

# La Medicina de Familia en España

Extraído del libro:

*Gómez Gascón T, Ceitlin J.*

*"Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo".*

*Madrid, semFYC - CIMF, 1997.*

## 1. Nacimiento de la especialidad.

Prof. Segovia de Arana.

## 2. Desarrollo de la Medicina de Familia en España:

Tomás Gómez Gascón

2.1. La Medicina General antes de 1978.

2.2. La especialidad de M.F.y C.

2.3. Publicaciones científicas de Medicina de Familia.

2.4. Otras vías de especialización.

2.5. Congresos de M.F.y C.

2.6. Historia del pregrado.

2.7. Grupos de trabajo: Grupo Comunicación y Salud.

## 2. DESARROLLO DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN ESPAÑA

Según Mc Whinney <sup>1</sup>, la Medicina de Familia procede de una rama más antigua de la medicina: la Medicina General. Sin embargo, aunque la relación no es sencilla, como se ha visto en los capítulos anteriores, sí es importante comenzar con la historia de la Medicina General.

### 2.1. La Medicina General en España

Dentro de la Medicina General española, el médico titular es una de las figuras más antiguas de la Administración del Estado. Su origen se remonta a la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 por la que se obliga a los municipios a crear la Beneficencia Municipal <sup>2</sup>. \*<sup>1</sup>

En 1942 se implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) dentro del sistema de protección social gestionado por el Instituto Nacional de Previsión (INP). Se hizo para dar cobertura a la población obrera. Las prestaciones cubiertas inicialmente por el S.O.E. eran las de asistencia de Medicina General y algunas especialidades quirúrgicas en régimen extrahospitalario, así como la prestación farmacéutica.

---

<sup>1</sup> Esto se desarrolla más ampliamente en el capítulo I.6. por José Ramón Vázquez .

Aquellos a quienes no alcanzaba la asistencia del SOE, u otras oficiales, concertaban pólizas con mutualidades o sociedades médicas, recurriendo los de mayores medios económicos a la medicina privada<sup>3</sup>.

Es destacable el hecho de que en los nombramientos que la Seguridad Social otorgaba a los médicos generales en los años 50 se les daba la denominación de médicos de familia<sup>2</sup>, lo que refuerza la tesis de que la Medicina de Familia es la mejor forma de llamar al colectivo de médicos de Atención Primaria.

En 1964, el SOE se transforma en un sistema de Seguridad Social de más amplia cobertura. Con la incorporación de muchos nuevos cotizantes, y el despegue económico, se crean nuevos y modernos hospitales como la Clínica Puerta de Hierro, y en años sucesivos las impresionantes Residencias Sanitarias. Era el boom de las especialidades.

A nivel de asistencia primaria había dos sistemas muy diferentes:

\* En el medio rural los médicos de APD atendían a los pacientes de la beneficencia, la población con cobertura de Seguridad Social, y realizaban otras labores como controles sanitarios, vacunación, epidemiología.

\* En el medio urbano, en los ambulatorios, la asistencia primaria se desarrollaba por el médico, acompañado de una enfermera, en consultas de dos horas, asistiendo entre 50 y 100 pacientes por consulta<sup>3</sup>.

El médico general era la puerta de entrada al sistema y refería al paciente al especialista de ambulatorio que le correspondía, cuando lo estimaba necesario. Excepciones a este sistema de referencia eran la consulta de pediatría, para los beneficiarios de menos de siete años de edad, la consulta de tocoginecología para las mujeres embarazadas, la consulta de oftalmología para la medición de los defectos de refracción y las consultas al dentista, para las extracciones dentales.

El médico general podía recetar prácticamente cualquier medicamento con cargo a la Seguridad Social y determinar la baja laboral de los asegurados, pero generalmente no tenía facultad para solicitar pruebas de laboratorio o radiología, privilegio que correspondía prácticamente en exclusiva a los especialistas<sup>4</sup>.

Como consecuencia de todo esto, la estructura y prestigio históricos de la Medicina General decayeron, inclinándose la balanza profesional y social claramente del lado de la especialización, cada

vez más compleja.

Esta situación de la Medicina General, considerada durante muchos años como inferior, fue una tendencia que sin embargo evitaron algunos países de nuestro entorno, como Reino Unido, Holanda y Dinamarca <sup>2</sup>.

A pesar de todo, en nuestro país y en el medio rural, el médico general ha sido siempre tenido en alta estima. La figura del "médico de cabecera" todavía guarda una alta consideración.

La asistencia extrahospitalaria era, junto a la desorganización del sistema sanitario, la principal fuente de deslegitimación del sistema sanitario público español, en los años 70 y principios de los 80, por lo que todos los agentes demandaban una reforma en profundidad de este servicio.

En los años 80 había varios tipos de médico general <sup>2</sup>:

\* Médicos de Zona de la Seguridad Social: eran casi el 50 % de los profesionales del sector público y ejercían medicina asistencial sobre un cupo de asegurados en un régimen de ambulatorio. Predominan en las grandes ciudades y poblaciones mayores de 10.000 habitantes.

\* Médicos Titulares: algo más del 50 %. Tenían funciones asistenciales y de salud pública. Ejercían su labor preferentemente en el medio rural, aunque todas las ciudades (excepto Madrid y Barcelona) tenían médicos titulares para las funciones de salud pública.

\* Médicos de Urgencia de la Seguridad Social: eran poco más del 3% de los profesionales del sector público. Realizaban la atención a urgencias en centros específicos y a domicilio, en las grandes ciudades.

\* Otros Médicos Generales: Los médicos de las fuerzas armadas, médicos del registro civil, forenses, de instituciones penitenciarias.

\* Médicos Generales de las Compañías de Seguro libre y con ejercicio privado de la profesión.

El ejercicio libre era practicado por un 30% de los médicos generales.

La primera sociedad científica de médicos generales en España es la SEMER (Sociedad Española de Medicina Rural), que fue creada en 1972, con el siguiente objetivo: "Eleva el prestigio de la medicina Rural y Asistencia Primaria, promover la máxima eficacia y bondad de sus actividades y favorecer el adecuado ejercicio profesional, facilitando de esta forma la más científica, correcta y humana asistencia sanitaria a la población en el área de la Medicina Primaria".

Publica, desde su fundación, una revista llamada SEMER, donde se revisan temas

monográficos de interés para la profesión, incluyendo apartados de información profesional y jurídica.

Organizaba congresos con periodicidad bianual hasta 1987, en que pasaron a ser anuales <sup>2</sup>.

Posteriormente pasó a llamarse SEMERGEN, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista.

## 2.2. Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España.

Tomás Gómez Gascón

Josep Moreno i Marín

Esta especialidad aparece por primera vez en el **Real Decreto 2015 de 1978**, desarrollándose posteriormente en el **Real Decreto 3003 del 29 de diciembre de 1978** <sup>5</sup>.

El nacimiento de la especialidad en España estuvo muy vinculado a las recomendaciones de la **Conferencia de Alma Ata**. Esta Conferencia, celebrada entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978 y patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, instó a los Gobiernos a "formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores".

En definitiva, a promover la atención primaria y a dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, con el fin de conseguir el objetivo: "Salud para todos en el año 2000".

Se definió la atención primaria de salud como: "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".

Los influjos de la Conferencia de Alma Ata llegaron a España en un momento en el que la tesis dominante era convertir el sistema sanitario público en un sistema nacional de salud <sup>6</sup>. El Ministerio de Sanidad vio la necesidad de crear una especialización en medicina general para poder desarrollar adecuadamente la atención primaria y que sirviera como punta de lanza de una Reforma Sanitaria en la que se potenciaría esta nueva concepción de la atención primaria.

Por todo ello surgió el **Real Decreto 3303/78** en el que se dispone: "el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad".

También se disponía la formación de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, 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 <sup>5</sup>.

La clase médica expresó su desagrado a través de la Organización Médica Colegial. Existía el temor de que una buena atención pública disminuiría la rentabilidad de las consultas particulares <sup>6</sup>.

En 1979 comenzaron a hacer la especialidad vía MIR los primeros residentes, en número cercano a los quinientos, pero no se llevó a cabo la infraestructura prevista. La Comisión Nacional se había limitado a realizar un documento muy genérico.

Hubo problemas y recelos mutuos entre los primeros especialistas en M.F. y C. y los médicos generales que estaban trabajando en el sistema.

Esto fue originado por variadas circunstancias:

\* Los primeros residentes de M.F. y C. eran vistos como de segunda clase por los demás residentes y especialistas del hospital, ya que la medicina general estaba desprestigiada para ellos. Al irse abriendo camino en los hospitales fueron diferenciándose de los médicos generales.

\* Los tutores que lideraron el proceso de creación de la especialidad procedían del medio hospitalario. No hubo participación de los médicos generales.

\* La ausencia de planificación, tanto de la propia especialidad como de su papel en la Atención Primaria.

\* El Cuerpo de Médicos Titulares se sintió menospreciado por la Administración, que cambiaba el nombre a un perfil profesional que creían representar <sup>6</sup>.

