina y Cirugía
Ilmos. Sres. Académicos
Autoridades
Amigos, Señoras y señores

Es para mí una auténtica satisfacción el poder presentar en esta RAM a la Dra. María Medina Abellán en el acto de su incorporación a esta Bicentenaria Institución, como Académica Correspondiente.

Conocí a María en el año 2004 donde por designios de la vida me fue adjudicada como Médico Residente de MFyC., más joven que ahora, alegre, pero con un punto de seriedad que siempre admiré en ella.

A lo largo de esos decisivos años, nos fuimos conociendo en lo profesional y en lo personal, gocé y sufrí con ella los avatares, que en ese período suelen producirse: mejorar el nivel profesional, amistades, relaciones, amores...

A mi juicio era de destacar en ella, su elevada estatura, su juvenil cuerpo, y esa media sonrisa cómplice que nos llevaba a atender a nuestros pacientes con ilusión y con ganas de mejorar ambos profesionalmente.

Luego, orientación profesional, y no solo de la especialidad, la pregunta que nos hicimos fue: “Qué quiero ser de mayor” y a eso le dimos respuesta.

Durante estos últimos 18 años nos hemos seguido observando, viéndonos y orientándonos, no solo conmigo, sino con más personas que han ido aumentando su bagaje curricular, profesional y personal.

Se casa con Santiago, previa anafilaxia del caballero, al que reivindica permanentemente en cualquier lugar o situación, mi relación con su marido no deja de ser seria pero entrañable. Sus hijos culminan un

maravilloso periodo donde el proyecto, que era María, es ya una realidad en lo personal y lo profesional. Y sus aficiones son la natación y estudiar, y su asignatura pendiente, hacer un Santa Pola-Tabarca a nado.

Sus hermanos Juan, Pablo y Luis y su madre Lola, con la que recuerdo paseos por la plaza del Cardenal Belluga hablando de su hija, siempre han sido como un viento a favor para el despliegue de la propia María.

A su padre Juan, me consta que le tenía una gran admiración y quiero hacer una referencia a él, aunque no esté entre nosotros por el impacto que él y lo suyo tuvo en María.

Las relaciones con sus compañeros fueron y son de gran atracción hacia su persona y su forma de trabajar, y las unidades docentes donde estuvo fueron cuna de conocimiento en los aspectos teóricos de la formación MIR en MFyC.

Escudriñar el magnífico *curriculum* de María sería extremadamente aburrido, y además ustedes lo pueden encontrar en la propia Academia, pero daré unas pinceladas:

- Licenciada en Medicina y Cirugía por la UMU.
- Dra. en Medicina por la UM en 2007 con la Tesis calificada de *Cum Laude* y titulada “*Consumo de Alcohol en la Población Trabajadora Inmigrante: Eficacia Diagnóstica del Test AUDIT y Marcadores Bioquímicos*”.
- Tiene 5 títulos post grado entre especialidades y másteres.
- Tiene recogida su asistencia a 161 cursos de especialización.
- Estancia en Martin-Luther- Universität Halle-Wittenberg (Alemania).
- Ha disfrutado, a su vez, de 2 becas competitivas.
- Ha publicado 20 artículos en revistas de alto impacto, 6 de ellos están indexados en JCR.
- Ha publicado 14 libros y capítulos.
- Participación en 5 proyectos de investigación, siendo en 4 de ellos la investigadora principal.
- Se encuentra en la actualidad dirigiendo 2 tesis doctorales.

- Ha asistido a más de 200 congresos de carácter nacional e internacional.
- Ha sido profesora Asociada del rotatorio de AP de forma intermitente.
- Ha pertenecido a los centros de salud de Vistabella y Totana, donde trabaja en la actualidad.
- Tutora de AP de la Unidad Docente de MFyC de Murcia.

Su destreza en el manejo del Inglés y del Alemán, le han abierto un campo muy importante para su desarrollo científico-médico.

En resumen, un valor que debe consolidarse y ofrecer a la Academia lo mejor de ella misma, que es mucho, su mejora progresiva y su incorporación , en breve, a lugares de decisión científica y de política sanitaria.

Esta presentación, responde al inmenso orgullo y admiración que siento por María, desde el rigor científico y el del conocimiento personal.

Ya que ella no se ha atrevido, diré que nuestra relación se basa en una sola frase “Amor eterno”.

Sobre su discurso de recepción en la RAM haré unas consideraciones generales como: la buena estructura del trabajo, la evolución histórica de la AP en nuestro país y en el Mundo, los valores sustantivos de la Medicina de Familia y cómo el paso del tiempo ha ido construyendo una sólida especialidad con dificultades en el ámbito laboral.

La Medicina de Familia ha demostrado a lo largo de estos últimos 30 años, que tiene la potencia de cualquier otra especialidad médica, y muchas veces ocurre que la pugna con el hospital no es de los profesionales y sí de los gestores del momento. La Dra. Medina, ha vivido, como nosotros, el desarrollo de la AP a partir del año 2004, informatización, mejora en la gestión del SMS, y también, a partir de la Crisis Económica del 2008 el decaimiento progresivo de nuestra especialidad, y a su vez de la AP.

En el Libro que publicamos en Noviembre de 2021, titulado: “*Retorno al Pasado o Regreso al Futuro*” indicamos claramente los pro-

blemas de gestión y de insuficiencia presupuestaria que han acompañado a la AP en nuestra Región. La COVID ha generado el estallido de las costuras que sostenían las relaciones Primaria – Hospital y han dejado a nuestros gestores, en este sentido la coincidencia con la aportación de la Dra. Medina es casi absoluta.

En su trabajo da juego a todos los actores que tienen relación con la atención primaria, desde sindicalistas a gestores y profesionales, y se podría convertir en documento muy interesante de consulta sobre futuras construcciones referidas a la AP.

La estéril pugna que existe en la Región de Murcia sobre la idoneidad de la existencia de una asignatura de Medicina de Familia en el curriculum de nuestra UM nos debe hacer reflexionar del por qué la gran mayoría de las facultades de nuestro país tienen la citada asignatura, incluso la Universidad hermana UCAM tiene 6 créditos, la UMU no.

En resumen, la adecuación de la MF, tanto al pregrado como al grado de Medicina, es una necesidad social imperiosa, la formación MIR debería implementarse a 5 años para la MFyC dada la complejidad de lo que se nos avecina: el mundo de la fragilidad, la cronicidad y la dependencia.

Quiero que conste esta opinión personal para finalizar mi discurso, y más tras la respuesta COVID que dio la AP:

“Estuvimos cuando se nos requirió, y estaremos para cuando la sociedad en su conjunto nos necesite”.

Gracias María.

He dicho.

Discurso de ingreso

‘Medicina de Familia y Universidad’

por la

Sra. Dra. D^a. María Dolores Medina Abellán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

A Carmen e Iván

Necesitamos formar jirafas porque ellas tienen capacidad para ver a largo plazo y en la distancia, mirada 360 grados, corazón grande, temple para aceptar las críticas (hasta las más duras).

David A. Tejada de Rivero
Coordinador General de la Conferencia
Internacional de Salud Alma Ata 1978

Preámbulo

Excma. Sra. Presidente Real Academia de Medicina y Cirugía

Excmas e Imas. Autoridades

Ilmos. Sres. Académicos

Señoras y señores

Quiero comenzar agradeciendo a esta bicentenaria Real Academia de Medicina y Cirugía, la distinción de que he sido objeto nombrándome Académico correspondiente, agradecimiento que quiero hacer extensivo a su Excelentísima Señora Presidente Doña María Trinidad Herrero Ezquerro, a los Ilustrísimos Académicos Don Juan Enrique Pereñíguez Barranco, Don Rafael Pacheco Guevara y Carlos Ferrándiz Araujo que avalaron mi propuesta, por el honor que para mí representa este nombramiento. En segundo lugar gracias a todos por venir.

Querría tener un breve recuerdos para aquellas personas que me ayudaron a crecer como persona y como profesional y que gracias a ellos hoy puedo tener el orgullo de estar realizando este acto. En primer lugar a mis madre y hermanos por formarme como persona. A mi padre porque sé que estaría orgulloso de mi.

A Santi por el apoyo de todos estos años, por la familia que hemos formado. A Carmen e Iván, mis hijos, lo mejor que me ha dado la vida.

Quiero a sí mismo expresar mi más profunda admiración y afecto al Ilmo. Académico Juan Enrique Pereñíguez Barranco, mi tutor

durante mis años de residencia. Gracias por transmitirme el amor a esta profesión, por creer y defender en todos los foros posibles esta especialidad que tanta satisfacción personal me aporta.

A mi amigo el Dr. Juan Antonio Domínguez, por tantos años de trabajo juntos en el que me ayudaste para ser el médico que ahora soy. Gracias.

A la Dra. María Dolores Pérez Cárceles, catedrática de Medicina Legal, mi directora de tesis, por impulsarme a seguir mejorando y por su apoyo en mis proyectos de investigación.

A todos mis compañeros del Centro de Salud de Totana Sur porque vosotros sois el mejor ejemplo de Equipo de Atención Primaria. Por vuestro esfuerzo, dedicación y profesionalidad.

A las primeras promociones de Medicina Familiar y Comunitaria, que lucharon para que los demás pudiésemos disfrutar de la especialidad tal y como la conocemos. Gracias por vuestro esfuerzo del que nos hemos beneficiado las generaciones posteriores. Mi admiración sincera.

Mi agradecimiento a todos y cada uno de mis pacientes, porque ya sea en la consulta, en sus domicilios o en la calle, he aprendido de ellos.

La Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad

El perfil profesional del médico de familia (MF) es amplio y singular. En su quehacer habitual incorpora una visión conjunta de los problemas de salud y la enfermedad. Fomenta la salud de las personas a lo largo de toda su vida, desde el nacimiento a la vejez, comprendiéndolas en su dimensión individual, laboral, familiar y social. Garantiza la equidad y el acceso a la salud hasta en el lugar más alejado.

1. Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria

Podríamos considerar *Alma Ata* (1978) el inicio de lo que hoy se conoce como Atención Primaria de Salud (APS). En aquella conferencia internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se definió «*como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación*». La Atención Primaria (AP) es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función

central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico y global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Definiciones mucho más modernas, como la de Javier Padilla¹, entiende la Atención Primaria como *«aquel sistema que, gracias a su accesibilidad, continuidad asistencial y a la polivalencia de sus profesionales, presta una asistencia cuyo objetivo es resolver los problemas frecuentes de salud de las personas y su comunidad, coordinándose en lo necesario con el resto de niveles asistenciales y dispositivos sociales y sanitarios»*.

¿Medicina de familia y Atención Primaria es lo mismo? La respuesta es sencilla: no. Pero hay una tendencia generalizada en la que hace que una de sus partes (la medicina de familia) se convierta en el todo (la Atención Primaria). La medicina de familia, según la WONCA² es una disciplina académica y científica con contenidos pedagógicos, investigación, evidencia fundamentada y actividad clínica propios, y es una especialidad clínica orientada a la atención primaria. Los médicos de familia no somos más que una parte de los Equipos de Atención Primaria, donde quedan englobados muchísimos más profesionales sin los que el trabajo de los médicos de familia no sería posible o sería mucho más tedioso. Sánchez Amat¹ considera que la medicina de familia ha desempeñado un papel central y expansivo pero que la formulación de la APS del futuro ha de desbordar las propuestas de la medicina familiar y comunitaria (MFYC) e incluir las del resto de profesiones que forman parte de los Equipos de Atención Primaria (enfermería, auxiliares de enfermería, administración). Según ella, urge refundar la APS desde el compromiso compartido, así como abrirse e integrar las distintas perspectivas, sabiendo que ninguna es definitiva y todas necesarias.

