

ORIGINALES**EL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA ANTE SU ESPECIALIZACION (II)****V. Thomas Mulet, B. Puig Valls, J. Llobera Canaves, A. Pareja Bezares**

Centro de Salud de Camp Redo. Unidat Docent de Medicina Familiar y Comunitaria de Palma de Mallorca. Insalud Balears

RESUMEN

Se remitió un cuestionario a los residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Se pretendía conocer su opinión al respecto de diversos aspectos de la Especialidad. Obtuvimos una tasa de respuesta alta (49,8 %). La mayoría de residentes son varones, el 37 por 100 finalizan la licenciatura tres años antes de su incorporación. Ser MIR de Medicina Familiar y Comunitaria está en relación con número de MIR conseguido y no haber plazas vacantes de otras especialidades que interesan más. Alrededor de 1/3 de los encuestados señala la "vocación" como principal motivo de escoger Medicina Familiar y Comunitaria. Comparando antes y después de la residencia, la preferencia hacia la Especialidad va en aumento, pero la seducción es aún baja. La mayoría prefiere trabajar en la Medicina Pública, realizar labor asistencial y en medio urbano. Sugerimos algunas medidas para mejorar esta situación.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria. Médicos internos residentes.

ABSTRACT**A Houseman's View of the Speciality of Family and Community Medicine (II).**

A questionnaire was submitted to the third year residents of Family and Community Medicine. Its aim was to know their opinion, respecting the different aspects of their speciality. We obtained a high rate of response (49,5%). The majority of residents are male and 37 por 100 had finished their degree before joining the program. The fact of choosing a residence in the Family and Community Medicine program is related to the place obtained in the ranking of Internal Resident Doctors and to the lack of vacancies in fields thought to be more interesting. About a third of those polled state that their main reason for choosing Family and Community Medicine is vocational. If one compared their preference for the specialty before and after the resident period, this increased. Still, the specialty's allure is low. The majority prefer working in Public Medicine and in tasks related to medical care and the urban milieu. We put forward some suggestions that could improve this situation.

Key words: Family and Community Medicine. Internal Resident Doctors.

INTRODUCCION

En nuestro País la formación postgraduada de los médicos en las diferentes especialidades es un tema de gran actualidad, es el objetivo más importante de muchos estudiantes de Medicina. La formación como especialista se obtiene a través de la vía MIR. Desde la regulación

de Medicina Familiar y Comunitaria (MF y C), como especialidad médica en el año 1978¹, la Ley General de Sanidad² y la Directiva de la Comunidad Económica Europea³ que homologa el ejercicio de la Medicina General en Europa, la atención primaria adquiere un protagonismo que había perdido en nuestro País.

Los residentes de tercer año de MF y C de Palma de Mallorca decidimos enviar un cuestionario a todos nuestros compañeros para intentar conocer cual era su

Correspondencia:
V. Thomas Mulet.
Plaza Obispo Berenger de Palou 11 A, 6B.
CP: 07003 Palma de Mallorca Tlf: (971) 716610

motivación hacia MF y C: el porqué la eligieron, impresión de su residencia, en qué condiciones les gustaría trabajar, qué opinaban del trabajo en Asistencia Primaria, etc... Preguntas todas ellas que no habían sido abordadas todavía.

MATERIAL Y METODOS

Se distribuyó un cuestionario a los médicos residentes de la especialidad de MF y C, en el último mes de su período de formación, con el fin de obtener información sobre las características de los residentes de esta especialidad; los motivos que les indujeron a escogerla y compararlo con su visión de la misma tras tres años de residencia; grado de "adhesión" a la Especialidad; salidas profesionales y aspectos más relevantes del trabajo en un Centro de Salud.

Se trata de un estudio descriptivo con recogida de información mediante cuestionario autoadministrado por envío postal, con sobre de devolución preparado a las Unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de todo el Estado Español. Los aspectos que se detallan a continuación, forman parte del mismo cuestionario a que se hace referencia en el artículo sobre características de la formación del médico residente de familia ⁴.