Se han generado muchos conflictos posteriormente, que se podían haber resuelto si se hubiera sabido hacer la integración entre los dos colectivos, como se hizo, por ejemplo, en Portugal.

El Dr. Febrer, Presidente de la SEMER en 1980, declaraba <sup>7</sup>: "Tenemos dos problemas. Uno, el de la formación de la primera promoción, y otro, la forma de homologar a los que están ejerciendo en realidad una Medicina de Familia y que deben obtener el título. Si ambas situaciones se estabilizan,

creo sinceramente que vamos a tener una especialidad que ha de jugar un importante papel en la nueva estructura sanitaria del país, porque estoy plenamente convencido que ha de ser el médico de familia, por una parte, y la puesta en marcha de los Centros de Salud, por otra los que han de permitir la solución a la situación actual, en la que la tragedia y la comicidad se reparten por igual".

Todos estos problemas hacían que muchos dudaran de la viabilidad futura de la especialidad. Eran tiempos muy duros, lo que se puede ver en la primera promoción: de 462 que comenzaron, 159 cambiaron de especialidad al año siguiente (aunque 24 volvieron a coger MF y C) <sup>8</sup> Los más optimistas daban un plazo de dos o tres años a aquel "experimento" y se recomendaba a los médicos residentes que se incorporaran a otras especialidades "más seguras". A partir de aquí no serían raros titulares de prensa como: "La contradicción de la medicina de familia. Un grito constante por la supervivencia" <sup>9</sup>, "La teoría frente a la realidad" <sup>10</sup>, "A la alegre estudiantada de médicos de familia y comunitaria", "Medicina Familiar: Aún hay esperanza" <sup>11</sup>, y otros similares.

Ante la falta de planificación el colectivo de médicos residentes tuvo que tratar de suplirlo con una gran dosis de voluntariedad y esfuerzo. Reflejo de ello fue la elaboración del libro: "La Medicina Familiar y Comunitaria", editado por el Insalud en Febrero de 1980, en el que se estableció el primer Programa Docente de la especialidad, realizado por parte de un grupo de médicos residentes y tutores y que supuso una aportación teórica fundamental <sup>5</sup>. Aunque el panorama era desolador, estas primeras generaciones de residentes, junto con algunos de los tutores, lograron un clima colectivo que, asegurando el entusiasmo necesario para superar escollos y la falta de recursos, ha hecho de nuestra especialidad el grupo médico más atípico de nuestro país: "no podía ser de otra manera y en ello nos iba nuestro propio futuro" <sup>6</sup>. Como consecuencia de esta situación se crea una Coordinadora de médicos residentes de medicina de familia, que sugiere a la Administración la necesidad de una convocatoria para definir los contenidos y objetivos de la especialidad, iniciativa que quedó plasmada en las "I Jornadas para Tutores y Residentes de MF y C", celebradas en marzo de 1980 en Madrid y que significaron el enraizamiento en nuestro país de las ideas y filosofía de Alma-Ata. Destaca, como una de las conclusiones más importantes, la de defender y exigir que la docencia del tercer año de la especialidad se realizase en Centros de Salud Integrados, lo que inició una lucha en cada hospital docente para conseguir la puesta en marcha de los Centros de Salud <sup>12</sup>. Aquellas Jornadas sin duda deben calificarse de históricas <sup>13</sup>.

El problema de dónde realizar el tercer año extrahospitalario, unido a todas las demás dificultades para el desarrollo de la especialidad, obligó a los médicos residentes a efectuar diversas medidas de presión para que la Administración cumpliera sus compromisos. Como consecuencia de las movilizaciones de finales de marzo de 1981 se consiguió una normativa del Insalud, por la que se crearon algunas "Unidades Docentes extrahospitalarias". En ese año entran en funcionamiento en España los primeros Centros de Salud, para servir como lugar de formación de la primera promoción de residentes de M.F.y C. que empezaron en 1979, ya que aún no había comenzado la reforma de la Atención Primaria. Dichas Unidades se implantaron, bien en centros de nueva construcción, o bien en centros que estaban funcionando como ambulatorios, y fueron, entre otros, los Centros de Salud de La Cartuja (Granada), Cambre (La Coruña), Pasajes (Guipuzcoa), Justo Oliveras (Hospitalet de Llobregat, Barcelona), Pozuelo de Alarcón y Orcasitas (Madrid), que permitieron constituir unos Centros piloto, que a lo largo de los siguientes años, tuvieron un importante e influyente papel a la hora de diseñar el futuro modelo de funcionamiento de los Centros de Salud<sup>14</sup>.

Muchas movilizaciones, miles de horas de negociación y mucho esfuerzo de persuasión ha sido necesario para avanzar en la consolidación de la Especialidad y, paralelamente en la reforma de la Atención Primaria. Es de destacar el encierro celebrado en el Colegio de Médicos de Madrid en junio de 1982, de 19 días de duración, para conseguir la creación y puesta en marcha de Centros de Salud pilotos como base de la Reforma Sanitaria y que sirvieran para realizar el tercer año de la especialidad a los residentes de M.F. y C. Fundamental en la memoria histórica, donde probablemente un colectivo que entonces se gestaba empezó a tomar conciencia, no sólo de su valor como grupo de influencia, sino de una capacidad de trabajo e ilusión que posteriormente seguiría demostrando. Por allí pasaron más de 600 médicos residentes (Figura \*), y de manera altamente organizada, se realizaron todo tipo de grupos de trabajo y de análisis, comisiones internas, relaciones con otros colectivos, difusión a prensa y población (Figura \*), entrevistas, talleres,... ; todo ello sin desdeñar cierto aire festivo (conciertos: clásica, L. E. Aute, Javier Krahe; películas de cine; "fiestas autonómicas",...). Durante el encierro se mantuvieron contactos con la Oficina de la OMS en Europa, que apoyó en un escrito entregado en mano a un representante, el Dr. Esteban de Manuel, el movimiento de la medicina de familia en España.

A raíz de ello se publicó el **Real Decreto 2392 de 1982** por el que la Administración se

comprometía a crear "**Unidades Piloto de Medicina de Familia**".

Posteriormente se publicó la **Orden del 19 de diciembre de 1982** para: "**regular el desarrollo de la formación en atención primaria de salud de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria**". Ello se justificaba en base a que habían transcurrido dos años desde el inicio de la formación en Unidades Docentes extrahospitalarias urbanas y rurales. En esta orden se establecen las condiciones mínimas que deben cumplir las Unidades Docentes, fijando los profesionales que deben existir en ellas: Coordinador, tutores, técnicos en Salud Pública, personal de enfermería... y las funciones específicas de cada uno <sup>5</sup>.

En Diciembre de 1983 se celebraron en Granada las IV Jornadas de M.F. y C, dando continuidad a las anteriores que tuvieron lugar en 1980 en Madrid, en 1981 en Gijón, y en 1982 en Barcelona. Durante estas Jornadas tuvieron lugar las reuniones de la Coordinadora Estatal de Médicos Residentes de MF y C y de la Sociedad Española de esta especialidad, así como la presentación del nº 0 de la revista Atención Primaria. Fue un buen preámbulo a los importantes acontecimientos que iban a suceder en 1984.

Con el comienzo de la Reforma Sanitaria se publicó el **Real Decreto 137 de 1984 sobre "Estructuras Básicas de Salud"**, lo que vino a suponer un cambio importante <sup>15</sup>. En él se establece la transformación de las Unidades Piloto de M.F.y C. (que nunca se llegaron a crear) en Equipos de Atención Primaria. Desde entonces el tercer año de la especialidad se realiza dentro de Equipos de Atención Primaria. En las conclusiones de la reunión de Docentes de MF y C, celebrada en Madrid en marzo del 84 se decía: "deben considerarse las actuales Unidades Docentes para su reconversión en Estructuras Básicas de Salud y, a su vez, las futuras Estructuras Básicas de Salud para la ubicación en ellas de nuevas Unidades Docentes, previa su acreditación" <sup>16</sup>.

En enero de 1984 se aprueba el **Real Decreto 127/84, por el que se regula la formación médica postgraduada y la obtención del título de especialista** <sup>17</sup>. Un punto a resaltar es la división de las especialidades en hospitalarias y no hospitalarias. También a partir de ese momento la única forma de obtener una especialidad médica en España es la vía MIR. Esta normativa permitió que la Comisión Nacional de la Especialidad se recompusiera en julio de 1984, bajo la Presidencia del Dr. Martín Zurro, pasando a jugar un papel trascendental y aprobando en septiembre de 1985 el primer Programa Docente "oficial" de MFyC.

Mientras del Reino Unido se importaban las experiencias asistenciales, desde expertos latinoamericanos de Salud Pública (E. Presser, H. Sanmartín, ...) se exploraban conceptos de medicina comunitaria, lo que generó que muchos y buenos profesionales emigraran, haciendo aportaciones relevantes al campo de la gestión y la salud comunitaria.