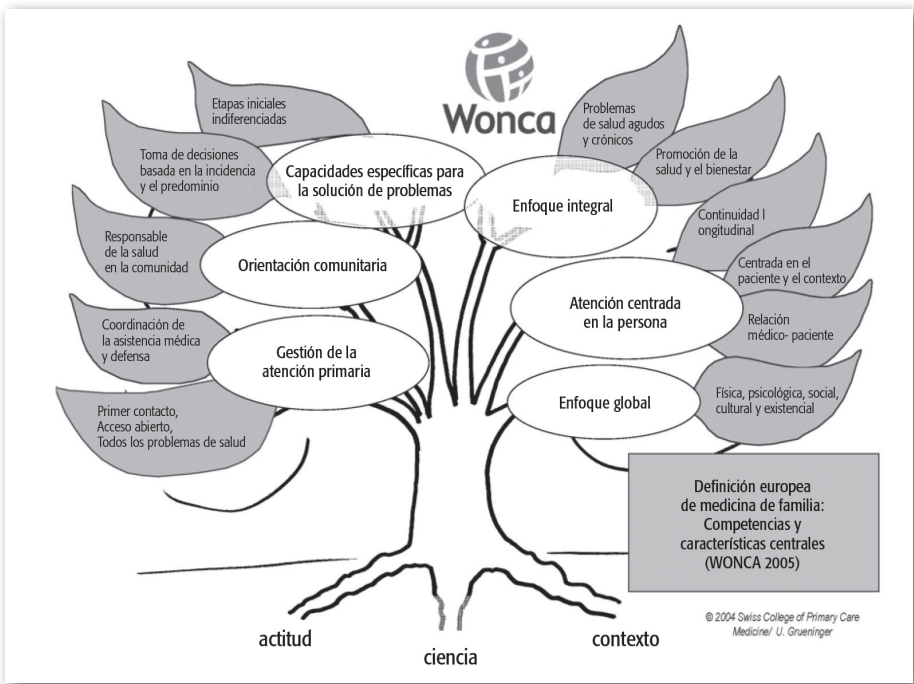


Figura 1. Árbol de la WONCA elaborado por el Colegio Suizo con la definición europea de medicina de familia. Competencias y características centrales.

Los elementos conceptuales de la APS son^{3,4}:

1. Integral: Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológica, psicológica y social no son independientes e interseccionan en los individuos y sus necesidades y problemas de salud. Debe reconocer cada una de las perspectivas y otorgar el peso apropiado a cada una de ellas.
2. Integrada: Incorpora la educación y promoción de la salud, la prevención, la curación y cuidados de la enfermedad, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el consejo, el asesoramiento, la defensa, etc...
3. Continuada y permanente: A lo largo de la vida de los individuos, en distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y

en cualquier circunstancia (consulta de centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario).

4. Activa: Los profesionales han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud, aunque estas no sean expresadas, con referencia especial a los campos de la promoción y la prevención.
5. Accesible: La accesibilidad es la piedra angular de la equidad de los equipos sanitarios y para ello se necesita la ausencia de barreras (económicas, geográficas, culturales, organizativas para el acceso a los servicios de salud), buenos sistemas de comunicación y buena relación asistencial, contemplar dentro de la responsabilidad a la persona, la familia y la comunidad y atención a todo tipo de problema que afecte a la salud.
6. Basada en equipos interdisciplinarios integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios,
7. Comunitaria y participativa: Proporciona atención a los problemas de salud tanto desde la perspectiva individual como colectiva. Se necesita la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actuaciones.
8. Programada y evaluable: Actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.
9. Docente e investigadora: Incorpora o debe incorporar la docencia de grado, formación especializada o postgrado y educación médica continuada. La investigación como método de mejora profesionales y crecimiento del cuerpo de conocimientos de la AP.

Los valores nucleares de la APS son^{1,5}:

1. Longitudinalidad: Continuidad en el tiempo de la relación médico paciente, en su medio y a lo largo de los distintos recorridos de su salud. Ello tiene un impacto directo en la consulta al mejorar el manejo de la incertidumbre y del tiempo.

Un reciente estudio noruego ha remarcado la importancia de una de las características más importante de la Atención Primaria: la longitudinalidad. La duración de la relación entre un médico de familia y sus pacientes (cupo) se asocia (y es estadísticamente significativa) con una reducción del uso de los servicios de urgencias, menos hospitalizaciones agudas y menor mortalidad. Esta relación, es además, dosis dependiente y probablemente causal⁶.

2. Accesibilidad: Tratando de ofrecer servicio sin barreras (geográficas, administrativas, monetarias, culturales y otras), por profesional adecuado, garantizando el acceso a la asistencia sanitaria con cercanía y prontitud. Este concepto es susceptible de confundirse con inmediatez.
3. Integralidad y visión generalista: Habilita tener una visión biopsicosocial lo más completa posible del sujeto, con vistas a poder resolver y acompañar la mayoría de los problemas de salud de la población atendida, no solo desde la curación, sino a través de la prevención y promoción de la salud, la rehabilitación y la atención paliativa. En Atención Primaria en España se atienden más de 212 millones de consultas anuales, frente a los 2,8 millones de ingresos en hospitales. En AP habrá cada vez más pacientes, mientras que en los hospitales se produce el fenómeno inverso, las estancias medias han descendido en los últimos 14 años⁷. Y esto es porque una AP fuerte se relaciona negativamente con la mortalidad por cualquier causa, mortalidad prematura por cualquier causa o con una muerte precoz por asma, bronquitis, enfisema y neumonía, muerte cardiovascular y enfermedad coronaria. Esta relación es significativa, aunque reducida en magnitud, incluso cuando se controlan determinantes a micro y macro nivel. Por lo que afirma que una Atención Primaria fuerte y ciertas prácticas como la regulación geográfica, longitudinalidad, coordinación y orientación a la comunidad pueden mejorar la salud de la población⁸.

4. Coordinación y continuidad asistencial: Este nivel asistencial debe de ser de referencia para el paciente, coordinando los contactos o las decisiones del resto de los profesionales con quienes precise tomar contacto (otras especialidades y niveles asistenciales, farmacia, trabajo social, etc). A partir del conocimiento que el profesional de APS acumula del paciente, se dispone en busca de un objetivo común evitando posibles conflictos. Tiene una percepción de la enfermedad cercana a su distribución poblacional: maneja los procesos, sostiene las fases de cronicidad y acompaña en las terminales. Maneja los problemas de salud conjugando signos, síntomas y probabilidades epidemiológicas para esbozar un diagnóstico de sospecha. Sólo si es necesario incorpora las pruebas complementarias oportunas, y la posibilidad de realizar un seguimiento evolutivo estrecho del paciente le permite manejar de forma más eficaz la incertidumbre diagnóstica⁹.
5. Orientación al paciente: Se ocupa de las personas y de sus problemas en el contexto de sus circunstancias vitales, no con patologías impersonales o “casos”. El punto de partida del proceso es el paciente. Tan importante es comprender cómo se enfrenta el paciente a la enfermedad y cómo la percibe como ocuparse del proceso de la enfermedad mismo. El denominador común es la persona, con sus creencias, miedos, expectativas y necesidades.
6. Empoderamiento de pacientes, familias y comunidades: Trabaja para que los individuos, sus familias y las comunidades donde viven puedan hacerse cargo de una manera efectiva y equitativa de su salud dentro de un marco de corresponsabilidad. Entre sus funciones se incluye un papel de liderazgo en la comunidad que ejecuta en las escuelas, ayuntamientos, junto a los servicios sociales y asociaciones ciudadanas.
7. Abordaje de los determinantes en Salud: Involucra la acción de sectores diversos que influyen en los factores tanto perso-

nales como sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos y de las poblaciones.

2. Evolución de la Medicina Familiar Comunitaria

a. Pasado

i. En el Mundo

El comienzo del siglo XX vino marcada por el *Informe Flexner* (1910), comenzando así la era de la especialización. Este informe, que comentaré más tarde, supuso el inicio del declive de la medicina general en favor de las especialidades médicas y su salida de las escuelas de medicina. Comienzan así medicina interna, cirugía, obstetricia y psiquiatría. Se asume que cualquier graduado podía ser médico general y que la práctica general no era una disciplina por derecho propio. La inexistencia de formación posgraduada en medicina general o de cátedras y departamentos contribuía a crear una imagen intelectualmente inferior a la de sus colegas hospitalarios. En Europa, durante el siglo XIX, la proporción de médicos generales/especialistas era de 80/20, pero se convirtió en una relación de 20/80 durante los primeros 50 años del siglo XX¹⁰.

William Osler, como padre de la medicina hipocrática moderna, había advertido que “*El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad*”, trasladando los cimientos de la educación médica del siglo XIX de las clases a la cabecera del paciente, trajo consigo el estudio y la humanidad en la relación médico-paciente. Quedan identificadas así, las tres grandes influencias para la medicina general: medicina social y humanista, medicina científica y académica y la Atención Primaria como ámbito propio de actuación.

Los primeros intentos de organización de la especialidad surgieron en Estados Unidos y en Gran Bretaña. En Norteamérica llevaron a la creación de la sección del “*General Practice*”, de la American Medical Association (1946) y de la American Academy of General Practice (1947), supuso la primera organización profesional de médicos generales con alcance nacional. En 1920 se publicó en *Informe Dawson* en Gran Bretaña que definió los centros de salud y también se iniciaron movimientos de reconocimiento de la labor del médico de cabecera ligados al National Health Service con la creación de la figura de “*General Practitioners*” (1950).

A partir de 1950, la comunidad médica internacional tomó conciencia de que el médico que egresaba de las facultades no estaba preparado para atender los problemas de la población. Se precisa un profesional que sepa manejar la mayor parte de las necesidades de la población y que atendiera a la persona en su complejidad. La práctica de la medicina general comenzó a ser vista, no simplemente como el grueso indiferenciado de la profesión, sino como una disciplina clínica con un cuerpo de conocimientos propio. La Medicina Familiar como especialidad nació en la década de 1960 y se extendió en la década de 1970 a diferentes países¹⁰.

En 1970, en el seno de la IV Conferencia Mundial de Médicos Generales celebrada en Chicago se organiza la WONCA (la Organización Mundial de Médicos de Familia). En Europa se crea la Unión de Médicos Generalistas (UEMO) y la Unión Europea de Médicos Generalistas (UEMS) con un importante papel de representación de los médicos de familia en los órganos consultivos del Parlamento Europeo⁹.

Y llegamos a *Alma Ata* (1978) el inicio de lo que hoy se conoce como Atención Primaria de Salud. La salud “*es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de mu-*

chos otros sectores sociales y económicos además del de la salud". Era inaceptable que la gran mayoría de la población mundial tuviese falta de una básica Atención Primaria. En aquella conferencia internacional de la OMS se definió la Atención Primaria, tal y como hoy la conocemos y, por aquel entonces, proclamaron "Salud para todos en el año 2000" con la intención de que todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva (una promesa de mínimos de salud a nivel mundial).

Tras más de 40 años de la declaración sobre APS, mucho camino se ha recorrido, pero aún queda otro tanto por andar. En 2018, países de todo el mundo firmaron la *Declaración de Astaná* donde prometieron fortalecer sus sistemas de APS como un paso esencial para lograr la cobertura universal de salud. A día de hoy al menos la mitad de la población mundial carece de acceso a los servicios de salud esenciales incluidos las enfermedades no transmisibles y transmisibles, la salud materno infantil, la salud mental y la salud sexual y reproductiva.

ii. En España

Según refiere Casado¹¹ la situación de la medicina general en España, en las décadas de 1940 a 1970, era muy similar a la descrita en el Reino Unido. La asistencia del médico general era distinta entre el medio urbano y el medio rural. En el medio urbano, los ambulatorios y los consultorios albergaron médicos generales, especialistas que pasaban consulta de medicina general, pediatras, practicantes y ATS. La adscripción se hacía por cartillas familiares. La dedicación asistencial era de 2-2,5 horas y la asistencia era individual, curativa y reparadora. El desarrollo industrial conllevó un incremento de la cobertura, que generó un aumento de la demanda, la burocratización, la masificación asistencial, la

asistencia de baja calidad, la no resolución de la demanda y una creciente insatisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales. En el medio rural se encontraban los médicos de asistencia pública domiciliaria (APD), que ejercían funciones de jefes locales de sanidad, de la salud pública y preventiva y, desde la Ley de 193/1963 sobre Bases de la Seguridad Social, la asistencia sanitaria de los afiliados a la Seguridad Social residentes en su municipio, desempeñando las funciones de médico general, con una atención sanitaria las 24 horas del día, los 365 días del año.

A finales de los años setenta comienza a plantearse en España la necesidad de una reforma en profundidad de la AP, tras la conferencia de *Alma Ata* (1978), que confirma el papel nuclear de esta en el proceso de reorientación de los sistemas sanitarios. En esos años la idea dominante era convertir el sistema sanitario público en un sistema nacional de salud. El Ministerio de Sanidad vio la necesidad de crear una especialización en medicina general para poder desarrollar adecuadamente la AP y que sirviera como punta de lanza de una Reforma Sanitaria que se potenciaría con esta nueva concepción de la AP. Y es con el RD 2015/78, de 15 de julio de 1978, de regulación de títulos por especialidades, en el que se reconoce por primera vez la medicina de familia como especialidad médica, y se reconoce al médico de familia 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 AP y desarrollo de actividades docentes y de investigación (RD 3303/1978 de la Presidencia del Gobierno regula la especialidad de medicina familiar y comunitaria). También se disponía la formación de la Comisión

Nacional de la Especialidad de MFYC, para que elaborara los programas formativos tanto teóricos como prácticos, así como el reconocimiento de las unidades y áreas que habrían de formar al médico de familia y la determinación de los criterios de evaluación. Cabe destacar la figura del profesor Segovia de Arana, conocido como padre del sistema Médico Interno Residente (MIR) pero también considerado como el padre de la formación especializada en MFYC, siendo el primer presidente del Consejo Nacional de Especialidades médicas.

