

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA



Facultat de Medicina i Odontologia

INTERÉS POR LA MEDICINA DE FAMILIA TRAS CURSAR UNA ASIGNATURA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tesis Doctoral presentada por:

M^a Candelaria Ayuso Raya

Dirigida por:

Dr. Francisco Jesús Escobar Rabadán

Dr. Francisco Javier Chorro Gascó

Departament de Medicina

Programa de Doctorado en Medicina

Valencia 2015

Este trabajo ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha (Fiscam) entre 2010 y 2012 (PI-2009/53).

DIRECTORES DE TESIS:

Francisco Jesús Escobar Rabadán

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia y Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, que desarrolla su actividad asistencial en el Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete

Francisco Javier Chorro Gascó

Catedrático de Cardiología en el Departamento de Medicina en la Universitat de Valencia y Jefe de Servicio de Cardiología en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.



Valencia, Septiembre 2015

FRANCISCO JESÚS ESCOBAR RABADÁN, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia y Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, que desarrolla su actividad asistencial en el Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete

FRANCISCO JAVIER CHORRO GASCÓ, Catedrático de Cardiología en el Departamento de Medicina en la Universitat de Valencia y Jefe de Servicio de Cardiología en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

CERTIFICAMOS:

Que la tesis doctoral titulada: **“Interés por la Medicina de Familia tras cursar una asignatura de Atención Primaria”** ha sido realizada bajo nuestra dirección por MARIA CANDELARIA AYUSO RAYA, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Alcalá, y reúne, a nuestro juicio, todos los requisitos para su presentación y defensa ante el tribunal correspondiente para optar al grado de Doctora por la Universitat de València.

Dr. Francisco J. Escobar Rabadán

Dr. Francisco Javier Chorro Gascó

Agradecimientos

Gracias a todas las personas que de una u otra manera han intervenido en el desarrollo de esta Tesis.

Mi más profundo y sincero agradecimiento a mis Directores de Tesis, al Dr. Francisco Escobar por su implicación absoluta en este proyecto, y que como buen Maestro inspiró en mí el amor a la Medicina de Familia, a la investigación, al trabajo constante y por su amistad, y al Dr. Francisco Javier Chorro por su capacidad de acogida en la Universidad y meticulosidad en la dirección del trabajo.

A mis padres, y muy especialmente a mi Madre por su esfuerzo, amor incondicional y dedicación de tantos años en ofrecerme lo mejor para mi desarrollo personal y profesional.

A mi familia por hacerme sentir tan acompañada. A mis hermanos por su cariño, comprensión y complicidad infinita.

A los amigos incondicionales que se hacen cómplices de tantos momentos.

A mi abuelo, Juan Raya Catalán, que desde el primer día de Facultad soñó con este proyecto.

Y como en una de tus cartas....*gracias de todo corazón.*

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	42
III. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO	45
IV. RESULTADOS	55
V. DISCUSIÓN	124
VI. CONCLUSIONES	159
VII. RESUMEN	162
VIII. BIBLIOGRAFÍA	165
IX. ANEXOS	182

ÍNDICE DETALLADO

Pág.

I. INTRODUCCIÓN

1.1.	Orígenes de la Medicina de Familia	2
1.1.1.	Breve historia de la especialidad	2
1.1.2.	La Medicina de Familia en España	4
1.1.3.	Perspectivas de futuro de la especialidad de Medicina de Familia	5
1.2.	La Medicina de Familia en las facultades de Medicina	
1.2.1.	Importancia de la enseñanza de la Medicina de Familia en las facultades de Medicina	7
1.2.2.	La Medicina de Familia en las facultades de Medicina españolas	11
1.2.3.	Facultades de Medicina y elección de la especialidad de Medicina de Familia	13
1.3.	Elección de Especialidades	16
1.3.1.	Predicción de la Elección de la Especialidad	16
1.3.2.	Cuestionarios sobre elección de Medicina de Familia	17
1.3.3.	Cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia de estudiantes de medicina (CAMF)	17
1.4.	Cambios en los conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia	21
1.4.1.	Cambios en los estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete	21
1.4.2.	Estudios que valoran los conocimientos y actitudes de los estudiantes en los primeros años de la Licenciatura	29
1.4.2.1.	Estudios realizados en otros países que analizan los conocimientos y actitudes de los estudiantes de Medicina en los últimos años de la licenciatura	29

1.4.2.2. Estudios españoles que analizan los conocimientos y actitudes de los estudiantes de Medicina en los últimos años de la licenciatura	34
1.4.3. Estudios que valoran conocimientos y actitudes de los estudiantes de Medicina en los últimos años de la licenciatura	37
1.5. Perspectivas de futuro	38
II. DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	43
III. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Descripción del diseño de la investigación	46
3.2. Ámbitos o emplazamientos	46
3.3. Sujetos del estudio	47
3.4. Variables del estudio	47
3.4.1. Variable dependiente	47
3.4.2. Variables independientes	48
3.5. Obtención y tratamiento de los datos	50
3.6. Análisis de los datos e interpretación de los resultados	51
3.7. Cuestiones éticas	53
IV. RESULTADOS	55
4.1. Proporción de respuestas	56
4.2. Características sociodemográficas	56
4.3. Respuestas al cuestionario al final de segundo y sexto curso (Albacete) y antes de cursar la asignatura de AP (Sevilla)	61
4.4. Puntuación del CAMF al final de segundo y sexto curso (Albacete) y antes de cursar la asignatura de AP (Sevilla)	98

4.5. Validez predictiva del Cuestionario	105
4.5.1. Elección de especialidad de los estudiantes de Albacete que participaron en el estudio	105
4.5.2. Validez de predicción del cuestionario CAMF en diferentes momentos de los estudios de grado	106
4.6. Variables que predicen la elección de Medicina de Familia como especialidad	107
4.7 Elección de especialidad MIR en 2011	113
4.7.1. Elección de Medicina de Familia	113
4.7.2. Especialidades preferenciales	118
4.7.3. Ciudad elegida	123
V. DISCUSIÓN	
5.1. Validación del CAMF	125
5.2. Cambios en los conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia	128
5.3. Elección de especialidad.	
5.3.1. Elección de especialidad de los estudiantes de Albacete y Sevilla	136
5.3.2. Prioridad concedida a la elección de la especialidad de MF entre los opositores de la convocatoria MIR de 2011	139
5.4. Factores relacionados con un mayor interés por la Medicina de Familia	
5.4.1. Influencia del sexo	154
5.4.2. Influencia de la edad	155
5.4.3. Influencia de la clase social	156
5.4.4. Influencia de procedencia rural /urbana	157
5.4.5. Influencia del rendimiento académico	157
5.5. Limitaciones del estudio	157
5.6. Futuras líneas de investigación	158

VI.	CONCLUSIONES	165
VII.	RESUMEN	168
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	171
IX.	ANEXOS	188
9.1.	Hoja de información a los participantes en el estudio	189
9.2.	Cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia y datos de los participantes en el estudio	191

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I	Cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia de estudiantes de Medicina	20
Tabla II	Identificación de características de la práctica en atención primaria por estudiantes de medicina de primer año (Grayson et al 1996)	23
Tabla III	Actitudes hacia la atención primaria de los estudiantes de medicina de primer año (Grayson et al 1996)	24
Tabla IV	Clase social basada en la ocupación (Domingo y Marcos, 1989)	49
Tabla V	Características sociodemográficas y académicas de los estudiantes participantes en el estudio	57
Tabla VI	Variables en el modelo que mejor predice la elección de Medicina de Familia	118
Tabla VII	Elección de especialidad en relación con la facultad donde se han graduado	121
Tabla VIII	Era más probable que las mujeres eligieran MF, pediatría, medicina interna y ginecología	122
Tabla IX	Ciudades seleccionadas por los estudiantes graduados en Albacete y Sevilla	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Diferencias en la nota de entrada en la Facultad de Medicina de Albacete para los estudiantes que participaron en 2º y 6º curso, o solo en uno de ellos	60
Figuras 2 a 35	Resultado de las respuestas a cada uno de los 34 ítems	61
Figura 36	Intervalo de confianza para la media de la puntuación del CAMF en segundo y sexto curso de los estudiantes de Albacete	99
Figura 37	Intervalo de confianza para la media de la puntuación del CAMF en sexto curso de los estudiantes de Albacete y los de Sevilla antes de cursar la asignatura de Medicina de Familia y Comunitaria	100
Figura 38	Intervalo de confianza para la media de la puntuación de los ítems del CAMF que valoran conocimientos y actitudes, en segundo y sexto curso, para los estudiantes de Albacete	102
Figura 39	Intervalo de confianza para la media de la puntuación de los ítems del CAMF que valoran conocimientos y actitudes, en sexto curso, para los estudiantes de Albacete y Sevilla (antes de cursar la asignatura de Medicina de Familia y Comunitaria)	104
Figura 40	Distribución de especialidades elegidas por los estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete que participaron en nuestro estudio	105
Figura 41	Curvas ROC para el cuestionario CAMF en los tres momentos de la licenciatura analizados	107
Figura 42	Distribución de especialidades elegidas por los estudiantes de la Facultad de Medicina de Sevilla que participaron en nuestro estudio	108

Figura 43	Número obtenido en el examen MIR de los graduados que eligieron Medicina de Familia y los que eligieron otra especialidad	109
Figura 44	Medias del expediente académico valorado como méritos en el MIR, para los que eligen Medicina de Familia y los que optan por otra especialidad	110
Figura 45	Medias de puntuación obtenida en el MIR, para los que eligen Medicina de Familia y los que optan por otra especialidad	111
Figura 46	Ciudad elegida para realizar la residencia en función de la especialidad y la facultad donde estudiaron	112
Figura 47	Probabilidad acumulada de elección de Medicina de Familia	114
Figura 48	Probabilidad acumulada de elección de Medicina de Familia en función del sexo	115
Figura 49	Probabilidad acumulada de elección de Medicina de Familia en función de la facultad donde se graduaron	116
Figura 50	Probabilidad acumulada de elección de Medicina de Familia en función de la ciudad donde realizarán la residencia	117
Figura 51	Número de personas que eligen distintas especialidades	119
Figura 52	Número de MIR con la que se eligieron las diferentes especialidades	120

I. INTRODUCCIÓN

1.1. ORÍGENES DE LA MEDICINA DE FAMILIA

1.1.1. Breve historia de la especialidad

En poco más de un siglo, la práctica de la Medicina General ha sufrido grandes cambios, ligados inevitablemente a la evolución del conocimiento y la práctica médica en general, pero también con características propias.

Siguiendo a Martín Zurro (2008) vamos a revisar algunos datos históricos que consideramos relevantes.

A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, en todos los países existía el tipo de profesional médico que atendía a la familia. Por la naturaleza de sus funciones, se ganaba la confianza de los pacientes y su acción desbordaba el campo estrictamente médico, para convertirse en un consejero en los diversos problemas que surgían en el seno del grupo familiar.

El impacto del informe Flexner, del año 1910, tuvo repercusiones, no solo en Estados Unidos, sino también en Europa, y marcó el detrimento de la práctica general a favor del desarrollo de las especialidades. Como consecuencia de este informe, que describía grandes deficiencias en los sistemas de aprendizaje de las facultades de Medicina, adquirieron gran auge los hospitales universitarios, y la Medicina General fue desapareciendo del currículo y del profesorado. Se produjo un considerable avance en el campo de las especialidades en perjuicio de la Medicina General y de la visión holística de la práctica médica, y se deterioró la relación médico-paciente. Entre 1930 y 1970, en Norteamérica se invirtió totalmente la razón generalistas-especialistas, pasando de 80 a 20, a la opuesta. Era el momento de la especialización. Esto no ocurrió en toda

Europa, en especial, en países como Reino Unido y Dinamarca. El número de médicos generales disminuyó considerablemente. Su inadecuada formación, junto con las nuevas demandas de la población, hizo que se comenzara a crear una brecha en la atención primaria. En esta época, en muchos países surgieron los Colegios y Academias de Medicina General, dedicados al desarrollo académico de la disciplina. La práctica de la Medicina General comenzó a contemplarse como una disciplina clínica y un cuerpo de conocimientos por derecho propio.

Para que la Medicina de Familia se constituyera como especialidad, fueron determinantes dos informes en la comunidad médica, sobre todo, en Estados Unidos. El primero es el de la Comisión Millis (1966), formada por técnicos y ciudadanos estadounidenses, que confirmó la fragmentación de la atención de la salud. Detectó la necesidad de una nueva especialidad denominada Medicina Primaria, y recomendó un programa de tres años de residencia en posgrado. El segundo es el del *Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of American Medical Association Council on Medical Education*, presidido por William R. Willard, que abogó por la formación de un nuevo tipo de especialista: el médico de familia, que serviría para un primer contacto con los pacientes y proporcionaría atención personalizada. Asimismo, reconoció la importancia de la familia en los cuidados de salud. Este informe concluyó que la Medicina de Familia constituía un cuerpo de conocimientos distinto y cumplía una función diferente de la de otras especialidades, recomendando que se le otorgara la categoría de especialidad.

La Medicina de Familia surgió como respuesta a una necesidad de la sociedad, que demandaba más contacto humano; apareció como una

reacción al mundo tecnológico, que estaba dando lugar a una deshumanización de la Medicina.

El Consejo Americano de Medicina Familiar definió la práctica de la Medicina de Familia como “la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento. El alcance de la Medicina de Familia no está limitado por edad, sexo, órgano o sistema o entidad mórbida” (Martín Zurro, 2008).

1.1.2. La Medicina de Familia en España

El nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia en España estuvo muy vinculado a las recomendaciones de la Conferencia de Alma Ata, que llegaron a nuestro país en un momento en el que la tesis dominante era convertir el sistema sanitario público en un Sistema Nacional de Salud. Vamos a revisar alguno de los datos históricos que consideramos relevantes siguiendo también a Martín Zurro (2008).

El Ministerio de Sanidad vio la necesidad de crear una especialización en Medicina General para poder desarrollar adecuadamente la atención primaria, que sirviera como punto de partida de una reforma sanitaria en la que se potenciara esta nueva concepción de la atención primaria. Esta especialidad apareció por primera vez en el Real Decreto 2015 de 1978 y posteriormente se desarrolló en el Real Decreto 3303 del 29 de diciembre de 1978, en el que se disponía que “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”.

En enero de 1984 se aprobó el Real Decreto 127/84, por el que se regulaba la formación médica posgraduada y la obtención del título de especialista (RD 127/84, BOE 1984). Hay que resaltar 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 era la vía MIR. En 2004 se aprobó el nuevo programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, pasando de tres a cuatro años de duración (Martín Zurro, 2008).

1.1.3. Perspectivas de futuro de la especialidad de Medicina de Familia

Entre los años setenta a noventa del siglo XX, la Medicina de Familia se desarrolló considerablemente, y se establecieron sus competencias y contenidos. Desde finales de los años noventa del pasado siglo y hasta nuestros días, la Medicina de Familia se enfrenta a diversos retos que influyen en el ámbito de la atención primaria. La tendencia a considerar la asistencia primaria como una mercancía más que un servicio profesional, o la creciente popularidad de la subespecialización entre los estudiantes de Medicina, han sido dos elementos claves en la crisis que atraviesa la Medicina de Familia. Sus líderes son muy conscientes de esta tendencia y se están esforzando por cambiarla, prestando una atención especial a la docencia durante el pregrado en las facultades de Medicina (Taylor, 2006). No hay que olvidar que la crisis económica que vivimos actualmente

también está influyendo en los recortes presupuestarios destinados al desarrollo de la atención primaria.

El descenso del interés por especialidades de atención primaria se ha atribuido, entre otros factores, a la falta de reconocimiento como especialidades de las disciplinas de atención primaria, lo que ha llevado a una disminución del valor percibido por los estudiantes. En parte, tal desprestigio está determinado por la competitividad, ya que las especialidades que no son de atención primaria se han hecho más competitivas, han ganado en fama y son más deseadas (Fincher et al, 1992). La mayoría de los estudiantes tiende a seleccionar especialidades que no son de atención primaria, basándose en consideraciones de prestigio e ingresos económicos (Whitcomb et al, 1992; Below et al, 2008).

Desde 1977 la American Academy of Family Physicians ha reconocido la necesidad de realizar esfuerzos para aumentar el interés entre los estudiantes por la Medicina de Familia como especialidad. En esta línea, en 1988 se creó la Task Force on Student Interest, cuyas metas eran que todas las facultades de Medicina tuviesen un departamento de Medicina de Familia, aumentar el número de graduados que accediesen a la residencia de Medicina de Familia y que se incrementase la producción de clínicos cualificados, profesores e investigadores en este campo (Pugno et al, 2000).

Aunque varían las opiniones sobre la razón óptima de médicos de atención primaria y otros especialistas, a mediados de los años noventa del siglo xx el consenso entre los líderes en el mundo de la Medicina apuntaba a que se necesitarían más médicos de atención primaria para asegurar el

acceso a una atención de calidad: el objetivo sería que, al menos un 50% de los médicos se dedicara a la atención primaria, para lo cual sería necesario potenciarla desde los estamentos gubernamentales y académicos (Domingo i Salvany, 1997; Lawson y Hoban, 2003).

1.2. LA MEDICINA DE FAMILIA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA

1.2.1. Importancia de la enseñanza de la Medicina de Familia en las facultades de Medicina

Las modificaciones de la enseñanza de la Medicina, desde finales del siglo XIX hasta la década de los setenta del siglo pasado, se llevaron a cabo fundamentalmente en Estados Unidos y Canadá. El resto de los países, salvo experimentos aislados, variaron sus currículos paulatinamente y los cambios fueron siempre pequeños y dirigidos, sobre todo, al acortamiento o alargamiento de las diversas materias, más que a modificaciones en los contenidos.

La avalancha de información científica biomédica ha conducido a plantearse la necesidad de seleccionar lo que resulta más pertinente para la formación del futuro médico. Con este fin, en los esquemas de las facultades más conservadoras se ha intentado una integración entre asignaturas básicas, por un lado, y clínicas, por otro, lo que permite eliminar repeticiones innecesarias en temas y conceptos irrelevantes. Las facultades con currículos más avanzados propugnan la integración total, según la cual las ciencias básicas desaparecen como tales y se estudian exclusivamente en función de las necesidades clínicas. En estas facultades se preocupan

en especial por la resolución de problemas y tienen muy en cuenta los aspectos socioculturales y económicos de la Medicina. Así, las facultades de Medicina deberían basar sus planes de estudio y sus estrategias pedagógicas en intentar satisfacer las necesidades del tipo de médico que desean formar (García Barbero, 1986; Pipas et al, 2004).

Block et al (1996) destacaron la existencia de un “clima frío” muy extendido hacia la atención primaria en ámbitos académicos. Incluso en facultades en las que la formación de médicos de atención primaria se considera elemento central de su misión, la valoración hacia la atención primaria, tanto de los estudiantes como de los profesores, es pobre. Por ello, es necesario que se produzcan cambios en la cultura del medio académico, cambios orientados a conseguir un clima más favorable para la atención primaria.

En la mayoría de las facultades, la Medicina de Familia no se conoce bien y existe la tendencia a minusvalorarla por parte de los estudiantes y de una gran parte del profesorado. De alguna manera, las facultades de Medicina desaniman a los estudiantes para elegir la Medicina de Familia como opción laboral (Hill-Sakurai et al, 2003; Maridis et al, 2007).

Para proporcionar a los pacientes una atención eficiente y de calidad, los médicos, independientemente de su especialidad, deben tener un conocimiento fundamental de todo el sistema de atención a la salud, que les permita saber utilizar apropiadamente sus diversos componentes (O’Connell et al, 2004). Cuanto más conocen los alumnos la realidad del sistema sanitario, más valoran la necesidad de la presencia en el pregrado de contenidos de atención primaria, la función que en él desempeña la

Medicina de Familia y la importancia de aspectos que serán básicos para los que acaben ejerciendo como generalistas (Domingo I Salvany, 1997).

Se ha demostrado que, incluso en un sistema de formación médica dominado por las especialidades, una rotación en Medicina General puede permitir a los estudiantes ganar en conocimientos sobre la importancia de la atención primaria y el significado de la función del médico de familia en el sistema de atención a la salud. Para muchos estudiantes es, además, la primera vez que pueden observar el desarrollo de habilidades de comunicación (Dixon et al, 2000; Dornan et al, 2006). Como se demostró en una encuesta hecha a los estudiantes de la Facultad de Medicina de Valladolid, las prácticas en atención primaria suponen una excelente aportación a su formación académica y una “grata sorpresa” para los estudiantes (Aguado et al, 1998).

Las destrezas clínicas básicas se pueden aprender en atención primaria tan satisfactoriamente como en el hospital (Gupta et al, 1993; Hampshire, 1998; Carney et al, 1999). La introducción de los estudiantes en los centros de salud al comienzo de sus estudios en la facultad puede dar como resultado un cambio en su formación. La experiencia con los pacientes sería una forma de integrar ciencias básicas y clínicas, estudio y práctica centrados en pacientes y prevención, más que en la enfermedad. Permite analizar las características de una población de atención primaria y de una práctica generalista, y el aprendizaje activo basado en casos y problemas. Una experiencia clínica temprana con médicos generalistas mejora la satisfacción de los estudiantes en los primeros años de currículo y proporciona una estructura para el aprendizaje focalizado en pacientes, lo

cual es importante en la educación profesional general de todos los estudiantes (Matson et al, 1999; Dornan et al, 2006).

La formación en los centros de salud tiene gran valor, porque enseña la continuidad de la atención en la salud, una asistencia integral (tiene en cuenta el modelo biopsicosocial), los fundamentos de conocimiento médico y las destrezas profesionales, incluyendo la comunicación médico-paciente y las relaciones entre médicos y otros profesionales de la salud (Fields et al, 2000).

Por estos motivos, las recomendaciones internacionales para la formación médica planteadas desde comienzos de los años noventa del siglo XX han incluido la integración del currículo preclínico y clínico, un contacto clínico temprano y un aumento de la enseñanza con base comunitaria, fundamentalmente, en centros de Medicina General (Hampshire, 1998; Haffing et al, 2001; Mathers et al, 2004).

Las experiencias clínicas tempranas motivan y satisfacen a los estudiantes y los ayuda a aclimatarse a los ambientes clínicos, a desarrollarse profesionalmente, a interactuar con pacientes con más confianza y menos estrés, a potenciar la propia reflexión y destrezas prácticas, y a desarrollar una identidad profesional. Los alumnos de Medicina refuerzan su aprendizaje y lo hacen más real y relevante para la práctica clínica. Asimismo aprenden sobre la estructura y función del sistema de atención a la salud, comprenden la importancia de los aspectos psicosociales, las medidas preventivas y la función de los profesionales de la salud (Littlewood et al, 2005; Dornan et al, 2006).

1.2.2. La Medicina de Familia en las facultades de Medicina españolas

La Medicina de Familia tiene una presencia irregular en el currículo de las facultades de Medicina españolas; en muchos casos, solo aparece de forma indirecta a través de asignaturas de AP, o con rotaciones clínicas en este nivel asistencial que, a veces, son optativas. Esto determina un sesgo en la enseñanza de la Medicina con base fundamentalmente hospitalaria, con poco énfasis en aspectos como la prevención, la comunicación médico-paciente, el trabajo en equipo o las actividades comunitarias.