Se consiguen importantes logros: una red de Centros de Salud, en general bien dotados y con una cobertura progresivamente creciente de la población, una mejora de la calidad del acto clínico y del perfil farmacológico, un planteamiento del rol sanitario de la enfermería como agente de salud, etc.... Se inicia el desarrollo de una red docente específica de la especialidad y los primeros pulsos de actividad científica propia. Incluso aparece de forma esporádica alguna manifestación "popular" por parte de ciertas comunidades, en favor del nuevo modelo.

También se fue aprendiendo a base de errores: se dispensarizaron servicios cuando se propugnaba lo integrado, se originaron tensiones entre profesionales médicos y de enfermería - algunas aún poco superadas- y se sigue con un sistema burocratizado (no resuelto en absoluto) que penaliza a los mejores profesionales con la adscripción de más (y acaso más problemáticos) pacientes, en lugar de incentivarlos facilitando una atención personalizada y con menor carga burocrática.

En 1986 se publica la **Ley General de Sanidad**<sup>18</sup>, que establece el marco normativo de la Reforma Sanitaria. En ella se adopta la terminología del Sistema Nacional de Salud para definir el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, integrando todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la Ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Se cambian los tres niveles asistenciales existentes: primario (medicina general), secundario (especialidades de ambulatorio) y terciario (hospitalario) en dos niveles asistenciales: de atención primaria y de la asistencia especializada<sup>4</sup>.

Su desarrollo debía significar la unificación y/o coordinación de todos los recursos sanitarios existentes, la consolidación definitiva del Área de Salud, la participación de la comunidad, la nueva regulación de las especialidades médicas y la entrada de la Medicina de Familia en el ámbito universitario<sup>13</sup>.

Se acaban de cumplir 10 años desde su publicación y todavía hay muchos aspectos por desarrollar, como la Ley de Especialidades ó el Estatuto Marco.

Un acontecimiento relevante fue la aparición de la **normativa 86/457 de la Comunidad Económica Europea** <sup>19</sup>, que establecía la necesidad de una formación específica en Medicina General de al menos dos años a tiempo completo, en todos los países que forman la Unión Europea, y que sería obligatoria a partir de 1995. Por parte de los Ministerios de Sanidad y Educación, una vez consultadas todas las partes interesadas, se acordó que la vía única para realizar esta formación en España sería la especialidad ya existente de Medicina Familiar y Comunitaria, como se refleja en el **Diario Oficial de la UE C262/2 de 1990** <sup>20</sup>. Ver Tabla adjunta. (Aten Primaria 8 (7),587).

En 1990 (14 de julio) se celebró en Madrid una **Jornada de la semFYC sobre "La formación del médico de familia en los años noventa"** <sup>21</sup>. El objetivo de dicha jornada era reflexionar sobre la formación general o de familia en la próxima década, teniendo en cuenta las directrices de la CEE, y presentar el nuevo programa de la especialidad elaborada por la Comisión Nacional, con la colaboración de la semFYC, pendiente de aprobación por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

El acto, justo a los 10 años de la primera Jornada de Medicina de Familia celebrada en 1980 en Madrid, sirvió como un espaldarazo importante a la especialidad, tanto por el apoyo de los altos cargos de la Administración presentes, como por los discursos de los prestigiosos invitados extranjeros y, sobre todo, por la masiva y entusiasta presencia de especialistas en M.F. y C.

Con un número creciente de profesionales formados cada año por el sistema MIR (en 1996 comenzaron su formación en MFyC 2.000 médicos residentes), en este momento nos encontramos con unas cifras aproximadas de unos 7.000 médicos de familia (MF) formados por vía MIR, cerca de 5.000 residentes en formación y una perspectiva de crecimiento importante, como se puede ver en la figura. Se estima como situación idónea que el 50% de los médicos especialistas o en fase de especialización sean MF <sup>22</sup>

Todavía estamos lejos de ese objetivo (actualmente estamos en un 15% <sup>23</sup>), pero parece alcanzable <sup>24</sup>.

## Situación actual de la especialidad en el marco de la Unión Europea (UE)

La Directiva del Consejo de la U.E. 457/86 entró en vigor el 1 de Enero de 1995, explicitando que para trabajar en el ámbito de la Atención Primaria en los países miembros de la U.E. dentro del marco de los diferentes sistemas sanitarios públicos de cada país, se exigirá una formación postgrado en medicina general que como mínimo será de 2 años <sup>19</sup>. Cada Estado miembro definió además cuál era la formación especializada que proponía para acreditar dicha formación postgrado. La Administración española comunicó que existe ya en nuestro país la formación que cumple todos los requisitos de la normativa comunitaria y que esta es la de Medicina de Familia y Comunitaria (vía MIR), hecho que queda reflejado en el Diario Oficial de la UE C262/2 (1990).

La propia Directiva prevé para los profesionales que han terminado su licenciatura antes del 31/12/94 lo que se conoce como derechos adquiridos, concediéndoles un certificado que les permitirá poder trabajar en el Sistema Público, o seguir trabajando a los que ya lo estuvieran haciendo. Este certificado es un documento administrativo (emitido por el Ministerio de Sanidad y Consumo) y nunca un título o mérito académico. En España, mediante una Orden Ministerial, se desarrollan estos aspectos, habiéndose entregado más de 100.000 de estos certificados.

Puede afirmarse que la entrada en vigor de la Directiva Comunitaria ha sido un hito para la especialidad, en tanto que reconoce la formación en MFyC (vía MIR) como la adecuada y exigible para el trabajo en Atención Primaria, siendo la única vía posible de formación postgrado en medicina general/familiar (a partir de su entrada en vigor) reconocida institucionalmente <sup>25</sup>.

No obstante, el año anterior a la fecha 1/1/95 empezó a generar problemas, como cabía esperar, en los estudiantes de medicina que se licenciarían a partir del 95. Obviamente, con la aplicación estricta de la normativa comunitaria no podrían trabajar (ni siquiera de forma eventual) en el Sistema Público, en consultas de Atención Primaria, al no poseer el título de especialista en MFyC y no tener opción tampoco al certificado administrativo. La situación ideal sería lo que la CNE y la semFYC vienen sugiriendo desde hace tiempo: adecuar el número de plazas MIR al número de estudiantes que acaba cada año y tender a un MIR de carácter distributivo y menos selectivo <sup>26</sup>.

Aunque actualmente se dispone de más plazas MIR (5.000) que licenciados en medicina por año (4.000), el problema actual se deriva del acceso masivo de estudiantes a medicina, sobretudo en la década de los 70, lo que hace que tengamos el mayor índice de médicos por mil habitantes de los

países de la UE, junto con Italia <sup>27</sup>, y ha generado lo que se denomina "bolsa histórica": un gran número de médicos que no han podido acceder a la especialización. Muchos de ellos se presentan cada año y van incorporándose al MIR, lógicamente a expensas de una reducción del número de recién licenciados que aprueba. No basta entonces con igualar el número, sino que ha de ser mayor, para que de forma progresiva se vaya absorbiendo la "bolsa histórica" y, por supuesto, no sólo a expensas de plazas de MFyC, sino de todas las especialidades que se necesiten.

Esta perspectiva algo oscura, hizo que durante 1994 y 1995 los estudiantes de medicina manifestaran su inquietud, tanto a la Administración como de forma pública. La respuesta a estas presiones fue, por parte del Ministerio de Educación y Ciencia, la posibilidad de abrir una vía paralela de formación de postgrado en medicina general de 2 años de duración, al margen del sistema MIR, que sería ofrecida a todos aquellos licenciados que no accediesen a él.

La gravedad de esta propuesta era de tanto peso que no se hizo esperar una respuesta masiva por parte de la semFYC, de la Coordinadora Estatal de Médicos Internos y Residentes, de las Sociedades Científicas en general, de la Comisión Nacional y la Red de Unidades Docentes de MFyC, de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, grupos políticos, organizaciones internacionales (WONCA, CIMF) y un largo etc. Evidentemente, la creación de una vía paralela de postgrado (de muy dudosa calidad y viabilidad) como alternativa a la especialidad de MFyC, que ha demostrado ampliamente su suficiencia a lo largo de todos estos años, carecía de toda lógica sobre todo en un momento en que a lo que toda Europa tiende es a aumentar en calidad y en cantidad la formación específica en medicina general/familiar (el Comité Permanente de Médicos de la Unión Europea afirma que una formación de tres años es la mínima exigible) <sup>28</sup> y que nos encontramos inmersos en una sociedad moderna y competitiva que exige a sus profesionales cada vez una mayor cualificación.

El **14 de Mayo de 1994** se organizó en Madrid un acto multitudinario en el que participaron más de 2.000 profesionales, la mayoría médicos de familia y residentes de la especialidad de toda España, con el lema "**Por una Formación de Calidad**", donde se defendió ampliamente la formación MIR en Medicina de Familia y el sistema MIR en general. Este acto incluyó la entrega de un comunicado con las firmas de los asistentes en los Ministerios de Educación y Sanidad y tuvo una importante repercusión en los medios de comunicación.