En 1979 comenzaron a hacer la especialidad vía MIR los residentes sin tener la infraestructura prevista. Es en estos primeros años cuando hay problemas y recelos entre los primeros especialistas en MF y los médicos generales que estaban trabajando en el sistema. En febrero de 1980 se publica el primer Programa Docente de la especialidad (realizado por residentes y tutores). En marzo de ese año tienen lugar las “*I Jornadas para tutores y residentes de MFYC*” que significaron el enraizamiento en nuestro país de las ideas y de la filosofía de Alma Ata, en ellas se defendió que el tercer año de la residencia se realizase en Centros de Salud Integrados.

A finales de marzo de 1981 se consiguió una normativa del Insalud por la que se crearon las “*Unidades Docentes extrahospitalarias*”. En junio de 1982 tuvo lugar el encierro en el Colegio de Médicos de Madrid para conseguir la creación y puesta en marcha de los Centros de Salud pilotos como base de la Reforma Sanitaria y que sirvieran para realizar el tercer año de residencia. A raíz de eso se publicó el RD 2392/1982 por el que la Administración se comprometió a crear las Unidades Piloto de Medicina de Familia. Posteriormente se publica la Orden del 19 de diciembre de 1982 para regular el desarrollo de la formación en APS de la especialidad de MFYC, estableciendo las condiciones mínimas que

debían cumplir las Unidades Docentes. En 1984, se establece la transformación de las Unidades Piloto de MFYC en Equipos de Atención Primaria (RD 137/1984 sobre estructuras básicas de Salud). Desde ese momento el tercer año de residencia es en Equipos de Atención Primaria.

Es también en 1984 cuando aparece el Real Decreto 127/84 que regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista, queda la vía de especialización médica en España como única a través del sistema MIR. Esta normativa permitió que la Comisión Nacional de la Especialidad se recompusiera en julio de 1984 y aprobara en septiembre de 1985 el primer Programa Docente “oficial” de la especialidad.

Con el RD 264/1989 (10 de febrero, sobre el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de MFyC), se decide políticamente perpetuar la homologación extraordinaria a los facultativos licenciados antes de 1995. Estas medidas se ampliaron con el RD 1753/1998 del 31 de julio. En 1990, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se establece como vía de formación específica en medicina general en España. Se inicia además la primera revisión del programa docente de la especialidad y en 1993 se declara que esta formación a de durar un mínimo de 3 años (Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea y la Conferencia de Consensos sobre Formación Específica en Medicina General/de Familia en la Unión Europea).

En el año 1995 se inicia un MIR específico para MFYC que posteriormente se reunifica en un solo examen para todas las especialidades en 2001.

En el año 2004 (Orden SCO/3139/2004) se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2004 para el acceso en el año 2005 a plazas de MFYC con una duración de 4 años el periodo formativo. Durante el año 2005, inició su andadura el actual programa de la especialidad, publicado en el BOE

nº 105 de 3 de mayo de 2005. Este es la referencia actual para la adquisición y mantenimiento de las competencias de cualquier especialista en Medicina de Familia, tanto en su etapa de formación de posgrado como en el desarrollo de las competencias que precisan para su práctica asistencial diaria durante la etapa de ejercicio y desarrollo profesional.

b. Presente

Según la información facilitada por los Servicios Regionales de Salud, hay un total de 138.797 médicos especialistas en España trabajando en el Sistema Nacional de Salud (SNS). De ellos, el 31% está adscrito a la atención primaria, 43.034 médicos, 76.562 trabajan en atención especializada (55%) y el resto, 19.201 especialistas, en tareas asistenciales o en tareas no asistenciales o en otras áreas de la Medicina no reconocidas como especialidad en el RD 183/2008, de 8 de febrero, destacando por su número la medicina de urgencias y emergencias¹². Figuras 2 y 3.

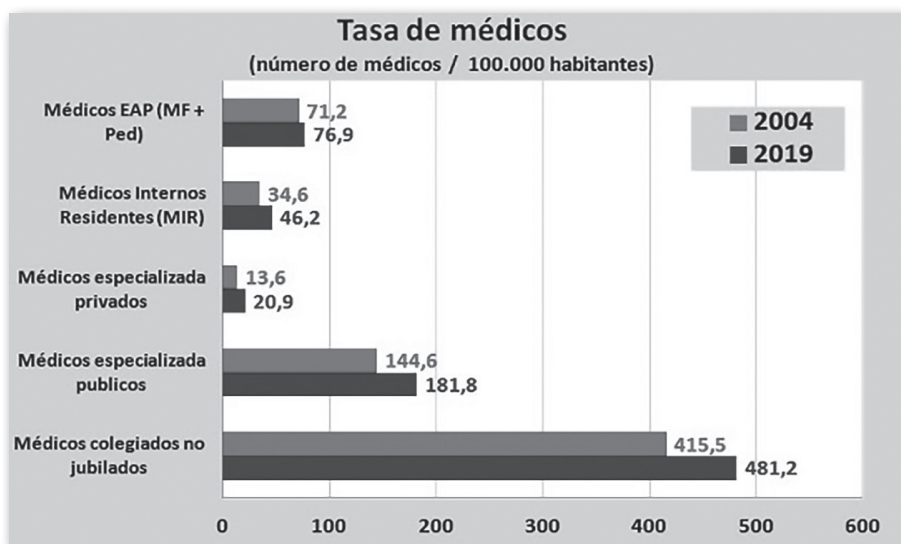


Figura 2. Tasa de médicos por 100.000 habitantes¹³.



Figura 3. Médicos de Atención Primaria por cada 100.000 habitantes en el SNS 2018 (desglosado por regiones)¹².

Según datos facilitados por el Servicio Murciano de Salud, en julio 2021, había en activo un total de 3845 profesionales médicos de los cuales 1039 eran médicos de familia (27,0%), menos profesionales de los esperados según los datos del Ministerio. Pero, ¿de dónde puede venir este porcentaje menor de médicos de familia? En el MIR, la medicina de familia sigue una senda de deterioro desde 2004-2005 (ocupaba el puesto 38

de 47) hasta el puesto 44, solo por delante de las tres especialidades de escuela. Hay riesgo de que la medicina de familia quede todavía peor posicionada cuando se oficialice Urgencias como especialidad¹⁴.

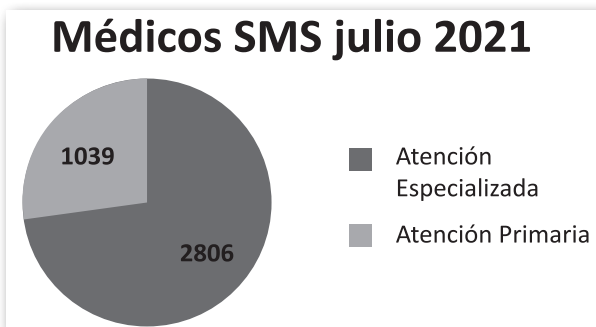


Figura 4. Distribución de los médicos de SMS a fecha de julio 2021.

De sobra es conocida la situación de la MF en el momento actual, tanto a nivel regional como a nivel nacional. Durante el año y medio que llevamos de pandemia, los médicos de familia hemos abandonado la mayoría de nuestras tareas primordiales para dedicarnos al COVID. Al diagnóstico de los casos mediante test de antígenos, PCR, a comunicar resultados de laboratorio que pedía Salud Pública o cualquier otro servicio hospitalario si este daba positivo. Seguimiento y correcto aislamiento de casos y de sus contactos, y esas labores no han sido asumidas por nadie. Que la atención primaria está “clínicamente muerta” con el paso de la pandemia es la dura conclusión a la que ha llegado Juan Simó Miñana, médico de familia en Pamplona, autor del blog ‘*Salud, dinero y atención primaria*’ y experto en gestión sanitaria. Para él la culpa no es del virus, sino de años de priorizar la inversión en los hospitales, a lo que se suman los mutualistas y los incentivos fiscales a los seguros privados, que han provocado que los centros de salud sean un mero muro de “contención” para las clases pobres. Considera que *“la Atención Primaria española está acostumbrada a su deterioro crónico y que las veces que se ha propuesto rehabilitación “desde arriba” ha sido un puro fracaso. La Atención Primaria ya llegó a los tiempos de epidemia exangüe de recursos y de moral”*.

Numerosas son las voces que se están alzando en estos momentos en defensa de la Atención Primaria y la universalidad de ésta. La Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SMUMFYC) se ha adherido al manifiesto *“Salvemos nuestra Atención Primaria”* junto a la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de la Región de Murcia (SEAPREMUR), la Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia y la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de la Región de Murcia (ADSP-RM), dentro del colectivo Marea Blanca. Como primer punto de este manifiesto declaran que *“no puede existir progreso de la Medicina Familiar y Comunitaria y de la*

Atención Primaria (centro de salud, SUAP o ESAD) con la actual situación, en la que la Atención Primaria está infradotada de recursos de manera crónica (con un presupuesto estancado entre el 13-14%, al menos en los últimos 10 años), con apenas esperanzas de mejora en el corto y medio plazo y las necesidades crecientes provocadas por el envejecimiento de la población, el reto de la cronicidad de numerosas patologías, la pandemia covid, la burocracia creciente o la sobrecarga que producen las tareas no realizadas en Atención Hospitalaria y que toca resolver en el primer nivel asistencial". Reclaman a la Administración, pero no sólo al SMS si no a la Presidencia del Gobierno Regional, un cambio en el rumbo que evite el continuado deterioro de la calidad asistencial y de la seguridad en la atención a los pacientes en Atención Primaria.

c. Futuro. La Atención Primaria que necesitamos en el siglo XXI

Necesitamos una Atención Primaria fuerte. Fuerte para nuestra población, nuestro sistema y sus profesionales.

Verónica Casado, en su contribución al 25º Aniversario de la Unidad Docente de la Laguna considera que una Atención Primaria fuerte es la siguiente:

1. Es el núcleo central del sistema y tiene poder de financiación para ello.
2. Los profesionales de Atención Primaria cuentan con el aprecio social y profesional.
3. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos.
4. Tiene profesionales activos en investigación.
5. Tiene profesionales activos en formación.
6. Remuneración adecuada.
7. Sus profesionales tienen auto-estima y orgullo de pertenencia.
8. Sus profesionales ofrecen eficacia de nivel.

9. Acceso a todas las pruebas complementarias, tanto internas como externas.
10. Sus profesionales ofrecen accesibilidad, globalidad, longitudinalidad y coordinación.
11. Sus profesionales trabajan con las familias.
12. Sus profesionales trabajan con la comunidad, por la autonomía y el empoderamiento.
13. El sistema sanitario facilita medios y tiempo.
14. Su organización facilita la estabilidad, evita el empleo precario y de mala calidad.
15. Servicios apropiados a pacientes y poblaciones e incorpora la perspectiva de género.

3. Universidad

La trayectoria universitaria de la MFYC en España no ha evolucionado de forma paralela al reconocimiento como especialidad en el entorno sanitario, ya que no se reconoce de manera expresa la especialidad como área de conocimiento.

Si el objetivo del Grado en Medicina es preparar licenciados profesionalmente competentes para realizar las tareas que la sociedad solicita y demanda, la Medicina de Familia debe estar presente en las Facultades de Medicina y en las Direcciones Generales de los Planes de Estudios en igualdad académica con el resto de disciplinas hospitalarias.