Las primeras experiencias docentes datan de mediados de la década de los ochenta del siglo pasado. Con un carácter marcadamente “voluntarista” y sin reconocimiento académico en sus inicios, la Medicina de Familia ha aumentado su presencia en las facultades de Medicina. A pesar de los años transcurridos, se observa una distribución irregular en el número de profesores, en los contenidos docentes y en las actividades desarrolladas.

Con anterioridad al Proceso de Convergencia Europea (conocido como Plan Bolonia), de las 29 facultades de Medicina españolas, en tres de ellas la asignatura de Medicina de Familia era obligatoria, en 11 figuraba como asignatura optativa y en tres, como créditos de libre configuración. En 17 facultades había prácticas obligatorias y en 12, prácticas optativas (Bonal Pitz et al, 2005).

La Facultad de Medicina de Albacete se inauguró el 28 de mayo de 1998, conforme a las más innovadoras tendencias pedagógicas. En ella se

considera el aprendizaje como labor activa del alumno y se sigue un modelo centrado en el estudiante, basado en la integración y resolución de problemas. Se concede una gran importancia a la práctica, orientada a la comunidad y cuya finalidad es preparar a los estudiantes para las necesidades de la práctica general de la Medicina de principios del siglo XXI. En el plan de estudios inicial existía una asignatura de Atención Primaria, obligatoria, en segundo curso. Se trataba de una asignatura cuatrimestral, de cinco créditos, de los que uno y medio eran teóricos. Los restantes créditos eran prácticos, correspondientes a una rotación clínica de una semana en consultas de atención primaria en los centros de salud (Fernández et al, 2005).

En una encuesta de satisfacción sobre Medicina de Familia realizada por Martín Zurro et al (2011), en 13 facultades de Medicina, los alumnos han mostrado una opinión favorable respecto a las rotaciones y consideran que tienen escasa duración.

La perspectiva que abrió la elaboración de nuevos planes de estudios para adecuarse al Proceso de Convergencia Europea, y en cumplimiento de la Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero (BOE, 2008), por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico, era una presencia generalizada de la Medicina de Familia en las facultades de Medicina españolas. Sin embargo, los nuevos planes de estudios siguen ofreciendo una gran variabilidad entre ellas. (ORDEN ECI/332/2008).

1.2.3. Facultades de Medicina y elección de la especialidad de Medicina de Familia

Según Block et al (1998), ciertas características de la facultad influyen en los resultados de la educación médica: su carácter público o privado, la presencia y el tamaño de un departamento de Medicina de Familia, la intensidad investigadora o la antigüedad de la propia facultad. Los estudiantes de una facultad particular tienen puntos de vista más similares entre sí acerca de la promoción de la atención primaria, que estudiantes de facultades diferentes. Sin embargo, las expectativas de los alumnos dependen, sobre todo, de la especialidad que desean: los que se inclinan más hacia carreras de atención primaria demuestran puntos de vista más positivos hacia esta. Estos autores demostraron que, a pesar de ello, el principal predictor del estímulo para entrar en atención primaria es el registro histórico de la facultad en cuanto a producción de médicos de familia. Así pues, la cultura de las facultades con una indudable misión relativa a la atención primaria anima a los estudiantes a hacerse generalistas. En cuanto a la antigüedad de la facultad, existe una correlación negativa entre esta y la producción de generalistas (Pugno et al, 2000).

Whitcomb et al (1992) compararon, entre los años 1981 y 1985, un grupo de facultades que producían altos porcentajes de médicos de atención primaria, con otro grupo que registraba bajos porcentajes. Concluyeron que el factor determinante de la diferencia en la producción de médicos de familia era el ambiente educacional de la facultad (programas y rotaciones de atención primaria).

En una línea de investigación similar, Campos-Outcalt et al (2004) encontraron que al comparar las respuestas a un cuestionario de graduados de 24 facultades (la mitad de ellas con una producción creciente de médicos de familia y el resto con una producción decreciente) que habían elegido una residencia en atención primaria, las variables relacionadas con acudir a uno u otro grupo de facultades eran el número de rotaciones clínicas en MF y AP requeridas, la percepción de la competencia clínica de los profesores de Medicina de Familia y un expectativa de practicar en un área rural.

Martini et al (1994), por su parte, demostraron que la producción de médicos de familia era superior en aquellas facultades que daban preferencia de admisión a solicitantes que afirmaran tener interés por la práctica generalista.

En cuanto a la cantidad de fondos públicos recibidos por una facultad para investigar, existe una asociación inversa con la producción de médicos de familia, así como de médicos rurales y generalistas (Campos-Outcalt et al, 1995).

Por otra parte, la presencia en las facultades de Medicina de profesores motivados en la atención primaria puede ser un factor determinante a la hora de elegir como especialidad la Medicina de Familia (Osborn et al 1993; Hearst et al, 1995).

Si bien las facultades de Medicina pueden influir positivamente en la elección de la especialidad de Medicina de Familia, otros factores también influyen, como los antecedentes demográficos, la personalidad de los

estudiantes, la duración de la especialidad, el nivel de endeudamiento y las experiencias previas (Lawson y Hoban, 2003; Rosenblatt y Andrilla, 2005). No está claro el modo en que el entrenamiento clínico en MF afecta a la elección de especialidad de los estudiantes. Podría ser por el entrenamiento en sí mismo o por la exposición a la especialidad, aunque el tiempo requerido para esta formación quizá refleje la fuerza que tiene la MF en la facultad. En cualquier caso, las preferencias de los alumnos por la especialidad se modifican tras realizar la rotación en MF, si bien este cambio no siempre es predictivo de la elección de especialidad (Herold et al, 1993; Campos-Outcalt et al, 1995) y puede ser transitorio (Morrison y Murray, 1996).

Bennett y Phillips (2010), a través de una revisión sistemática de la bibliografía y aplicando las teorías de toma de decisiones, han desarrollado un modelo que ilustra múltiples vías para elegir la especialidad. Los estudiantes se pueden caracterizar como "aquellos que mantienen el compromiso con la atención primaria a lo largo de su formación académica", "aquellos que nunca han estado interesados en la atención primaria" y "aquellos que cambian sus preferencias". Múltiples categorías de factores afectan a estos alumnos de forma diferenciada, incluyendo factores demográficos, la experiencia en la facultad de Medicina, los intereses de los estudiantes, las características que perciben de la especialidad, su estilo de vida y consideraciones económicas, el medio de atención sanitaria, el desarrollo de la propia identidad y el proceso de elección. Estos autores sugieren que este modelo teórico podría constituir una guía para conseguir intervenciones orientadas a formar más médicos de atención primaria y clarificar áreas que necesiten investigaciones adicionales. Las facultades de Medicina tendrían una función muy

importante a la hora de diseñar las intervenciones pertinentes para conseguir los objetivos deseados.

1.3. PREDICCIÓN DE LA ELECCIÓN DE LA ESPECIALIDAD

La toma de decisiones con relación a la elección de una especialidad médica es, como objeto de estudio, compleja. Probablemente pretender obtener un conocimiento científico de los mecanismos implicados sea una tarea difícil. No obstante, muchos autores se han interesado por el tema. Se han aventurado múltiples hipótesis y se ha demostrado la influencia de determinadas variables, como la edad, el sexo, el nivel económico o las expectativas en cuanto a estilo de vida (Escobar y López-Torres, 2008).

En particular, la elección de MF viene siendo desde hace muchos años objeto de estudio, estimulado de forma muy especial por la tendencia a la superespecialización y tecnificación de la medicina, que suele deslumbrar a los estudiantes y que les aleja de las carreras generalistas. Una de las líneas de investigación más interesantes es la que ha indagado en los conocimientos y las actitudes de éstos hacia la especialidad.

Obtener conocimiento científico en una materia exige disponer de instrumentos de medida adecuados. No abundan en la bibliografía instrumentos de valoración de conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia.

El cuestionario constituye el instrumento básico que se utiliza en la investigación por encuesta. Distintos autores se han aventurado en el

campo de los conocimientos y las actitudes hacia la MF, elaborando diferentes escalas.

1.3.1. Cuestionarios sobre elección de Medicina de Familia

Nieman et al (1986, 1988) diseñaron un cuestionario de preferencias de especialidad, con 4 partes: demográfica; orientación hacia la medicina; áreas de conducta en la toma de decisiones y grado de compromiso ; y los factores en los que se basa la toma de decisiones de los estudiantes con relación a la elección de carrera.

Henderson et al diseñaron un cuestionario para evaluar la actitud de los estudiantes de medicina hacia la medicina general, como especialidad, y hacia los generalistas como médicos.

Duerson et al (1989) construyeron una escala con 29 ítems que pretendían distinguir las metas y la filosofía de los médicos de atención primaria de aquellos que se orientaban hacia subespecialidades. Estos instrumentos reflejan circunstancias muy específicas del medio en el que se han creado.

1.3.2. Cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la medicina de familia de estudiantes de medicina (CAMF).

En el curso 2005-2006 Escobar y López-Torres (2008), pusieron en marcha un proyecto de investigación conformado por estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete, que cursaron la asignatura de AP en ese año académico y que tenía como primer objetivo el diseño y validación de un cuestionario que permitiera evaluar los conocimientos y las actitudes de

los estudiantes de medicina hacia la AP y la MF, instrumento imprescindible para analizar los cambios que fueran produciéndose a lo largo de la formación de grado. Este aspecto es especialmente importante en la Facultad de Medicina de Albacete, ya que toda vez que los estudiantes recibían de forma precoz la formación en este campo, en su segundo curso de licenciatura.

El CAMF incluye aspectos teóricos que formaban parte de la asignatura de Atención Primaria que se impartía en la Facultad de Medicina de Albacete en segundo curso, así como también preguntas relativas a la actitud de los estudiantes hacia la atención primaria y la Medicina de Familia. Se elaboró procurando que la redacción de las preguntas fuera clara y sencilla, para permitir su fácil comprensión. Estas preguntas se plantearon de una forma neutral para no influir en las respuestas de los encuestados. Igualmente, se descartaron las preguntas hechas en sentido negativo para evitar dificultades de comprensión. Las cuestiones se distribuyeron siguiendo un orden lógico de los ítems, empezando con preguntas sencillas y dejando para el final los aspectos más personales (como los datos sociodemográficos y académicos), e intentando evitar el efecto de contaminación de unas sobre otras.

Fue valorado por cinco profesores asociados de la asignatura de Atención Primaria, con los objetivos de asegurar la pertinencia y comprensión de las preguntas, y de hacer una evaluación cualitativa para comprobar que las preguntas podían aportar información sobre diferentes dimensiones de los conocimientos y actitudes de los estudiantes acerca de la Medicina de Familia (validez de contenido) y su correspondencia con estos conceptos teóricos (validez de construcción) y quedó configurado en

34 preguntas de respuesta cerrada, ofreciendo cinco opciones en una escala de tipo Likert, desde 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”), para evaluar los conocimientos y actitudes hacia la atención primaria y la Medicina de Familia entre los estudiantes de Medicina (tabla)

En el estudio de validación inicial, el cuestionario mostró en conjunto una moderada, aunque aceptable, consistencia interna. Se demostró una adecuada validez de contenido del cuestionario, en tanto en cuanto abarcaba un amplio abanico de componentes del fenómeno que se quería medir. Así, el análisis factorial identificó 8 componentes, que explicaban un 62% de la varianza total. Los dos primeros factores, identificados como “Conocimientos acerca de la atención primaria y la medicina de familia” y “Actitud favorable hacia el trabajo del médico de familia”, presentaban una buena consistencia interna entre los ítems que los componían (Montoya Fernández, 2010).

Esto sugirió la oportunidad de validar una versión reducida del cuestionario que incluyera esos ítems. La versión abreviada del CAMF mostró unas aceptables consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,72) y validez de contenido. Un análisis Rasch apoyó la validez de construcción del cuestionario como medida de los conocimientos y las actitudes acerca de la MF (Escobar Rabadán et al, 2012). No se analizó la validez de criterio por no disponer de un *gold estándar* con el que poder comparar la escala. Sin embargo, quedaba pendiente de conocer la validez de predicción una vez que los estudiantes elijan la especialidad después de realizar la prueba de selección del MIR, según opten o no por la especialidad de MF.

Tabla I
Cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la Medicina de
Familia de estudiantes de medicina

1. Me agrada la idea de trabajar en el futuro como médico de familia.
2. La Medicina de Familia tiene el potencial de mejorar la salud de la población.
3. El actual sistema de atención primaria proporciona mejor asistencia a los pacientes que la antigua asistencia ambulatoria.
4. La satisfacción de los pacientes con relación a los servicios que se prestan en atención primaria es alta.
5. La atención primaria es más costo-efectiva que la asistencia hospitalaria.
6. La Medicina de Familia es mi primera opción cuando considero mis expectativas laborales en el futuro.
7. Es útil que conozca los fundamentos de la Medicina de Familia, aunque me dedique en el futuro a otra especialidad.
8. La responsabilidad del médico con respecto a la salud de la población es tan importante como su responsabilidad con relación a sus pacientes individuales.
9. La asistencia médica es mejor cuando se trabaja en equipo.
10. La contención de los gastos de la asistencia sanitaria es más factible en el ámbito de la atención primaria.
11. Tengo un buen conocimiento del trabajo que realiza el médico de familia.
12. La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario.
13. La entrevista clínica es la herramienta fundamental del médico de familia.
14. Las pruebas diagnósticas en Medicina de Familia tienen, en general, menor valor predictivo positivo que a nivel hospitalario.
15. El médico de familia se ocupa de problemas de salud de poca importancia.
16. La mejora continua de la calidad es un objetivo fundamental en Medicina de Familia.
17. El médico de familia se ocupa de problemas de salud de improbable solución.
18. El médico de familia tiene una gran responsabilidad en la realización de actividades preventivas.
19. El médico de familia debe ser un comunicador experto.
20. El médico de familia se ocupa de problemas de salud crónicos.
21. La Medicina de Familia tiene una elevada consideración dentro de la facultad de Medicina.
22. La Medicina de Familia es un campo tan amplio, que es imposible ser un experto.
23. La Medicina de Familia es una especialidad intelectualmente poco estimulante.
24. Los médicos de familia tienen una gran sobrecarga asistencial.
25. Los médicos de familia están poco valorados en nuestra sociedad.
26. Los médicos de familia están poco valorados por el resto de la profesión médica.
27. Me parece muy oportuno que exista una asignatura de Atención Primaria en la facultad de Medicina.
28. La Medicina de Familia debería estudiarse como asignatura transversal a lo largo de la licenciatura.
29. La eficacia y eficiencia de un sistema sanitario dirigido exclusivamente al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, pueden ser bajas en términos de nivel de salud colectiva alcanzado.
30. El médico de familia debe prestar una atención integral y continuada, independientemente de la edad, sexo o tipo de problema que presenten sus pacientes.
31. El médico de familia es competente clínicamente para prestar la mayor parte de la atención que necesita el individuo.
32. El médico de familia presta asistencia a sus pacientes, tanto en la consulta como en el domicilio de los mismos.
33. El médico de familia tiene poco tiempo para dedicar a cada uno de sus pacientes.
34. El médico de familia debe tomar decisiones en circunstancias de elevada incertidumbre.

1.4. CAMBIOS EN LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA MEDICINA DE FAMILIA

1.4.1. Conocimientos y actitudes de los estudiantes de Medicina en los primeros años de la licenciatura

Musham y Chessman (1994), en un estudio que realizaron con 122 estudiantes de tercer año de licenciatura que habían terminado una rotación de cuatro semanas en Medicina Familia, demostraron que la imagen negativa que tenían de ésta antes de la rotación en atención primaria se disipaba y volvía positiva una vez finalizada la rotación. Los componentes de estas actitudes negativas eran: la percepción de que los médicos de familia no eran tan inteligentes como otros especialistas, que la Medicina de Familia era trivial y poco estimulante, y que su estatus era inferior al de otras disciplinas médicas.

En un interesante trabajo publicado por Dornan et al (2006), se recopilaron los resultados de una serie de estudios hechos entre 1992 y 2001, con el objetivo de analizar experiencias de prácticas en consultas en los primeros años de la licenciatura de Medicina, que en un 71% de los casos tenían lugar en atención primaria/comunidad/Medicina de Familia. Los autores llegaron a la conclusión de que estas experiencias motivaban y satisfacían a los estudiantes y los ayudaban a aclimatarse a los ambientes clínicos, a desarrollarse profesionalmente, a relacionarse con los pacientes con mayor confianza y menos estrés, y a desarrollar la reflexión, destrezas prácticas y una identidad profesional. Asimismo, subrayaban su aprendizaje, haciéndolo más real y relevante para la práctica clínica. Ayudaban a los estudiantes a aprender sobre la estructura y la función del

sistema sanitario, y acerca de las actividades preventivas y la función de los profesionales de la salud. Apoyaban el aprendizaje, tanto de las ciencias biomédicas como de las conductuales y sociales, y contribuían a que los estudiantes adquirieran destrezas clínicas básicas y de comunicación.

Nieman et al (2006) hicieron un estudio de cohortes retrospectivo con 267 estudiantes de Medicina que eligieron una rotación de cuatro semanas en atención primaria, después de su primer año en la Escuela de Medicina de Houston, entre 2001-2003, y 310 estudiantes que no la eligieron. Los resultados fueron distintos en el desarrollo del examen escrito que integra ciencias y fundamentos de la práctica clínica y en el desarrollo del Examen Clínico Objetivo Estructurado (OSCE). Los estudiantes que participaron en una de las rotaciones hicieron mejor la OSCE y el examen médico clínico que aquellos que no participaron. Utilizando un análisis de regresión logística, se descartaron posibles variables de confusión, como sexo, rendimiento intelectual previo y conocimientos adquiridos antes de la rotación.

Grayson et al (1996) se sirvieron de un cuestionario para medir los conocimientos y las actitudes hacia la atención primaria de 212 estudiantes de primer curso de dos facultades en Estados Unidos: una urbana y privada (NYMC), con poca producción de médicos de familia; y otra pública y rural (ECU), con una de las más altas proporciones de graduados que eligen la Medicina de Familia como especialidad. Como promedio, los estudiantes identificaban un 92,3% de las características correctamente. Solo encontraron diferencias estadísticamente significativas en el ítem “es capaz de manejar problemas psicosociales” (tabla I)

Tabla II

**Identificación de características de la práctica en atención primaria por
estudiantes de medicina de primer año (Grayson et al 1996)**

Características de la atención primaria	Porcentaje de estudiantes que identifican una característica como asociada a la atención primaria		
	NYMC	ECU	Total
Aconseja a los pacientes sobre estilos de vida saludable.	97,9	100,0	98,6
Enfatiza la continuidad de la atención.	97,2	100,0	98,1
A menudo actúa como consejero de atención a la salud.	97,9	95,8	97,2
Ve al paciente en el medio social.	94,4	95,8	94,8
Maneja el 80% de los problemas de salud de los pacientes.	87,3	88,7	87,8
Coordina el equipo de atención a la salud.	83,8	84,5	84,0
Es capaz de manejar problemas psicosociales.	78,7	93,0*	83,5
Maneja la mayoría de los problemas de salud agudos y crónicos.	80,9	85,9	82,5
Trata solo problemas médicos agudos.	7,0	8,5	7,5
Ve a los pacientes solamente para ser derivados.	3,5	1,4	2,8
Incluye escaso contacto directo con el paciente.	2,1	4,2	2,8
La práctica se restringe a un sistema orgánico dado.	2,8	0,0	1,9

Comparación entre escuelas: *p< 0,01.

Por otra parte, analizaron las actitudes hacia la atención primaria (tabla II) y encontraron que había una gran coincidencia de puntos de vista acerca de la importancia y la necesidad de la atención primaria. Sin embargo, existía una diferencia significativa en los porcentajes de

estudiantes de las dos facultades que planificaban realizar una carrera de atención primaria (un 26,6% de los alumnos de NYMC frente a un 52,1% de los alumnos de ECU). Esto implica que muchos estudiantes, a pesar de reconocer la importancia de la atención primaria, no están interesados en especialidades de este nivel asistencial.

Tabla III
Actitudes hacia la atención primaria de los
estudiantes de medicina de primer año
(Grayson et al 1996)

Afirmación sobre la atención primaria	Porcentaje de estudiantes que están de acuerdo		
	NYMC	ECU	Total
No hay bastantes médicos de atención primaria para las necesidades nacionales de atención a la salud.	95,7	98,6	96,7
Se puede organizar una consulta de atención primaria para permitir un estilo de vida aceptable.	90,9	92,9	91,5
Es importante recibir más atención a la salud de los médicos de atención primaria.	88,7	94,4	90,6
El pago a los médicos por los servicios de atención primaria se debería aumentar.	86,6	84,5	85,9
El incremento de la expectativa de vida de los americanos se debe a los avances en atención primaria.	60,0	90,1**	70,1
El ingreso de médicos que no sean de atención primaria debería aumentarse.	34,3	14,1*	27,6
La mayoría de los avances en investigación médica de relevancia en años recientes se ha hecho en atención primaria.	15,0	31,0*	20,4

Comparación entre escuelas: *p < 0,01; **p < 0,001.

Erney et al (1994) llevaron a cabo un estudio para identificar las preferencias por una determinada especialidad, de 99 estudiantes del Syracuse College of Medicine entre los años 1992 y 1994, al comienzo y al final del tercer curso de la licenciatura, después de cursar una asignatura de Atención Primaria. Medicina de Familia, Medicina Interna General y Pediatría se clasificaban como *primary care*, y todas las demás especialidades, como *non-primary care*. Elaboraron un cuestionario que contenía 29 afirmaciones diseñadas para valorar los conocimientos y las actitudes de los estudiantes en áreas de la práctica médica. Al analizar las respuestas, encontraron que, de los 99 estudiantes, 23 estaban interesados por la atención primaria, 60 no lo estaban y 16 no se definían.

Al comienzo del curso, encontraron diferencias entre los tres grupos en solo cuatro de los 29 ítems. Los interesados en la atención primaria estaban en desacuerdo con estas afirmaciones:

- Los médicos de centros grandes para pacientes ingresados tienden a ser mejores que los de los pequeños.
- Un médico de atención primaria debería recurrir a consultores para trabajar con pacientes críticamente enfermos.
- Preferiría emplear mi tiempo tratando los problemas médicos de los pacientes antes que problemas sociales o psicológicos.
- Los médicos de atención primaria deberían ocuparse de los problemas agudos menores.

Al final del curso, los estudiantes del grupo de no interesados por la atención primaria habían cambiado en más ítems que los otros dos grupos.

Los estudiantes con interés por la atención primaria cambiaron significativamente después del curso solo en estos tres ítems:

- Preferiría emplear mi tiempo tratando los problemas médicos de los pacientes antes que problemas sociales o psicológicos. La puntuación media pasaba de 3,91 a 3,17.
- Un médico de atención primaria debería recurrir a consultores para trabajar con pacientes críticamente enfermos. Se pasaba de 1,61 a 2,3.
- Las consultas de Medicina de Familia no son tan provechosas económicamente como las especializadas. Se pasaba de 2,39 a 1,83.