Como consecuencia de la normativa comunitaria, y tras las presiones estudiantiles, y de todas las partes implicadas (con dos encierros en el Ministerio de Sanidad, de médicos de familia), se acordó realizar a partir de 1995, y durante 5 años, dos convocatorias MIR; una exclusivamente para licenciados post-95, con plazas de MFyC, y otra general, también con plazas de MFyC (en bastante menor proporción) a la que pueden optar los licenciados pre-95 y los post-95 que no hayan obtenido una plaza en la convocatoria específica. En el MIR 95-96 se ofertaron 5.000 plazas: 1.800 de MFyC en la convocatoria para post-95 y 3.200 en la general (de ellas 200 de MFyC). Se cubrieron poco más de 1.100 plazas en la convocatoria post-95, por lo que casi 700 pasaron a la convocatoria general. En el MIR 96-97 se han ofertado 1860 plazas de MFyC: 1.462 en la convocatoria post-95 y 398 en la convocatoria general.

## CONCLUSIÓN

Se puede ver que el camino de la Medicina de Familia ha sido muy complicado y dificultoso desde el principio. Las primeras promociones estaban muy motivadas, lo que unido a varios tutores hospitalarios que apoyaban entusiásticamente esta especialidad, hizo que hubiera un rearme ideológico y un clima grupal que ha hecho de nuestra especialidad el colectivo médico más atípico de este país (Borrell).

Como los problemas siguieron existiendo y las crisis han ido rebrotando cada cierto tiempo, esto ha seguido haciendo que nuestro colectivo esté bastante unido y movilizado en la defensa de la especialidad.

Otro hecho también es evidente: se empezó la casa por el tejado, sacando plazas de residente de MFyC sin tener estructuras donde formarlos, pero este hecho ha sido determinante para que exista la especialidad en nuestro país. Como dice Francesc Borrell: "fue un acierto histórico, ya que estos primeros médicos de familia se convirtieron en los principales impulsores de la reforma de la Atención Primaria de Salud".

También opina lo mismo José Ramón Vázquez <sup>29</sup>: "Habrán de pasar muchos años para que la sanidad de nuestro país pueda volver a contar con un potencial humano tan dinámico, sensibilizado y corresponsable con la función que le ha tocado asumir, como el que han aportado en estos años los especialistas en MFyC".

Cuando llegó al poder el PSOE se encontró la especialidad ya creada. Sí estaba clara la necesidad de la reforma sanitaria, pero no el papel de la Atención Primaria y menos el de la Medicina de Familia. El hecho de que muchos médicos de familia relevantes entraran a formar parte de la Administración, unido a la fuerza y conciencia de pertenencia a un colectivo de todos los médicos de familia, probablemente contribuyó a que la reforma se decantara hacia los Centros de Salud y una Atención Primaria con un peso importante dentro del Sistema Nacional de Salud.

En 1996 ha tenido lugar un cambio político, pasando a gobernar el Partido Popular. Se tenía mucho temor a lo que esto podría significar en contra de la Medicina de Familia, pero parece que todo sigue igual y que la especialidad está claramente consolidada y sin posibilidad de vuelta atrás. Como es lógico, la Medicina de Familia no pertenece a ninguna ideología, y existe en países con muy distintos tipos de sistemas políticos y sanitarios, como se ha podido comprobar en capítulos precedentes.

## 2.3 Publicaciones científicas de la especialidad

### **Revista Atención Primaria**

En Enero de 1984 nace esta revista, dirigida por los Dres. J.F. Cano Pérez y A. Martín Zurro, con la intención de servir al desarrollo de la Atención Primaria de Salud, mediante una publicación que fuera cauce de los trabajos e investigaciones que en este campo se iban a producir en el país.

En una primera etapa la revista se publicó con una periodicidad de cuatro números anuales. A partir de 1987, debido al gran número de artículos enviados, se amplía a un número mensual. Ha ido evolucionando hasta tener, desde 1992, un número quincenal, lo que da una idea de su gran auge.

En Febrero de 1990 es incluida en *Excepta Médica*, en Julio de 1990 en el fondo bibliográfico de FAMILI y en Agosto de 1991 en el prestigioso *Index Medicus* y *Medline*, incluyendo los artículos publicados desde enero de 1989.

Es el órgano de difusión de la semFYC desde 1985, publicándose la *Gaceta* al final de su contenido. En 1993 se firma un convenio entre la semFYC y Haymarket, por el que la Revista se convierte en la *Publicación Oficial* de la Sociedad. Desde noviembre de 1995 la *Gaceta* se publica en formato independiente, con periodicidad mensual, y con una gran mejora de su contenido, tanto en información como en calidad gráfica.

Debido a la falta de desarrollo de la Atención Primaria en nuestro país cuando se inició la publicación de la revista, los originales durante los primeros años correspondían en su mayor parte a aspectos organizativos de la atención, evaluación de servicios y elementos de epidemiología y Medicina Comunitaria. Posteriormente cobraron mayor relevancia los temas relacionados con los programas de salud. En los últimos años se aprecia un incremento significativo de los trabajos con el área clínica<sup>30</sup>.

En una reciente revisión bibliométrica y temática de los diez años de la revista *Atención Primaria*<sup>31</sup> se analizan 1.829 artículos y se aprecia que un 60 % son trabajos relacionados con la clínica, en un 23 % se ocupan de aspectos como organización, consumo de recursos, docencia, investigación y entorno social de la Atención Primaria; siendo el resto de medicina preventiva y epidemiología, planificación familiar, documentación médica y urgencias.

Al mismo tiempo que la revista se publicó el **Manual de Atención Primaria**, coordinado también por los Dres. A. Martín Zurro y J.F. Cano Pérez, que ya va por su tercera edición (actualmente con el título de Atención Primaria). Esta obra ha contribuido poderosamente al desarrollo de la especialidad en España y en algunos países latinoamericanos. Es el segundo libro más vendido en lengua castellana.

32

En 1994 comienza a publicarse el **PROGRAMA "FMC"** (Formación Médica Continuada), dirigido por el Dr. A. Martín Zurro y cuyo objetivo esencial es el de contribuir, en un contexto multimedia, a cubrir las necesidades de educación continuada del profesional de Atención Primaria. El Programa FMC, que cuenta con el patrocinio y acreditación de la semFYC, edita cada año los 10 números de una revista dedicada esencialmente a la actualización de temas importantes para la Atención Primaria, cuatro protocolos, uno o dos temas en soporte informático, una base de datos de citas bibliográficas y un cuestionario de autoevaluación. También concede becas o premios a los suscriptores que responden acertadamente un número mayor de las preguntas de dicho cuestionario. El Programa FMC está teniendo un elevado grado de aceptación en el colectivo profesional de Atención Primaria, tal como lo demuestra el hecho de que el número de suscriptores ha ido aumentando rápidamente hasta situarse por encima de los 4.000, cifra elevada para el contexto español.

### **Revista MEDIFAM**

La revista MEDIFAM surge en 1991, tras diez años de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, por iniciativa de Médicos de Familia, con el objetivo fundamental de ofrecer un documento de investigación de alta calidad, con los contenidos propios de la especialidad, que fuera útil para la formación y el desarrollo profesional de los Médicos de Familia.

En esta publicación, además de trabajos de investigación, editoriales, notas clínicas y artículos de opinión se incluyen, por primera vez en una revista nacional para Médicos de Familia, secciones necesarias para el conocimiento y aprendizaje de la disciplina y que no se encontraban de forma sistemática en otras publicaciones. Es el caso de las secciones "En colaboración con.." y "Dinámica Familiar" que han marcado sin duda una pauta para publicaciones posteriores. De especial relieve ha sido la sección "En colaboración con.." ya que ha llevado a la realización de magníficas revisiones

críticas sobre temas de interés para el trabajo diario en los que la colaboración entre Médicos de Familia y otros especialistas ha dado a los temas tratados una visión muy cercana a la realidad de la práctica clínica. En la sección de Dinámica Familiar, al interés propio de la sección necesaria para la formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, se ha sumado la destacada participación internacional de autores de prestigio en esta problemática.

En 1992 MEDIFAM lleva a cabo la edición del primer programa informático de referencias bibliográficas, una interesante iniciativa, hasta ese momento no realizada por ninguna otra publicación nacional.

Pero si durante estos seis primeros años han sido importantes la calidad de los contenidos y los temas tratados en la revista mucho más valor tienen el incesante trabajo de formación y ayuda a la investigación que MEDIFAM ha estado desarrollando. El mayor esfuerzo se ha centrado en el proceso de revisión de originales y en las respuestas dadas a los autores. El resultado de todo este esfuerzo de revisión es altamente positivo y el refrendo es la calidad de los originales publicados por MEDIFAM, que han situado a la revista en un lugar de privilegio. En la actualidad es considerada una lectura de alto interés, especialmente útil para el experto y el docente en la especialidad de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Hay que significar el destacado trabajo que de forma continua lleva a cabo el Consejo Editorial, y la reunión anual de evaluación y programación de objetivos con el Comité de Expertos.