Una gran parte de los médicos que se forman en las facultades de Medicina van a trabajar en la Atención Primaria, por eso es necesario incluir contenidos específicos de Medicina de Familia para mejorar la preparación de los futuros médicos de familia y para que el resto de especialistas aprendan los conocimientos, las metodologías y los procedimientos médicos en Atención Primaria, asegurando la mejor eficacia sanitaria y coordinación entre niveles asistenciales¹⁵.

a. La Medicina Familiar y Comunitaria en los países de nuestro entorno

Con el comienzo del siglo XX, y más concretamente a partir del *Informe Flexner* en 1910, la presencia de la medicina general sufrió un profundo alejamiento de las universidades. Además, a lo largo del siglo pasado fueron surgiendo las distintas especialidades médicas por lo que se produjo un amplio abismo entre las Facultades de Medicina y el profesional del tronco común de la Medicina, el médico de familia. Sin embargo, esta ausencia del médico de cabecera en la formación de los estudiantes comenzó a tener consecuencias. Así, desde finales de los años sesenta, en diversos países de la cultura anglosajona y centroeuropea, se detectaron carencias formativas en este tipo de docencia basada únicamente en las especialidades médico-quirúrgicas. Esta situación generaba importantes déficits formativos en los aspectos trascendentales como la relación médico-paciente, la visión global de los problemas de salud de las personas en su triple dimensión psíquica, física y social, la integración de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la actividad clínica diaria, etc. Estas situaciones podían mejorar con la incorporación de la Medicina de Familia en las facultades de Medicina. A partir de ahí, comenzó un proceso de recuperación de la Medicina de Familia e incorporación en los currículos docentes en numerosas facultades de Medicina europeas y norteamericanas¹⁵.

En todos los países desarrollados las Facultades de Medicina tienen Departamentos y Profesores de Medicina de Familia. En Estados Unidos hay Departamentos Académicos de Medicina de Familia en prácticamente todas las Facultades de Medicina (113 de 125 facultades lo tienen). En 1990, la AMA (American Medical Association) adoptó el principio de que todas las facultades de medicina de Estados Unidos debían tener un departamento de Medicina Familiar.

Igual situación a la de Estados Unidos se produce en Canadá, Australia y la mayoría de los países de la Unión Europea. Todas las Facultades de Medicina de Holanda, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Alemania, Bélgica, Portugal, Irlanda y Reino Unido (desde 1986) tienen Departamentos de Medicina de Familia. En Francia 17 facultades tienen departamento. En Ucrania y Rumanía, un 50% de las facultades tienen departamentos, y en Rusia, varias facultades los tienen. En Lituania, Letonia, Estonia, Polonia, Hungría, Eslovaquia y Chequia, la mayoría de las facultades tienen departamento de medicina de familia. En todas estas facultades se da formación teórica y práctica de Medicina de Familia para todos los alumnos y está impartida por médicos de familia seleccionados mediante prueba formal⁹ (ver tabla 1).

La evolución que la Medicina de Familia está teniendo en todos los países están en la línea defendida por la OMS desde la Conferencia OMS-WONCA (Ontario, 1994), que en su recomendación nº 17 dice: *“La disciplina de medicina de familia debería ser enseñada en todas las facultades de medicina y proporcionar un equilibrio médico generalista / médico 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. Se debería poner 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 en 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 orientación profesional a seguir”*.

Austria	Alemania	Hungría	Francia	Suiza
Wien	Berlín	Debreceni	Angers	Berna
Bélgica	Berlín Freie	Semmelweis	Bordeaux-2	Reino Unido
Libre de Bruxelles	Bonn	Szaged	Lyon	Aberdeen
Liege	Bochum	Grecia	Montpellier	Dundee
República Checa	Düsseldorf	Crete	Nantes	Edinburgh
Praga	Essen	Holanda	París-5-Ouest	East Anglia
Praga: Charles	Frankfurt	Groningen	París-Creteil	Belfast. Queen's
Dinamarca	Freiburg	Leiden	París-Lariboisière	Birmingham
Aarhus	Gienssen	Radboud	París-Pitié-Salpêtrière	Bristol
Finlandia	Goettingen	Irlanda	París-Sud	Cambridge
Helsinki	Hamburg	Cork	París-Versailles	Cardiff
Kiopio	Humboldt	Dublín	París-Xavier	Exeter
Oulum	Kiel	Dublín Trinity	Bichat	Glasgow
Tampere	Leipzig	Trinity College	Rennes	Hammersmith
Turku	Marburg	Islandia	Satrasbourg	Imperial College
	Mainz	Iceland	Tours	Keele
	Münster		Portugal	King's College
	Regensburg		Lisboa	Leeds
	Tübingen		Coimbra	Leicester
	Witten/Herdecke		Porto	Liverpool
	Würzburg		Noruega	Manchester
	Ulm		Bergen	Newcastle-Tyne
			Oslo	Nottingham
			Tromsø	Oxford
			Trondheim	Queen Mary
			Rusia	Royal Free
			Russian State	Southampton
			Suecia	Sheffield
			Göteborg	St. George's
			Lunds	St. Mary's
			Uppsala	Wales-Cardiff

Tabla 1. Departamentos Universitarios de Medicina de Familia con página web en Facultades de Medicina de Europa¹⁵.

b. Medicina Familiar y Comunitaria en España

i. Evolución histórica

La Facultad de Medicina no se puede mantener aislada de las nuevas realidades sociales y profesionales que se han ido diseñando en la medicina a lo largo de su historia y se encuentra ahora con dos retos de compleja solución: el primero consiste en la necesidad de incrementar la calidad de la enseñanza que ofrece a sus alumnos; el segundo, proporcionar una formación que dé respuesta a las necesidades reales de la sociedad que la sustenta¹⁶. La Universidad no puede seguir manteniéndose ajena a los cambios efectuados en la organización sanitaria, olvidando no sólo que cualquier estudiante de Medicina ha de tomar contacto con la AP como área con la que habrá de estar en conexión continuamente durante su actividad en el sistema sanitario, sino que un número importante de licenciados ejercerán su vida profesional en el ámbito de la Atención Primaria¹⁵.

El desarrollo “reciente” de la especialidad (1978-1982) ha forzado que su docencia pregrado se tuviera que adaptar a una estructura curricular ya consolidada, generando un inevitable conflicto “de espacio”⁹. En nuestro país, existe un marco legal que ampara la formación pregraduada en medicina de familia (ver tabla 2). La Ley General de Sanidad, propició la presencia obligatoria de centros de salud universitarios en las facultades de medicina, pero sin un marco legal docente que permitiera una realidad docente e investigadora en igualdad al resto de disciplinas académicas en los planes de estudios¹⁷. A pesar de que el marco legal se empieza a crear el 1983, no fue sino hasta el final de los años 80 y gracias al desarrollo de los concertos entre universidades y servicios de salud cuando la medicina de familia comenzó de manera casi experimental a realizar formación pregrado¹⁶. Pero es desde comienzo

de los años noventa con los decretos que establecían las nuevas directrices Generales de los Planes de Estudios de la Licenciatura de Medicina y el correspondiente al establecimiento de los Convenios entre la Universidad y los Servicios de Salud, se abrió la posibilidad de que la Medicina de Familia pudiera estar presente en las Facultades de Medicina¹⁵.

Orden de 19 de diciembre de 1983 del Ministerio de Sanidad y Consumo	Crean las unidades docentes. En su último artículo expresa que podrán colaborar en la formación pregrado de médicos. La formación en Atención Primaria de salud de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria se realizará en centros con acreditación docentes radicados en el seno de la estructura asistencial primaria.
Disposición Adicional Sexta de la Ley Orgánica 11/1983 de Reforma Universitaria	Dispone las bases generales del Régimen de Concursos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias en que se debería impartir enseñanza universitaria.
RD 173/1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo. Artículo 5º	Los Equipos de Atención Primaria realizarán actividades de formación pregraduada y posgraduada en atención primaria.
Ley 14/1986 de 25 de abril (Ley General de Sanidad). Artículo 104	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.
RD 155/1986 de la Presidencia de Gobierno que regula las bases generales del Régimen de Concursos entre Universidades e Instituciones Sanitarias En la base tercera I del artículo 4º	Establece los requisitos de carácter general para desarrollar la docencia universitaria en los centros de atención primaria.

Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado.	Establece el proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior, iniciado con la Declaración de Bolonia de 1999, incluye entre sus objetivos ofrecer el marco jurídico que haga posible a las universidades españolas estructurar, con flexibilidad y autonomía, sus enseñanzas de Postgrado de carácter oficial, para lograr armonizarlas con las que se establezcan en el ámbito no sólo europeo, sino mundial, promoviendo oportunidades de trabajo para los estudiantes y una mayor competitividad internacional del sistema de educación superior europeo
Orden ministerial ECI/332/2008	Establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para la profesión de médico.

Tabla 2. Legislación española sobre la presencia de Medicina de Familia en la Universidad.

Con el RD 155/1986 regula las bases generales del Régimen de Conciertos entre Universidades e Instituciones Sanitarias, en algunas Comunidades Autónomas se fomentó que en la firma de estos conciertos se incorporaran algunos centros de salud y comenzaron los primeros contratos de profesores asociados en los centros de salud y la participación de los mismos en mínimas actividades de organización docente. Esto facilitó que algunas facultades de medicina incorporaran en su Plan de Estudios asignaturas obligatorias u optativas relacionadas con la Medicina de Familia o la Atención Primaria, pero no fue (ni mucho menos) de manera generalizada¹⁷.

En España, los planes de estudio de medicina derivan de la directriz general propia (RD 1417/1990) que contemplaba 12 materias troncales, 6 en primer ciclo y 6 en el segundo. La carga lectiva total, incluidas materias troncales, obligatorias, optativas y libre configuración oscila entre los 500 y los 540 créditos españoles. A su vez, partiendo de estas doce

materias troncales comunes, cada facultad ha elaborado su propio plan de estudios. En los años 90, organismos internacionales preconizan la necesidad de actualizar y mejorar las actividades docentes de las Facultades de Medicina en todo el mundo, la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina de España y diversas sociedades de Educación Médica y otras instituciones asumieron estas propuestas en la Declaración de Granada sobre estándares en la educación médica de pregrado (2001). En una parte importante de las propuestas expuestas, la Medicina de Familia tiene un papel relevante en las estrategias de su desarrollo (Tabla 3).

1.- Declarar pública y explícitamente su misión y objetivos institucionales desde su responsabilidad social; la declaración debe incluir metas científicas, integración con la comunidad y cohesión de la formación de pregrado con el postgrado y con la formación continuada.
2.- Identificar y definir explícitamente las competencias finales que sus alumnos habrán de haber adquirido en el momento de graduarse, teniendo en cuenta las necesidades sociales; como consecuencia, toda la actividad docente, la estructura académica y la asignación de medios se pondrán al servicio de esta meta.
3.- Enseñar los principios de la Medicina científica y la Medicina Basada en la Evidencia, así como el pensamiento analítico y crítico durante todo el currículo. Así mismo, además de las contribuciones de las ciencias biomédicas básicas, las facultades deben incorporar en su currículo las contribuciones de las ciencias de la conducta y sociales, de ética médica y de economía de la salud que garanticen el comportamiento adecuado en el ejercicio de la práctica profesional y que propicien habilidades de comunicación, de toma de decisiones y de liderazgo e influencia social. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deberán constituir el hilo conductor de todo el currículo.
4.- Estructurar el currículo rigurosamente alcanzando la integración horizontal y vertical de las materias que lo componen y promoviendo el contacto del alumnado con el paciente lo más pronto posible. Procurar conceder al alumnado la libertad de elaborar su propio bagaje de conocimientos mediante la oferta generosa y adecuadamente estructurada de materias opcionales. Utilizar las técnicas docentes acordes con los objetivos que persigue el currículo y facilitadoras del aprendizaje de adultos. Diseñar métodos de evaluaciones del alumnado, válidas y coherentes, con los objetivos del currículo. Utilizar la evidencia disponible en investigación médica y los datos de la evaluación basadas en resultados para promover y desarrollar dinámica y continuamente los cambios y adaptaciones que correspondan.

5.- Las facultades y sus universidades deberían garantizar los recursos educativos suficientes para el desarrollo eficaz del currículo y para el bienestar del alumnado y del profesorado. Prestar especial atención a la disponibilidad de servicios sanitarios adecuados en calidad y cantidad y de recursos metodológicos modernos para el aprendizaje clínico: pacientes simulados, laboratorio de habilidades, etc. Facilitar el aprendizaje mediante una política avanzada de aplicaciones tecnológicas para la información y la comunicación.
6.- Tener una política sobre la relación entre las actividades de investigación y de educación sobre su integración.
7.- Establecer una interacción constructiva con los sectores sanitarios y educativos, con las administraciones públicas y con la sociedad, buscando especialmente la incorporación de la profesión médica a la formación de futuros profesionales.
8.- Establecer y consolidar procedimientos de revisión y actualización continua de la función de la facultad en su estructura, proceso y resultados para adaptarlos al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad, a las necesidades de la comunidad, a los cambios sociales y a las necesidades cambiantes de la propia facultad de Medicina.

Tabla 3. Propuestas de la Declaración de Granada.