La población de estudio fue de 341 Residentes de tercer año, distribuidos en 38 Unidades Docentes. Se obtuvo respuesta de 170 R3 (49,8%), correspondientes a 28 Unidades Docentes.

Previamente se pilotó el cuestionario entre 15 médicos de Palma de Mallorca (6 exResidentes, 4 R3 y 5 R2 de Medicina Familiar).

Las *variables* estudiadas se refieren a:

— Características personales: Edad, Sexo, Año de finalización de los estudios de pregrado.

— Información recibida en la carrera de las salidas profesionales.

— Experiencia de trabajo en la Atención Primaria, previa a la selección de la Especialidad.

— Motivo por el cual se escogió dicha especialidad y cuyas respuestas creemos importante detallar:

— facilidad en la obtención de un puesto de trabajo al finalizar los estudios; retribución económica del médico de familia; porque le atraía trabajar después en la Atención Primaria (vocacional); en el lugar donde deseaba realizar la residencia no quedaban plazas vacantes de otras especialidades; por ser la especialidad que más le atraía, entre las que quedaban en el momento de escoger; otras.

— Medio donde desearían trabajar al finalizar su especialidad:

— público, privado, ambos,

— asistencial, no asistencial (gestión, salud pública)...

— medio urbano, rural, otros...

— aceptación o no de funciones de coordinador de un EAP.

— Valoración de los aspectos más relevantes del trabajo en un centro de salud.

Los estadísticos que aparecen en el artículo en el *análisis* son solo descriptivos.

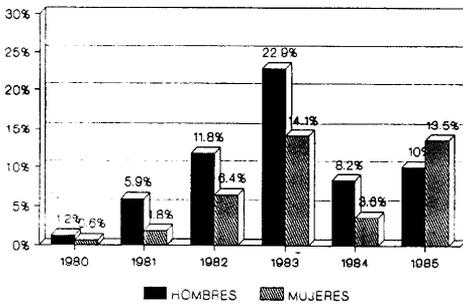
En el análisis de los datos, se ha utilizado el Dbase III+ y el paquete estadístico SPSS PC+, en un ordenador Inves At.

RESULTADOS

De las 170 encuestas recibidas, 102 (60%) eran hombres y 68 (40%) mujeres; el año de finalización de los estudios de medicina, el 37 por 100 lo hizo en 1983, el

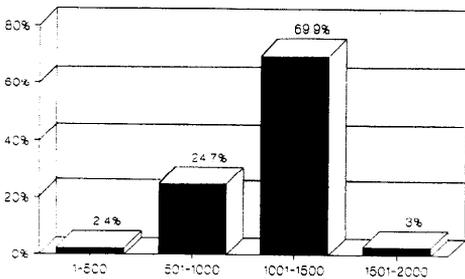
11,8 por 100 en 1984 y 22,5 por 100 en 1985, siendo este el único año en el cual hay más mujeres (13,5%) que hombres (10%). (Figura 1). La distribución según el número obtenido en examen MIR al conseguir la plaza de residente de MF y C, el 69,9 por 100 estaban entre el 1.001 y 1.500. (Figura 2)

FIGURA 1
DISTRIBUCION POR SEXO SEGUN EL AÑO DE FINALIZACION DE LOS ESTUDIOS DE MEDICINA (n = 170).



Fuente: Cuestionario. Diciembre 1988

FIGURA 2
DISTRIBUCION SEGUN EL NUMERO OBTENIDO EN LA CONVOCATORIA MIR. (n = 166).