#### 2.4. Otras vías de titulación de MFyC

La MFyC es una de las especialidades que más profesionales formados tiene actualmente mediante el sistema MIR. Hay otros 6000 médicos en España con el título de MFyC obtenido por vías diferentes al sistema MIR. En el momento de la creación de la especialidad (a semejanza de lo que ha sucedido con otras especialidades), se otorgó el título a aquellos APD (médicos rurales) que eran propietarios de plaza en el Sistema Sanitario Público en 1981 (unos 4.000 médicos). Posteriormente, se publicó el R.D. 261/89 que regula la obtención del título por vía del Curso de Perfeccionamiento.

Hubo otras dos vías minoritarias: la del 5%, según la O.M. 30/12/86 que desarrolló el RD 127/84, y otra de concesión del título a los tutores y miembros de la CNE al comienzo de la especialidad.

En el momento actual, la única vía posible para la realización de la especialidad es el sistema MIR.

#### Curso de Perfeccionamiento para la obtención del título de MFyC.

El Curso de Perfeccionamiento es consecuencia del Decreto de creación de la especialidad (RD 3303/78), que en su artículo octavo decía:

"Los Médicos que acrediten cinco años de ejercicio, en propiedad o interinos, en puestos de "Asistencia Primaria" dependientes de cualquier Administración Pública o de Entidades gestoras de la Seguridad Social, podrán obtener el título de Médico de Familia y Comunitaria, previo cursillo de perfeccionamiento en la forma que la Comisión Nacional de la especialidad de MFyC y el Ministerio de Educación y Ciencia determinen." <sup>33</sup>

Durante los primeros años de especialidad los médicos de familia hicieron todo lo posible para que el curso no se llevara a cabo, lo que probablemente fue un error visto con perspectiva histórica porque al final el problema se agrandó al retrasarse en su aplicación.

En 1987 comenzaron las negociaciones entre todas las partes implicadas, que continuaron en 1988 y 1989. La postura de la semFYC se fue modificando paulatinamente, desde una total oposición a la negociación de unos mínimos que fueran aceptables.

Este tema fue fuente de conflictos serios en el seno de la semFYC durante estos años y los inmediatamente posteriores.

En el Congreso de Bilbao, en mayo de 1989, se establecieron unos puntos mínimos en la reunión de docentes. La Junta Directiva saliente difundía la necesidad de que el curso fuera controlado y con garantías de calidad, por lo que se consideraba necesario participar en él siempre que se reunieran unos mínimos.

El 10 de Febrero de 1989 se había publicado el RD 264, que regula este curso . La Junta Directiva de la semFYC decide negociar unos mínimos para las instrucciones de desarrollo del curso, aceptándose los mínimos aprobados en la reunión de docentes de Bilbao <sup>34</sup>.

Se mantuvieron reuniones con la CEFIR, la SEMG, el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación y Ciencia para discutir la resolución conjunta. Se consiguieron los mínimos pedidos, excepto el que hacía referencia a la normativa para las UUD por ser imposible de realizar en los plazos que había.<sup>35</sup>

El 23 de diciembre de 1989 se publicó la normativa de desarrollo del Curso <sup>36</sup>. La normativa recogió los acuerdos suscritos por la semFYC. La selección de candidatos se hizo de manera centralizada y estricta por parte del Ministerio. Se presentaron 11.700 solicitudes, siendo admitidos algo más de 8.000

Posteriormente la realización de los cursos ha ido a un ritmo muy lento, por dos condicionantes: el haber menos presupuesto del previsto (los cursos son caros, a una media de un millón de pesetas por alumno) y las resistencias de algunas Sociedades Autonómicas de Medicina de Familia y Unidades Docentes de MFyC a llevarlo a cabo por no estar de acuerdo.

En el momento actual hay un claro convencimiento por parte de la Comisión Nacional de la Especialidad, de la semFYC y de las Unidades Docentes de MFyC, de que es una tema que hay que cerrar cuanto antes, porque el retraso en desarrollar un derecho adquirido no nos trae nada más que perjuicios: posibilidad de volver a abrir la vía, distanciamiento con los médicos generales, etc...

Han podido acceder al Curso hasta el momento el 50 % de los que tienen derecho, con grandes diferencias a nivel de autonomías.

También se desarrollan en 1995 un gran número de reuniones de las tres Sociedades de medicina de familia y medicina general: semFYC, SEMERGEN y SEMG, con la CNE de la MFyC y la Administración, intentando superar las diferencias existentes, para formar un único colectivo. Se estudió la posibilidad de abrir una vía para la obtención del título de MFyC, acogiéndose al artículo 35

de la Directiva Comunitaria 93/16, que fue rechazada por la semFYC.

## 2.5. Congresos de MFyC

Uno de los pilares del desarrollo de la especialidad de MFyC en España han sido los Congresos Nacionales, por lo que merece hacerse una breve mención a ellos.

En 1980 y 1981 se celebraron las dos primeras reuniones, en Madrid y Gijón, que fueron importantes para la organización de los residentes y poner las primeras bases teóricas de la especialidad. El primer Congreso como tal, fue el de Barcelona de 1982, el III Nacional, con buena calidad científica.

En 1983 tuvo lugar el IV en Granada, que fue donde se creó definitivamente la semFYC, a través de una gestora.

A partir de entonces todos los Congresos han ido progresando, tanto en participación como en calidad científica, siendo hoy en día una de las actividades fundamentales de la semFYC, de los médicos de familia y de la Atención Primaria en general.

Los siguientes Congresos (hasta el VIII se llamaron Jornadas) fueron en ; 1984, Santiago de Compostela; 1985, Zaragoza; 1986, Alicante; 1988, Valladolid; 1989, Bilbao; 1990, Barcelona (también I Congreso Europeo de WONCA); 1991, Santander; 1992, Sevilla (a la vez Congreso Regional del CIMF); 1993, La Coruña; 1994, Madrid; 1995, Platja d'Aro (Girona); 1996, Granada (también VI Congreso Internacional del CIMF); 1997, Valencia y 1998, Zaragoza.

Los próximos Congresos (ya denominados ahora Congresos de la semFYC) tendrán lugar en 1999 en Tenerife, en el 2000 en Asturias y en el 2001 en San Sebastián..

Para asegurar la calidad de los Congresos se han elaborado por grupos de trabajo de la semFYC:

\* Manual de funcionamiento de los Comités Científicos.

\* Guía de organización de Congresos de la semFYC.

Estos documentos facilitan mucho la organización de un Congreso y el trabajo del Comité Científico, lo que garantiza el nivel de los próximos Congresos.

## 2.6. DOCENCIA PREGRADO DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN ESPAÑA Y EUROPA

### **JOSÉ SAURA LLAMAS**

Especialista en Medicina Familiar y C. Tutor de A.P. Miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad. Sección de Docencia de la semFYC. Centro de Salud Universitario "Barrio del Carmen" Murcia.

### LA FORMACIÓN Y LA DOCENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Dentro de las actividades que todo colectivo profesional debe impulsar se deben destacar los aspectos docentes, puesto que si no se hace así no se podrá desarrollar adecuadamente ni alcanzar un suficiente y adecuado nivel científico y técnico. Esta idea también es válida para la Atención Primaria de Salud (A.P.S.).

Antes de seguir adelante es necesario hacer algunas puntualizaciones: La A.P.S. constituye un nivel asistencial con un ejercicio profesional que representa en España unos 250 millones de consultas o de actos médicos al año, que maneja alrededor de 700.000 millones de pts. en prestación farmacéutica y unos 400.000 millones de pts. en prestaciones económicas por baja laboral. Estos datos orientativos dan una idea de su importancia real.

También es preciso remarcar el papel esencial que han tenido y deben seguir representado los Centros de Salud, pues actualmente y alrededor de ellos se ha vertebrado la docencia pregrado en A.P.S.

Entendiendo la formación de los Médicos de A.P.S. como un continuum, dentro del concepto de desarrollo profesional continuo, desde su inicio al acceder a la Universidad hasta su fin cuando termina su ejercicio profesional y a lo largo de su carrera profesional; la licenciatura se corresponde con la acreditación o certificación básica inicial.

### PEQUEÑO RECUERDO HISTÓRICO SOBRE LA DOCENCIA PREGRADO DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN ESPAÑA:

En la evolución de la docencia pregrado de la Medicina Familiar en España, de una manera muy esquemática, podemos distinguir varias etapas que se agrupan alrededor de varias fechas significativas.

**1ª Etapa, antes de 1978:** Es decir antes de la aparición de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad médica. Por los datos conocidos posteriormente podemos afirmar que antes de 1978 esta docencia no existía en la Universidad.

**2ª Etapa, de 1978 a 1986:** Esta etapa está marcada por la aparición de la especialidad de Medicina

Familiar y Comunitaria (Real Decreto 2015/1978). Los acontecimientos más significativos de esta etapa son la aparición de la primera promoción de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en 1982, la aparición de la Revista "Atención Primaria" en 1984, y de algunas aportaciones teóricas sobre este tema.

**3ª Etapa, de 1986 a 1991:** Que se caracteriza por la publicación del Real Decreto 1558/86: Donde se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias. Esto va a permitir la firma de varios conciertos entre distintas Universidades y otros tantos servicios de salud, con la aparición y el incremento paulatino del número de Profesores Asociados Clínicos de Atención Primaria en un número creciente de Universidades Españolas, en la mayoría de los casos Médicos de Familia.