En la *Declaración de Zaragoza sobre la Medicina Familiar y Comunitaria y Universidad*, en abril 2003, suscrita por la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina de España, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), expresó que *es necesario reforzar el papel de la especialidad en el ámbito universitario y establece seis puntos que las facultades españolas “deben orientar sus actividades educativas hacia la formación de médicos polivalentes” y que “el desarrollo de la formación médica de base debe estar presidido por la coordinación” para “conseguir el objetivo final de mejorar la calidad de la formación en el marco de las necesidades y cambio sociales”*. Se recomienda fomentar la incorporación de los contenidos y métodos de la MF a la universidad con el objeto de contribuir a la armonización entre los objetivos educativos de las facultades de medicina españolas con los del Espacio Europeo de Educación Superior¹⁸.

El Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado crea una oportunidad para introducir las áreas de competencia de la Medicina de Familia dentro del currículo de las Facultades de Medicina y en ese mismo año se publica el libro blanco de la titulación de medicina elaborado por la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina donde se define las competencias y el perfil del denominado médico de base en la directiva europea (tablas 4 y 5).

SABER	
Reconocer, Diagnosticar y Orientar su manejo	Solo conocer
1. Persona enferma en su entorno vital (biológico, psicológico y social)	1. Estructura y función de la Atención Primaria y relaciones entre niveles asistenciales
2. Toma de decisiones clínicas de los motivos de consulta más frecuente en la comunidad	2. Programa de actividades preventivas de promoción de la salud (PAPPS)
3. Repercusión en la salud del entorno familiar	3. Indicaciones de captación, seguimiento y control de patologías crónicas y en factores de riesgo reconocidos: • Diabetes y alteraciones de la tolerancia la glucosa • Sobrepeso y obesidad • Hipertensión arterial • Dislipemias • EPOC y asma • Patología cardiovascular establecida • Ansiedad y depresión
4. Interacción de la educación y la cultura en los cuidados médicos	
5. Interacción del mundo laboral en la salud	
6. Problemas específicos en la infancia que se pueden prevenir	
7. Problemas específicos en la adolescencia que se pueden prevenir	
8. Problemas específicos en la edad adulta que se pueden prevenir	
9. Problemas específicos en la ancianidad que se pueden prevenir. El anciano frágil	
10. Signos iniciales de demencia	
11. Riesgo de violencia	

12. Presencia de hábitos tóxicos y edictivos	4. Indicadores de calidad en la prescripción
	5. Intervención comunitaria de los servicios sanitarios
	6. Acceso y gestión de recursos sociosanitarios
	7. Papel del médico en el proceso de la incapacidad laboral permanente

Tabla 4. Saber en Medicina Familiar y Comunitaria en el Grado de Medicina.

SABER HACER		
Saber hacer con competencia (Rutinariamente y sin supervisión)	Haberlo practicado tuteladamente (Bajo supervisión del tutor)	Haberlo visto practicar por un experto
1. Anamnesis y exploración física	1. Diferenciación de objetivos terapéuticos según riesgo objetivo	1. Entrevista familiar
2. Genograma de relaciones familiares	2. Educación para la salud en el proceso de cambio de estilo de vida: métodos individuales	2. Valoración geriátrica integral de ancianos en la comunidad (escala física, funcional, cognitiva, emocional y social)
3. Aplicación de escalas específicas de valoración del riesgo cardiovascular	3. Programa de ayuda al fumador	3. Extracciones de tapones de conducto auditivo externo
4. Práctica e interpretación de métodos analíticos rápidos: glucemia capilar, elementos anormales en orina	4. Cálculo calorico como herramienta en prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad	4. Extirpación de lesiones benignas cutáneas y drenaje de abscesos superficiales
5. Interpretación de elementos clínicos clave en el seguimiento continuado de enfermos crónicos	5. Aplicación de algoritmos diagnósticos-terapéuticos en el seguimiento de pacientes crónicos	5. Infiltraciones tendinosas y paraarticulares

6. Prácticas con métodos objetivos rápidos de valoración cognitiva: test de Pfeifer	6. Visitas domiciliarias a pacientes: • Agudos • Crónicos con/sin demencia • En fase terminal (conocimiento de medios terapéuticos específicos)	6. Cura de úlceras isquémicas o por presión
7. Comunicación como herramienta básica	7. Test cognitivo: Minimental	7. Sesiones grupales de educación para la salud
	8. Elección de fármacos para las patologías más frecuentes (aspectos clave: eficacia, ética, economía)	8. Gestión de la propia actividad asistencial
	9. Suturas de heridas accidentales	
	10. Administración de inyectables/vacunas	

Tabla 5. Saber hacer en Medicina Familiar y Comunitaria en el Grado de Medicina.

La promulgación de la Orden ministerial ECI/332/2008 por la que se estableció los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para la profesión de médico supuso la renovación de los planes de estudio de todas las facultades de medicina, en las que se incluía incorporar las actividades docentes destinadas a que el alumno adquiriera las competencias de la Medicina Familiar y Comunitaria (ver tabla 6). Queda como potestad de cada facultad hacerlo mediante una asignatura específica o mediante contenidos distribuidos de modo transversal en otras materias. Establece como obligatoria la realización de un rotatorio durante el último curso en un centro de salud, con el fin de que se consoliden las competencias propias de la especialidad⁹. En 2008 ninguna

universidad española tenía departamento de medicina familiar y comunitaria.

1. Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos. Papel del Médico de Familia como agente del paciente en el Sistema Sanitario. La coordinación entre niveles asistenciales.
2. Fundamentos científicos de la medicina: Medicina Familiar y Comunitaria, entorno vital de la persona enferma, promoción de la salud en el ámbito familiar y comunitario. Estilos de vida y prevención clínica.
3. Habilidades clínicas.
4. Habilidades de comunicación: Modelos de relación clínica, entrevista, comunicación verbal, o verbal e interferencias en la práctica del Médico de Familia. Conocer aspectos relevantes para la comunicación con pacientes y familiares en su entorno social.
5. Salud pública y sistemas de salud.
6. Manejo de la información: Conocer las estrategias de trabajo del Médico de Familia ante los problemas de salud más prevalentes en APS, con un enfoque orientado a la práctica. Establecer plan de actuación enfocado a las necesidades del paciente y el entorno familiar y social, coherente con los signos y síntomas del paciente.

Tabla 6. Competencias Generales organizadas en los 6 bloques previstos en la Orden ECI/332/2008¹⁸.

En 2008 se publican las recomendaciones de semFYC, SEMERGEN y SEMG, y de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en relación con la incorporación de la Medicina Familiar a la universidad española¹¹:

- La incorporación inmediata de la Medicina Familia y Comunitaria como área de conocimiento de la universidad española.
- La creación de departamentos o unidades específicas de MFyC dentro de los departamentos en el 100% de las facultades de medicina españolas.
- La consolidación de un cuerpo docente de MFyC en el 100% de las facultades de medicina (del 35% al 50% del

profesorado vinculado y asociado): catedráticos, profesores titulares, contratados, doctores y asociados, acreditados por la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación).

- La creación de una red de centros de salud universitarios.
- La presencia de la MFyC en todas las facultades de medicina debe ser como:
 - Asignatura obligatoria (recomendable 6 ECTS).
 - Materia longitudinal y transversal: 100 créditos ECTS de formación clínica humana, medicina social, ética, comunicación, iniciación a la investigación y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, impartidos por médicos de familia.
 - El practicum en Atención Primaria debe tener peso considerable. Se recomiendan 60 créditos ECTS, así como una prueba de competencia de fin de carrera, dirigidos por médicos de familia.

A finales de febrero de 2018 la Comisión de Sanidad celebrada en el Congreso de los Diputados aprobó solicitar que la especialidad de Medicina de Familia se imparta en todas las facultades españolas, y no solo en aquellas en que lo decida su cuerpo facultativo. La propuesta realizada ha solicitado que Medicina Familiar y Comunitaria sea “*un área específica en las facultades por su carácter transversal*”. En este sentido, proponía además “*impulsar, previo acuerdo favorable, que los médicos de familia puedan incorporarse a la docencia para impartir dicha disciplina*”²⁰.

La creación de un Área de Conocimiento supone el reconocimiento institucional por parte del Consejo de Universidades, de la existencia de un perfil profesional basado en un bagaje formativo con contenidos propios y diferentes a los ya existentes y reconocidos previamente en otras Áreas. Los

elementos que se necesitan para crear un Área de Conocimiento son²¹:

- **Ámbito de actuación diferenciado:** La Atención Primaria. Entendiendo la AP como nivel sanitario, como puerta de entrada al sistema, como estrategia para mejorar los objetivos del Sistema Sanitario y como filosofía de intervención sanitaria
- **Cuerpo de conocimientos propio:** La Medicina de Familia, al tratarse de una especialidad horizontal se nutre de múltiples ciencias para resolver las necesidades y los problemas más incidentes y prevalentes de la población con el objetivo final no sólo de curar sino de elevar el nivel de salud de la población, para lo cual utiliza diferentes estrategias de aproximación como son la Medicina Preventiva Clínica, la Medicina clínica de elevada incidencia y prevalencia, la Medicina Familiar, la Medicina Comunitaria.
- **Paradigma de actuación propio:** enfoque biopsicosocial.
- **Orientación específica:** hacia la integración de la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidado paliativo.

Esta situación debe estar avalada por diversos argumentos:

- Existencia en países del entorno de “Áreas de Conocimiento” semejantes y Departamentos de Medicina de Familia en sus Facultades.
- Publicaciones médicas específicas de la especialidad, tanto a nivel nacional como internacional.
- Campo de investigación propio avalado por estudios importantes desarrollados en el Área.
- Especialistas formados en el Área.

- Masa crítica de Profesores de la Especialidad.
- Un número “importante” de doctores en la especialidad.

Martín Zurro²² va más allá y cree que debería enfatizarse la necesidad de crear Departamentos de Atención Primaria (no sólo áreas de conocimiento) capaces de gestionar los campos y las perspectivas docentes propios de este ámbito y pertenecientes a las áreas de conocimiento con un papel significativo.

El 12 de abril 2018, el Foro de Médicos de Atención Primaria publica su decálogo para una Atención Primaria de calidad en la que su punto 9, afirma que la formación en Atención Primaria debe empezar en la universidad, con la creación de un área de competencias en Medicina de Familia y la definición de competencias específicas de Pediatría de AP en la formación de pregrado, adecuando los criterios de acceso a la docencia universitaria a la realidad de la Atención Primaria:

- Creación del área de conocimiento de Medicina de Familiar y definición de competencias específicas de Pediatría en AP en todos los programas de pregrado de Medicina del Estado en un máximo de cuatro años.
- Conversión de dicho criterio en requisito para la acreditación de facultades de Medicina.
- Redefinición de los criterios de acceso a la docencia universitaria para los profesores de Atención Primaria.

La introducción de la medicina de familia y comunitaria en el currículo de pregrado no será el fin del camino, sino un instrumento para el progreso conceptual, metodológico y de mejora de la calidad de la formación de los profesionales del futuro. Pero a pesar de toda la normativa que se va publicando, queda claro que son los poderes públicos tienen la

responsabilidad de que la cantidad de alumnos y la calidad de su formación sea la adecuada a las necesidades del país (adecuando las plazas MIR a las necesidades asistenciales generales y no de los departamentos, por ejemplo). En manos de las administraciones sanitarias está introducir medicina de familia en la universidad y mejorar las condiciones del ejercicio de la profesión en el primer nivel asistencial, para convertirlo realmente en el eje del sistema²².

ii. Presencia actual

La OMC (Organización Médica Colegial) puso en marcha en el 2015 el Programa “*AP en la Universidad*” con el objetivo de acercar la Medicina de Familia a los estudiantes y de forma casi unánime los encuestados (90,46%) opinan que la formación en MFYC debería formar parte de grado de Medicina (1,52% está en desacuerdo con la afirmación y 8,03% no sabe no contesta).

Otros datos extraídos de un estudio llevado a cabo por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM)²³ durante los meses de marzo y abril 2020, a través de un cuestionario enviado a las distintas delegaciones de alumnos de las facultades participantes, las cuales dieron respuestas a diferentes cuestiones relacionadas con la docencia de Medicina Familiar y Comunitaria, incluyendo la formación teórico-práctica o la inclusión de la Atención Primaria rural, entre otras. Los resultados fueron presentados en el Foro de Médicos de Atención Primaria.

A esa fecha, en España existen 44 facultades de Medicina de las cuales 42 facultades son las que ya pueden impartir Medicina de Familia (no lo pueden hacer la Universidad privada de Deusto y la pública de Navarra por acabar de empezar a impartir el grado). En el curso 2020-2021 existía, según Redacción Medica 46 facultades (tabla 7)²⁴.