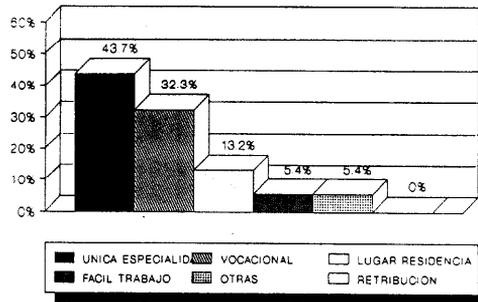
Fuente: Cuestionario. Diciembre 1988

Sobre la información recibida durante la carrera, referente a las diferentes opciones o salidas profesionales al finalizar esta, el 61 por 100 no recibió ningún tipo de información, un 3 por 100 si la recibió

y el 36 por 100 la recibió parcialmente. Antes de iniciar la especialidad, el 58 por 100 había trabajado previamente en atención primaria realizando sustituciones y el 42 por 100 no lo había hecho nunca.

El motivo principal por el que se eligió MF y C, es porque no había plazas vacante de otras especialidades que interesan más (única especialidad) con un 43,7 por 100, siendo por vocación hacia la atención primaria un 32,3 por 100 (Figura 3).

FIGURA 3
PRINCIPAL MOTIVO DECLARADO POR EL QUE SE ELIGIO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (n = 167).



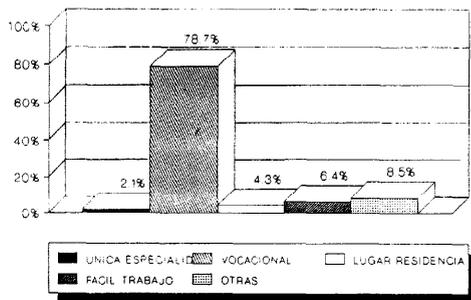
Fuente: Cuestionario. Diciembre 1988

Se solicitó que se seleccionasen las tres especialidades que más interesaban en el momento de presentarse al examen MIR (antes de realizar la residencia) y las tres que más interesaban al finalizar la residencia (1.ª, 2.ª y 3.ª opción), siendo los resultados de los que eligieron MFyC: Antes de realizar la residencia la eligen en 1.ª opción el 28,5 por 100, en 2.ª el 17,3 por 100 y en 3.ª el 20 por 100. Al finalizar la residencia la eligen en 1.ª opción el 42,1 por 100, en 2.ª el 16,6 por 100 y en 3.ª el 13 por 100.

Se comparan los resultados de los que eligen MFyC, dentro de las tres especialidades que más interesaban al presentarse al examen MIR, con el motivo principal por el que se eligió MFyC; los que eligen MFyC en 1.^a y 2.^a opción, el motivo principal por el que se elige es la vocación hacia la atención primaria con un 78,7 por 100 y un 50 por 100 respectivamente (figuras 4 y 5); los que la eligen en 3.^a opción, el motivo principal, es porque no había plazas vacantes de otras especialidades que interesasen más (única especialidad) con un 46,7 por 100 (figura 6).

Al valorar el interés de algunos aspectos del trabajo en un centro de salud, las sesiones clínicas con un 64,9 por 100 como muy interesante y un 30,3 por 100 como interesante, ocupan el primer lugar. (Tabla 1).

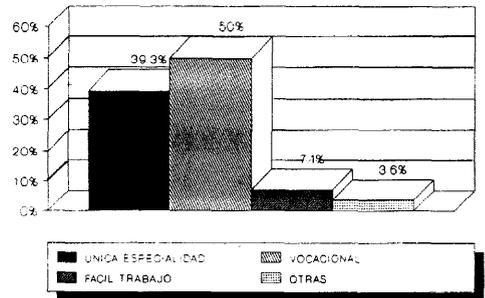
FIGURA 4
DISTRIBUCION DEL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE SE ELIGIO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMO PRIMERA OPCION. (n = 47)