**4ª Etapa, de 1989 A 1991:** Que se inicia en Diciembre 1989, con la creación de la Sección de Docencia de la s.e.m.F.Y C. (asumida por la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria), que se constituye oficialmente en 1990, creando un grupo de Trabajo sobre el Pregrado, que desarrolla una serie de actividades y da lugar a una serie de documentos entre los que destaca el denominado "Criterios Mínimos para la Docencia Pregrado en A.P.S.<sup>1</sup>. En 1991 aparece la Revista "MediFam".

**5ª Etapa, de 1991 a 1993:** Que comienza en 1991 con la presentación de una ponencia sobre la Medicina de Familia en el Pregrado en el Congreso de Santander de la s.e.m.F.Y C.<sup>2</sup>, que es un documento que le da por primera vez contenido a esta docencia desde el punto de vista de los Médicos de Familia. La Sección de Docencia y el Grupo de Trabajo de Pregrado siguen aumentando de tamaño y consiguiendo una estructura más sólida. Además en 1993 aparece la Revista Centro de Salud.

**6ª Etapa, de 1993 a 1995:** Al inicio de esta etapa, en 1993 se consigue uno de los objetivos prioritarios, la aprobación dentro del Curriculum de la Licenciatura de Medicina de la primera asignatura obligatoria con estos contenidos en la Universidad de Sevilla<sup>3</sup>. Durante esta etapa los esfuerzos de la Sección y el Grupo de Trabajo de Pregrado va dirigida a conseguir la aparición de más asignaturas en otras Universidades (varias propuestas presentadas). Además se celebraron las "I Jornadas Nacionales: Universidad-Medicina de Familia"<sup>4</sup>.

**7ª Etapa, a partir de 1995:** Se inicia una nueva etapa en base a los nuevos Objetivos de la Sección y del Grupo de Trabajo de Pregrado (Sevilla - Mayo 1995), entre los que figura que la Medicina de Familia tenga el reconocimiento oficial de Área de Conocimiento.

## ¿ CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA DOCENCIA PREGRADO EN MEDICINA DE FAMILIA EN ESPAÑA ?:

La docencia pregraduada corresponde al llamado "Período académico", la licenciatura como nivel educativo, o "el grado" (Predoctorado en USA).

Tradicionalmente la Medicina de Familia, que se corresponde con el ejercicio profesional anteriormente descrito, y hasta hace muy poco tiempo ha sido excluida de hecho de la Universidad Española. Esto es así porque se consideraba de poco interés desde el punto de vista académico, y porque se asumía que en este nivel asistencial no se podía realizar una Medicina con una adecuada calidad científico-técnica, que no existían posibilidades de realizar investigación de interés y sin conocimientos, habilidades y aptitudes que enseñar. Hasta ahora la presencia de la Medicina de Familia en la Universidad ha sido prácticamente inexistente, pero esta situación debe y de hecho está cambiando.

Actualmente en la Universidad Española, los licenciados en Medicina reciben una mínima formación específica en Atención Primaria / Medicina de Familia.

**LA DISCIPLINA:** Toda docencia pregrado se sustenta en la existencia de una disciplina académica, la disciplina está basada en una institución educativa como es la Universidad<sup>5</sup>.

En A.P.S. la disciplina se debe denominar Medicina Familiar, y constituye una disciplina porque da forma a un conjunto bien definido de conocimientos, o Área o cuerpo de conocimientos (integrado por las ciencias clínico-preventivas, sociales y de la conducta), que incluye unos conceptos, unas definiciones y unos textos de referencia; se refiere a unas habilidades concretas, con unas actitudes, unas aptitudes y unas técnicas propias; con un campo preciso de actividades que se corresponden a un perfil profesional concreto y a una práctica o parcela específica de ejercicio profesional (el Equipo de Atención Primaria y el Centro de Salud); tiene su propia área de investigación (la A.P.S.); y precisa de programas de formación específicos<sup>5</sup>.

Actualmente la Medicina de Familia no tiene la consideración de Área de Conocimiento dentro de la Universidad Española. La Atención Primaria tiene la consideración de materia troncal en el nuevo plan de la Licenciatura de Medicina,<sup>6</sup>.

No existen Departamentos ni Unidades Docentes de Medicina de Familia. En la Universidad Autónoma de Madrid se ha constituido una "**Unidad Interdepartamental de Atención Primaria**" (U.I.A.P.) dirigida por el Profesor A. Otero, que agrupa a 15 Centros de Salud Universitarios (C.S.) y a 23 Profesores Asociados<sup>7</sup>.

Han aparecido algunas asignaturas con estos contenidos, de seminarios, de cursos de doctorado, etc., con carácter opcional en algunas Facultades de Medicina.

La reciente creación de una asignatura obligatoria denominada " Medicina Familiar y Comunitaria" en el Curriculum de Facultad de Medicina de Sevilla (1995)<sup>3</sup>, que es actualmente la única con esa consideración.

**LEGISLACIÓN BÁSICA:** Ley General de Sanidad de 1986<sup>8</sup>. Ley Orgánica 11/1983 de

Reforma Universitaria<sup>9</sup>. Real Decreto 1.417/1990<sup>7</sup> por el que se establece el título universitario oficial de licenciado en Medicina. Real Decreto 1.558/86<sup>10</sup> donde se establecen las bases generales del régimen de concertos entre las universidades y las instituciones sanitarias. Directiva 75/363 de la Unión Europea<sup>11</sup> sobre la formación mínima básica que debe recibir todo médico. Para más detalle ver Tabla 1<sup>3,12</sup>.

**PROGRAMA DOCENTE:** Como marco general el detallado en la publicación oficial del Consejo de Universidades sobre el Título de Licenciado en Medicina<sup>7</sup> y el propio de cada Facultad de Medicina del Estado Español. El único existente específicamente como tal programa docente para A.P.S. en el Pregrado es el de la materia "Medicina Familiar y Comunitaria" de la Universidad de Sevilla<sup>3</sup>.

**Acceso:** Superar prueba selectiva de acceso a la Facultad de Medicina correspondiente. **Duración:** 6 cursos (6 años). **Lugar:** Facultad de Medicina. Centros de Salud Universitarios, que son centros de salud acreditados para la docencia pregrado. **Titulación:** Licenciado en Medicina (Acreditación básica inicial).

**TEXTOS:** Actualmente no existe ningún libro de texto que enfoque de manera concreta los contenidos de Atención Primaria en el Pregrado. Por ello se pueden utilizar como orientativos varios de los utilizados para el Postgrado, y quizás recomendar por su sencillez el clásico de Peter Pricthard<sup>13</sup>, aunque quizás esté algo anticuado y no totalmente adaptado a nuestras necesidades. También son recomendables los clásicos Martín Zurro-Cano Pérez<sup>14</sup>, Taylor<sup>15</sup> y Rakel<sup>16</sup>.

Además los médicos de A.P.S. como profesores deben tener en cuenta una referencia esencial y traducida al castellano que es la "Guía Pedagógica para el personal de la salud" de la O.M.S.<sup>17</sup>.

**PROFESORES:** (Grado mínimo) Profesor Asociado Clínico a tiempo parcial (3 horas), que además es la única posibilidad actual de compatibilizar la docencia pregrado con el trabajo diario en un Centro de Salud.

Aún no existen profesores titulares ni catedráticos de Medicina de Familia en España, aunque recientemente se ha convocado un concurso oposición de profesor titular en este área en la Universidad de Alicante.

Actualmente existen un gran número de Profesores Asociados Clínicos, la mayoría de ellos Médicos de Familia, en 18 Universidades Españolas (Alcalá de Henares, Alicante, Autónoma de Barcelona, Autónoma de Madrid, Cádiz, Cantabria, Central de Barcelona, Complutense de Madrid, Extremadura, Granada, La Coruña, La Laguna (Tenerife), Murcia, Oviedo, Salamanca, Sevilla, Valladolid, Zaragoza) que siguiendo las normas actualmente existentes se han tenido que integrar en otros departamentos universitarios (al amparo del Real Decreto 1558/86. Este colectivo se ha caracterizado por el desarrollo de una importante labor docente e investigadora<sup>18 a 21</sup>.

**FOROS DE DEBATE:** Ya van apareciendo foros específicos, como por ejemplo las Jornadas Nacionales: "Universidad - Medicina de Familia"<sup>4</sup>, de las que hasta ahora han tenido lugar 3 ediciones. Y que organizadas conjuntamente por distintas Universidades y la Sección de Docencia de la s.e.m.F.Y

C. (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) han reunido miembros de la Universidad Española, docentes, y Médicos de Familia de varios países.

### **SITUACIÓN DE LA DOCENCIA PREGRADO EN MEDICINA DE FAMILIA EN EUROPA:**

En general podemos decir que esta docencia se está implantando y desarrollando cada vez con más fuerza en el contexto internacional, por lo que las perspectivas de futuro son halagüeñas.