El grupo de los no interesados por la atención primaria cambiaba significativamente en 10 ítems:

- Los médicos de centros grandes para pacientes ingresados tienden a ser mejores que los de los pequeños. Se pasaba de 3,67 a 3,4.
- En la práctica médica actual hay suficientes especialistas apropiados para que la Medicina de Familia no tenga que asumir responsabilidad a largo plazo para pacientes con enfermedades crónicas. De 4,23 se pasaba a 3,88.
- La mayoría de los pacientes con trastornos emocionales no pueden recibir ayuda sin que los médicos empleen mucho tiempo. Se pasaba de 3,35 a 2,87.

- El mantenimiento de la salud no es tan interesante como la Medicina curativa. Se pasaba de 3,47 a 2,57.
- Preferiría emplear mi tiempo tratando los problemas médicos de los pacientes antes que problemas sociales o psicológicos. Se pasaba de 3,27 a 2,55.
- La investigación en Medicina epidemiológica y preventiva es interesante para mí. De 3,12 se pasaba a 3,55.
- La única manera de practicar buena Medicina consiste en hacer una historia completa y un examen físico en cada visita. De 3,7 se pasaba a 4,08.
- La provisión de servicios por médicos orientados a esta especialidad debería ser coordinada y controlada por los médicos de atención primaria. Se pasaba de 2,59 a 3,19.
- Una completa base de datos médica y social de cada paciente es importante para mí. De 1,87 se pasaba a 2,23.
- Las consultas de MF no son tan provechosas económicamente como las especializadas. Se pasaba de 2,23 a 1,92.

Como podemos observar, los alumnos de los grupos interesados y no interesados por la atención primaria divergían acerca de las afirmaciones relativas a la función de los médicos que tienen que ver con el control y el tratamiento de pacientes. De esta manera, conforme los estudiantes tienen experiencia directa en la atención primaria, las actitudes de los que prefieren especialidades que no son de atención primaria mejoran considerablemente, a pesar de que sigan pensando en no realizar en un futuro una especialidad de atención primaria.

McKnee et al (2007) evaluaron el impacto de un programa diseñado en 2001 para proporcionar a los estudiantes de Medicina información acerca del desafío y la gratificación que supone optar por una carrera de Medicina de Familia. En el año 2006 analizaron los resultados, llegando a la conclusión de que los estudiantes interesados en la Medicina de Familia reforzaban su decisión a la hora de elegir la especialidad.

Martín Zurro et al (2013) han diseñado un cuestionario autoadministrado de 70 ítems (más 13 específicos para 3^o y 5^o) con 6 opciones de respuesta en una escala tipo Likert. El cuestionario es anónimo, e incluye preguntas sobre aspectos sociodemográficos y académicos. Han realizado dos cortes transversales en los cursos 2009-2010 y 2011-2012, obteniendo información de 5299 y 3.869 alumnos respectivamente, incluyendo estudiantes de primero, tercero y quinto de 22 facultades de medicina que participaron (de las 27 españolas). Sólo el 25% de los estudiantes de primer año tenían claras preferencias por una especialización, aumentando moderadamente el interés por la medicina de familia a lo largo de los años de la licenciatura. Prefieren las especialidades médicas hospitalarias (88-89%) seguidas de las quirúrgicas y la pediatría. El interés por la MF aumentaba con los años de estudio (36,7%, 41,7% y 50,2% en 1^o, 3^o y 5^o respectivamente; $p < 0,001$), independientemente de las características de los estudiantes o la facultad a la que asistieran.

1.4.2. Conocimientos y actitudes de los estudiantes de Medicina en los últimos años de la licenciatura

Las preferencias por una determinada especialidad varían a lo largo de la formación de los estudiantes, dependiendo, entre otros factores, de las experiencias que hayan tenido en las distintas rotaciones clínicas.

1.4.2.1. Estudios realizados en otros países que analizan los conocimientos y actitudes de los estudiantes de Medicina en los últimos años de la licenciatura

Henderson et al (2002), a partir de las respuestas de 700 estudiantes de primer y quinto curso de Medicina a un cuestionario sobre valoración de actitudes hacia la Medicina General de dos facultades de Londres, encontraron que la actitud global hacia la Medicina General, incluyendo tanto la especialidad (alfa de Cronbach = 0,6) como la consideración como médicos (alfa de Cronbach = 0,45), tenía una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,74). Globalmente, en este trabajo los estudiantes mostraban una actitud positiva hacia la Medicina General como especialidad que era más positiva en quinto curso (puntuación media en una escala Likert de cinco puntos de 3,9; IC 95%: 3,86-3,94) y hacia los médicos generales (3,62; IC 95%: 3,59-3,66). La consideración de las mujeres era más positiva que la de los hombres, independientemente del curso. Los estudiantes subrayaban la experiencia personal en Medicina General como el factor más importante que influía en sus actitudes. La Medicina General era la única opción de carrera que aumentaba de manera significativa en popularidad entre el primer y el quinto curso. Esta actitud más positiva hacia la Medicina General cuando los estudiantes terminan

sus años de pregrado se puede explicar por el mayor contacto con médicos generales, y sugiere que los esfuerzos de las facultades de Medicina por asegurar un currículo, más equilibrado, con contenidos de atención primaria, promueve actitudes positivas hacia esta.

Kuikka et al (2012) , en un trabajo realizado con estudiantes de 5^o curso en Helsinki definen el trabajo de los médicos de familia como versátil y desafiante aunque demasiado estresante, sometido a demasiada presión, solitario, así como la implicación del médico de familia en una resolución de muchos problemas no médicos (administrativos). El 63% de los estudiantes consideran prioritaria la labor de un Médico de Familia en cuanto a la identificación de las enfermedades graves, la derivación de pacientes a la atención especializada (82%) así como el tratamiento de las enfermedades crónicas y tan sólo el 38% considera que la promoción de la salud sea un objetivo importante.

Dixon et al (2000) llevaron a cabo un estudio en la Escuela de Medicina de la Universidad de Hong Kong, con estudiantes que habían realizado una rotación a tiempo parcial de cinco semanas por Medicina de Familia al final de su formación académica. La impresión respecto a la Medicina de Familia de estos estudiantes antes de la rotación era negativa, con estereotipos referidos a tres aspectos: que la Medicina de Familia es un trabajo fácil, que es aburrido y que los médicos de familia pueden ganar mucho dinero. Muchos alumnos no consideraban la Medicina de Familia como una buena opción profesional y la rotación les ofreció una perspectiva diferente respecto a su experiencia en rotaciones hospitalarias. Así, aparecieron muchas contradicciones; por ejemplo, que el médico de familia podía realizar exploraciones físicas específicas y no una exploración física

completa, como aprendieron en el hospital. Les sorprendió encontrar que la Medicina de Familia no era tan simple como creían y se identificaron con su tutor de Medicina de Familia. La idea que tenían sobre la Medicina de Familia cambió después de las rotaciones; en la mayoría de ellos, se modificó por completo.

Littlewood et al (2005), realizaron una revisión sistemática basada en 38 estudios sobre experiencias en formación de pregrado en medios clínicos y comunitarios de los que un 72% se habían realizado en AP o en actividades comunitarias. Las actitudes de los estudiantes que participaban en estas experiencias mostraban una creciente empatía y confianza y decían tener una mayor motivación durante el resto de sus estudios.

Por su parte, Hunsaker et al (2006) confirmaron el impacto de una rotación de 16 semanas en centros de salud rurales en la percepción de los estudiantes de Medicina de cuarto curso respecto a estos aspectos: la habilidad de proporcionar cuidados sanitarios de patologías agudas, crónicas y de prevención; el desarrollo de procedimientos; la comunicación con los pacientes; y el entendimiento con la comunidad y el sistema de salud. Los alumnos pertenecían a la Universidad de Illinois y fueron encuestados sobre las habilidades adquiridas inmediatamente antes y después de la rotación. Se analizaron las respuestas de 96 estudiantes y los resultados demostraron que sus habilidades habían mejorado de manera significativa. Las habilidades que mejoraron tras la rotación fueron las relacionadas con el manejo de problemas crónicos, la capacidad de proporcionar educación al paciente y el mantenimiento de su salud, y la habilidad para manejar problemas agudos y complejos. Las habilidades con

más mejora correspondían a las áreas relacionadas con el entendimiento respecto a sistemas de salud y la comunidad.

Svenberg et al (2005), diseñaron un estudio cualitativo en base a las opiniones de 52 estudiantes (31 mujeres; media de edad 27 años) que habían realizado una rotación de dos semanas en atención primaria en Suecia. Les pedían una reflexión por escrito sobre su experiencia acerca de una consulta que les hubiera resultado especialmente llamativa.

Los autores destacan 3 temas fundamentales en los relatos de los estudiantes:

1. La persona más allá de los síntomas. En este apartado incluían cuestiones como: ¿qué hay detrás de la historia del paciente? (los estudiantes referían *“gran significado de preocupación y ansiedad”*, *“problemas sociales podrían ocultar una enfermedad”*, *“el problema real podría ser otro”*...); la importancia de las destrezas de consulta (*“escuchar es más importante que recetar”*, *“tiene que haber un diálogo entre médico y paciente”*..).
2. Enfrentar la complejidad: mejorar las destrezas para esperar y ver y reconsiderar juicios iniciales (*“no hay que darse prisa por establecer un diagnóstico”*, *“los síntomas que se presentan pueden ser muy diferentes del problema real”*...); enfrentar la incertidumbre (*“en atención primaria espera y ve”*...).
3. En busca de un rol profesional: estilo personal en consulta (*“tómame tu tiempo -intenta estar tranquilo junto al paciente”*...), escrutinio del supervisor (en algunos casos los estudiantes describían a los tutores como objeto de identificación; éstos juegan un importante modelo de rol).

En 2001, Coulehan y Williams sugirieron que la formación médica debe tener un compromiso con los estudiantes para reforzar la empatía, la compasión y el altruismo puesto que la experiencia real de la educación cultiva la ética del desprendimiento, del propio interés y la objetividad. En 1998, el Departamento de Medicina de la Universidad de Wisconsin crea un programa extracurricular de 20 horas para estudiantes de medicina (LOCUS: oportunidades de liderazgo con comunidades, marginados y poblaciones especiales). En los 2 primeros años de facultad los estudiantes diseñaban y realizaban un proyecto comunitario en contacto con un tutor, habitualmente un médico generalista implicado en servicios a la comunidad. Carufel-Wert et al (2007) evaluaron el programa contactando por e-mail con 77 becarios, 50 de los cuales contestaron al cuestionario. De los 30 que habían elegido una especialidad médica, el 47% lo hicieron en MF, el 23% en Pediatría, 13% en Medicina Interna, y el 19% de otras especialidades. Todos los encuestados que participaron en la evaluación del programa debían tener como requisito indispensable experiencia previa en el servicio a la comunidad al menos durante 1 año. La mayoría de los estudiantes consideraban que el programa les había ayudado a mantener su motivación, potenciar actividades de liderazgo, organizativas y logísticas, habilidades comunicativas, asertividad, y aumentaba su deseo de trabajar con poblaciones marginadas y su compromiso con el trabajo en la comunidad.

1.4.2.2. Estudios españoles que analizan los conocimientos y actitudes de los estudiantes de Medicina en los últimos años de la licenciatura

En diferentes facultades de Medicina españolas se han realizado estudios que valoran conocimientos y actitudes de los estudiantes de medicina en los últimos años de la licenciatura. Otero et al (1992) demostraron que una rotación en atención primaria es positiva para los estudiantes. Invitaron a responder un cuestionario a los estudiantes de sexto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid durante los cursos 1988-1989, 1989-1990 y 1990-1991. Respondieron un total de 473 alumnos (93% de respuestas), de los cuales, el 88% consideró que la rotación era positiva. La calificación media de los estudiantes fue de 8,4 en una escala de 1 a 10. La mitad de los estudiantes creía que un mes no era suficiente tiempo y sugirió una rotación más larga.

Quirce et al (1993) hicieron una encuesta de opinión desde 1987 a 1992, incluyendo a 296 estudiantes de sexto año que realizaron una rotación de cuatro semanas en un centro de salud, práctica casi por completo. Los alumnos mostraron su satisfacción con la rotación (con una nota media de 4 puntos en una escala de 1 a 5). Consideraron que la rotación era útil y aplicable a su futuro profesional, y que su inclusión en el currículo sería acertada.

En la misma línea, Buitrago et al (1994) analizaron la opinión de 67 estudiantes de sexto curso de la Facultad de Medicina de Extremadura, que completaron una rotación voluntaria ofrecida en los centros de salud asociados. La rotación duró de 15 a 30 días para el 79% de los estudiantes

y de 7 a 14 días para el 21% restante. El 84% de los estudiantes consideró la rotación útil o muy útil y el 63% opinó que su duración debería aumentarse. El 67% de los estudiantes estimó que la rotación había mejorado su opinión sobre los centros de salud.

Santos Suárez et al (2001) pasaron un cuestionario a 94 estudiantes de sexto año de las facultades de Medicina de Oviedo y Cantabria, de los que el 70% había realizado una rotación práctica en un centro de salud. El 68% manifestó estar bastante satisfecho o muy satisfecho, y el 55% opinó que el médico de familia estaba adecuadamente preparado para tratar la mayoría de las enfermedades que se presentan en atención primaria.

Menárguez Puche et al (2010), mediante un cuestionario autoadministrado recogieron valoraciones subjetivas de alumnos de 2^o ciclo de la Facultad de Medicina de Murcia. Indagaron acerca de las opiniones de alumnos sobre la importancia que la facultad concedía a la MF y la que ellos pensaban que tenía para su formación como médicos, si elegirían MF para su formación posgraduada, la valoración concedida a las prácticas de MF realizadas en centros de salud e indagaron sobre si éstas aportaban algo diferente a lo enseñado en otras disciplinas. Doscientos dieciséis estudiantes (un 66,2% de mujeres) contestaron el cuestionario voluntariamente, con una tasa de respuesta global del 47,16% sobre el total de alumnos matriculados.

El 58,8% de los estudiantes opinó que era poca la valoración que esa facultad daba a la MF, e incluso un 6,5% de los alumnos creía que era ninguna. La importancia que subjetivamente le concedieron los estudiantes fue totalmente diferente: mucha para el 52,8% y bastante para el 40,3% de

los alumnos. Menos de la mitad de los alumnos había realizado prácticas en centros de salud. Sólo 84 alumnos opinaron sobre una experiencia, que el 80,56% de ellos consideró como buena o muy buena. Casi la mitad de los que aportaban información (45,6%) creía que no enseñaba algo diferente a lo aprendido hasta entonces y un 8,8% contestó que no ofrecía nada. Destacar como respuestas abiertas algunas repetidas: “los médicos de otras especialidades desprestigian a la MF”, “la MF es básica para la formación y debería ser obligatoria”, “te aporta humanidad”, “ofrece visión global de la medicina” o “una sola semana de prácticas no da tiempo a valorarla”.

Llama la atención la discordancia entre la importancia que los alumnos creen que la universidad da a la MF en contraste con la que le conceden los alumnos. En cualquier caso no parece corresponder esa importancia subjetiva con la escasa valoración que le otorgan como opción para su formación posgraduada. Se podría pensar que esta segunda respuesta sería más sincera y que, en parte, los alumnos respondieron a la pregunta sobre su valoración subjetiva según lo “socialmente conveniente”. En cualquier caso, es evidente que el desprestigio social y el que otros profesores le conceden a la MF, sumado a la imposibilidad de que la conozcan de forma más completa y objetiva, podrían influir en este resultado.

En el estudio ya referido anteriormente realizado por Martín Zurro et al (2013) la información obtenida de estudiantes entre el tercer y el quinto año de 22 facultades de medicina que participaron (de las 27 españolas), un 54,6% de los alumnos decían que sus preferencias de especialidad habían cambiado durante los años de facultad y el 83,3% que las

rotaciones en centros de atención primaria eran útiles.

1.4.3. Conocimientos y actitudes hacia la MF en postgraduados

Lam (1997) demostró que las rotaciones tienen una influencia positiva en las actitudes de los estudiantes en relación con la Medicina de Familia. Llegó a esta afirmación basándose en un cuestionario que pasó a 87 médicos, 12 meses después de su graduación. De estos 87 graduados, 47 (un 54%) pensaron que la rotación había cambiado de forma positiva su actitud respecto a la Medicina de Familia; 38 (un 43%) determinaron que su actitud no se había modificado y tan solo dos (un 2,2%) afirmaron haber desarrollado actitudes más negativas hacia esta disciplina médica.

Xu et al (1999), en una encuesta que hicieron a médicos generalistas de Estados Unidos, preguntaban si habían tenido mucho interés por la atención primaria antes de su formación universitaria y si esa inclinación había variado durante la formación, con especial atención a sus experiencias clínicas en atención primaria. A partir de las respuestas de 1.561 participantes, encontraron que el 45% había aumentado su interés por la atención primaria durante su formación de grado; en el 48% la inclinación había permanecido constante y en el 7%, había disminuido. Así pues, existía una notable asociación entre el cambio de interés por la atención primaria y el hecho de haber seguido cursos clínicos electivos sobre Medicina de Familia en la facultad. Sin embargo, las experiencias clínicas obligatorias en atención primaria no tenían ningún impacto sobre el interés de los estudiantes en seguir especialidades de atención primaria.

Por tanto, serían los estudiantes que eligen currículos consistentes con sus expectativas o predisposiciones los que cambiarían su inclinación por una carrera generalista, de tal forma que el determinante principal sería el interés por la atención primaria antes de entrar en la facultad de Medicina. Sin embargo, como señalan estos autores, el currículo en la facultad también es importante, en cuanto que proporciona una variedad de opciones para elegir, atendiendo a los intereses individuales de los estudiantes. Por otra parte, era más probable que aquellos alumnos cuyo interés aumentaba durante su formación de grado, se mantuvieran en especialidades de atención primaria diez años después de la graduación, en comparación con los individuos cuyo interés por la atención primaria disminuía.

Este es otro indicador de la importancia de la educación médica, que no solo incrementa el interés por la atención primaria de los estudiantes, sino que lo mantiene después de la licenciatura.

1.5. Perspectivas de futuro

Por nuestra experiencia previa (Escobar y López-Torres, 2010) podemos afirmar que los estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete tienen al principio de sus estudios una gran falta de conocimientos y una pobre opinión acerca de la MF y la AP. Así mismo, sabemos que éstos mejoran notablemente tras cursar una asignatura de AP. En resumen, podemos afirmar que la experiencia de los estudiantes durante rotaciones clínicas (Kruschinski et al, 2012) o un curso específico (Cook et al, 2007) tienen un impacto significativo en sus actitudes hacia las especialidades, y el interés por una cierta especialidad mejora después de la experiencia.

La MF existe como especialidad en España desde hace más de 30 años. Sin embargo la enseñanza de esta disciplina en la universidad es muy reciente y de implantación muy desigual en las diferentes facultades. La Facultad de Medicina de Albacete, con poco más de una década de existencia, ha tenido en su plan de estudios inicial una asignatura obligatoria de Atención Primaria en segundo. Esta era la primera experiencia clínica de los estudiantes. Actualmente, debido a un cambio en el plan de estudios, se cursa una asignatura de MF en quinto. La antigua asignatura de Atención Primaria era cuatrimestral, dotada con 5 créditos, de los cuales 1,5 eran teóricos. El resto eran créditos prácticos, correspondientes a una semana de rotación en un centro de salud, en la que los estudiantes acompañaban a un médico de familia durante toda su actividad diaria.

Año tras año la Medicina de Familia queda relegada a las últimas posiciones en el orden de elección de plazas MIR, solo por delante de las especialidades de escuela. Además, ha ido perdiendo posiciones en el ranking, a pesar de que el número de plazas convocadas ha aumentado menos que para el resto de especialidades, e incluso durante años, hasta mediados de la década de los 2000, ha disminuido.(Informe SEPAS 2012).

Hay un evidente exceso de oferta de plazas de Medicina de Familia sobre la demanda, y algunas quedan sin cubrirse. En la convocatoria 2010-2011 el 44,7% han sido ocupadas por extranjeros.

El problema de exceso de oferta, persistente y tendente a empeorar, no es de las plazas de AP, sino específico de la MF. La MF ocupaba en 2004-2005 el puesto 38 de 47 especialidades, y ha bajado hasta el puesto 44, solo por delante de las tres especialidades de escuela en la

convocatoria 2010-2011. En la convocatoria de 2004 hubo 131 médicos entre los 3.000 primeros que eligieron MF. En 2010-2011 solo 39. El efecto “vocación”, que consiste en captar candidatos que hubieran tenido a su alcance muchas, si no todas, las especialidades hospitalarias, está disminuyendo de forma alarmante: puesto en números de 131 a 39. (González-López Valcarcel et al ,2012).

En la última convocatoria MIR (2014) se han cubierto todas las plazas de MF por primera vez en muchos años.

Es un hecho incontrovertible que la Medicina de Familia es una opción laboral minoritaria entre los estudiantes. Durante la última década, estudiantes de medicina de una serie de países occidentales han mostrado una disminución del interés común en la elección de MF como Especialidad.

(López-Roig et al (2010); Pugno et al (2002); Berg et al (2006); Rosser et al (2002); Thistlethwaite et al (2007; Buddeberg-Fischer et al (2008); Scott et al (2007)).

Desde la puesta en marcha de nuestra línea de investigación hemos considerado la necesidad de conocer cómo evolucionarán las opiniones de los estudiantes sobre la MF y la AP en el transcurso de sus estudios, especialmente teniendo en cuenta que la rotación en AP de nuestros estudiantes era su primera experiencia clínica y podría haber originado, en palabras de Miettola et al (2005) un “efecto de luna de miel”. La MF podría haber fascinado de tal forma a los estudiantes que solo recordaran las experiencias positivas. Pero esas percepciones pueden cambiar conforme vayan adquiriendo durante sus estudios de grado percepciones más

realistas sobre las demandas profesionales de los médicos de AP, tal y como han señalado Cooter et al (2004). Pero también es posible que estas actitudes hacia la MF sean incluso más positivas cuando los estudiantes terminan sus estudios de grado, lo que podría explicarse por un mayor contacto con los médicos de familia (hay que tener en cuenta que, además de la rotación en segundo, los estudiantes pasaban por los centros de salud en tercero y quinto curso, con una semana de prácticas en cada uno de ellos). Por ese motivo era obligado complementar el estudio con una nueva valoración de los estudiantes en su último año de carrera, así como investigar su elección de especialidad.

En un contexto internacional de una creciente demanda de médicos de AP este tema alcanza un muy especial interés, ya que los sistemas de atención a la salud prestarán mejores servicios si existen unas mejores dotaciones en la AP (Macinko et al, 2007; Smith, 2011).

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Conocer la validez predictiva del “Cuestionario de Conocimientos y Actitudes hacia la Medicina de Familia” de los estudiantes de Medicina.
2. Describir los conocimientos y las actitudes que presentan los estudiantes de Medicina respecto a la Medicina de Familia al final de sus estudios de grado.
3. Evaluar si los conocimientos y actitudes se modifican con relación a los que presentaban al finalizar segundo curso, tras cursar una asignatura de Atención Primaria.
4. Conocer las variables sociodemográficas y académicas que se asocian con unos mejores conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia.
5. Comparar los conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia de los estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete en sexto curso, con los de los estudiantes de la Facultad de Medicina de Sevilla antes de cursar la asignatura de Atención Primaria en sexto curso.
6. Describir la prioridad concedida a la elección de la especialidad de Medicina de Familia entre los opositores de la convocatoria MIR de 2011.
7. Saber qué factores podrían estar asociados con esta elección.