Comunidad Autónoma/ Universidad	Tipo de Universidad	Oferta plazas curso 2020/2021	Comunidad Autónoma/ Universidad	Tipo de Universidad	Oferta plazas curso 2020/2021
Total Andalucía		988	Total Comunidad Valenciana		770
Cádiz	Pública	154	Jaume I de Castellón	Pública	80
Córdoba	Pública	130	Miguel Hernández Elche	Pública	130
Granada	Pública	253	Valencia (Estudi General)	Pública	320
Málaga	Pública	160	Cardenal Herrera - CEU Castellón	Privada	70
Sevilla	Pública	291	Cardenal Herrera - CEU	Privada	50
Total Aragón		224	Católica de Valencia S. Vicente Mártir	Privada	120
Zaragoza	Pública	180	Total Extremadura		120
Zaragoza	Pública	44	Extremadura	Pública	120
Total Asturias		153	Total Galicia		360
Oviedo	Pública	153	Santiago de Compostela	Pública	360
Total Islas Baleares		60	Total Madrid		1.531
Islas Baleares	Pública	60	Alcalá	Pública	25
Total Canarias		265	Alcalá	Pública	120
La Laguna	Pública	130	Autónoma de Madrid	Pública	240
Las Palmas de Gran Canaria	Pública	135	Complutense de Madrid	Pública	295

Comunidad Autónoma/ Universidad	Tipo de Universidad	Oferta plazas curso 2020/2021	Comunidad Autónoma/ Universidad	Tipo de Universidad	Oferta plazas curso 2020/2021
Total Cantabria		119	Rey Juan Carlos	Pública	150
Cantabria	Pública	119	Alfonso X El Sabio	Privada	165
Total Castilla-León		360	Europea de Madrid	Privada	220
Salamanca	Pública	180	Francisco de Vitoria	Privada	140
Valladolid	Pública	180	San Pablo CEU	Privada	176
Total Castilla-La Mancha		200	Total Murcia		290
Albacete	Pública	125	Murcia	Pública	200
Ciudad Real	Pública	75	Católica San Antonio	Privada	90
Total Cataluña		1.154	Total Navarra		260
Autónoma de Barcelona	Pública	320	Pública de Navarra	Pública	60
Barcelona	Pública	259	Navarra	Privada	200
Girona	Pública	80	Total País Vasco		410
Lleida	Pública	110	País Vasco/ EHU		330
Pompeu Fabra	Pública	60	Deusto		80
Rovira i Virgili	Pública	125	Total Universidades Públicas		5.753
Internacional de Catalunya	Privada	100	Total Universidades Privadas		1.511
Vic-Universidad Central Catalunya	Privada	100	Total Universidades		7.264

Tabla 7. La Universidad de Deusto comienza el curso 2020-2021. La Pública de Navarra comienza el curso 2019-2020.

En el 40,9% de los casos solo se rota una vez en todo el Grado por Medicina de Familia, el 31, 8% rota dos veces y el 27,3% rota tres veces o más (son 4 facultades las que rotan 4 veces durante los 6 años). Normalmente no es, en la inmensa mayoría de facultades (36 de las 43 que participan en este estudio), hasta 6º curso cuando se rota en Atención Primaria.

Cuando el CEEM desglosa las horas de competencias prácticas que se tienen, en el 46,5% de las facultades se imparte entre 100-150 horas en el grado. En 6 facultades se tienen más de 200 horas de prácticas. Pero por muy increíble que parezca, a de día de hoy aún hay tres facultades en las que estas prácticas son voluntarias (Universidad de Cantabria, Vic y Salamanca) y en dos de ella no se destina ni un solo crédito obligatorio a la medicina familiar (Cantabria y Salamanca). En la Autónoma de Madrid, la Complutense y Jaume I incorporan unas prácticas tempranas (en el segundo o tercer curso) como contacto precoz de los estudiantes con la Atención Primaria. Este tipo de experiencia permite un conocimiento de la realidad clínica que facilita la integración de conocimientos en el proceso de aprendizaje.

Al ser preguntadas las Delegaciones por los créditos que se imparten de Atención Primaria en sus facultades, ni siquiera lo llegan a tener claro, ya que estos pueden estar distribuidos dentro de otras asignaturas a lo largo del grado. La norma (39, 5% de las facultades) es que ocupe de 7,1 a 11 créditos (de los 360 que tiene el grado, de los cuales 240 se imparten en cursos clínicos). En Murcia no llegamos a esa media ya que el rotatorio de 6º curso tiene sólo 6 créditos ECTS. La Universidad Autónoma de Barcelona llega a impartir 21 ECTS de Medicina de Familia. La media ponderada es de 9,5 créditos. Visto de otro modo, la formación en Medicina de Familia ocupa el 3,95% de la formación universitaria pero los médicos de familia representaron el 29,2%

de las plazas del MIR 2020. La OMC⁷ sugiere que la asignatura debería tener al menos 6 créditos ETCS, tal y como se recomienda en el Libro Blanco, y como un mínimo estándar para acercarnos a la docencia en Atención Primaria de nuestros países vecinos.

En la encuesta realizada por el CEEM²³ también se preocupan por la enseñanza de Medicina Familiar en el ámbito rural. El 74,4% de las facultades no incluye un rotatorio en Atención Primaria rural, no dan la posibilidad de formarse en medicina rural. Seis facultades sí que dan la posibilidad (14%), pero eligiendo entre rotación rural o urbana solo la Universidad de Lleida tiene un mes entero obligatorio el 6º curso y además esta facultad facilita el alojamiento durante todo el mes para que los estudiantes vivan de forma íntegra la vida de un médico de atención primaria rural. Podemos exponer los datos de otra manera, del total de los estudiantes de las facultades de medicina de España (7112 aproximadamente ese año) solo tienen la posibilidad de un aprendizaje rural 650. En España, el 48% de las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria ofrecen plazas rurales y un 14% de los MIR tendrán una plaza de residente de familia en un área rural.

Como conclusiones de su estudio, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina expone los siguientes puntos:

- Hay mucho desconocimiento al acabar, sobretodo de la práctica clínica y el funcionamiento de la especialidad en sí.
- Siendo la especialidad más importante, no salimos nada preparados.
- Deberíamos acceder a la Atención Primaria a partir de cursos inferiores, familiarizarnos y coger una visión global amplia de la Medicina desde el inicio del grado.
- El mayor problema es el enfoque, sólo nos hablan de for-

ma teórica de las entrevista clínica y se tendría que complementar con la práctica y, además, hacer algún tipo de compendio sobre motivos de consulta más frecuente y cómo hacerles frente.

- Necesitamos más prácticas en Atención Primaria y, sobre todo, en Atención Primaria Rural.

En un estudio publicado en el Congreso semFYC de 2018 titulado “*Cambios en conocimientos y actitudes acerca de la medicina de familia en estudiantes que cursaron una asignatura específica en el año académico 2016-2017*” en la Universidad de Albacete²⁵ en el que se realizaba a 96 estudiantes matriculados en la asignatura de MFYC, se les realizó un pretest (N=77) y un posttest (N=88), 69 contestaron a ambos. El test era el “*Cuestionario de valoración de actitudes y conocimientos acerca de la medicina de familia*” y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes ítems ($p < 0,0001$):

- Se pasa de un 43,5% al 60,9% en el posttest de quienes agradaba la idea de trabajar en el futuro como médico de familia.
- Aumenta del 5,9% al 14,7% para quienes medicina de familia se convierte en su primera opción.
- El 82,4% frente al 60,3% previo al estudio de la asignatura decía tener “buen conocimiento del trabajo del médico de familia.
- Se incrementa del 7,6% al 94,0% los estudiantes que consideraban que el médico de familia es competente para prestar la mayor parte de la atención.

Como conclusión de este estudio los autores afirman que lo conocimientos y las actitudes hacia la medicina de familia

de los estudiantes de 5º curso mejoran ostensiblemente tras cursar una asignatura específica.

Según Bonal Pitz¹⁴, en el 2005 había 177 centros de salud universitarios, con 147 profesores asociados y más de 300 profesores colaboradores y existían 3 cátedras con sus correspondientes directores de cátedra: Dr. Amando Martín Zurro en la Universidad Autónoma de Barcelona (cátedra creada en 2001), Dr. Vicente Gil Guillén en la Universidad Miguel Hernández de Elche y Dr. Ángel Otero Piume en la Universidad Autónoma de Madrid (actualmente profesor emérito, cátedra creada en 2004). Domingo Orozco, en su participación en el Congreso semFYC 2020 Valencia, afirma que el 75% de las facultades tiene asignatura obligatoria, hay aproximadamente 250 profesores asociados, 8 profesores titulares y 3 catedráticos mostrando así el lento pero imparable ascenso de la medicina de familia en la realidad de las facultades españolas.

c. La Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad de Murcia

i. Evolución histórica

Los antecedentes de la Medicina de Familia en la Universidad de Murcia empiezan formando parte del Departamento de Medicina Preventiva y Salud pública (1989) participando en clases de esta asignatura que se impartía en cuarto curso (que más tarde pasaría a sexto) y además unas prácticas o rotatorios de una semana en un centro de salud. Empezaron como profesores asociados clínicos:

- David Gómez Calcerrada Berrocal, médico en el Centro de Salud de Santa María de Gracia. Jubilado en el 2019.
- Juan Francisco Menárguez Puche, que por aquel enton-

ces y todavía sigue ejerciendo en el Centro de Salud Profesor Jesús Marín. Sigue siendo profesor asociado y se encarga de coordinar el rotatorio en 6º curso.

- José Saura Llamas, que trabajaba en el antes conocido como CS Goya, actualmente el CS Barrio del Carmen y posteriormente fue técnico de salud de la Unidad Docente de Murcia y hasta su jubilación fue Jefe de Estudios de la que a día de hoy es la Unidad Docente de las áreas 6,9,5. Estuvo como profesor asociado clínico desde 1989-1996.

Posteriormente se incorpora Juan José Cánovas, médicos en el CS de Santa María de Gracia, hasta su jubilación en 2018.

En ese mismo año (1989), otros dos médicos de familia entran al Departamento de Patología General:

- Manuela González Díaz, médico del CS de Santa María de Gracia.
- José Javier Herránz que por aquel entonces ejercía en Molina.

En 1990 Patología General les ofrece pasarse al Departamento de Bioestadística, a lo que accede José Javier Herranz (los compañeros entrevistados no recuerdan el tiempo que el Dr. Herránz permaneció como Profesor Asociado). La Dr. Manuela González Díaz permanece unos años más (ejerce de Profesora asociada desde febrero de 1990- septiembre 1993)

En el año 1992 se incorporan a la red docente Juan Antonio Sánchez y José Joaquín Antón Botella. José Joaquín, médico del CS de Murcia Centro, sigue en la actualidad como profesor asociado clínico. Juan Antonio Sánchez, médico del CS Barrio del Carmen que después se encargó del

Preevid hasta su jubilación el 2020, lo deja a finales de 1995 y su puesto fue ocupado por José Javier Herranz Valera, fallecido en 2019.

En el año 2004 se incorpora con ellos Juan Enrique Pereñíguez, médico del CS de Espinardo (donde sigue ejerciendo) y Académico de número de esta Institución. Continúa todavía como profesor asociado clínico (contratado a doctor).

En el curso 2015-2016, se crea el Grado en Medicina y los profesores asociados pasan de estar adscritos al Departamento de Medicina Preventiva a Medicina Interna. Es en ese curso cuando se convocan 4 plazas en el 2016 que son ocupadas por:

- Isabel Sánchez López, coordinadora actual del Centro de Salud de San Andrés.
- Isabel Hidalgo García, médico del Centro de Salud Vista-legre-La Flota.
- Pedro Pérez López, médico en el Centro de Salud Vistalegre-La Flota.
- María González Barbera, médico en el Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera.

En el curso 2018-2019, tras la jubilación de Juan José Cánovas, me incorporo como profesora asociada. Solo ese curso escolar, ya que tras el concurso de traslados y el consiguiente traslado de área no puedo renovar con la Universidad de Murcia.

En 2019 se incorpora Purificación Gómez Jara, tras la jubilación de Juan José Cánovas, que trabaja actualmente en el CS de Murcia Centro. Tras la jubilación de David Gómez-Calcerrada queda pendiente la resolución de la convocatoria de esa plaza que está (en el momento de escribir estas líneas) en fase de ejecución.

ii. Momento actual

En el curso 2016-2017 comienza por primera vez en la Universidad de Murcia el rotatorio de Medicina de Familia, lo cual es considerado como un paso fundamental en la incorporación como asignatura de Grado de Medicina en Murcia (tal y como refleja la nota de prensa del 29 de octubre de 2016 publicada por la Sociedad Murciana de Médicos de Familia). Durante ese curso escolar coincidieron con las prácticas que los alumnos de 5º curso realizan durante una semana en los Centros de Salud dentro de la asignatura de Medicina Preventiva y se desarrollaban en el primer cuatrimestre.