Fuente: Cuestionario. Diciembre 1988

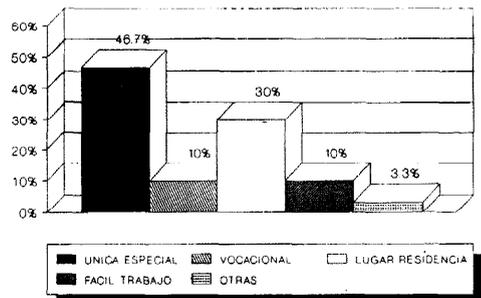
Una vez obtenido el título de especialista en MFyC al finalizar la residencia, el 81,5 por 100 desearía trabajar en el sistema público, el 0,6 por 100 en el

FIGURA 5
DISTRIBUCION DEL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE SE ELIGIO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMO SEGUNDA OPCION. (n = 28)



Fuente: Cuestionario. Diciembre 1988

FIGURA 6
DISTRIBUCION DEL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE SE ELIGIO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMO TERCERA OPCION. (n = 30)



Fuente: Cuestionario. Diciembre 1988

sistema privado y el 17,9 por 100 en ambos. Un 91 por 100 desearía realizar un trabajo asistencial y un 9 por 100 un trabajo no asistencial (técnico de salud, salud pública, gestión sanitaria, etc.). De los que desearían realizar un trabajo de

TABLA I
VALORACION DE LOS ASPECTOS MAS DESTACADOS DEL TRABAJO EN EL EAP

	Muy interesante		Interesante		Poco interesante		Nulo interés	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sesiones clínicas (y de otros tipos)	109	64,9	51	30,3	6	3,6	2	1,2
Trabajo en equipo multidisciplinario	97	58,1	59	35,3	7	4,2	4	2,4
Posibilidad de investigación	71	42,3	77	45,8	16	9,5	4	2,4
Interconsulta con especialistas	76	45,5	67	40,1	22	13,2	2	1,2
Relación Médico-Paciente	93	55,7	52	31,1	20	12,0	2	1,2

tipo asistencial, el 78,7 por 100 lo desearía hacer en un centro de salud urbano, el 18,7 por 100 en un centro de salud rural y un 2,6 por 100 en otros lugares (servicio de urgencias de atención primaria, médico de asistencia pública domiciliaria, consultorio de la seguridad social, clínica o consultorio privado). Si trabajasen en un centro de salud, el 12 por 100 aceptarían ser coordinador del mismo, un 17 por 100 no lo aceptarían nunca y el 71 por 100 lo aceptarían dependiendo de las circunstancias.

DISCUSION

Como ya referíamos en el artículo previo⁴, antes de entrar a comentar los resultados obtenidos, es necesario destacar que provincias como Madrid, Valencia, Asturias, etc., con elevado número de residentes y gran poder de atracción, en el momento de escoger el lugar donde realizar la residencia, nos remitieron un reducido número de cuestionarios. Esta consideración debe tenerse en cuenta en

el momento de generalizar los resultados a todo el colectivo de residentes de tercer año, si bien su influencia es relativa dada la elevada tasa de respuesta obtenidas (la mitad de los residentes de tercer año de todo el Estado).

La distribución por sexos de los residentes tiene una discreta mayoría de varones y es muy parecida a la de los estudiantes de Medicina de Vitoria-Gasteiz⁵ y algo inferior a los de Cantabria⁶.

Si analizamos la distribución por sexo y el año de finalización de los estudios, observamos que siempre predominan los varones, a excepción del año previo, el 1985, que se explicaría por la incorporación al Servicio Militar de algunos de ellos. En los tres años anteriores se acumulan los dos tercios de residentes, con un aumento de incidencia en 1983, un descenso al siguiente año y un nuevo aumento el año previo.

Parcida distribución describe De Lelis⁷, pero con un aumento de incidencia tres años antes y solamente un residente había finalizado sus estudios el mismo

año de la convocatoria. Nosotros encontramos que un 1,8 por 100 de los residentes habían finalizado su licenciatura hasta seis años antes y en el estudio antes mencionado ⁷, un 4,5 por 100, ocho años antes. Es difícil interpretar globalmente esta distribución, pero suponemos que factores como la fecha de convocatoria e incorporación, número de plazas total y de MF y C, en cada convocatoria MIR, y el Servicio Militar, tienen su influencia. Debemos señalar que no hay diferencias significativas entre porcentajes observados y esperados.