HIPÓTESIS

Cursar una asignatura de Atención Primaria determina un mejor conocimiento y unas actitudes positivas de los estudiantes respecto a la Medicina de Familia. Los estudiantes que han cursado esta asignatura tendrían mayor probabilidad de elegir la especialidad de Medicina de Familia.

La determinación de la validez de predicción del cuestionario nos va a permitir conocer la probabilidad de elección de la especialidad de Medicina de Familia por parte de los estudiantes de medicina, en base a las respuestas al mismo.

III. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO

3.1. DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio de cohortes:

- a) estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete, que cursaron la asignatura de Atención Primaria en el año académico 2005-2006, sexto curso en el 2009-2010, y se presentaron a la oposición MIR en 2011.
- b) estudiantes de sexto curso en el año académico 2009-2010 de la Facultad de Medicina de Sevilla, Campus de Valme (grupo de control).

Para analizar la prioridad concedida a la elección de la especialidad de Medicina de Familia entre los opositores de la convocatoria MIR de 2011 se realizó un análisis de datos secundarios.

3.2. ÁMBITOS O EMPLAZAMIENTOS

- Facultad de Medicina de Albacete.
- Facultad de Medicina de Sevilla, Campus de Valme.

3.3. SUJETOS DEL ESTUDIO

- Estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete que cursaron la asignatura de Atención Primaria en el año académico 2005-2006, y sexto curso en el 2009-2010.
- Grupo de control, constituido por estudiantes matriculados en la asignatura de Atención Primaria, en sexto curso en la Facultad de Medicina de Sevilla, Campus de Valme, en el año académico 2009-2010.
- Opositores matriculados en el examen MIR de 2011 que eligieron plaza en esa convocatoria o bien que la rechazaron teniendo opción a la misma.

3.4. VARIABLES DEL ESTUDIO

3.4.1. Variables dependientes

Conocimientos y actitudes de los estudiantes hacia la Medicina de Familia (variable cuantitativa discreta) evaluados a través del “Cuestionario de Conocimientos y Actitudes hacia la Medicina de Familia” (CAMF).

Especialidad elegida en la oposición MIR de 2011 (variable cualitativa categórica).

3.4.2. Variables independientes

El cuestionario incluye preguntas relativas a características sociodemográficas y académicas de los estudiantes, como:

- Edad: variable cuantitativa, expresada como años cumplidos.
- Sexo: variable cualitativa dicotómica.
- Lugar de procedencia: variable categórica (Albacete —o Sevilla—, otra provincia española, otro país).
- Número de habitantes de la localidad de procedencia: variable categórica (< 10.000, de 10.000 a 30.000, de 30.001 a 100.000, >100.000).
- Clase social: variable categórica, que se ha estimado según la clasificación propuesta por Domingo y Marcos (1989), atendiendo a la ocupación del padre y de la madre (tabla). Los grupos I y II se han considerado como clases sociales media-alta y alta; el resto, como clases sociales media-baja y baja.

Tabla IV
Clase social basada en la ocupación
(Domingo y Marcos, 1989)

- I: Directivos de la administración y de las empresas. Altos funcionarios, profesionales liberales. Técnicos superiores.
- II: Directivos y propietarios, gerentes del comercio y de los servicios personales. Otros técnicos no superiores. Artistas y deportistas.
- III: Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios en general. Personal de los servicios de protección y seguridad.
- IVa: Trabajadores manuales cualificados de la industria, comercio y servicios. Ídem del sector primario.
- IVb: Trabajadores manuales semicualificados de la industria, comercio y servicios. Ídem del sector primario.
- V: Trabajadores no cualificados.
- VI: Otros casos (miembros del clero y de las fuerzas armadas). Mal especificados.

- Número de asignaturas pendientes: variable cuantitativa discreta.
- Nota de entrada en la facultad de Medicina: variable cuantitativa continua.

En cuanto a los opositores matriculados en el examen MIR de 2011, las variables analizadas, además de la especialidad elegida, fueron: número obtenido en la oposición, sexo y ciudad elegida.

3.5. OBTENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

A los alumnos matriculados en la asignatura de Atención Primaria en el curso 2005-2006 se les propuso la contestación al cuestionario el día en que se realizó el examen final de la asignatura, de forma autoadministrada y anónima. Se les entregaba el cuestionario en hojas impresas en las que señalaban la opción de respuesta elegida. Cuando estaban próximos a terminar sus estudios de licenciatura, en la primavera de 2010, se les volvió a invitar a contestar el cuestionario.

Los estudiantes matriculados en la asignatura de Atención Primaria en sexto curso en 2009-2010, en el Campus de Valme de la Facultad de Medicina de Sevilla, fueron invitados a contestar el cuestionario antes de iniciar las clases correspondientes, así como a final del curso.

De la web del Ministerio de Sanidad se obtuvieron los siguientes datos: número obtenido en la oposición MIR de 2011, sexo, especialidad y ciudad elegidas.

Para la obtención y posterior tratamiento estadístico de los datos se siguieron los siguientes pasos:

- Codificación, mediante símbolos numéricos, de las respuestas emitidas por los sujetos a cada una de las preguntas del cuestionario. Inicialmente se asignó la siguiente puntuación a las preguntas del CAMF: 1: “Totalmente en desacuerdo”, 2: “En desacuerdo”, 3: “Indiferente”, 4: “De acuerdo”, 5: “Totalmente de acuerdo”.

- Creación de una base informática de datos mediante el programa SPSS (versión 19.0 en español).
- Comprobación de errores, mediante análisis preliminares, en los valores de las variables codificadas, procediendo a su corrección cuando fue posible.
- Concordancia en la clarificación de la clase social entre los investigadores.

3.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En primer lugar, se describieron las distintas variables y se compararon los grupos de estudiantes. Se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson para comparar variables cualitativas y la prueba t de Student con el fin de cotejar las medias en el caso de variables continuas con distribución normal, recurriendo a pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) cuando la distribución no fuera normal. Se analizó la normalidad de la distribución de los valores de las variables mediante el test de Kolmogorov Smirnov.

Se hizo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y académicas, así como de las respuestas a los 34 ítems del cuestionario, estimando las actitudes y el nivel de conocimientos en los diferentes momentos analizados. La significación estadística de los posibles cambios en la puntuación de los diferentes ítems se valoró por medio del test de Wilcoxon para muestras relacionadas. Se calculó también el tamaño del efecto (*effect size*), restando la media de la puntuación de cada ítem en

segundo curso de la correspondiente media en sexto, y dividiendo después el resultado entre la desviación estándar de cada ítem en el primer cuestionario (Hojat y Xu, 2004).

Se compararon asimismo las respuestas de los estudiantes de Albacete, en segundo y sexto, con las de los de Sevilla, por medio del test de Mann-Whitney, y se calculó el tamaño del efecto restando la media de la puntuación de cada ítem en cada grupo y dividiendo después el resultado entre la desviación estándar del grupo control (Hojat y Xu, 2004).

Tras analizar la respuesta a los distintos ítems, se calculó la puntuación global del cuestionario, otorgando a las respuestas posibles a cada ítem los siguientes valores: “Totalmente en desacuerdo”: -2, “En desacuerdo”: -1, “Indiferente”: 0, “De acuerdo”: 1, “Totalmente de acuerdo”: 2. Con el fin de que todos los ítems con valor -2 se correspondieran con la opción más desfavorable en relación con la Medicina de Familia, y de forma sucesiva para las distintas opciones de respuesta, hasta los ítems con valor 2, que indicaran la opción más favorable hacia esta, la puntuación se invirtió en los ítems 15, 22, 23, 25 y 26.

La puntuación media obtenida en el cuestionario se comparó para distintos valores de las variables sociodemográficas y académicas por medio de la prueba t de Student, en el caso de las trabajadas como dicotómicas, y a través de la correlación lineal de Pearson para las continuas, así como por un análisis de regresión lineal múltiple. Por medio de un análisis de regresión logística se valoró la capacidad de predicción de la elección de Medicina de Familia como especialidad de las diferentes variables estudiadas.

El análisis estadístico para los opositores del MIR incluyó: descripción de frecuencias, análisis no paramétrico (Kruskall-Wallis), probabilidad de elección de MF en relación con el número de orden en la oposición, global y en función de las otras variables (Kaplan-Meier).

Para valorar la validez de predicción se calculó la puntuación global del cuestionario de la forma que ya se ha señalado. El *gold standard* fue la elección de Medicina de Familia en el examen MIR. Se calcularon las curvas ROC para diferentes momentos de la formación de grado: en segundo curso, antes y después de cursar la asignatura de Atención Primaria, y en sexto curso, al final de la licenciatura.

El análisis estadístico ha sido realizado con el Programa SPSS 19.0.

Se consideró que las diferencias eran estadísticamente significativas para $p < 0,05$.

3.7. CUESTIONES ÉTICAS

La participación de los alumnos en este estudio ha sido voluntaria, de modo que dieron su consentimiento tras recibir cumplida información sobre él.

Con el fin de poder analizar de forma “apareada” los datos anteriores y posteriores al desarrollo de la asignatura de Atención Primaria, se pidió a los estudiantes un número de referencia. Así, se propusieron los cuatro

últimos dígitos del Documento Nacional de Identidad, para facilitar su recuerdo. En cualquier caso, se garantizó el anonimato de las contestaciones.

El proyecto se presentó al Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Albacete, que dio su conformidad para su realización.

IV. RESULTADOS

4.1. PROPORCIÓN DE RESPUESTAS

En el curso 2005-2006, en la Facultad de Medicina de Albacete respondieron al cuestionario, antes de comenzar las clases de la asignatura de Atención Primaria en su segundo año de licenciatura, 44 estudiantes (un 54,3% de los 81 matriculados). Al final de curso, el número de alumnos que respondió fue 79 (97,5%) (Escobar y López-Torres, 2010).

En el curso 2009-2010, 79 estudiantes estaban matriculados en 6^o, de los cuales 76 (96,2%) contestaron al cuestionario al final del mismo. De éstos, 62 habían contestado al cuestionario al final de segundo.

En la Facultad de Medicina de Sevilla, Campus de Valme, 42 alumnos estaban matriculados en 6^o en el curso 2009-2010. De éstos, 30 (71,4%) contestaron al cuestionario, 26 (61,9%) antes de cursar la asignatura de Atención Primaria, y 8 (19 %) al final de curso. Sólo 4 contestaron los 2 cuestionarios.

4.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En la tabla se recogen las características sociodemográficas y académicas de los estudiantes que participaron en nuestro estudio. En la Facultad de Medicina de Albacete, los 79 que contestaron tras el examen final de la asignatura de Atención Primaria tenían una media de edad de 19,36 años (DE: 0,96), con un rango de 19 (79,2% de los que contestaron) a 25 años. Había 54 mujeres (68,4 %), y 35 (50% de los que respondían a las preguntas sobre ocupación de los padres) pertenecían a una clase social media-alta. Procedían de la provincia de Albacete 47 (59,5%),

mientras que 25 (31,6%) lo hacían de otras provincias castellano-manchegas. De los 67 que indicaron el número de habitantes de su localidad, 37 (55,2 %) provenían de municipios menores de 30.000 habitantes y 25 (31,6 %) de ciudades mayores de 100.000. La media de la nota de entrada en la facultad de los 72 estudiantes que contestaron a esta pregunta era de 8,66 (DE: 0,49), con un rango de 7,7 a 9,6.

Tabla V
Características sociodemográficas y académicas de los estudiantes participantes en el estudio (entre paréntesis % con relación al total de los que contestan)

	Cuestionario inicio 2º Albacete	Cuestionario final 2º Albacete	Cuestionario final 6º Albacete	Sevilla
Edad				
▪ 19	32 (74,4)	61 (79,2)		
▪ 20	9 (20,9)	11 (14,3)		
▪ 21	1 (2,3)	2 (2,6)		
▪ 22		1 (1,3)		4 (13,3)
▪ 23		1 (1,3)	37 (50,0)	19 (63,3)
▪ 24			25 (33,8)	5 (16,7)
▪ 25	1 (2,3)	1 (1,3)	8 (10,8)	1 (3,3)
▪ 26-29			4 (5,4)	
▪ 43				1 (3,3)
▪ No consta	1	2	2	
Sexo				
▪ Mujer	33 (75)	54 (68,4)	48 (63,2)	25 (83,3)**
▪ Hombre	11 (25)	25 (31,6)	28 (36,8)	5 (16,7)
▪ No consta				
Procedencia				
▪ Albacete	29 (65,9)	47 (59,5)	49 (64,5)	
▪ Otra C-M	9 (20,5)	25 (31,6)	22 (28,9)	
▪ Otras	6 (13,7)	7 (8,8)	5 (6,6)	
Habitantes procedencia				
▪ <10.000	11 (28,9)	20 (29,9)	12 (17,9)	7 (23,3)***
▪ 10.000-30.000	8 (21,1)	17 (25,4)	15 (22,4)	2 (6,7)
▪ 30.001-100000	1 (2,6)	5 (7,5)	7 (10,4)	10 (33,3)
▪ >100.000	18 (47,4)	25 (37,3)	33 (49,3)	11 (36,7)
▪ No consta	6	12	9	

Clase social				
▪ I	8 (19,5)	9 (12,9)	11 (15,9)	9 (32,1)
▪ II	12 (29,3)	26 (37,1)	22 (31,9)	5 (17,9)
▪ III	8 (19,5)	11 (15,7)	11 (15,9)	7 (25)
▪ IVa	7 (17,1)	14 (20,0)	13 (17,1)	3 (10,7)
▪ IVb	2 (4,9)	5 (7,1)	3 (3,9)	1 (3,6)
▪ V	2 (4,9)	2 (2,9)	3 (3,9)	1 (3,6)
▪ VI	2 (4,9)	3 (4,3)	6 (7,9)	2 (7,1)
▪ No consta	3	9	7	2
Asignaturas pendientes:				
▪ 0	43 (97,7)	74 (96,1)	70 (92,2)	21 (72,4)
▪ 1	1 (2,3)	3 (3,9)	3 (3,9)	3 (10,3)
▪ ≥2			3 (3,9)	2 (6,8)
▪ No consta		2		1
Media nota entrada	8,71 (DE: 0,48)	8,66 (DE: 0,49)	8,53 (DE: 0,58)*	8,18 (DE:0,65)****

* p =0,001

** p= 0,04

*** p= 0,017

**** p=0,009

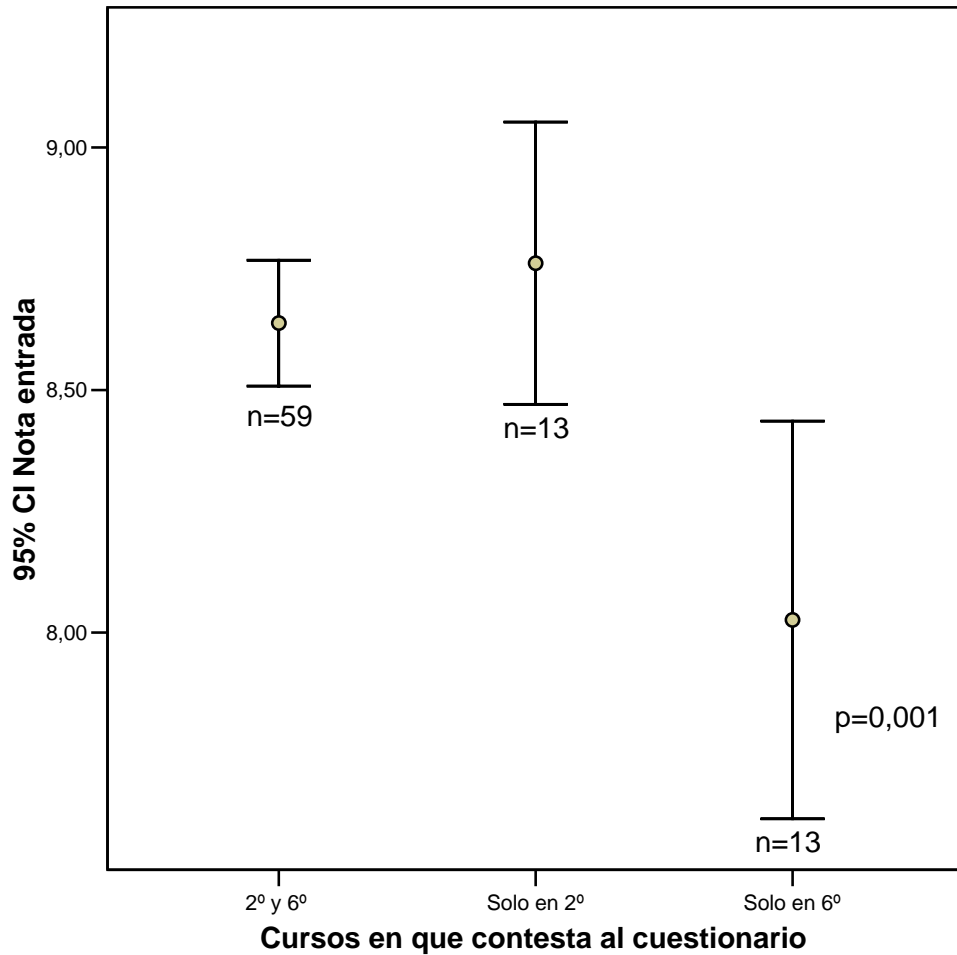
No existían diferencias estadísticamente significativas para ninguna de estas variables entre los estudiantes que contestaron el cuestionario el día previo al inicio de la asignatura y al final de la misma.

De los 76 estudiantes que contestaron en 6^o curso en la Facultad de Medicina de Albacete, 48 eran mujeres. La media de edad 23,8 años (DE: 0,49), con un rango de 23 a 29 años. A excepción de las obvias diferencias de edad, no existían diferencias en relación con la mayoría de las variables analizadas entre los estudiantes que contestaron al final de segundo y sexto curso. Sólo para la nota de entrada en la facultad de aquellos estudiantes en los que constaba la misma, se encontró que 13 alumnos que contestaron en 6^o pero no en 2^o tenían una nota media significativamente inferior a los 59 que habían contestado ambos cuestionarios y a los 13 que solo contestaron en 2^o (p= 0,001), como podemos observar en la figura 1.

En la tabla V se presentan también los datos recogidos de los estudiantes de Sevilla que cursaron la asignatura de Atención Primaria en el 6º año de su plan de estudios en el curso 2009-2010. La proporción de mujeres era significativamente mayor que en la Facultad de Medicina de Albacete, sin que existieran diferencias por edad, clase social o número de asignaturas pendientes. Era significativamente más probable que los estudiantes de Albacete provinieran de pueblos de mediano tamaño (10000 a 30000), mientras que para los de Sevilla era más probable que el número de habitantes de la localidad de procedencia estuviera entre 30000 y 100000. Los estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete matriculados en 6º tenían notas de entrada en la Facultad significativamente más altas.

Figura 1

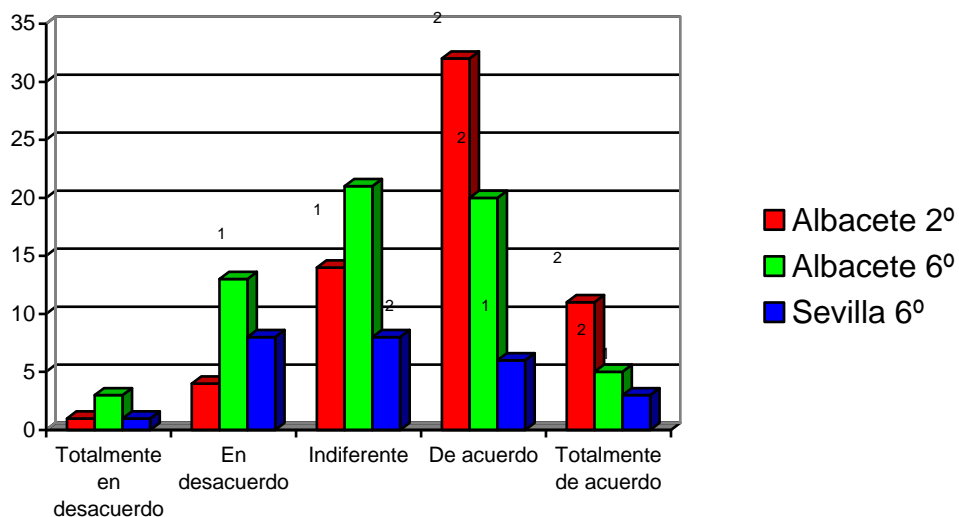
Diferencias en la nota de entrada en la Facultad de Medicina de Albacete para los estudiantes que participaron en 2^o y 6^o curso, o solo en uno de ellos



4.3. RESPUESTAS AL CUESTIONARIO AL FINAL DE SEGUNDO Y SEXTO CURSO (ALBACETE) Y ANTES DE CURSAR LA ASIGNATURA DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEVILLA)

Analizaremos las respuestas a cada una de las preguntas comparando las obtenidas a final de segundo y sexto curso para los 62 estudiantes de Albacete que contestaron a ambos. Se compara asimismo las respuestas de los 76 estudiantes de sexto curso de Albacete que contestaron al cuestionario, con las de los 26 estudiantes de Sevilla que lo contestaron antes de cursar la asignatura de Atención Primaria de sexto curso. En las figuras siguientes quedan reflejadas las respuestas de los 62 estudiantes de Albacete que contestaron en 2º y 6º, y de los 26 de Sevilla, indicándose la significación estadística de las diferencias y el tamaño del efecto. Sobre las barras se ha indicado el número de estudiantes que contestan esa opción y que posteriormente eligen Medicina de Familia. En total se decantaron por esta opción 5 de los 62 de Albacete (8,1%) y 4 de los 26 de Sevilla (15,4%).