Ya es conocido su gran desarrollo en varios países de América (USA, Canadá, México, etc).

De una manera brevísima podemos decir que en Europa existen según la existencia o no de esta docencia en sus Universidades. Así existe un número de países en el que todas las facultades de Medicina tienen Cátedras o Departamentos con docencia pregrado en Medicina de Familia: Bélgica, Dinamarca, Holanda, Noruega, El Reino Unido, etc. Existen otros muchos países donde está presente en al menos una Facultad de Medicina: Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Polonia, Suecia, Turquía, Países de la Ex-Yugoslavia, Portugal, etc. Y sólo en unos pocos países no existe como tal, destacando que son sobre todo países del Sur de Europa: Bulgaria, Grecia, España, Italia, etc.

La tendencia actual es a la paulatina aparición de esta docencia en los países y facultades que aún no la tienen.

## ¿ CUÁL DEBE SER LA ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE A.P.S. PARA FACILITAR LA IMPLANTACIÓN DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN EL PREGRADO ?:

- 1º Entender su necesidad y tratar de crear un estado de opinión y un ambiente favorable para que esta formación sea posible.
- 2º Facilitar, fomentar y estimular que se imparta en su Centro de Salud.
- 3º Crear su necesidad al dar lugar a una demanda docente por parte de los alumnos al aprovechar cualquier contacto con alumnos de Medicina para introducir aspectos de A.P.S.
- 4º Participar como docente en el pregrado.
- 5º Investigando en A.P.S. y publicando los resultados de esa investigación, pues ese acerbo investigador dará consistencia a la Medicina de Familia como disciplina.
- 6º Tratando de conseguir el grado académico de Doctor, pues cuantos más Médicos de A.P.S. sean doctores en Medicina más fácil será su acceso a la universidad.
- 7º Y por último como colectivo tratar de conseguir que la Medicina de Familia sea reconocida como un área de conocimiento.

### BIBLIOGRAFIA.

1. Saura LLamas J, Sánchez Sánchez JA, Molina Durán F, Violán Fors C, Granero Fernández E, Quirós Bauset C. Criterios Mínimos para la Docencia Pregrado en Atención Primaria de Salud. Documento presentado en la Reunión de Docentes de Barcelona. Diciembre 1990.
2. Saura LLamas J, et al. Sección de Docencia de la semFYC. La Formación Pregraduada en Atención Primaria de Salud. Libro de ponencias (2ª Ponencia). XI Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, Santander. 1991.
3. Bonal Pitz P. Medicina familiar y comunitaria: una asignatura universitaria. Aten Primaria 1994; 13: 391-396. Asignatura de Sevilla.
4. Saura J, Gil V, Orozco D, Quirce F, Quirós C. Las I Jornadas Nacionales Universidad y Medicina de Familia. Aten Primaria 1995; 15: 69-70.
5. Medalie JH. MEDICINA FAMILIAR: PRINCIPIOS Y PRÁCTICAS. Limusa. México. 1987.
6. Real Decreto 1417/1990, de 26 de Octubre, por el que se establece el título Universitario de Licenciado en Medicina y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel.
7. Otero A, Carreira J, Villamor J. NUEVAS TENDENCIAS EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA. EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN EN CENTROS DE SALUD. Aten Primaria 1992; 9: 512-515.
8. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. B.O.E. nº 102, de 29-4-1986.
9. Ley Orgánica 11/1983, de 25 de Agosto, de Reforma Universitaria. B.O.E. nº 209, de 1-9-1983.
10. Real Decreto 1.558/86, de 28 de Junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de concertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias. B.O.E. nº 182, de 31-7-1986.

11. Directiva 75/363 del Consejo de la CEE sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas referentes a las actividades de los médicos CEE/75/363.
12. Buitrago F. Universidad y atención primaria: reflexiones sobre la situación actual. *Aten Primaria* 1996; 18: 345-347.
12. Pritchard P. *MANUAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*. Díaz de Santos. Madrid. 1985.
13. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *ATENCIÓN PRIMARIA. CONCEPTOS, ORGANIZACIÓN Y PRÁCTICA CLÍNICA* (3ª ed). MOSBY. Barcelona. 1994.
14. Taylor RB. *MEDICINA DE FAMILIA: PRINCIPIOS Y PRÁCTICA*. Doyma. Barcelona. 1988.
15. Rakel R. *TEXTBOOK OF FAMILY PRACTICE*. Saunders. Philadelphia. 1990.
16. Guilbert JJ. *Guía pedagógica para el personal de salud*. Organización Mundial de la Salud - Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Valladolid. O.M.S. 5ª Ed. Valladolid. 1989.
17. Quirce F, Gil VF, Uris J, Orozco D, Ruiz MT, Jiménez L, Hernández M, Ferrández JL, Merino J. Formación de pregrado en Atención Primaria: Seis años de experiencia en la Universidad de Alicante. *Aten Primaria* 1993; 11: 281-285.
18. Gil VF, Quirce F, Simón Talero M, Orozco D, Uris J, Merino J. Medicina en Atención Primaria (asignatura optativa de pregrado en la Universidad de Alicante): Dos años de experiencia. *Aten Primaria* 1993; 12: 152-154.
19. Buitrago F, Vergeles JM, Cano-Hernández E. Evaluación de la rotación en centros de salud de los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura. *Aten Primaria* 1994; 13: 118-124.
20. Alonso López F, Caubilla Cabrillo C, Ibáñez Zubizarreta C, et al. Estudio de la formación médica pregraduada en Cantabria y su pertinencia en el nuevo modelo sanitario. *Aten Primaria* 198; 6:384-390.
21. Menárguez Puche JF, Saturno Hernández PJ, Gómez-Calcerrada Berrocal D, Sánchez Sánchez JA, Saura LLamas J. Evaluación y mejora de la calidad de las prácticas de Atención Primaria realizadas en Centros de Salud de Murcia. *Rev San Hig Pub* 1994; 68: 279-288.

## 2.7. GRUPO COMUNICACIÓN Y SALUD: ALGO DE HISTORIA

Francesc Borrell

En 1984 un grupo de médicos de familia, formados básicamente en Grupos Balint, empezamos a estudiar el encuentro clínico desde la perspectiva de la comunicación. En aquellos años existía en Estados Unidos una corriente que tendría una honda repercusión sobre la Psiquiatría, la Psicología y de manera más concreta sobre la manera de entender la relación asistencial. Nos referimos a la Escuela de Palo Alto, con autores tan populares como Watzlawick y Bateson.

Resulta muy difícil establecer la paternidad de las personas que introdujeron el concepto de "habilidad en comunicación" en el contexto de la entrevista clínica, con todo lo que ello supone. Posiblemente Froelich y Bishop, de la Universidad de Alabama, deban ser recordados en lugar destacado, pero se trataba de un movimiento tan dinámico y cambiante que junto a ellos deberíamos citar de inmediato a personas como Pedleton, Long, Byrne, Lipkin y tantos otros. Todos estos autores nos influyeron por el abordaje práctico que hacían de la relación médico-paciente, en unos años donde este campo era abordado en España fundamentalmente -o casi exclusivamente- por las corrientes psicodinámicas. El predominio de estas escuelas hay que buscarlo entre otras razones en un aspecto idiomático: las corrientes psicodinámicas nos venían de una tradición europea y muy vehiculizada por el francés, y en aquellos años los médicos de familia han estudiado fundamentalmente esta lengua. En cambio los médicos que tienen acceso a los textos de ámbito anglosajón empiezan a impregnarse de estas nuevas corrientes, y de ello se derivan los siguientes posicionamientos:

- La medicina de familia tenía que recoger de manera clara el testigo de una asistencia humanizada, compasiva y ética.

- Las corrientes psicodinámicas aportaban un poso de reflexión de gran valor, pero no ofrecían soluciones, incluso a veces criticaban abiertamente nuestro afán de "buscar fórmulas". Teníamos que dotarnos de una metodología más práctica, y esta metodología tenía que partir de los propios médicos de familia.

- Las corrientes conductistas tampoco nos aportaban un marco de reflexión adecuado, pues sobre todo en aquellos años se desentendían los aspectos más relacionales.

Recordemos que la enseñanza de la relación asistencial gravitaba sobre los psiquiatras y psicólogos, y es curioso recordar cómo el tema de la Entrevista Clínica suscitaba emociones encontradas. Así, por ejemplo, la introducción en aquellos años del término "negociar con el paciente", fue recibido con críticas acerbas porque "encubría un afán de manipularlo". Estábamos en los años dorados de la Escuela de Peruggia y el médico de familia recibía mensajes contradictorios: se nos

invitaba por una parte a la escucha compasiva como instrumento privilegiado, pero teníamos poco tiempo para desarrollarla. Se nos decía que la interpretación del conflicto era un instrumento básico de maduración, pero no podíamos practicarlos para no caer en el "psicoanálisis silvestre". En una palabra: habían ideas, ganas de hacer cosas, pero pocas herramientas verdaderamente prácticas.