La obtención de una plaza de residente en MF y C y el número de MIR conseguido está muy claro. Casi dos tercios de los residentes de MF y C quedan entre el 1.001 y el 1.500, sólo un tercio se encuentra entre el 501 y el 1.000 y una minoría entre los 500 primeros. Son cifras que parecen coincidir con la preferencia hacia el área hospitalaria^{5,6} en detrimento de la Atención Primaria^{5,6}, que manifiestan los estudiantes. Sin embargo, otros autores⁸ no encuentran correlación entre la nota media durante la licenciatura y elección de determinada especialidad; pero otros sí¹⁰.

Algo más de la mitad de los residentes habían realizado sustituciones antes de iniciar la Especialidad, muy inferior al 90 por 100 de otros estudios⁷. Pensamos que debe interpretarse como una consecuencia lógica del mercado de trabajo de aquellos años: pocas plazas MIR para muchos aspirantes, lo que implicaba largas esperas y, por tanto, posibilitaba la realización de trabajos previos. Ningún residente manifestó estar en posesión de plaza en propiedad.

La desinformación sobre diferentes opciones y salidas profesionales es la regla^{5, 6, 7}, lo cual puede ser causa de muchas frustraciones, demostrando la inadaptación del currículum hacia el ejercicio de la profesión que posee un amplio

abanico de opciones posibles, muchas de ellas desconocidas y poco motivadas.

Si miramos las especialidades que más interesaban a los residentes de tercer año de MF y C, antes y después de la residencia, observamos que Medicina de Familia obtiene el primer lugar, tanto antes como después, aumentando el porcentaje de un 28,5 por 100 al 42,1 por 100, como primera opción. Es decir, al finalizar su período formativo menos de la mitad de residentes manifiestan que su Especialidad, es la preferencia para ellos, cifra que implica una "tasa de adhesión" baja hacia la especialidad. De Lelis⁷ sólo cita un 9,09 por 100 de residentes de MF y C que escogen la Especialidad por preferencia... y como tercera opción. De la Fuente⁹ en su estudio situaba las preferencias de los médicos hacia MF y C, en el momento de escoger la residencia en la convocatoria MIR en el período 82-87 en el número de orden 24, de un total de 34 especialidades incluidas. Es decir, la pulsión hacia la medicina entre futuros residentes y estudiantes ^{6, 8, 9} es baja y, lo que es más grave, en nuestro estudio, el programa de formación de MF y C convence de ello a pocos residentes de la propia Especialidad.

El 43,7 por 100 de los residentes de tercer año de MF y C aducen como principal motivo para elegir MF y C que en el momento de escoger no quedaban plazas vacantes de otras especialidades que les interesasen más. Este es el motivo y pensamos que representa un dato altamente preocupante que debería intentar modificarse en años venideros, pero que es una consecuencia lógica del currículum de la licenciatura en nuestro País, del desconocimiento de la asistencia primaria durante los estudios y del desprestigio que aún padece ésta en nuestra sociedad. Un motivo vocacional consigue el segundo lugar con un porcentaje parecido al que manifiestan estudiantes de sexto curso de medicina⁵, superior a otras^{8, 11}, o

claramente inferiores a los de Gran Bretaña¹².

En EE.UU., Balbot¹³ encontró que la vocación hacia la Medicina de Familia disminuía con los años de licenciatura, interpretada por el autor como una posible influencia del contacto sólo con docentes hospitalarios. En nuestro país, otros autores⁵ observaron lo contrario. Merece un comentario que se adujera motivo económico y sólo una minoría eligiese la Especialidad por una mayor probabilidad de obtener un puesto de trabajo, datos que concuerdan con otros⁸.