Figura 2
Me agrada la idea de trabajar en el futuro como médico de familia
Ítem 1



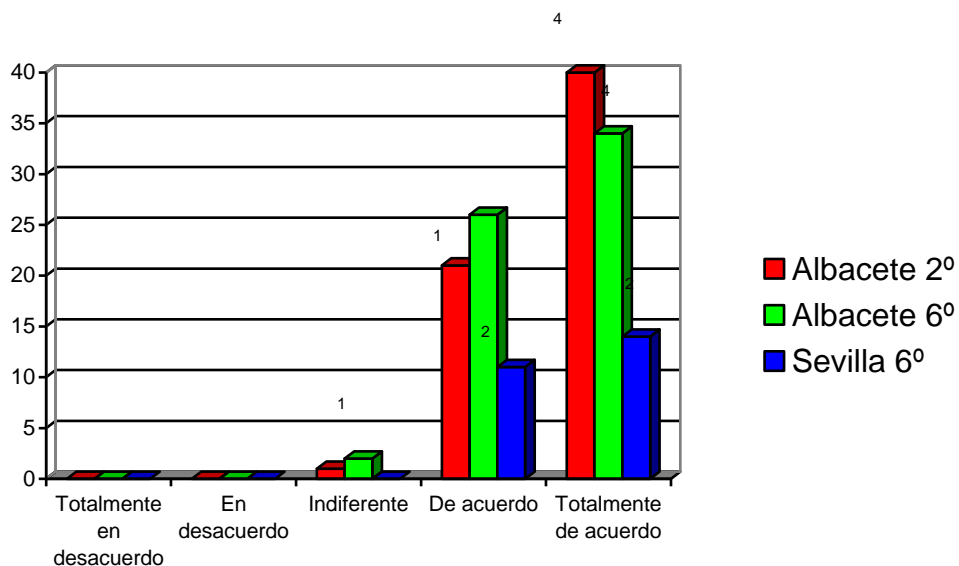
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -4,14; $p < 0,0001$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,48; $p = 0,629$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,67

Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,07

Figura 3
La medicina de familia tiene el potencial de mejorar la salud de la población
Ítem 2



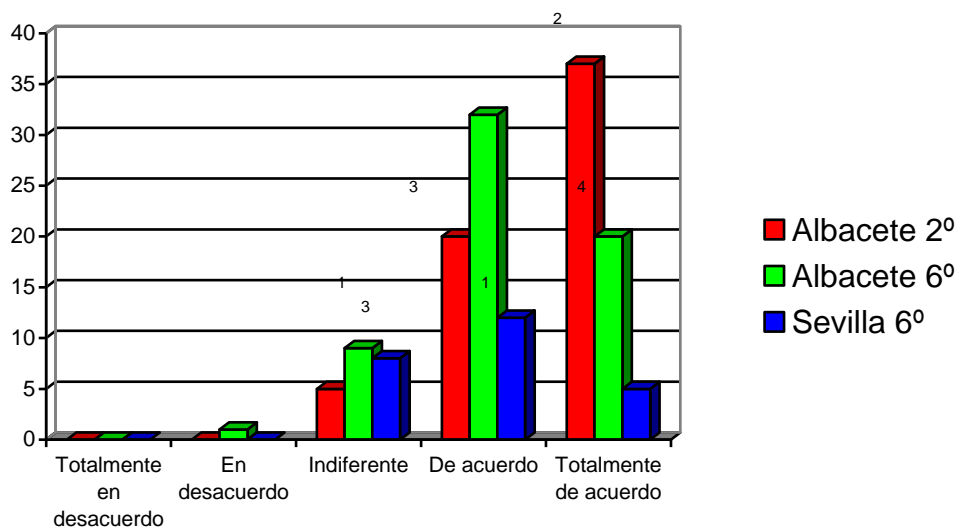
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -1,47; $p = 0,142$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,21; $p = 0,832$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,21

Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,12

Figura 4
El actual sistema de atención primaria proporciona mejor asistencia a los pacientes que la antigua asistencia ambulatoria
Ítem 3



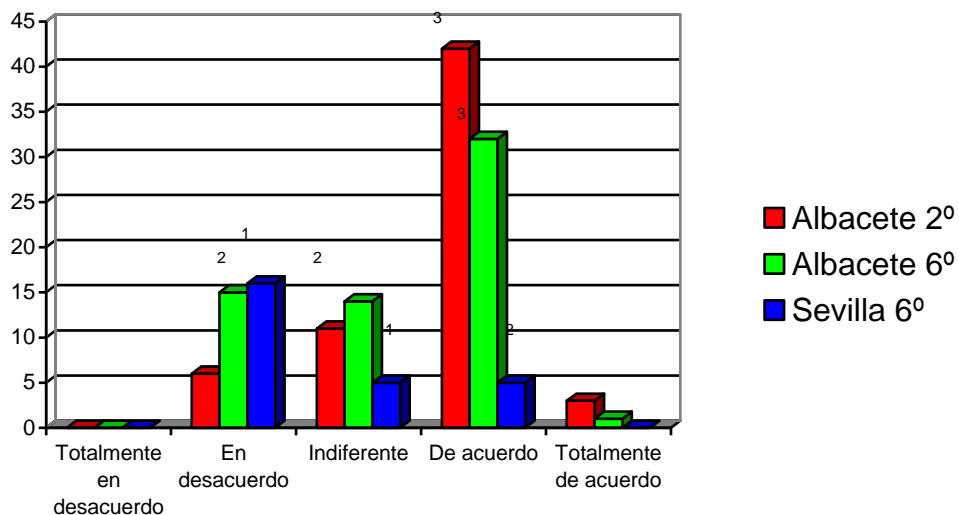
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -3,07; p = 0,002

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -1,54; p = 0,122

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,57

Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,32

Figura 5
La satisfacción de los pacientes con relación a los servicios que se prestan en atención primaria es alta
Ítem 4



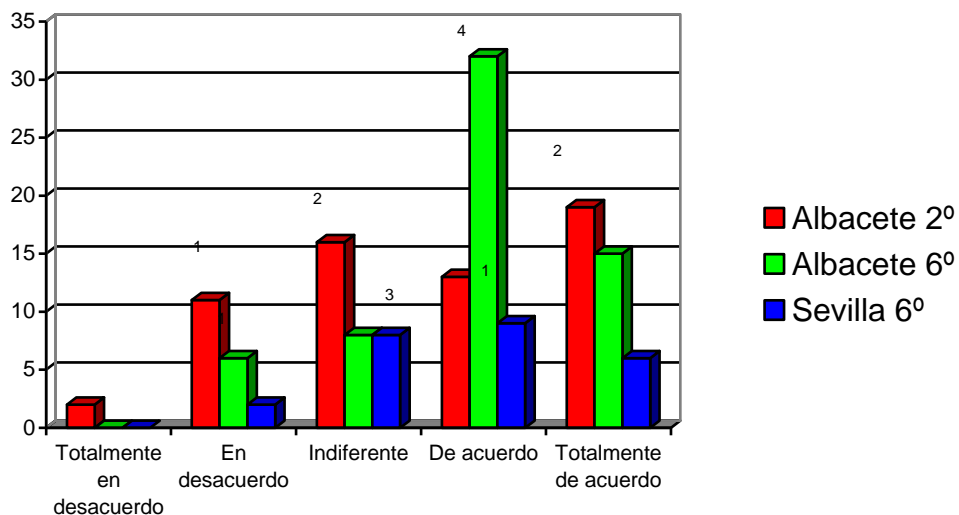
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -2,72; $p = 0,007$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -3,45; $p = 0,001$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,51

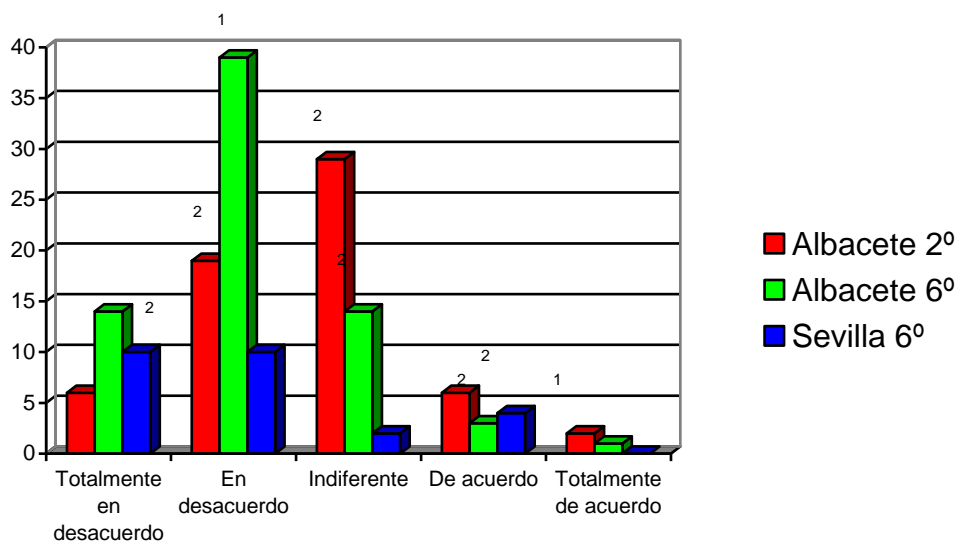
Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,86

Figura 6
La atención primaria es más costo-efectiva que la asistencia
hospitalaria
Ítem 5



Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -1,84; $p = 0,065$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,996; $p = 0,319$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,27
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,18

Figura 7
La medicina de familia es mi primera opción cuando considero
mis expectativas laborales en el futuro
Ítem 6



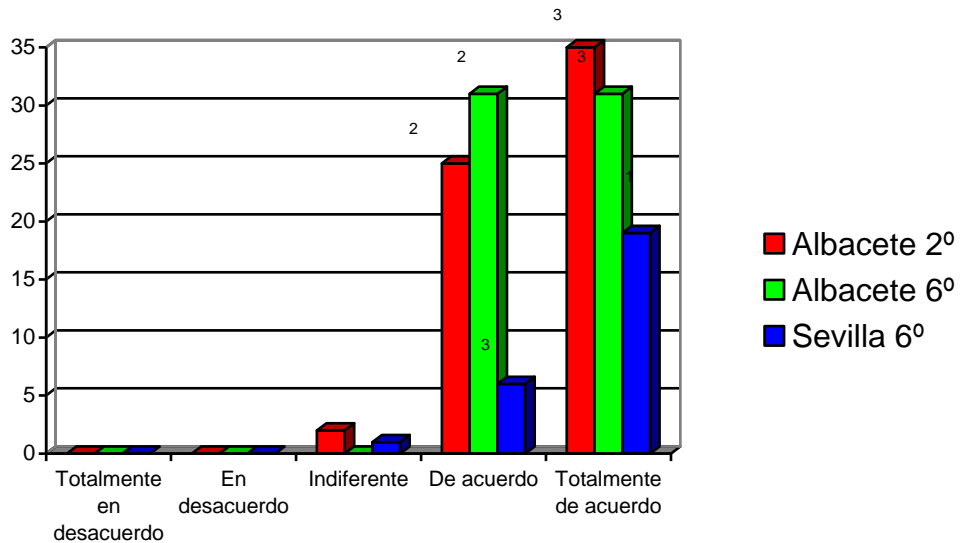
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -3,94; $p < 0,0001$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,87; $p = 0,383$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,56

Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,12

Figura 8
Es útil que conozca los fundamentos de la medicina de familia aunque me dedique en el futuro a otra especialidad
Ítem 7



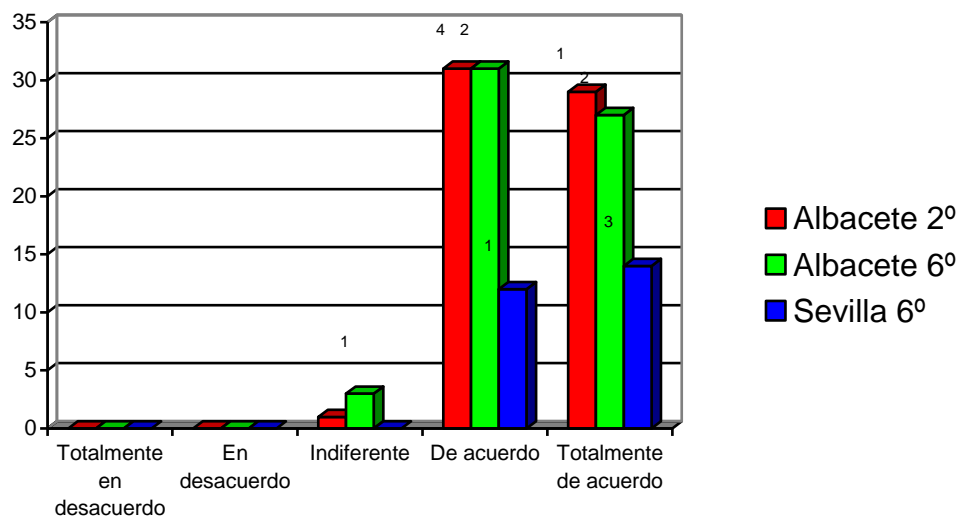
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,38; $p = 0,705$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -2,02; $p = 0,044$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,05

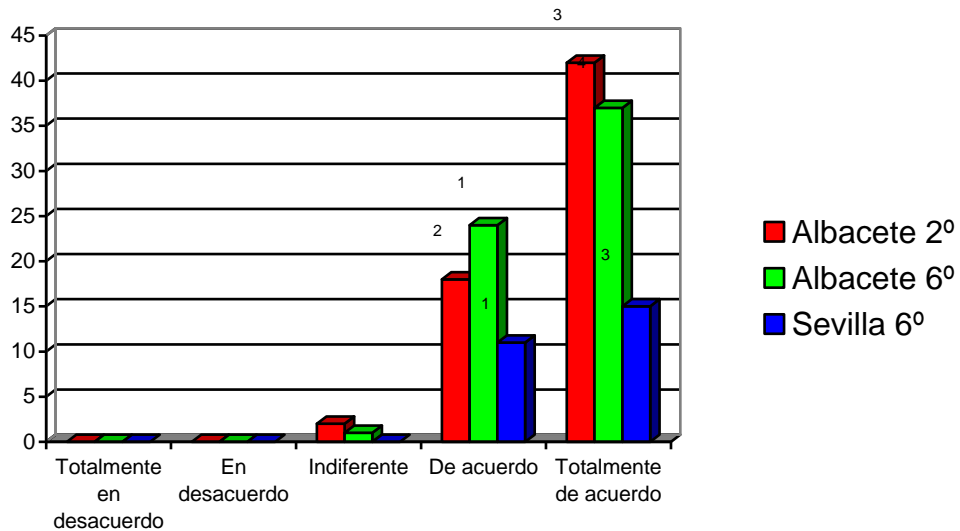
Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,47

Figura 9
La responsabilidad del médico con respecto a la salud de la población es tan importante como su responsabilidad con relación a sus pacientes individuales
Ítem 8



Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,756; p = 0,450
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -1,10; p = 0,269
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,15
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,35

Figura 10
La asistencia médica es mejor cuando se trabaja en equipo.
Ítem 9



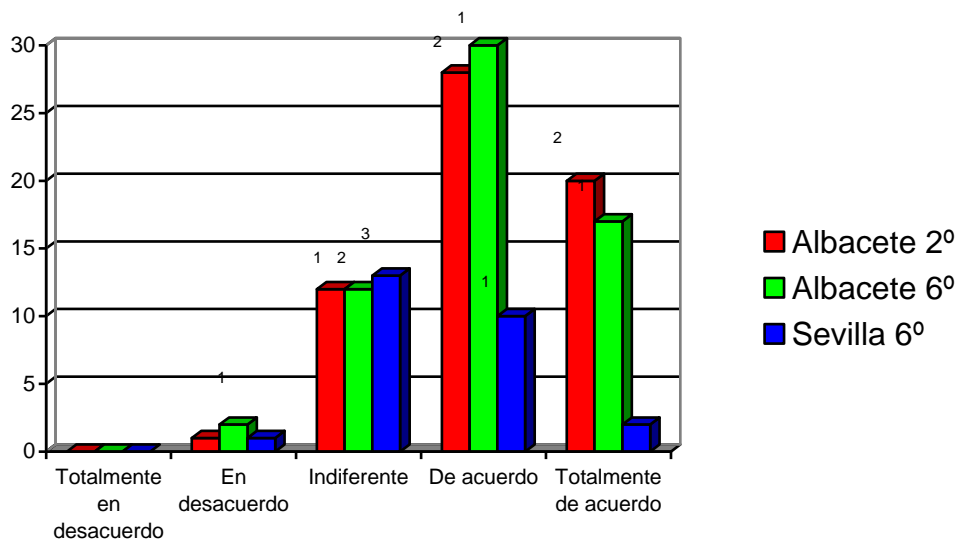
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,73; $p = 0,465$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,39; $p = 0,697$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,13

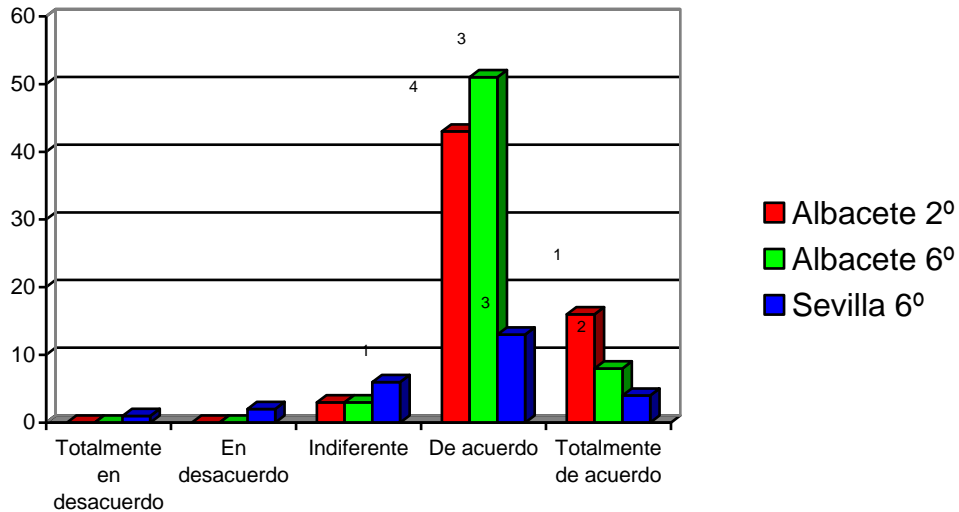
Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,06

Figura 11
La contención de los gastos de la asistencia sanitaria es más factible en el ámbito de la atención primaria
Ítem 10



Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,739; p = 0,460
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -2,51; p = 0,012
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,10
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,61

Figura 12
Tengo un buen conocimiento del trabajo que realiza el
médico de familia.
Ítem 11



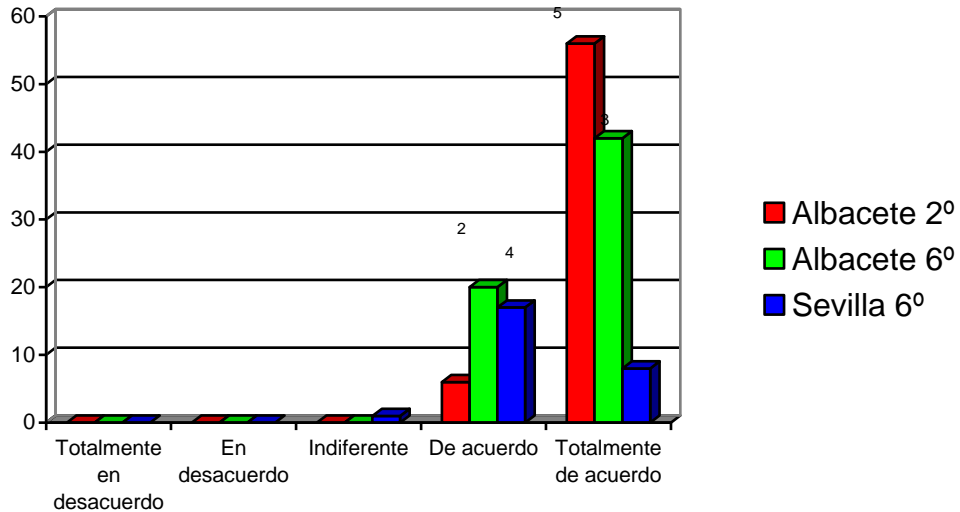
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -1,71; $p = 0,088$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -2,17; $p = 0,03$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,25

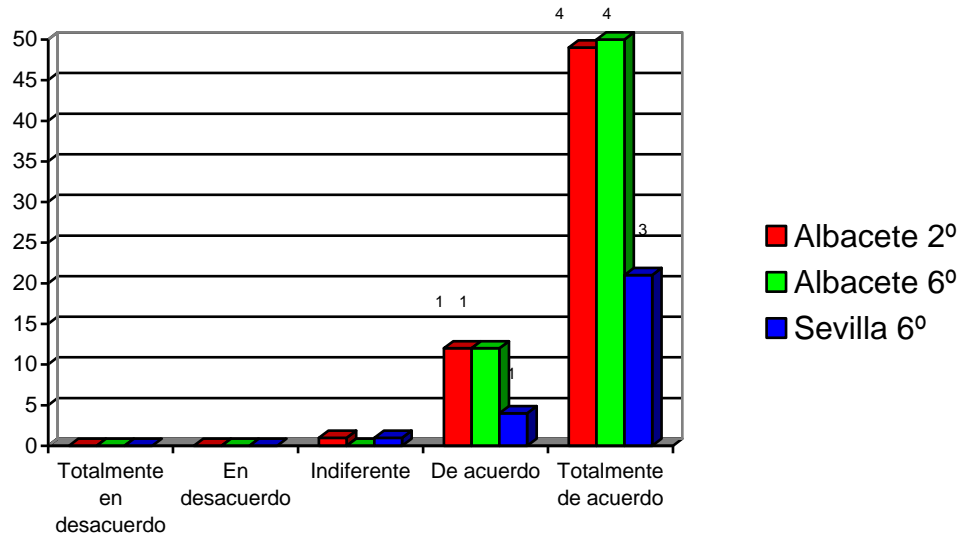
Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,43

Figura 13
La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario.
Ítem 12



Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -2,98; $p = 0,003$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -3,14; $p = 0,002$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,74
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,67

Figura 14
La entrevista clínica es la herramienta fundamental del
médico de familia
Ítem 13



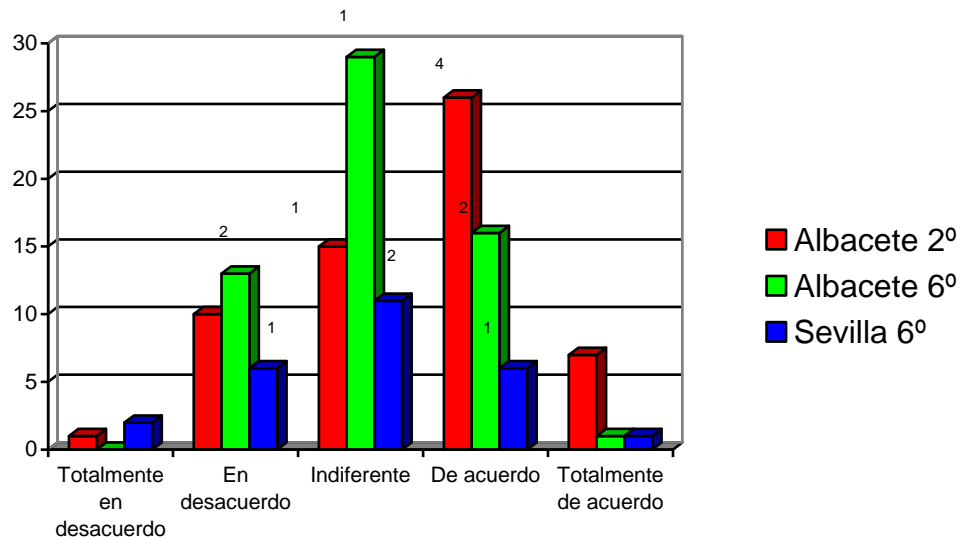
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,47; $p = 0,637$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: 0,00; $p = 1$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,09