### EL GRUPO C&S COMO GRUPO DE AUTOAYUDA

Durante la década de los 80 los médicos de familia no sabíamos qué hacer con una parte de nuestros consultantes. Tal vez ahora pensemos que sí sabemos qué hacer con este porcentaje de pacientes difíciles, y en realidad estemos actuando de manera errónea, pero en aquellos años literalmente estábamos sumidos en la perplejidad. El "flash" balintiano tenía límites bien claros, y conllevaba el peligro de rechazar a los pacientes para los que no era aplicable el modelo basado en el "conflicto latente", (eso es, encontrarles un conflicto inconsciente que nos abriera la puerta a la curación). En este ambiente nos vino muy bien la corriente de Palo Alto, basado en un modelo que en esencia nos dice: "procura una buena relación como base de una buena praxis". No hubo nada original en este planteamiento, y de hecho lo que hicimos fue seguir el camino que nuestros colegas en el mundo anglosajón habían elegido unos años antes, de manera mayoritaria. Los cursos de Entrevista Clínica, la grabación mediante videocámaras, las escenificaciones como método docente, se extendieron por doquier, y el Grupo Comunicación y Salud, inicialmente implantado en Catalunya, empezó a crecer por todas las Comunidades Autónomas.

Uno de los hechos que facilitó esta rápida implantación fue concebirlo como Grupo de Autoayuda. Eso significaba en esencia que el Grupo no tenía cuotas ni una organización jerárquica definida. Iniciamos nuestra andadura apoyándonos en el Instituto de Estudios de la Salud (Generalitat de Catalunya), donde pusimos en marcha diversos seminarios y el famoso Curso de Entrevista Clínica, una oferta de 20 horas lectivas que ha supuesto un "clásico". Algunas personas que fueron pioneras en aquellos años fueron J. M<sup>a</sup> Bosch i Fontecuberta, Milagros Holgado Corrales, Jordi Cebrià i Andreu, Antón Cartaà i Benet, junto al Coordinador del Grupo, Francesc Borrell i Carrió. El salto de Cataluña al resto de España se efectúa entre los años 1989 y 1992, consolidándose en Canarias, Euskadi, Andalucía, Madrid, Baleares, y algo después Murcia, Valencia, Aragón, Castilla-León, Cantabria, Asturias y Galicia. El Grupo incorpora desde sus inicios a profesionales de enfermería de gran prestigio, (Rosa Mata, Juan Esteban, Juliana Esquerra, Ramón Casals, Rosa López-Pisa, Susi Espluga, entre otros), y algunos psicólogos en una fase posterior.

En los sucesivos Talleres Nacionales que celebra el grupo se observa un crecimiento sostenido: de la docena de participantes del 1er. Encuentro en Barcelona, (IES, 1990), pasamos a 200 participantes en el VII Taller celebrado en Santander (1996), con personas muy relevantes a nivel de todo el Estado. Las temáticas también se han ido diversificando.

Las claves de este éxito hay que buscarlas en varios factores:

- a) Existía una necesidad objetiva para llenar con un discurso propio (de y para la Atención Primaria), una parcela en exceso ocupada por profesionales que -con la mejor de las intenciones- enfocaban los problemas de comunicación en la consulta desde paradigmas inapropiados.
- b) El grupo se articula desde los principios de la libertad y la autorresponsabilidad.
- c) Uno de los postulados desde los inicios es que hay que procurar suficientes incentivos para las personas que se dedican a la docencia de este tema como para que en cierta medida se "profesionalicen" y no tengan la tentación de dejarlo para dedicarse a otras actividades. Formar a un buen profesor en Comunicación y Entrevista Clínica es un proceso de varios años, tal vez unos cinco, y este profesional debe encontrar una recompensa a su esfuerzo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Mc Whinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma Libros, S.A., 1995.
2. Burgos I, Rodríguez Sendín JJ. Medicina General. En: Ayala S, Gómez Gascón T, Prados MA, Revilla de la L, Ichaso MS. Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina general. Madrid: O.M.C., 1990: 83-105.
3. Ibarrola I. A través de treinta años de Atención Primaria. Medifam 1995; 5: 3-7.
4. Elola FJ. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España. Madrid: FISSS, 1991.
5. Gómez Gascón T. Antecedentes históricos y evolución de la Especialidad. En: Ayala S, Gómez Gascón T, Prados MA, Revilla de la L, Ichaso MS. Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General. Madrid: O.M.C. 1990: 3-10.
6. Borrel F. La reforma de la Atención Primaria en España: Perspectiva de una década desde la medicina de familia. Aten Prim 1994; 13: 277-8.
7. Febrer Callís JM. Medicina Familiar y Comunitaria. Profesión Médica 1980; 1432: 19.
8. Sopena R, Aguiló E, Aparicio J et al. La especialización médica. EN: Insalud. La Medicina Familiar y Comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. Madrid, Insalud 1980.
9. De la Higuera JM. La contradicción de la medicina de familia. Un grito constante por la supervivencia. Noticias Médicas 1982; 23 de junio: 3.
10. Arranz B. La teoría frente a la realidad. Noticias Médicas 1980; 10 de mayo.
11. Medicina Familiar: Aún hay esperanza. Profesión Médica 1981; 1459: 6-9.
12. Revilla de la L. Centro de Salud de Cartuja. Creación, organización y funciones. En: Revilla de la L. Memoria del Centro de Salud de Cartuja. Granada: Ed. Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Andalucía; 1984: 7-16.
13. Borell, F. La reforma de la Atención Primaria: entre la decepción y la esperanza. Aten Primaria 1988; 5: 119-121.
14. Desarrollo y planificación de las unidades asistenciales y docentes. En: Ayala S, Gómez Gascón T, Prados MA, Revilla de la L, Ichaso MS. Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General. Madrid: O.M.C. 1990: 3-10.
15. R.D. 137/84, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE del 1 de febrero de 1984, nº 27: 2574-2577.
16. Conclusiones de la reunión de M.F. y C. Madrid 9-10 de marzo de 1984. Gaceta de Atención Primaria. Aten Primaria 1984; 1: 216.
17. R.D. 127/84, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del Título de Médico Especialista. BOE del 31 de enero de 1984; nº 26: 2524-2528.
18. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE de 29-4-1986.
19. Directiva de Consejo de Comunidades Europeas 86/457/CEE, de 15 de septiembre de 1986, relativa a la formación específica en medicina general. Diario Oficial de las Comunidades Europeas (19-9-86).
20. Comunicación 90/C 268/02 de la Comisión de las Comunidades Europeas. Diario Oficial de la UE C262/2 de 1990.
21. Jornada de la semFyC sobre "La formación del médico de familia en los años noventa". Gaceta de la semFyC. Aten Primaria 1990; 7: 688.
22. Taylor RB. Medicina de Familia: la disciplina, la especialidad y el médico. En: Taylor R.B. Medicina de Familia: Principios y práctica. New York: Springer-Verlpa, 1990: 3-16.
23. Número de médicos por 100.000 habitantes en los países europeos. Atención Primaria 97. Jano extra de abril 1997; vol LII (1210): 53.

24. Gómez Gascón T, Lobos Bejareno JM, Ferrándiz Santos J. Situación actual y perspectivas de futuro de la especialidad de M.F.y C. Perfil profesional del médico de familia. En: Medicina Familiar y Comunitaria. Libro del año 1995. Madrid: Saned, 1995: 17-41.
25. Turabián JL, Medina M. Médicos de familia: respuesta española a la CE. Aten Primaria 1993; 11: 451-452.
26. Medina M. Por una formación de calidad. Centro de Salud 1994; Mayo: 375-377.
27. Gómez Gascón T. ¿Nos invaden los médicos generales europeos?. Aten Primaria 1992; 9: 409-410.
28. Declaración del Comité Permanente de Médicos de la Unión Europea. CP 93/80. OMC 1994; 34: 16-24.
29. Vázquez Díaz JR. Reflexiones tras diez años de medicina familiar en España. Aten Primaria 1992; 10: 1005-1006.
30. La publicación científica especializada. En: Ayala S, Gómez Gascón T. Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General. Madrid: O.M.C. 1990: 3-10.
31. Aleixandre R, Porcel A, Agulló A, Marset S Abad F. Diez años de la revista Atención Primaria (1984-1993): análisis bibliométrico y temático. Aten Primaria 1996; 17: 225-229.
32. Marset Campos et al. Perspectivas de la atención primaria española a partir del análisis bibliométrico de su producción científica (1971-1994). Aten Primaria 1997; 19: 389-394.
33. R.D. 3303/78, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE del 2 de febrero de 1979, nº 29: 2735-6.
34. Reuniones de la Junta Directiva. Gaceta de la SemFYC. Aten Primaria 1990; 7: 80.
34. R.D. 264/1989, de 10 de febrero, por el que se desarrolla el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de Médico especialista en MFyC. BOE del 17 de marzo de 1989, nº 65: 7481-3.
36. Resolución del 19/12/89 de la Subsecretaría, por la que se dictan instrucciones del desarrollo del Curso de Perfeccionamiento para la obtención del título de Médico Especialista en MF y C. BOE del 23 de diciembre de 1989, nº 307: 39914-39922.