Cuando intentamos averiguar la motivación de los residentes al escoger MF y C como primera, segunda o tercera opción, observamos que la gran mayoría (78,7 por 100) aducen un motivo vocacional, dentro del grupo de primera opción, con porcentajes mínimos los otros motivos. Sin embargo, de los que escogieron como segunda opción, sólo la mitad expresan vocación y, el ser única especialidad con plazas vacantes, obtiene cifras importantes. Al analizar el grupo tercera opción, la vocación es causa minoritaria, la mitad aduce única especialidad y un tercio se decanta por la respuesta de coincidir con lugar de residencia habitual. Dichas cifras podrían indicar que sólo un grupo la escoge por convencimiento, interés y motivación, y el resto por no existir plazas vacantes de otras especialidades que les interesasen más, coincidiendo con el comentario previo.

La valoración de los diferentes aspectos del trabajo en un Centro de Salud (Sesiones Clínicas, trabajo en equipo multidisciplinario, posibilidad de investigación, interconsulta con otros especialistas o la relación médico-paciente) obtienen porcentajes muy elevados de interés, hecho constatado por otros autores⁷. Creemos que podría implicar el deseo de los residentes por integrarse en un nuevo

modelo de atención primaria, aún en los albores de su desarrollo e implantación.

La gran mayoría (81,5 por 100) de residentes de MF y C se manifiestan por el ejercicio de la medicina pública, muy superiores al 27 por 100 de los estudiantes de medicina cántabros⁶, y muchos menos con respecto al ejercicio privado de la medicina, que los estudios realizados entre estudiantes^{5,6}. Aproximadamente una quinta parte se decanta por combinar los dos sistemas, que contrasta con las preferencias de un 60 por 100 de estudiantes alaveses⁵. Estos datos podrían sugerirnos el deseo de integrarse en un trabajo con dedicación exclusiva, acorde con los tiempos que vivimos y una concepción de la atención primaria como un trabajo en la Comunidad con un equipo multidisciplinario, difícilmente realizable con el modelo de asistencia médica privada de nuestro país.

El trabajar en el campo asistencial es el deseo de la mayoría y sólo unos cuantos se decantan por trabajos no asistenciales (técnico en salud pública, gestión sanitaria, etc...) que contrastan con las opciones al iniciar los estudios⁶. Quizás en el futuro cuando las Unidades Docentes estén plenamente estructuradas y consolidadas, con técnicos de Salud, trabajo, de investigación, etc... estas diferencias se modifiquen.

El medio urbano, entre los que eligen trabajo asistencial, es el lugar donde se prefiere trabajar y el medio rural atrae a sólo una quinta parte^{5,6}. Enorme esfuerzo tendrá que hacerse para motivar a las personas para desplazarse hacia el medio rural, que supone en muchos casos, aislamiento, carencia de material y medios de apoyo, excesivas horas de trabajo, etc., que no resulta atractivo para muchos.

Sobre la predisposición de aceptar una responsabilidad administrativa, como ser Coordinador de un Centro de Salud, creemos que la forma de anunciar

la pregunta podía inducir un tanto hacia ciertas respuestas, de todas formas rescatamos la cifra de que sólo el 17 por 100 se exprese claramente en contra, es un dato a tener en cuenta.

Todos estos datos han de servirnos para conocer un poco más el perfil sociológico de lo que piensa y opina el residente de MF y C. Se ha mejorado mucho, pero, como comentábamos⁴, si queremos que los estudiantes de medicina muestren interés por la atención primaria hay que incorporar los contenidos de Medicina de Familia en el curriculum de la licenciatura de Medicina^{14, 15, 16, 17}, como existe en numerosos países europeos y en EE.UU¹⁸; hay que introducir y aprovechar la asistencia primaria como espacio docente para los estudiantes de medicina^{15, 16, 17, 19, 20, 21} e impulsar todas las medidas posibles para consolidar la estructura creada en asistencia primaria y reforzar los programas de formación continuada en atención primaria. Estas y otras medidas pueden tender a aumentar la capacidad de seducción hacia la atención primaria de los estudiantes de medicina y que el deseo "vocacional" sea el motivo principal para optar a esta Especialidad y no otros.