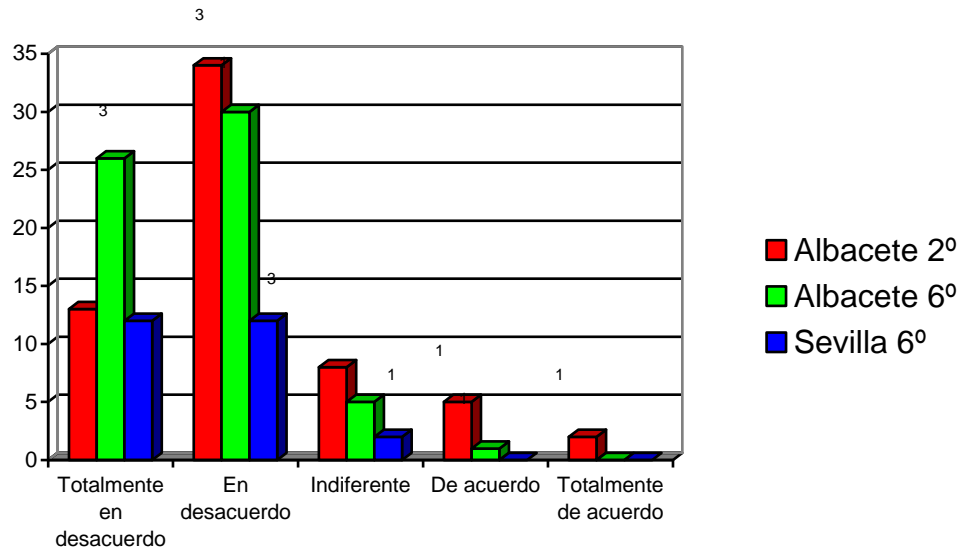
Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,04

Figura 15
Las pruebas diagnósticas en medicina de familia tienen en general un menor valor predictivo positivo que a nivel hospitalario
Ítem 14



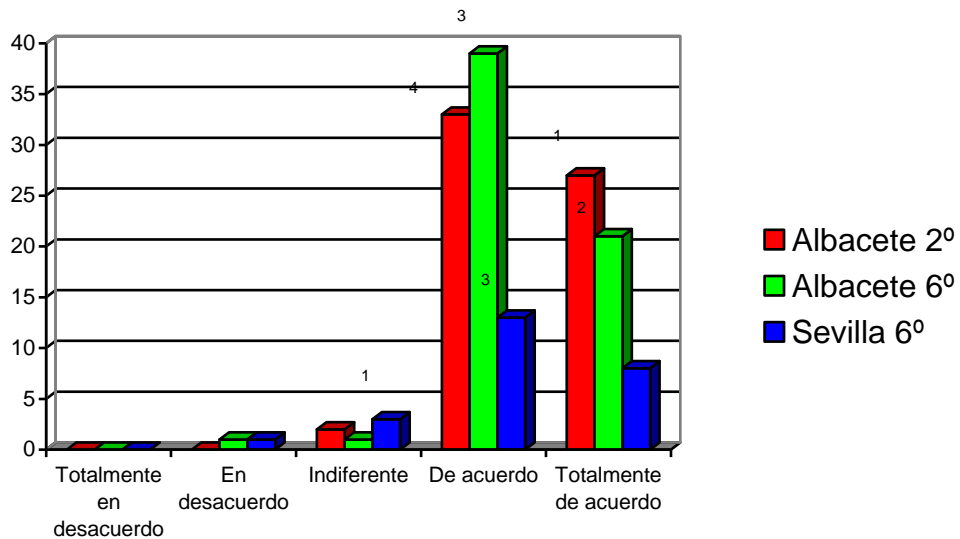
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -2,16; $p = 0,031$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,73; $p = 0,468$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,40
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,16

Figura 16
El médico de familia se ocupa de problemas de salud de poca importancia
Ítem 15



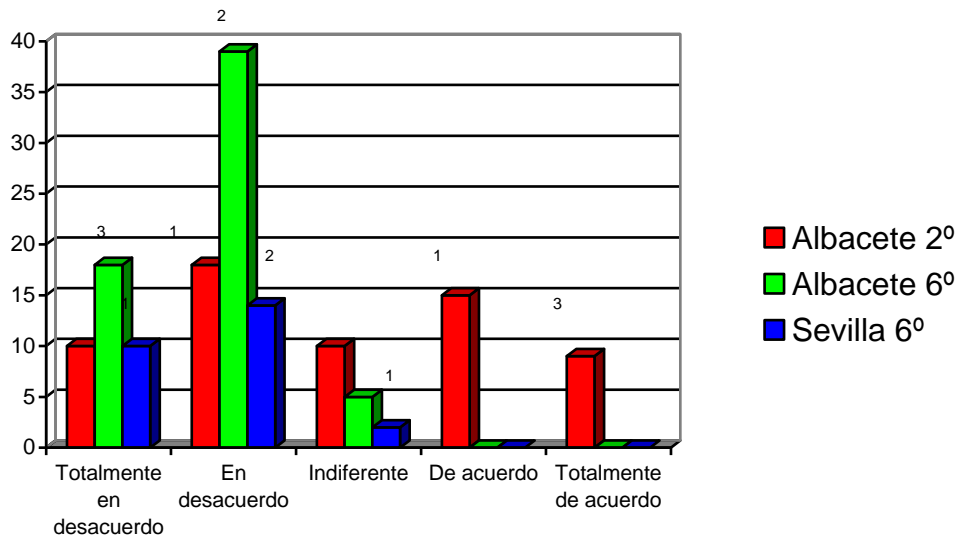
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -3,28; $p = 0,001$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,37; $p = 0,715$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,51
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,16

Figura 17
La mejora continua de la calidad es un objetivo fundamental en
medicina de familia
Ítem 16



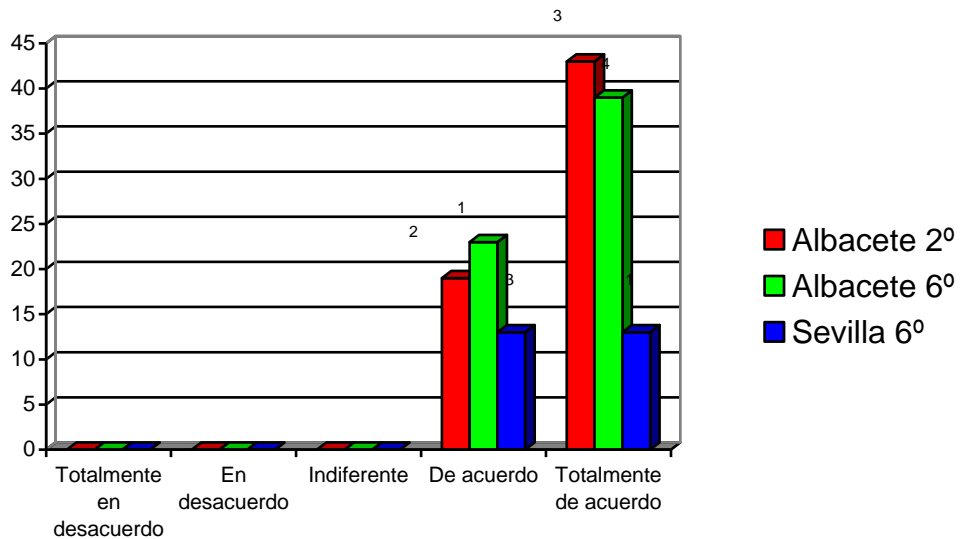
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -1,23; $p = 0,220$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,58; $p = 0,565$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,20
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,11

Figura 18
El médico de familia se ocupa de problemas de salud de improbable solución
Ítem 17



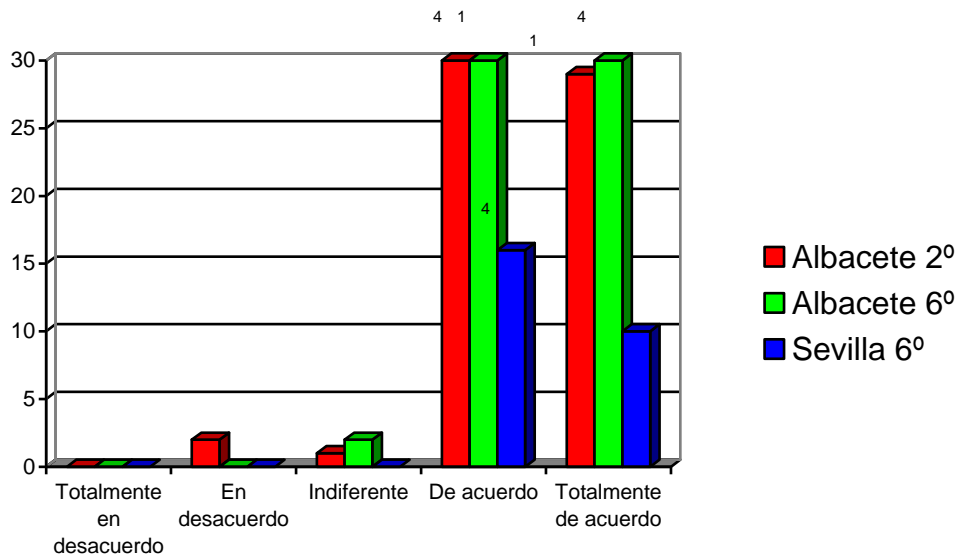
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -5,02; $p < 0,0001$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,76; $p = 0,449$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,85
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,23

Figura 19
El médico de familia tiene una gran responsabilidad en la
realización de actividades preventivas
Ítem 18



Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,82; $p = 0,414$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,87; $p = 0,383$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,13
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,16

Figura 20
El médico de familia debe ser un comunicador experto
Ítem 19



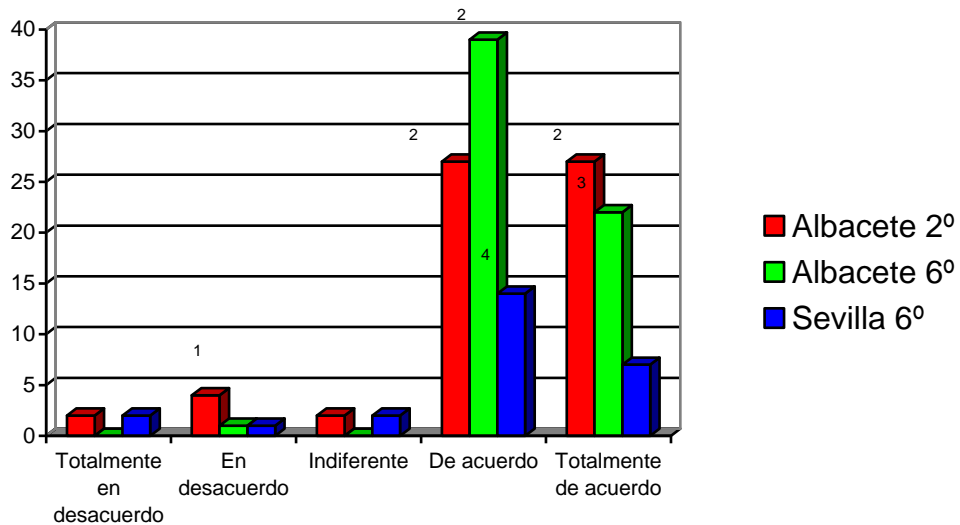
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,74; $p = 0,458$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,60; $p = 0,548$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,09

Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,08

Figura 21
El médico de familia se ocupa de problemas de salud crónicos
Ítem 20



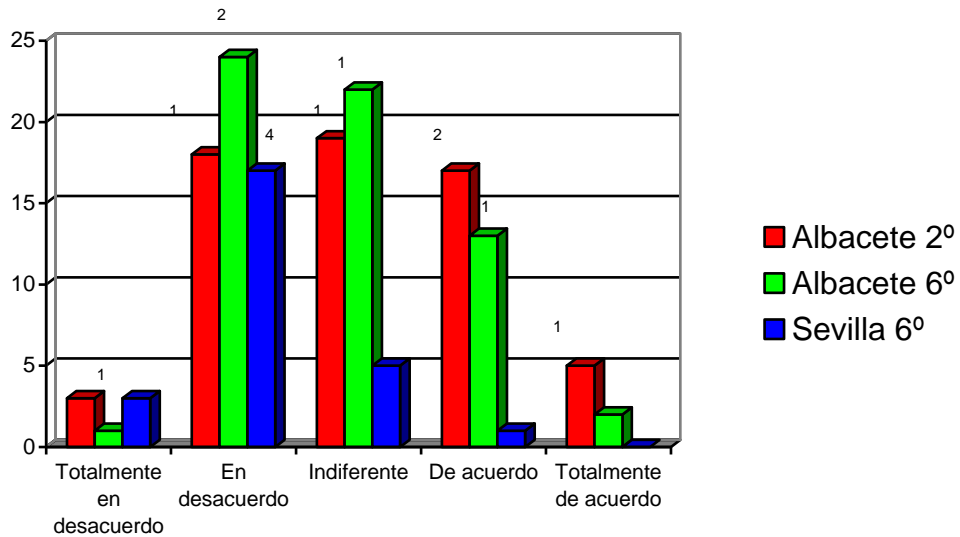
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,77; $p = 0,444$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -1,68; $p = 0,094$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,14

Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,38

Figura 22
La medicina de familia tiene una elevada consideración
dentro de la Facultad de Medicina
Ítem 21



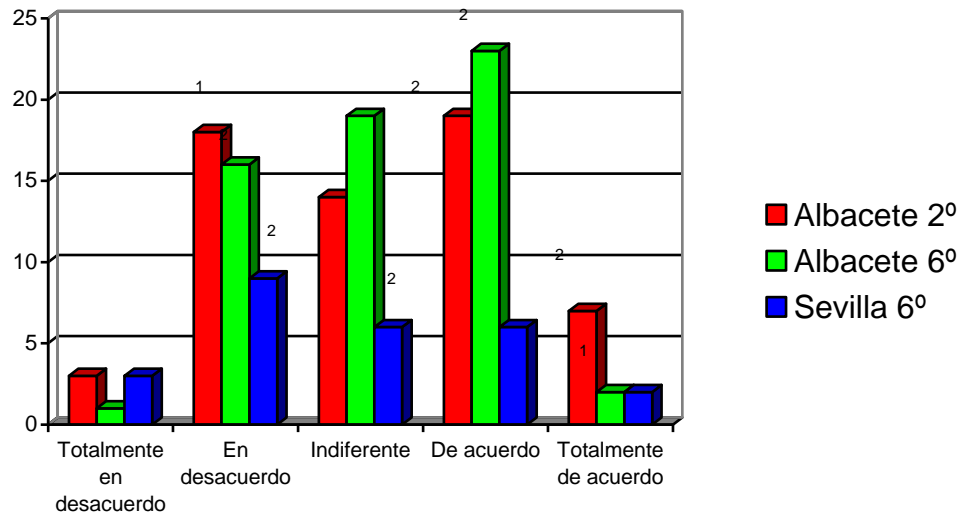
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -1,21; $p = 0,227$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -3,39; $p = 0,001$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,19

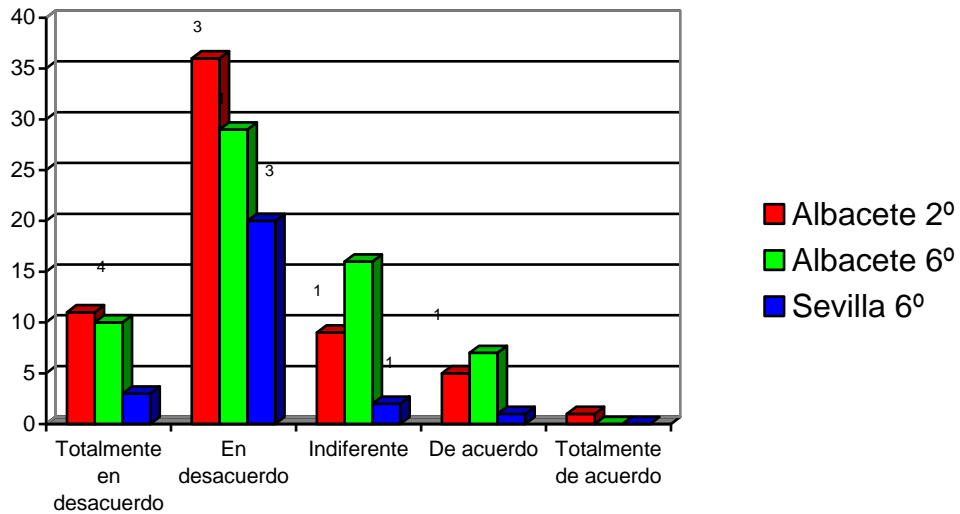
Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 1,07

Figura 23
La medicina de familia es un campo tan amplio que es imposible ser un experto
Ítem 22



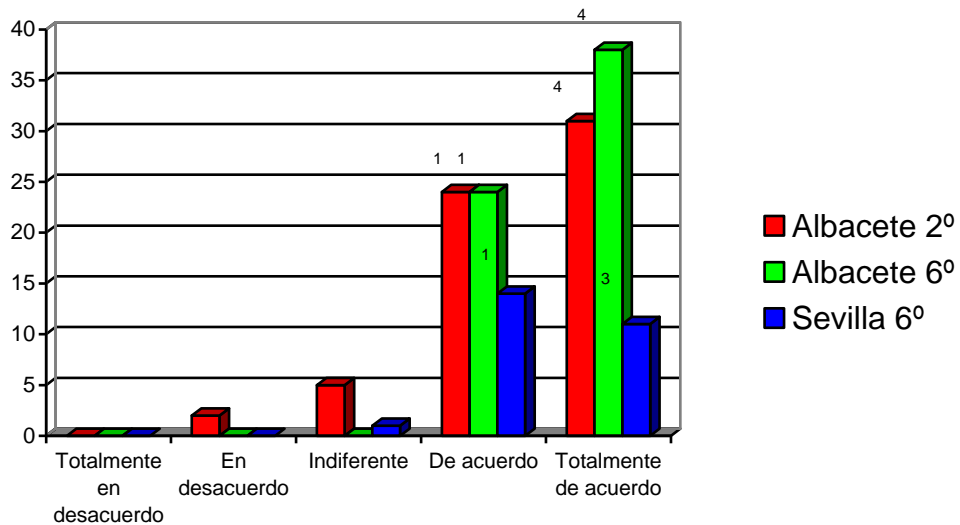
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,13; $p = 0,895$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -1,34; $p = 0,180$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,01
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,27

Figura 24
La medicina de familia es una especialidad
intelectualmente poco estimulante
Ítem 23



Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -1,12; $p = 0,261$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -1,35; $p = 0,177$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,16
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,47

Figura 25
Los médicos de familia tienen una gran sobrecarga asistencial
Ítem 24



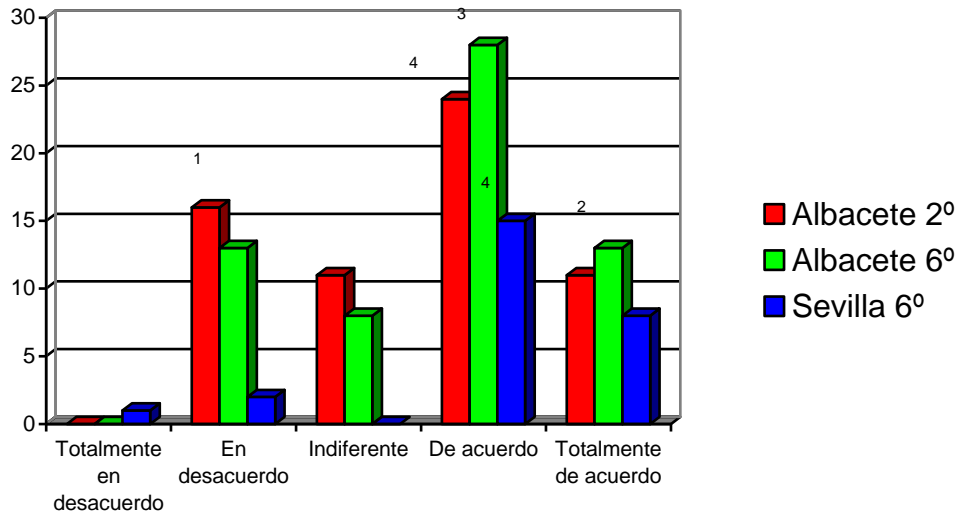
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -2,43; $p = 0,015$

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -1,32; $p = 0,186$

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,34

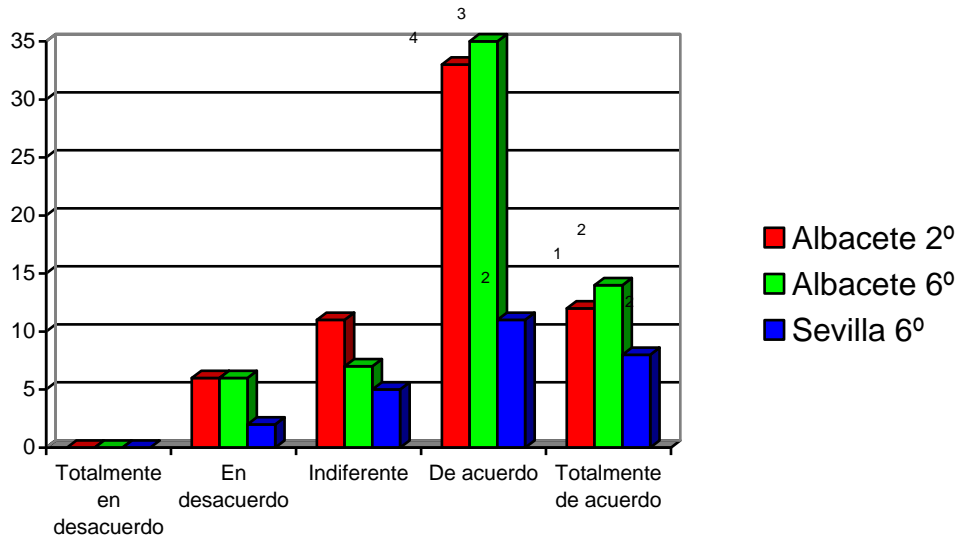
Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,30

Figura 26
Los médicos de familia están poco valorados en nuestra
sociedad
Ítem 25



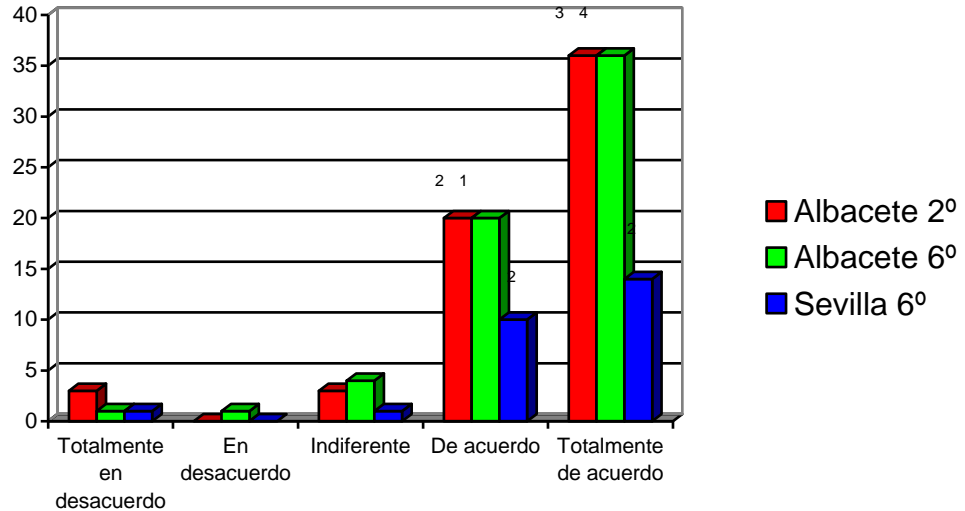
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -1,07; $p = 0,285$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -1,57; $p = 0,116$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,17
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,33

Figura 27
Los médicos de familia están poco valorados por el resto de la
profesión médica
Ítem 26