Durante el rotatorio en 6º curso (2º cuatrimestre), el alumno comparte todos los escenarios de trabajo del médico de familia que actúa como su tutor, tanto en su actividad asistencial (consultas, urgencias y/o domicilio de los pacientes) como en la actividad docente y organizativa (sesiones clínicas, reunión de equipo, si procede, etc). Estas prácticas se complementan actualmente con 4 talleres en horario de tarde (Cirugía Menor, Medicina basada en la Evidencia y Comunicación y Cine y Ejercicio Físico) y la cumplimentación de un portafolio formativo (que ha ido adaptándose a las sugerencias que los alumnos han ido realizando en estos).

Es de destacar que en las prácticas colaboran 47 puntos asistenciales y 190 médicos de familia como tutores de prácticas. En función de las circunstancias de cada punto asistencial y sus cargas docentes se distribuyen a los alumnos intentando respetar las preferencias de alumnos. Se busca garantizar la calidad de la docencia poniendo como condición que nunca hubiera más de dos personas por consulta (tutor y alumno) lo que no resulta fácil teniendo en cuenta las demás cargas docentes de los CS (residentes MIR de

Medicina de Familia, otras especialidades y PIR, alumnos de facultad de Medicina de la UCAM, enfermería).

Junto con el portafolio formativo se preparó un documento anexo (evaluación subjetiva), que debería ser realizado por el estudiante y entregado en sobre cerrado al coordinador del rotatorio, sin que los profesores tutores tuvieran conocimiento de su contenido.

Esta evaluación subjetiva consta de preguntas tipo Likert y preguntas abiertas, intentando recoger la máxima información sobre lo que los estudiantes piensan acerca del rotatorio en el Centro de Salud: organización de las prácticas, atención/dedicación docente del profesorado, grado de integración del alumno, trato personal recibido, grado de satisfacción y recomendación del rotatorio a otros alumnos.

Para la elaboración del informe se han establecido diferentes categorías de las que se ofrecen resultados cuantitativos (aquellos datos recogidos en *Escala Likert*) y cualitativos (preguntas abiertas). Se realiza el análisis de texto mediante la segmentación, la codificación (agrupación en categorías conceptuales), integración de la información (relacionando las categorías entre sí y con los objetivos del estudio).

En el curso 2018-2019 el 77,66% de los estudiantes entregó su evaluación subjetiva (153 de un total de 197 que realizó el rotatorio), este fue el último curso con el que el rotatorio se desarrolló con “normalidad”. En el curso anterior, 2017-2018 la tasa de respuesta fue superior llegando a 89.1%.

El 56,2% de los estudiantes considera la organización del rotatorio excelente tanto a nivel de coordinación como de centro de salud. El 96,1% encuentran que la acogida o amabilidad en el centro de salud es muy buena o excelente. La implicación de los tutores es alta para el 75,2% de los estudiantes, mientras que la implicación del centro de salud (de todo su personal) es excelente para el 65,4% de ellos.

En general (67,3%) la satisfacción con el rotatorio es muy buena e incluso el 27,5% piensan que ha sido el mejor rotatorio de la carrera. La satisfacción con los talleres fue muy buena para el 60,1% de los estudiantes y 9,8% los consideraron los mejores de la carrera.

Al preguntarles por la idoneidad de la formación en medicina de familia el 98,1% (150 de las 153 evaluaciones) encuentra que ésta es muy necesaria o imprescindible. Ningún estudiante cree que es una formación inútil. Hasta el 54,9% piensan que es imprescindible una asignatura específica troncal- teórica práctica durante el grado.

Los datos cualitativos obtenidos de esas evaluaciones subjetivas giran en torno a:

- Evaluación general del rotatorio: considerando el trato recibido por los alumnos, ambiente de trabajo, implicación de los profesionales en la docencia y organización.
- Aportaciones de la medicina de familia a la formación durante el grado
- Aspectos de mejora
- Comparación con otros rotatorios.

Los elementos que determinan la satisfacción con el rotatorio destaca la integración en el Equipo de Atención Primaria, que es probablemente el aspecto más y mejor valorado por los estudiantes (“me trataban como si llevara allí toda la vida y como si fuera una más de la plantilla”). Otro factor muy relacionado con la satisfacción general es el trato personal sobre el que se resaltan aspectos como la cercanía, amabilidad o la simetría (“desde los tutores hasta los administrativos pasando por enfermería y demás personal del centro de salud nos han acogido y tratado como uno más, es decir de la mejor manera posible”). Valoran otros

aspectos como el ambiente de trabajo, que consideran como generador de un clima que favorece el aprendizaje (“nos hemos sentido muy cómodos, algo que pienso que es fundamental para los estudiantes”) y la percepción de equipo (“un ambiente el del centro de salud sin igual, de buenas relaciones y compañerismo por parte de todos los profesionales, en una atmósfera de trabajo, buen hacer y ayuda por parte de todos”).

Para ellos es importante la implicación no sólo de los tutores sino también de otros profesionales del equipo (“otros profesionales durante mi rotación como enfermeras, matrona, fisioterapeuta y trabajadora social, que también han sido muy docentes”).

La organización en general es valorada de manera positiva, tanto la organización general del rotatorio como la que se lleva a cabo en el centro de salud. En algunos aspectos, ha fallado la coordinación de profesores asociado y colaboradores (“la organización ha sido regular ya que en ningún momento la tutora sabía que competencias y objetivos teníamos”).

Los aspectos mejor valorados, muy relacionados con lo que la formación en medicina de familia puede aportar a la formación de grado, son:

- El aprendizaje en habilidades en comunicación (“he mejorado en mis habilidades de relación con el paciente y he aprendido muchos aspectos de este proceso fundamental de la comunicación”).
- Relación médico- paciente (“valoro de forma positiva la importancia que debe dársele a la relación médico paciente, que aunque se supone debe ser buena en cualquier ámbito de la medicina, aquí resulta más cálida y cercana”).

- Atención centrada en la persona (“mi tutor se centraba además de en las enfermedades de los pacientes en el contexto psicológico y social en que se encontraban y el manejo que hacía con ellos para ayudarles”).
- Abordaje biopsicosocial (“se aprende que el enfermo es un todo, no una enfermedad. Debemos ver al enfermo como una persona, con un problema físico o psíquico pero también que el entorno que la rodea es importante”).
- El manejo de la incertidumbre (“lo que más se aprende en estas prácticas es a valorar el riesgo, a saber distinguir una patología que requiere tratamiento y nada más de otras que necesitan estudios más minuciosos o que es necesario remitir a otras especialidades”).

Cuando los estudiantes comparan con otros rotatorios, esta comparación se focaliza en el aprendizaje de un modelo diferente que resalta los valores de la medicina de familia (“aprendizaje de otro tipo de medicina distinta a la hospitalaria. El trato con el paciente, el seguimiento durante años, la importancia del contexto social, la comunicación de malas noticias y la atención al paciente integral, no sólo limitándonos a síntomas de una u otra especialidad”).

Como conclusión, los alumnos opinan que esta especialidad es imprescindible e insustituible en la formación médica, considerando la Atención Primaria el entorno ideal para aprender comunicación y atención centrada en el paciente²⁶.

En un artículo publicado en “La opinión” (25 octubre 2021) refiere “*la Atención Primaria saca pecho con un sobresaliente*”. Afirma que en el rotatorio de Medicina de Familia y Atención Primaria, la mayoría de los centros de salud de la Región de Murcia han sido valorados con un sobresaliente por estudiantes de Medicina en prácticas, a excepción de Alhama y San Juan, que se quedan en notable. Respecto a la

implicación del profesorado en la mayoría de los servicios ha sido “muy alta”, menos en Espinardo donde es “baja”, datos que son obtenidos del II Informe SEPAC UMU²⁷, elaborado por un grupo de trabajo de la Delegación de Alumnos de la facultad de Medicina (curso 2020-2021).

Dicho informe, elaborado por estudiantes que piden la valoración a otros estudiantes en las diferentes prácticas clínicas que desarrollan a lo largo de la carrera, analizan diferentes aspectos de estas prácticas tales como:

- Nota global que le dan los alumnos a esa rotación práctica.
- Implicación del profesorado percibida por los alumnos
- Grado de participación que adquiere el alumno durante las prácticas.
- Utilidad de la simulación que han podido usar o necesitar dada la situación especial de pandemia que tuvo lugar durante ese curso escolar.
- Utilidad de los seminarios
- Feedback del tutor o correcciones proporcionadas por parte del tutor ante las actividades o el desarrollo del cuadernillo.

Centro de Salud	Nota global 18-19	Nota global 20-21	Implicación del profesorado	Participación	Utilidad de la simulación	Utilidad de los seminarios	Feedback del tutor	Muestras
Alcantarilla - Sangonera	--	10	10	10	10	10	10	1
Alhama	--	8,5	9	9,5	8	6	8,5	2
Alquerías	--	10	10	10	10	9	10	2
Archena	--	10	10	10	7	6	10	1
Barrio del Carmen	8,7	9,33	9,33	8,33	2,33	5,33	9	3
Calasparra	--	10	10	10	2	2	10	1
Centro de San Juan	9	8,67	8	8,33	6,33	6,33	9	3

Centro de Salud	Nota global 18-19	Nota global 20-21	Implicación del profesorado	Participación	Utilidad de la simulación	Utilidad de los seminarios	Feedback del tutor	Muestras
Ceuti	--	10	10	9	6,5	7,5	9,5	2
Churra	--	10	10	10	9	9	10	1
Cieza Oeste	--	10	10	10	7,5	7	8,5	2
El Ranero	9,5	10	6	10	2	5	1	1
Espinardo	--	9	9	8,71	7,33	8	8,57	7
La Flota	10	9,8	10	9,4	7	9,2	9,8	5
La Ñora	--	10	10	10	8	9	10	1
Lorquí	--	10	10	10	10	4	10	1
Molina Dr. Antonio García	10	10	10	9	10	9,5	10	2
Molina Jesús Marín	9	9,8	9,8	9,8	9,75	8,6	9,8	5
Monteagudo	--	9	9	8	5	6	8	1
Mula	10	9	10	9	1	3	10	1
Murcia Infante	7,7	9	10	9	5	5	10	1
Murcia Sur	10	9,33	9,33	9	8	8	9,5	3
San Andrés	--	9,2	9,8	9,6	6,4	9,2	8,6	5
San Javier	10	9,67	9,67	9,33	4	6,67	9,33	3
Santa María de Gracia	--	10	10	10	10	10	10	1
Torre Pacheco Este	10	10	10	10	8	7,5	10	2
Torre Pacheco Oeste	10	10	10	10	10	10	10	1
Torres de Cotillas	9,5	10	10	10	7	4	10	1
Vistabella	9,5	9	9,5	8,75	4,67	6,75	6	4

Tabla 8. Valoración que los estudiantes hacen a su rotatorio de Medicina de Familia. Modificada del II Informe SEPAC UMU²⁷.

En líneas generales los alumnos evalúan muy positivamente sus prácticas en el Centro de Salud. La valoración

general es de sobresaliente a excepción de dos centros que la puntúan con un notable. La implicación del profesorado es muy alta-alta en la inmensa mayoría de los centros.

Existe una gran heterogeneidad en los Centros de Salud ya que algunos son docentes de pre y post grado y otros solo lo son de pre-grado. A pesar de la gran variabilidad que puede existir entre los diferentes profesionales la satisfacción de los estudiantes estos primeros años de rodaje del rotatorio es muy buena.

d. Aportación de la Medicina Familiar y Comunitaria al Grado de Medicina

El conocimiento del nivel primario de atención, su modo de trabajo, sus dificultades y sus fortalezas, es fundamental para todos los especialistas en Medicina de Familia del sistema sanitario, y se convierte en un instrumento esencial para facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.

Los centros de salud, tanto en la consulta como en la comunidad, son los espacios principales para la formación, pues es donde se puede conocer el medio profesional y donde se cuenta con el apoyo de quienes tutorizan. El contacto frecuente e intenso con los pacientes, sus problemas y sus contextos les permitirá adaptar su formación a las necesidades de la población y detectar nuevas necesidades formativas.

Según Bonal Pitz¹⁶ lo que la medicina de familia puede aportar a la docencia universitaria es:

- Enseñanza personalizada: relación tutor/alumno en los centros de salud es generalmente de 1/1.
- 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. Observar la realidad del proceso salud-enfermedad.