Agradecimientos

A los técnicos de salud y residentes que colaboraron con su ayuda y respuestas. A la Dirección Provincial del Insalud de Baleares por las facilidades que nos ofreció en cuanto a reproducción y envío del material. A Ana Badosa y Josep Esterich por su ayuda en la mecanización de datos.

BIBLIOGRAFIA

1. Real Decreto 3.303/1978 de 29 de diciembre. B.O.E. 2 de febrero 1979.
2. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. B.O.E. de 29 de abril de 1986.
3. Directiva 86/957/C.E.E., de 15 de septiembre, del Consejo de Comunidades Europeas.
4. Thomas Mulet V, Puig Valls B, Pareja Bezares A, Llobera Canaves J. El residente de Medicina Familiar ante su especialidad. *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 281-291.
5. Llorente M A, Javier Meana J, Ortega F et al. Actitudes hacia la profesión en los estudiantes de Medicina de Vitoria Gasteiz. Resultados de un cuestionario. *Med Clin (Barc.)* 1986; 87: 791-795.
6. Alonso López F, Caubilla Cabrillo I, Ibañez Zubizarreta C et al. Estudio de Formación médica pregraduada en Cantabria. *Atenc Prim* 1989; 6: 384-390.
7. De Lelis F P, Almela Quilis A, Casanova Martutano et al. Una propuesta para el desarrollo del programa de Medicina familiar y comunitaria. *Atenc Prim*, 1989; 6: 470-476.
8. Díez Miralles M, Pardo Correcher J M, Calpena Rico R et al. La vocación por la especialidad de los estudiantes de Medicina. *Rev Clin Esp* 1987; 180: 337-340.
9. De la Fuente De Hoz L, Martínez de la Concha D, Llardell Calret P, et al. Preferencia en la elección de las especialidades médicas en el período 1982-87. *Gac Sanit* 1988; 9: 276-80.
10. Scherger J E, Beasley J W, Rodney W N et al. Responses to Question by Medical Students about family Practice. *J Fam Pract* 1988; 26: 169-176.
11. Stimmel B, Smith H. Career Choice of Fifth Pathway Graduates from New York State Medical Schools. *J Med Educ* 1985; 60: 159-166.
12. Hart J T. Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera. *Atenc Prim* 1984; 1.^o: 109-115.
13. Babbot D, Baldwin D C, Jolly P et al. The stability of early speciality preferences among U S medical school graduates

- in 1983. *J Am Med Assoc* 1988; 259: 1970-1975.
14. Schroeder S A, Schowstack J A, Gebert B. Residency training in internal medicine: Time for a change. *Ann Intern Med* 1986; 104: 554-561.
 15. Matorras R. Participación del nivel primario de salud en el entorno de la docencia médica. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 175-177.
 16. González López E, Puche López V. Participación del nivel primario de salud en el entorno de la docencia médica. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 716.
 17. Matorras R. Participación del nivel primario de la salud en el entorno de la docencia. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 155.
 18. Martín Zurro A, Cano Pérez J F. La formación en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez J F. *Manual de Atención Primaria*. 2.^a ed. Barcelona: Doyma, 1989: 81-93.
 19. Anónimo. Undergraduate general practice. *Lancet* 1989; 1: 702.
 20. Beutley J D, Knapp R M, Petersdorf R G. Education in ambulatory care-financing is one piece of the puzzle. *N Engl J Med*. 1989; 320: 1531-1534.
 21. Oswald N. Why not base clinical education in general practice?. *Lancet* 1989; 2: 148.