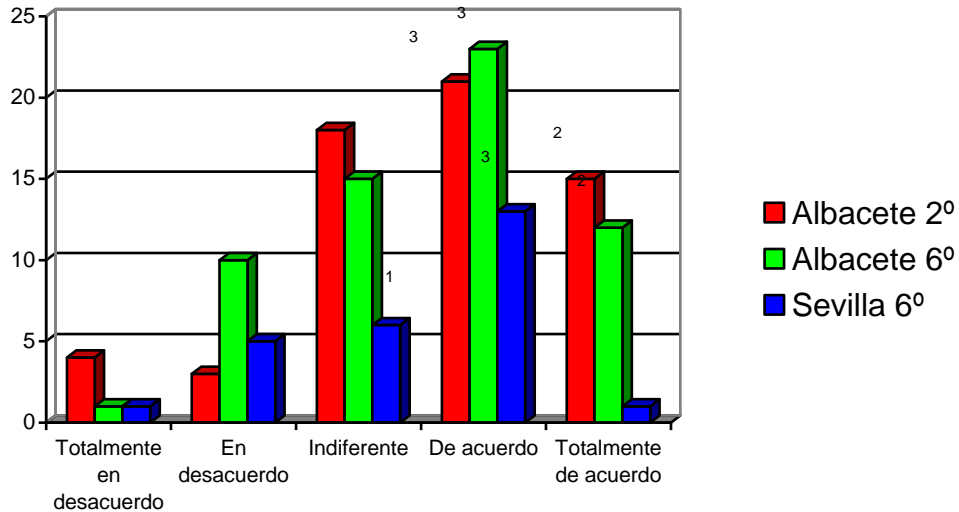
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,84; p = 0,400
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,16; p = 0,870
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,12
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,03

Figura 28
Me parece muy oportuno que exista una asignatura de
atención primaria en la Facultad de Medicina
Ítem 25



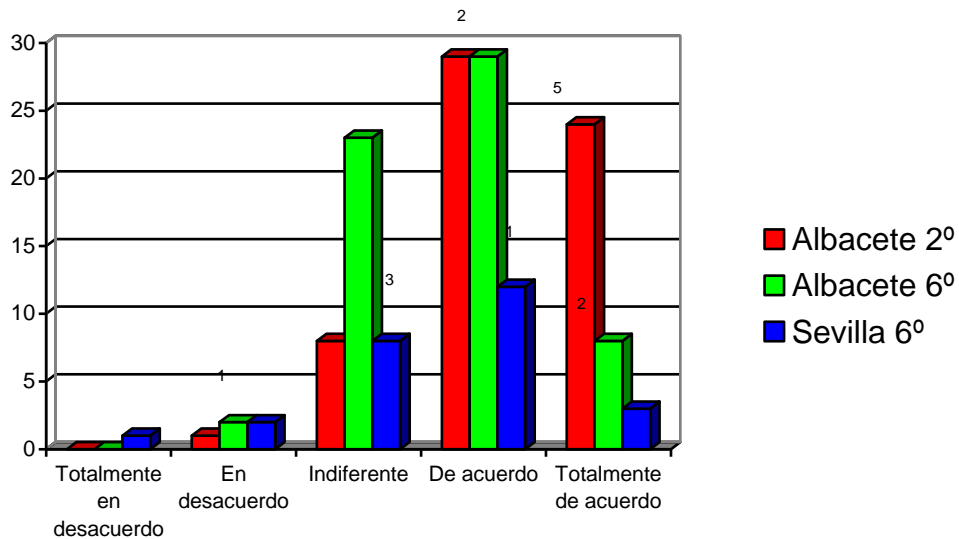
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,20; $p = 0,845$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,04; $p = 0,969$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,05
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,02

Figura 29
La medicina de familia debería estudiarse como asignatura transversal a lo largo de la licenciatura
Ítem 28



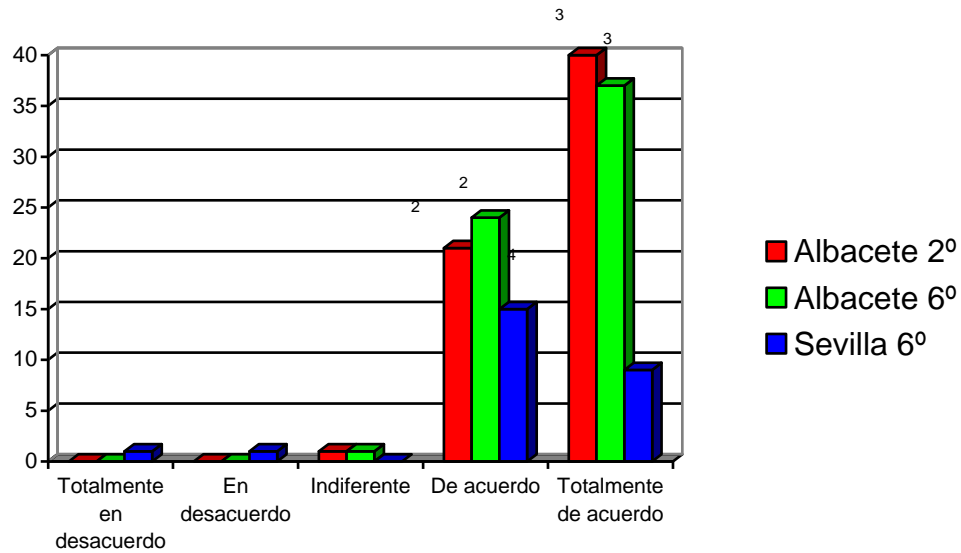
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,50; p = 0,617
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -1,17; p = 0,240
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,07
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,28

Figura 30
La eficacia y eficiencia de un sistema sanitario dirigido
exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las
enfermedades pueden ser bajas en términos de nivel de salud
colectiva alcanzado
Ítem 29



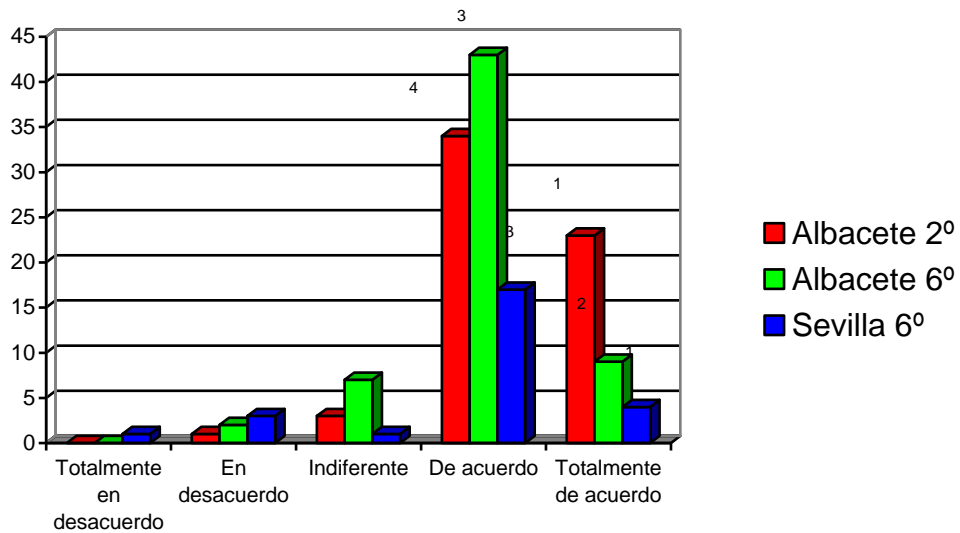
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -3,71; $p < 0,0001$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,49; $p = 0,624$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,74
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,17

Figura 31
El médico de familia debe prestar atención integral y
continuada, independientemente de la edad, sexo o tipo de problema
que presenten sus pacientes
Ítem 30



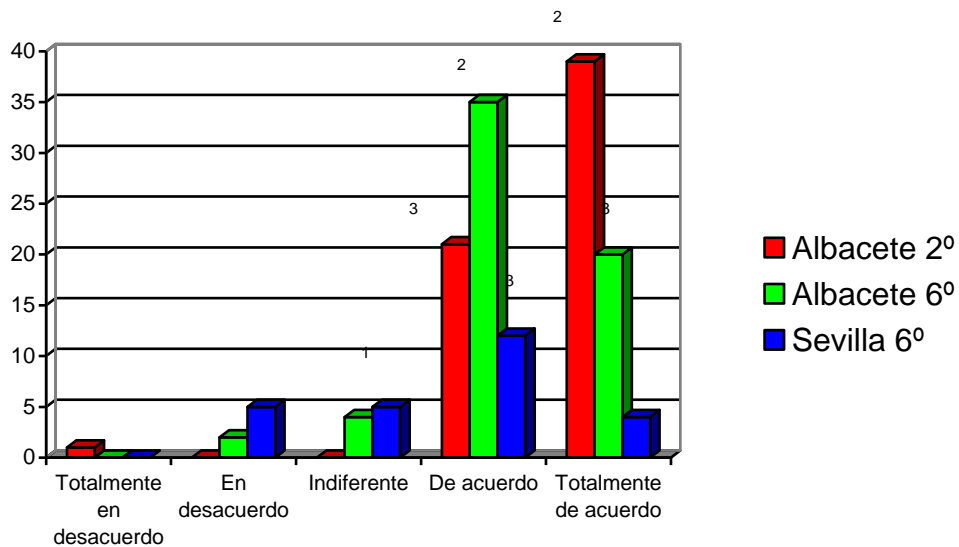
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,57; $p = 0,567$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -2,16; $p = 0,031$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,10
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,43

Figura 3
El médico de familia es competente clínicamente para
prestar la mayor parte de la atención que necesita el individuo.
Ítem 31



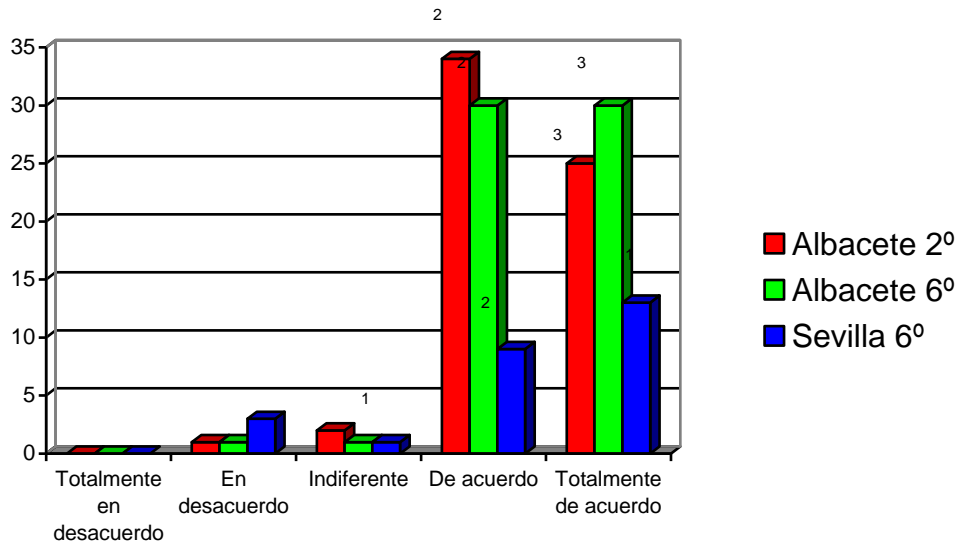
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -2,81; $p = 0,005$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,53; $p = 0,594$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,53
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,19

Figura 33
El médico de familia presta asistencia a sus pacientes tanto en la consulta como en el domicilio de los mismos
Ítem 32



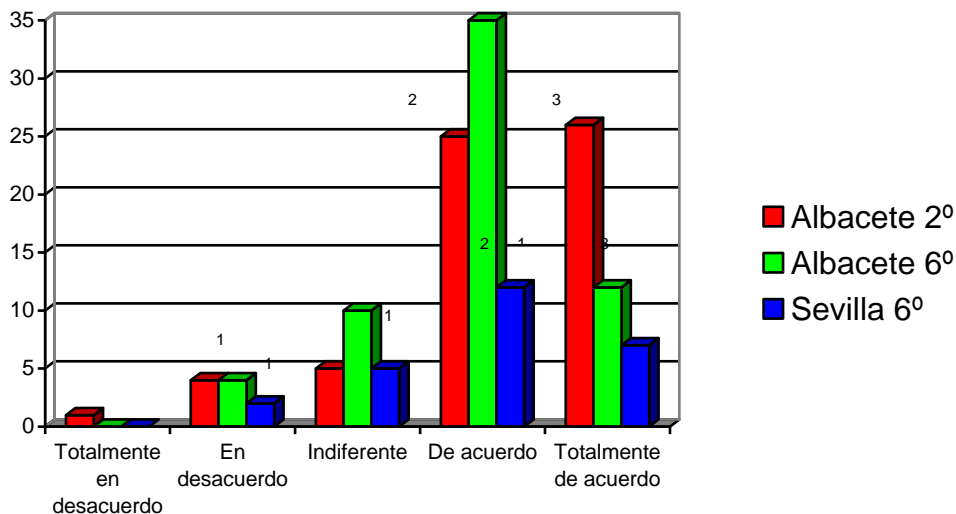
Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -3,52; $p < 0,0001$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -3,06; $p = 0,002$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,60
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,64

Figura 34
El médico de familia tiene poco tiempo para dedicar a cada uno de sus pacientes
Ítem 33



Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -0,99; $p = 0,324$
 Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,22; $p = 0,823$
 Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,16
 Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,18

Figura 35
El médico de familia debe tomar decisiones en circunstancias de elevada incertidumbre
Ítem 31



Segundo vs Sexto (Albacete): test de Wilcoxon: -1,90; p = 0,058

Sexto Albacete vs Sevilla: U de Mann-Whitney: -0,23; p = 0,816

Effect size Segundo vs Sexto (Albacete): 0,30

Effect size Sexto Albacete vs Sevilla: 0,06

Tras haber cursado la asignatura de Atención Primaria, un 69,3% de los estudiantes expresaba su agrado con la idea de trabajar en el futuro como médico de familia, proporción que bajaba al 40,3% al final de la licenciatura. Este porcentaje no difería significativamente con respecto al de los estudiantes de Sevilla al comienzo de sexto curso. Llamativamente, uno de los 5 graduados de Albacete que elegían Medicina de Familia en el MIR mostraba en sexto curso su desacuerdo con este planteamiento. Mientras que al final de segundo curso un 12,9% de los estudiantes de Albacete consideraban la Medicina de Familia su primera opción laboral, en sexto se

habían reducido a la mitad, una vez más sin diferencias estadísticamente significativas con respecto a los estudiantes de Sevilla.

En general se observaba una disminución en el nivel de acuerdo con las afirmaciones que podríamos considerar más favorables hacia la Medicina de Familia y la Atención Primaria, tanto en los conocimientos como en las actitudes, entre segundo y sexto curso. En este sentido encontramos diferencias significativas para un menor nivel de acuerdo al final de la licenciatura en:

- “la mejor asistencia a los pacientes con relación a la antigua asistencia ambulatoria”,
- “la satisfacción de los pacientes con relación a los servicios que se prestan en atención primaria es alta”,
- “la atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario”,
- “las pruebas diagnósticas en medicina de familia tienen en general un menor valor predictivo positivo que a nivel hospitalario”,
- “la eficacia y eficiencia de un sistema sanitario dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pueden ser bajas en términos de nivel de salud colectiva alcanzado”,
- “el médico de familia es competente clínicamente para prestar la mayor parte de la atención que necesita el individuo”,
- “el médico de familia presta asistencia a sus pacientes tanto en la consulta como en el domicilio de los mismos”.

Sin embargo los estudiantes en sexto curso tenían mayor nivel de acuerdo en que “los médicos de familia tienen una gran sobrecarga asistencial”. Por otra parte, tenían un mayor nivel de desacuerdo con que “el médico de familia se ocupa de problemas de salud de poca importancia”, y “de improbable solución”.

A pesar del empeoramiento en los puntos de vista por parte de los estudiantes de Albacete hacia la atención primaria y la Medicina de Familia, estos son significativamente más favorables que los de Sevilla, en aspectos como:

- “la satisfacción de los pacientes con relación a los servicios que se prestan en atención primaria es alta”,
- “la contención de los gastos de la asistencia sanitaria es más factible en el ámbito de la atención primaria”,
- “un buen conocimiento del trabajo que realiza el médico de familia”,
- “la atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario”,
- “el médico de familia debe prestar atención integral y continuada, independientemente de la edad, sexo o tipo de problema que presenten sus pacientes”,
- “el médico de familia presta asistencia a sus pacientes tanto en la consulta como en el domicilio de los mismos”,
- “la medicina de familia tiene una elevada consideración dentro de la Facultad de Medicina”.

Solo en un ítem, los estudiantes de Sevilla tenían un significativo mayor nivel de acuerdo: “es útil que conozca los fundamentos de la medicina de familia aunque me dedique en el futuro a otra especialidad”.

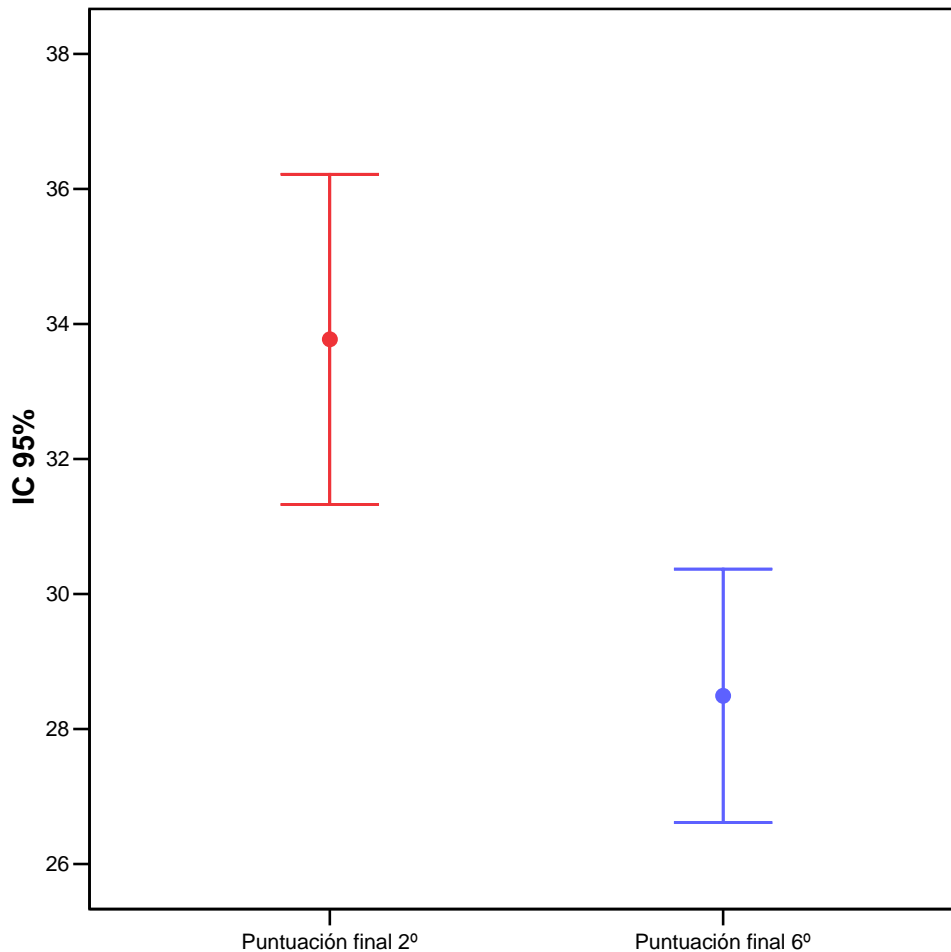
4.4. PUNTUACIÓN DEL CAMF AL FINAL DE SEGUNDO Y SEXTO CURSO (ALBACETE) Y ANTES DE CURSAR LA ASIGNATURA DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEVILLA)

De los 62 estudiantes de Albacete que contestaron en 2^o y 6^o, disponíamos de las puntuaciones globales del CAMF (es decir, habían contestado a todas la preguntas del cuestionario) para 58 y 60 respectivamente. Se compararon las puntuaciones de 57 en los que disponíamos de ambos datos. Se pasaba de una puntuación media en 2^o de 33,8 (DE: 9,2) a 28,5 (DE: 7,1) en 6^o ($t= 4,3$; $p<0,0001$). En la figura 36 podemos observar los intervalos de confianza para la media de la puntuación del CAMF en segundo y sexto curso.

No se encontró relación de la diferencia de medias en el CAMF entre 2^o y 6^o con ninguna de las variables analizadas.

Figura 36

Intervalo de confianza para la media de la puntuación del CAMF en segundo y sexto curso de los estudiantes de Albacete.

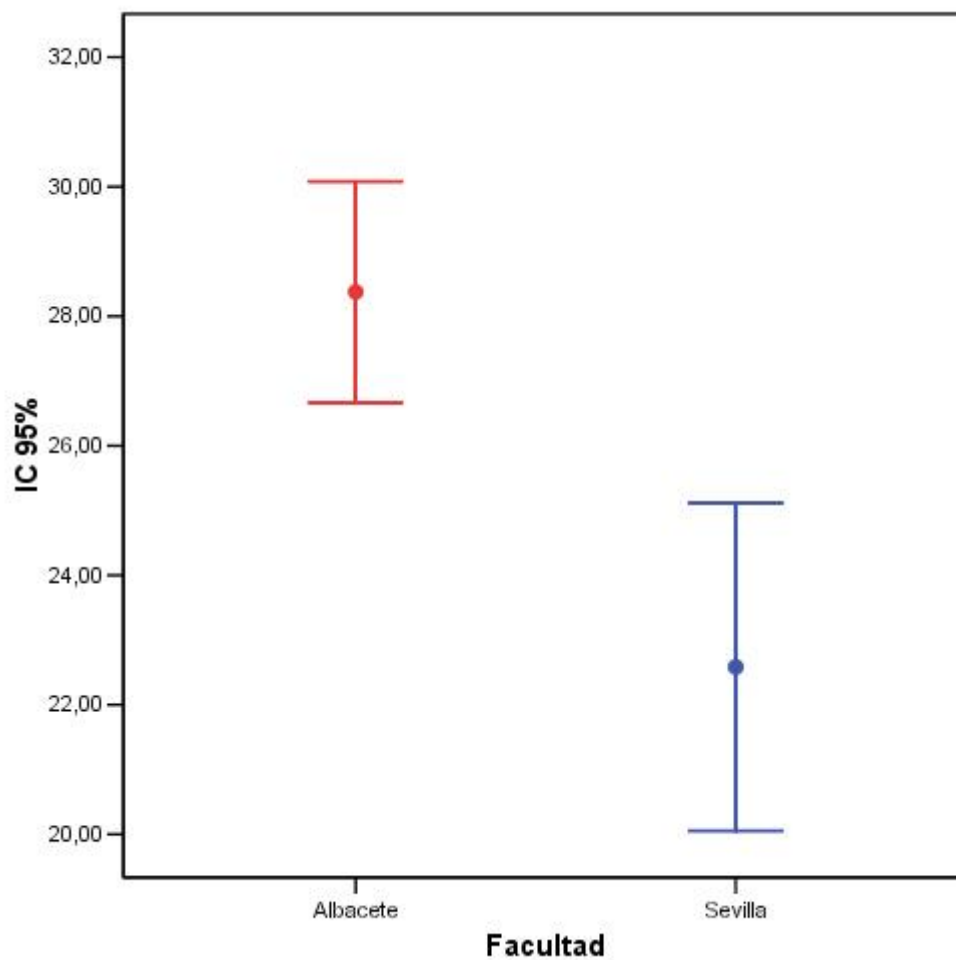


La puntuación del CAMF pudo calcularse para 72 estudiantes de Albacete al final de sexto y para 24 de Sevilla antes de cursar la asignatura de Medicina de Familia y Comunitaria. Los primeros tenían una puntuación media de 28,4 (DE: 7,3) y los segundos 22,6 (DE: 6,0), diferencia

estadísticamente significativa ($t= 3,5$; $p=0,001$), como podemos observar en la figura 37.