- Enseñanza integrada: el profesor puede enseñar al alumno como integrar la multitud de conocimientos aprendidos es otras asignaturas ante un mismo paciente. Su visión transversal del historial de salud del paciente potencia el flujo horizontal entre disciplinas y por su carácter inter y multidisciplinario estimula al estudiante en la colaboración con otras disciplinas y especialidades.
- Enseñanza de las patologías prevalentes y crónicas (90% de los problemas de salud).
- Aprendizaje activo: frecuentemente el tipo de patología atendida y la no-urgencia del problema permiten la participación activa del alumno, de manera supervisada, en determinadas fases del acto clínico.
- Aprendizaje en la comunidad y en el entorno natural de los pacientes: facilita el aprendizaje de la historia natural de la enfermedad in vivo en su centro de salud y su domicilio. Aprender a comunicarse con el paciente en entornos reales y cotidianos para el paciente y sus familias.
- Aprendizaje de la importancia de los factores psicosociales en los problemas de salud.
- Numerosas oportunidades de aprendizaje para el alumno por el elevado número de actos médicos en los que tiene ocasión de aprender en el centro de salud.
- Aporta metodologías docentes, por sus propias características favorece los manejos de la información, el aprendizaje activo, el autoaprendizaje, el razonamiento clínico en entornos de incertidumbre, reales y simulados. Fomenta la utilización óptima de los recursos disponibles.

Además la inclusión de la asignatura de Medicina de Familia como asignatura en el grado puede tener el siguiente impacto¹⁹:

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

Para la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), el aprendizaje en Atención Primaria con médicos de familia debe considerarse de interés obligado para todos los médicos, sean en el futuro especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria o no. Para los futuros médicos de familia, porque múltiples estudios demuestran que la exposición

a los contenidos de la medicina de familia de forma temprana en el grado favorece la elección vocacional de la Medicina Familiar. Y, así mismo para los médicos que no vayan a dedicarse a la Medicina de Familia, ya que deben conocer esta disciplina por su posterior relación y necesaria coordinación con ella y porque sus contenidos son los que probablemente estén más cerca de cualquier especialidad que vaya a ejercer.

En la OMC (Atención Primaria de Salud en España 2025)⁷ piensan y así lo manifiestan que el futuro pasa necesariamente por:

- Instauración de la asignatura obligatoria de la Medicina de Familia y Comunitaria en todas las universidades.
- La inclusión de MFYC en el catálogo de Áreas del conocimiento de la Universidad Española.
- La creación de departamentos de MFYC y Atención Primaria en todas las facultades de medicina integrada por médicos de familia.

Algunos autores se atreven a ir más lejos y afirman que el abordaje integral, la perspectiva comunitaria, la atención longitudinal, la capacidad integradora de la medicina de familia daría sentido a que otros departamentos integren a profesores con perfil de médicos de familia, como apoyo a la formación en sus materias correspondientes.

La asignatura es necesaria en todas las facultades porque ya en el año 2005, la Comisión Nacional de la especialidad realizó un estudio mediante grupos nominales en los que los informadores clave fueron la totalidad de coordinadores de las 93 Unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, sobre problemas detectados en los recién licenciados que se

incorporan el Unidades Docentes de MFyC. Las conclusiones de este estudio fueron que los recién licenciados que acceden a nuestra especialidad²⁸:

1. Presentan una importante distorsión formativa, ya que tienen exhaustivos conocimientos teóricos, que abarcan desde los más básicos a los más subespecializados (estos últimos nunca o rara vez le serán necesarios en su futuro profesional). En contraste a esto presentan importantes carencias en competencias clínicas genéricas en aspectos tales como la comunicación, la relación con el paciente y sus familias, el razonamiento clínico, el reconocimiento de la dimensión social y comunitaria de la medicina, etc.
2. Tienen una visión reducida de la medicina, limitada a sus aspectos curativos, biomédicos y hospitalocentristas que les dificulta su percepción de la medicina real con dimensiones sociales, comunitarias, preventivas, etc.
3. En la fase de elección de especialidad, la inmensa mayoría se plantean especialidades hospitalarias en primera opción. La vocación de ser Médico de Familia se les hace imposible en el pregrado. Es muy difícil elegir algo que se desconoce: “no se ama lo que no se conoce”. Los estudiantes carecen de modelos profesionales de referencia. La puntuación es la principal determinante en la elección de plazas MIR de MF y muchos residentes de MF pasan un proceso de readaptación, en cierto sentido traumático, para un futuro profesional que desconocen o del que tienen una visión menoscabada: es la “otra” medicina, la “extrahospitalaria”.
4. Desconocen la realidad de la APS y la MFyC. Los alumnos, en su mayoría, desconocen la medicina que se realiza en el ámbito de la AP, sus posibilidades, recursos, eficacia, etc. Esto es importante si van a ser futuros MF, pero

más importante aún si van a trabajar sólo en el hospital por sus implicaciones futuras en una eficaz comunicación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

5. Muchos serán residentes en Centros de Salud acreditados para la docencia postgrado que son a su vez Centros de Salud Universitarios, pero sin una coordinación adecuada entre ambas facetas. En docencia pregrado se utilizan los mismos recursos (humanos y materiales), metodologías y contenidos, que las UDD de MFyC. Sin una regulación o coordinación entre ambas situaciones se pueden distorsionar o en el mejor de los casos, no optimizar los recursos disponibles en la docencia postgrado y/o pregrado.

Como conclusión al apartado anteriormente expuesto y a este discurso, se ha detectado que hasta el momento actual no existe el deseado continuum entre formación de grado y la formación especializada en MFyC, que los recién licenciados acumulan muchos conocimientos muy específicos, tienen pocos conocimientos genéricos o esenciales y sus conocimientos son muy reducidos sobre lo más prevalente y general. No se manejan bien con habilidades y actitudes claves en la competencia profesional y toleran muy mal la incertidumbre, un aspecto básico para cualquier médico. Su vocación refleja lo que han visto y a lo que han sido expuestos y tienen poco grado de autonomía para el aprendizaje autodirigido por la tradicional metodología docente empleada en el grado en la que el profesor habla-muestra y el estudiante escucha-observa.

4. Bibliografía

1. **Sánchez Amat, M.; Padilla-Bernáldez, J.; Gavilán Moral, E.** *¿Qué es la Atención Primaria de Salud?*. AMF 2021; 17 (2):76-84.
2. *La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia. Versión resumida.* Euract, 2005. **Academia Europea de Profesores de Medicina General** (Red dentro de WONCA Europe). Documentos semFYC N°23. <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/11/DOCU24-TRIPA.pdf>
3. **Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J.F.** *Atención Primaria de Salud. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.* Quinta edición. 2003. Elsevier.
4. **Casado Vicente, V.** (Coordinadora). *Los valores profesionales y el perfil profesional del médico de familia. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria.* semFYC ediciones. 2007
5. **Maiz, G.** (2019). *¿Por qué es importante la Atención primaria de Salud?* OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://www.oseki.eus/areas/sistemas-sanitarios-publicos/>
6. **Sandvik, H.; Hetlevik, O.; Blinkenberg, J.; Hunskaar, S.** *Continuity in general practice as a predictor of mortality acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway.* Br J Gen Pract 2021 Aug 26; BJGP 2021.0346. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340> On line ahead of print
7. *La Atención Primaria de Salud en España en 2025.* 2019. **Cua-**

- dernos de Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).** OMC. Coordinación de la edición: José María Rodríguez Vicente. [https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/2216/La%20Atencio%cc%81n%20Primaria%20de%20Salud%20\(AP\)%20en%20Espan%cc%83a%20en%202025.%20OMC.pdf](https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/2216/La%20Atencio%cc%81n%20Primaria%20de%20Salud%20(AP)%20en%20Espan%cc%83a%20en%202025.%20OMC.pdf)
8. **Macinko, J.; Starfield, B.; Shi, L.** *The contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998.* Health Serv Res 2003 Jun; 38 (3): 831-65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12822915/>
 9. **de Santiago-Nocito, A.M.; Ramos-Lledó, E.; España- Barrio, L.** *Enseñanza de la medicina familiar y comunitaria en las universidades.* RIECS 2018, 3,2; ISSN: 2530-2787ISSN: 2339-9333. XXVIII Congreso de la semFYC- Barcelona (2018). <https://rie.es/index.php/rie/article/view/77>
 10. **Casado Vicente, V.** *La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea.* AMF 2018; 14(2): 79-86
 11. **Casado Vicente, V.** *La historia de la Medicina de Familia en España (1978-2018).* AMF 2018; 14 (3):133-144.
 12. **Barber Pérez, P.; González-López-Valcárcel, B.** *Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas España 2018-2020.* Diciembre 2018 (versión revisado en enero 2019). Universidad de las Palmas de Gran Canaria. <https://www.mschs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>
 13. **Simó, J.** *El superbulo de la falta de médicos. Blog salud, dinero y atención primaria.* 18 de septiembre de 2021. <http://saludine-roap.blogspot.com/2021/09/el-superbulo-de-la-falta-de-medicos-en.html>
 14. **Ortún Rubio, V.** *La refundación de la Atención Primaria.* Cátedra UPF-SEMG-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía

- de la Salud. 2011. <https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/341/La%20refundacio%CC%81n%20de%20la%20Atencion%20Primaria.pdf>
15. **Bonal Pitz, P.** *Antecedentes y modelo actual de la Medicina de Familia en la Universidad*. Medicina de Familia y Universidad. Documentos de opinión para Atención Primaria. Pp: 11-32. IM&C. 2005.
 16. **Bonal Pitz, P.; Campa Varela, F.** *La medicina de familia como área de conocimiento en la universidad española*. ANALES Sis San Navarra 1999, vol. 22, N°1, enero-abril)
 17. **Bonal Pitz, P.** *Presencia de la Medicina de Familia en el Grado en España*. Pregrado. DPM 2009; vol.2 n°2: 21-31.
 18. **Del Río Madrazo, J.A.** *Docencia en Atención Primaria (1ª parte-pregrado)*. Tribuna Docente On Line. Colaboración especial. Vol 08.Núm. 05.2006.
 19. **Casado Vicente, V.** *El papel de la Medicina de Familia en el Grado*. Clínica, 27 (2019).4-11. ISSN:2530-643X
 20. **Nova, I.P.** “Luz verde” del Congreso a la asignatura obligatoria de Familia en Medicina. Redacción médica. 1 marzo 2018.
 21. **Monreal Hijar, A.** *Medicina de Familia: Área de Conocimiento y Equipos Docentes...un proyecto ilusionante*. Editorial semFYC. Aten Primaria 2002. 15 Febrero. 29 (2): 69-71.
 22. **Martín Zurro, A.** *Atención primaria, medicina de familia y cambio curricular*. Editorial semFYC. Aten Primaria 2004; 34 (4): 159-160.
 23. **Pujol de Castro, A.; Fernández Cuevas, B.; GdT de Medicina Rural de semFYC.** *Estudio CEEM sobre la docencia de la Medicina Familiar y Comunitaria en las facultades de Medicina españolas*. Estudio presentado en la Jornada de Atención Primaria en la Universidad. https://www.youtube.com/watch?v=mYZO__Mtz-6g&t=1297s
 24. *Récord histórico en España de plazas para estudiar Medicina: 7.264*. **Redacción Médica**. 5 septiembre 2020. <https://www.re->

daccionmedica.com/secciones/estudiantes/record-historico-en-espana-de-plazas-para-estudiar-medicina-7-264-3891

25. **Alcantud Lozano, P.; López García M.; Ayuso Raya, M.C.; Tellez Lapeira, J.; López-Torres Hidalgo, J.; Escobar Rabadán, F.J.** *Cambios en conocimientos y actitudes acerca de la medicina de familia en estudiantes que cursaron una asignatura específica en el año académico 2016-17*. Comunicaciones y ponencias semFYC: 2021; Comunicaciones: Resultados de investigación.
26. *Comunicación oral “¿Qué aporta la medicina de familia a la formación durante el grado? El punto de vista de los estudiantes tras la realización de un rotatorio práctico”*. XX Congreso regional de la Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria. Lorca. 2017.
27. *II Informe SEPAC UMU. Curso 2020-2021*. Delegación de alumnos de Facultad de Medicina de Murcia. Damedium. Facilitado por los alumnos al solicitarlo vía email.
28. **Bonal Pitz, P.** *Problemas y disfunciones en la formación MIR en Medicina Familiar y Comunitaria generados por las características actuales de la licenciatura de Medicina*. Tribuna Docente Online. Formación en el pregrado. Vol 09, Núm. 03. 2007