Figura 37

Intervalo de confianza para la media de la puntuación del CAMF en sexto curso de los estudiantes de Albacete y de los de Sevilla antes de cursar la asignatura de Medicina de Familia y Comunitaria

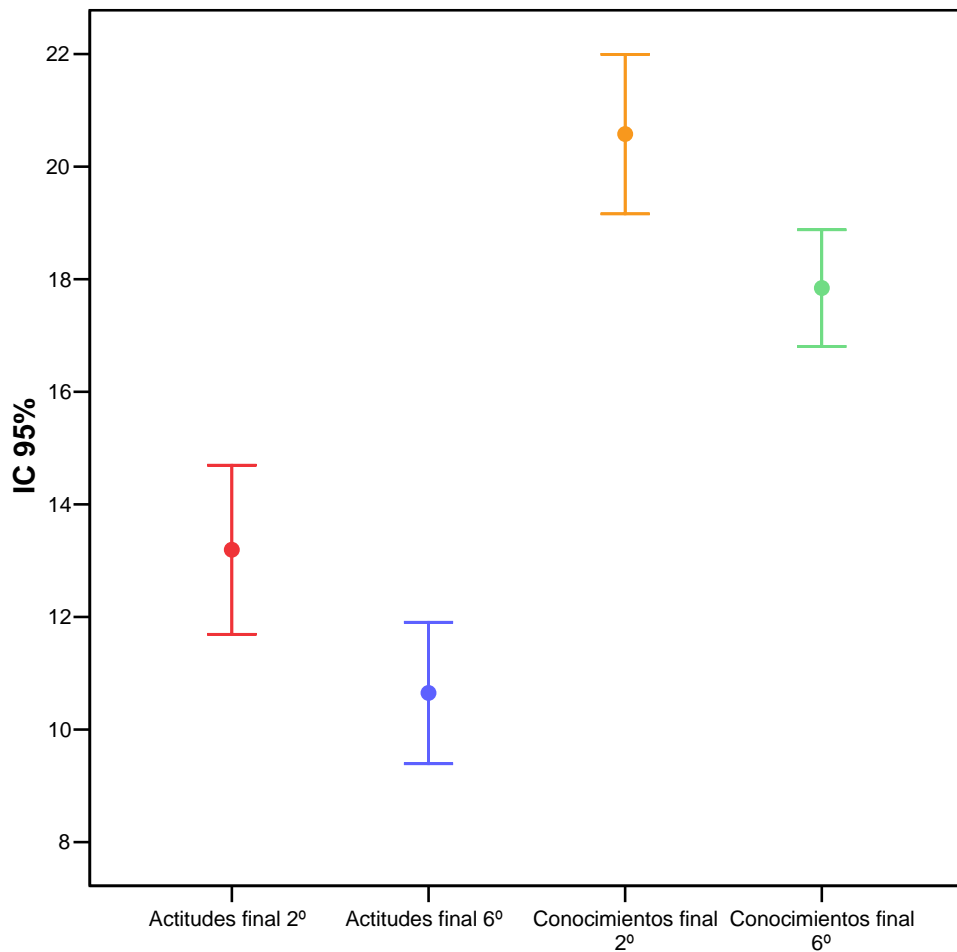


Analizamos separadamente las puntuaciones para los subgrupos de ítems que, en nuestra opinión, valoran fundamentalmente conocimientos (4, 5, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 29, 30, 32, 33, 34) y los que valoran fundamentalmente actitudes (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 31).

La media de puntuación para el conjunto de ítems que valoraban fundamentalmente actitudes era de 13,1 (DE: 5,7) al finalizar segundo curso, pasando a 10,6 (DE: 4,7) en sexto ($t = 3,1$; $p = 0,003$). Para los que valoraban conocimientos también había un descenso significativo ($t = -3,8$; $p < 0,0001$), pasando de 20,4 (DE: 5,4) a 17,8 (DE: 3,9). En la figura 38 podemos observar como el descenso es más marcado en el caso de los conocimientos.

Figura 38

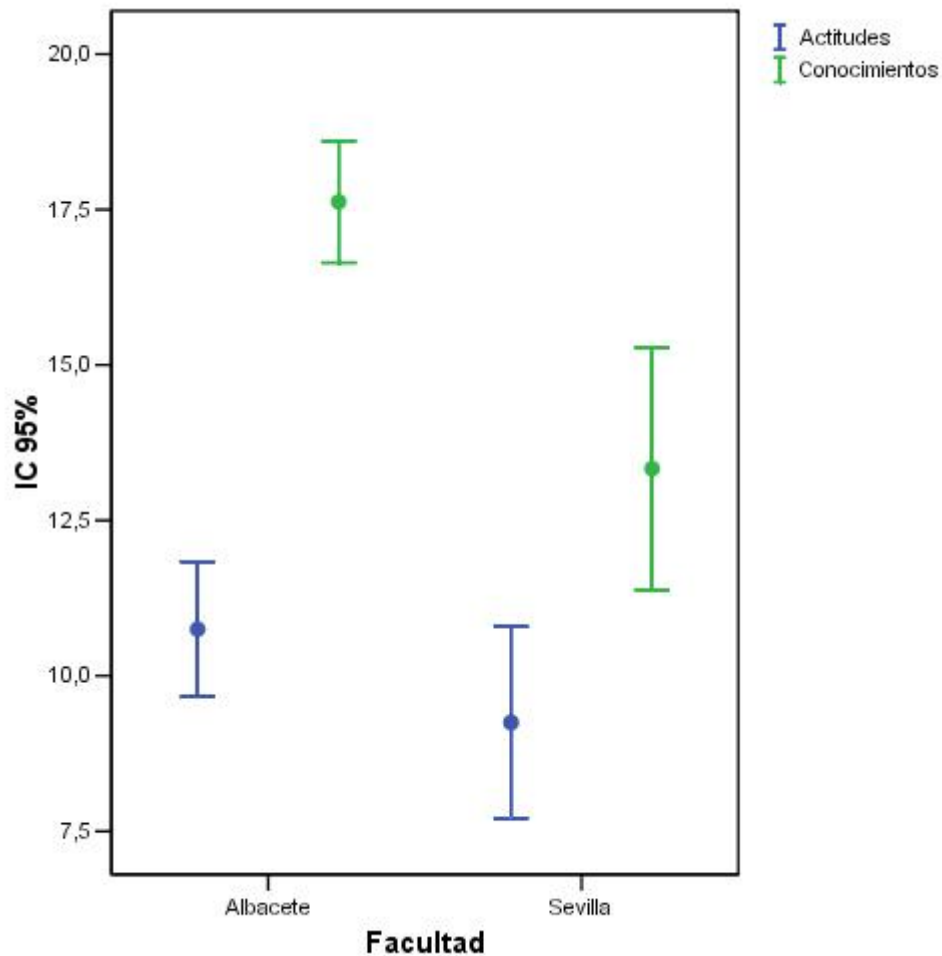
Intervalo de confianza para la media de la puntuación de los ítems del CAMF que valoran conocimientos y actitudes, en segundo y sexto curso, para los estudiantes de Albacete



Al comparar las puntuaciones en conocimientos y actitudes del CAMF entre los estudiantes de Albacete al final de 6^o y los de Sevilla a comienzo del mismo, encontramos que las diferencias afectan fundamentalmente a los conocimientos, como queda reflejado en la figura 39. Para estos las respectivas puntuaciones medias son 17,6 (DE: 4,2) y 13,3 (DE: 4,5) ($t= 4,4$; $p<0,0001$), mientras que para las actitudes los valores correspondientes son de 10,7 (DE: 4,6) y 8,9 (DE: 4,0), diferencias no significativas.

Figura 39

Intervalo de confianza para la media de la puntuación de los ítems del CAMF que valoran conocimientos y actitudes, en sexto curso, para los estudiantes de Albacete y Sevilla (antes de cursar la asignatura de Medicina de Familia y Comunitaria)



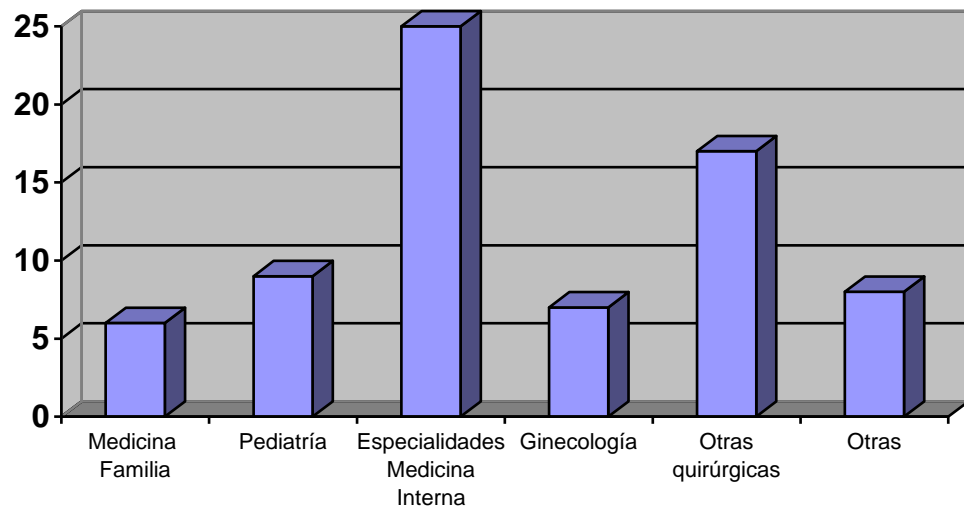
4.5. VALIDEZ PREDICTIVA DEL CUESTIONARIO

4.5.1. ELECCIÓN DE ESPECIALIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE ALBACETE QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

En la figura 40 se presenta la distribución de especialidades elegidas por los estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete que participaron en nuestro estudio.

Figura 40

Distribución de especialidades elegidas por los estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete que participaron en nuestro estudio



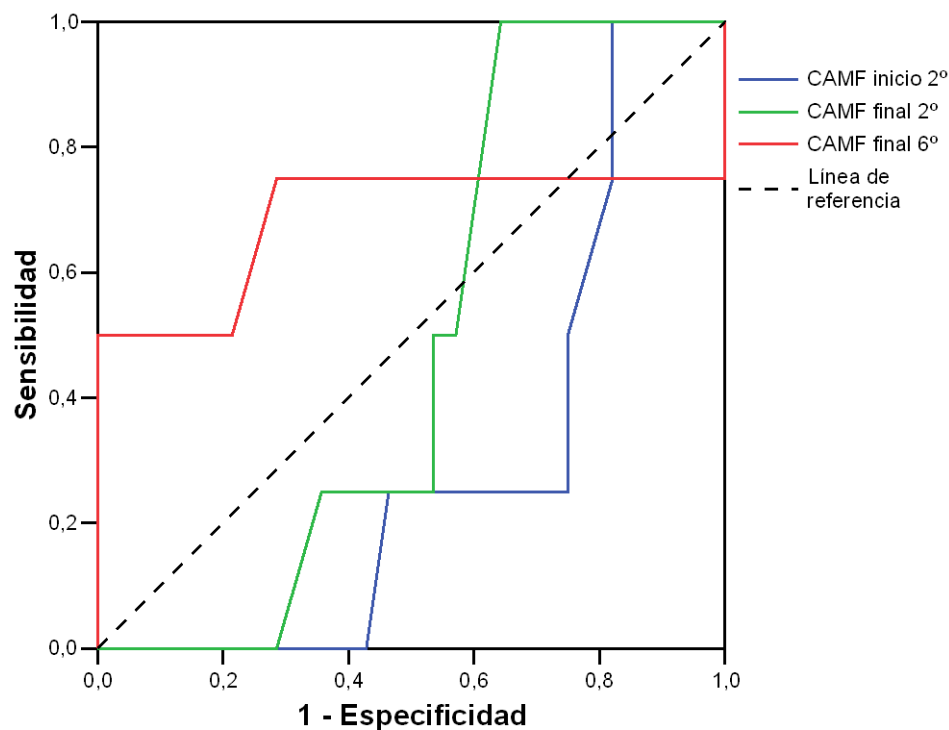
4.5.2. VALIDEZ DE PREDICCIÓN DEL CUESTIONARIO CAMF EN DIFERENTES MOMENTOS DE LOS ESTUDIOS DE GRADO

Hemos analizado la validez predictiva del CAMF en relación con la elección de Medicina de Familia como especialidad en segundo curso, antes y después de cursar la asignatura de Atención Primaria, y en sexto curso, al final de la licenciatura.

En la figura 41 se muestran las curvas ROC para el cuestionario CAMF en los tres momentos de la licenciatura analizados.

El área bajo las mismas era respectivamente 0,299 (IC 95%: 0,094 – 0,504), 0,482 (IC 95%: 0,280 – 0,684) y 0.688 (IC 95%: 0,282 – 1,093). Sólo en este último caso la curva ROC estaba por encima de la diagonal. El mejor punto de corte para éste era 31, correspondiente a una sensibilidad de 0,750 y especificidad de 0,714.

Figura 41
Curvas ROC para el cuestionario CAMF en los tres momentos de la licenciatura analizados



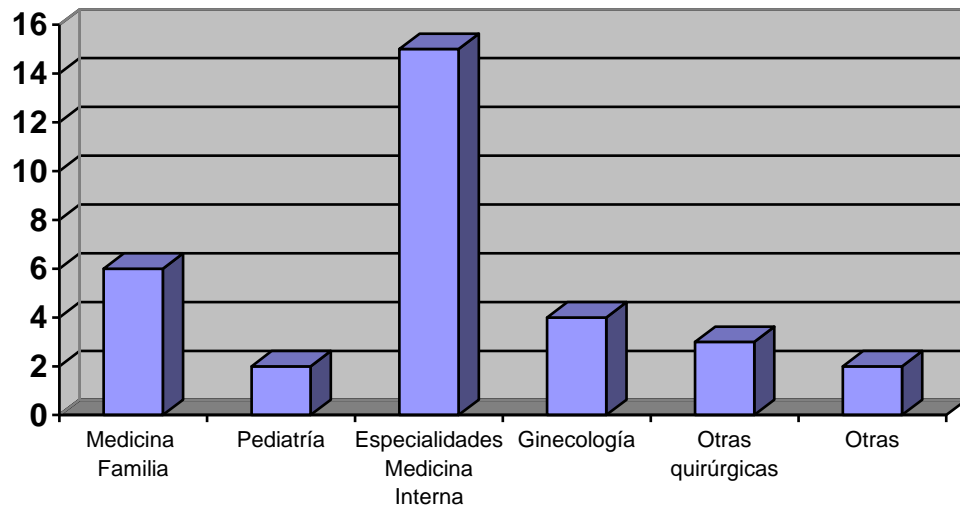
4.6. VARIABLES QUE PREDICEN LA ELECCIÓN DE MEDICINA DE FAMILIA COMO ESPECIALIDAD

Conocíamos la especialidad elegida por 104 de los estudiantes que participaron en nuestro estudio, 72 de Albacete y 32 de Sevilla. En la figura 40 hemos presentado la distribución de especialidades elegidas por los

estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete, y en la figura 42 se presenta la distribución de los estudiantes de la Facultad de Medicina de Sevilla que participaron en nuestro estudio.

Figura 42

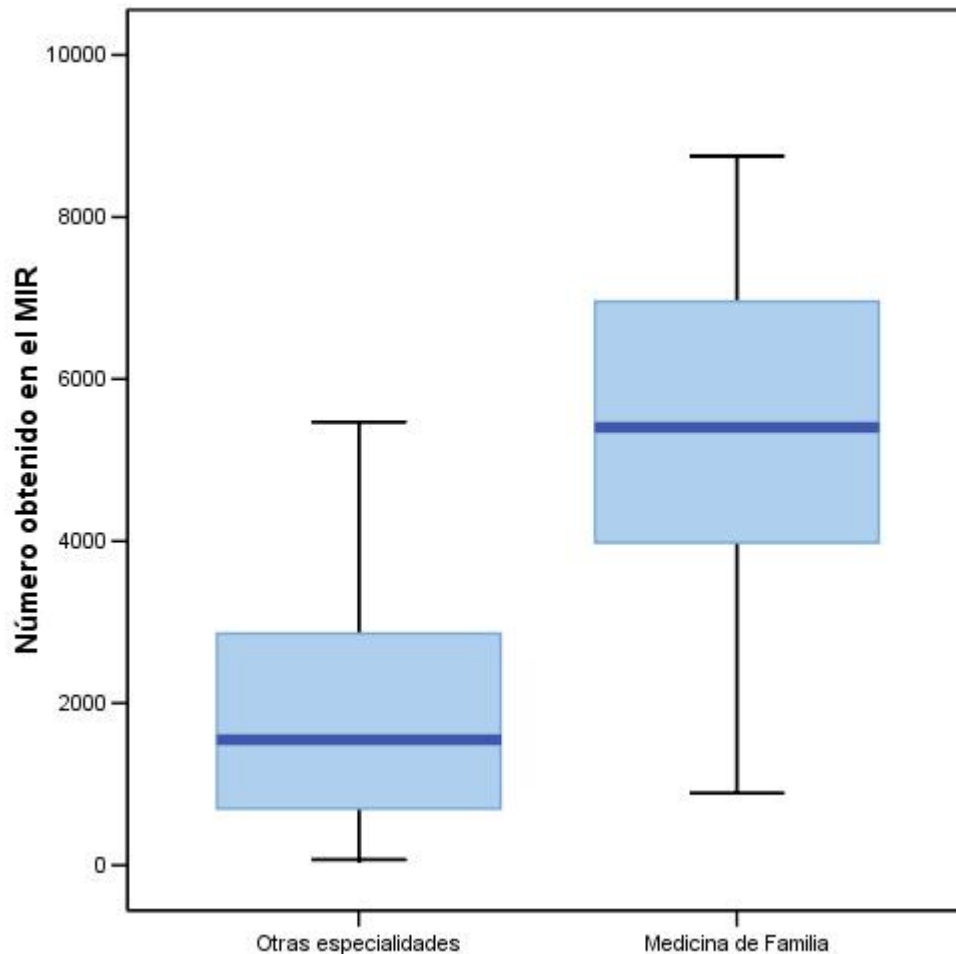
Distribución de especialidades elegidas por los estudiantes de la Facultad de Medicina de Sevilla que participaron en nuestro estudio



Como podemos ver en la figura 43 los 12 graduados que eligieron medicina de familia en el MIR tenían una mediana de número en la oposición de 5403, con un rango intercuartílico (RI) de 3961 a 7160, y un rango de 887 a 8756. Era significativamente superior (U de Mann-Whitney: 112; $p < 0,0001$) al de los que elegían otra especialidad: 1549 (RI: 689-2870).

Figura 43

Número obtenido en el examen MIR de los graduados que eligieron Medicina de Familia y los que eligieron otra especialidad



En las figuras 44 y 45 se reflejan las medias de puntuación obtenida en el MIR y en el expediente académico valorado para esta oposición, para los que eligen medicina de familia y los que optan por otra especialidad. Para los primeros estos valores eran respectivamente 49,5 (DE: 12,4) y 4,1

(DE: 0,5), frente a 69,3 (DE: 9,4) y 5,1 (DE: 1,1), con diferencias estadísticamente significativas (t: 6,6; $p < 0,0001$ y t: 5,6; $p < 0,0001$).

Figura 44

Medias del expediente académico valorado como méritos en el MIR, para los que eligen Medicina de Familia y los que optan por otra especialidad

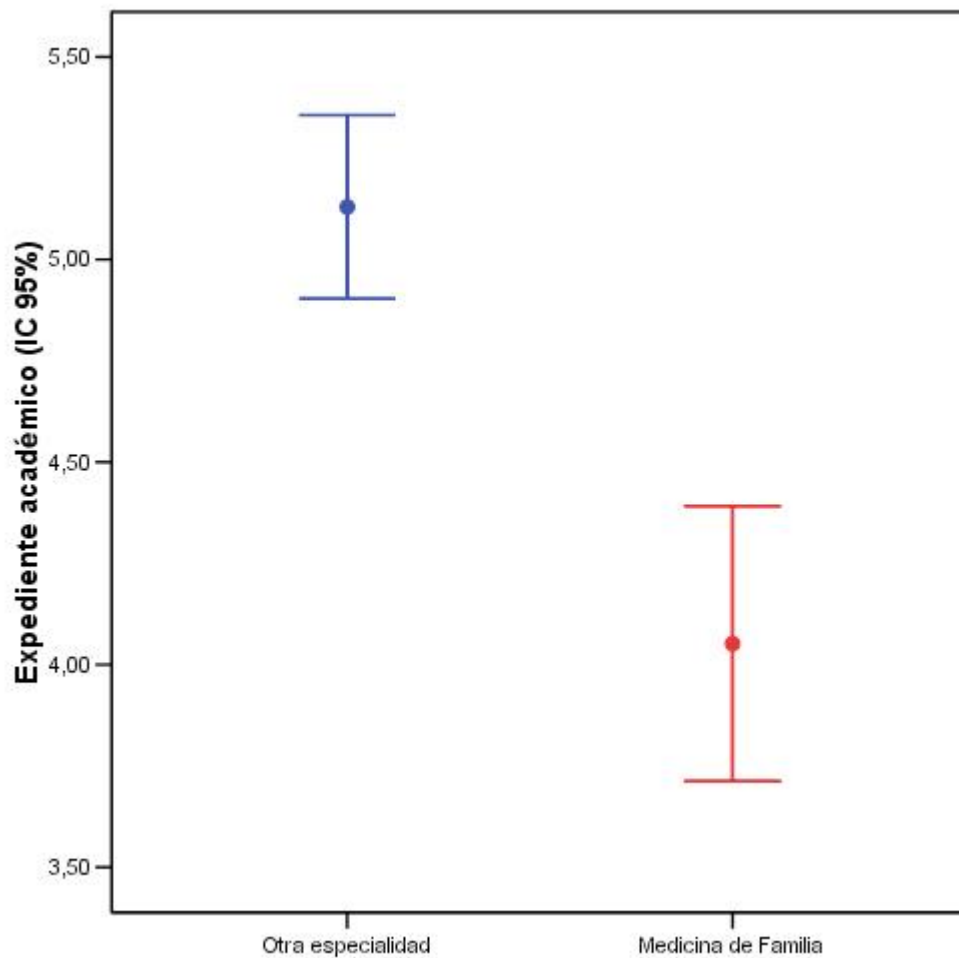


Figura 45

Medias de puntuación obtenida en el MIR, para los que eligen Medicina de Familia y los que optan por otra especialidad

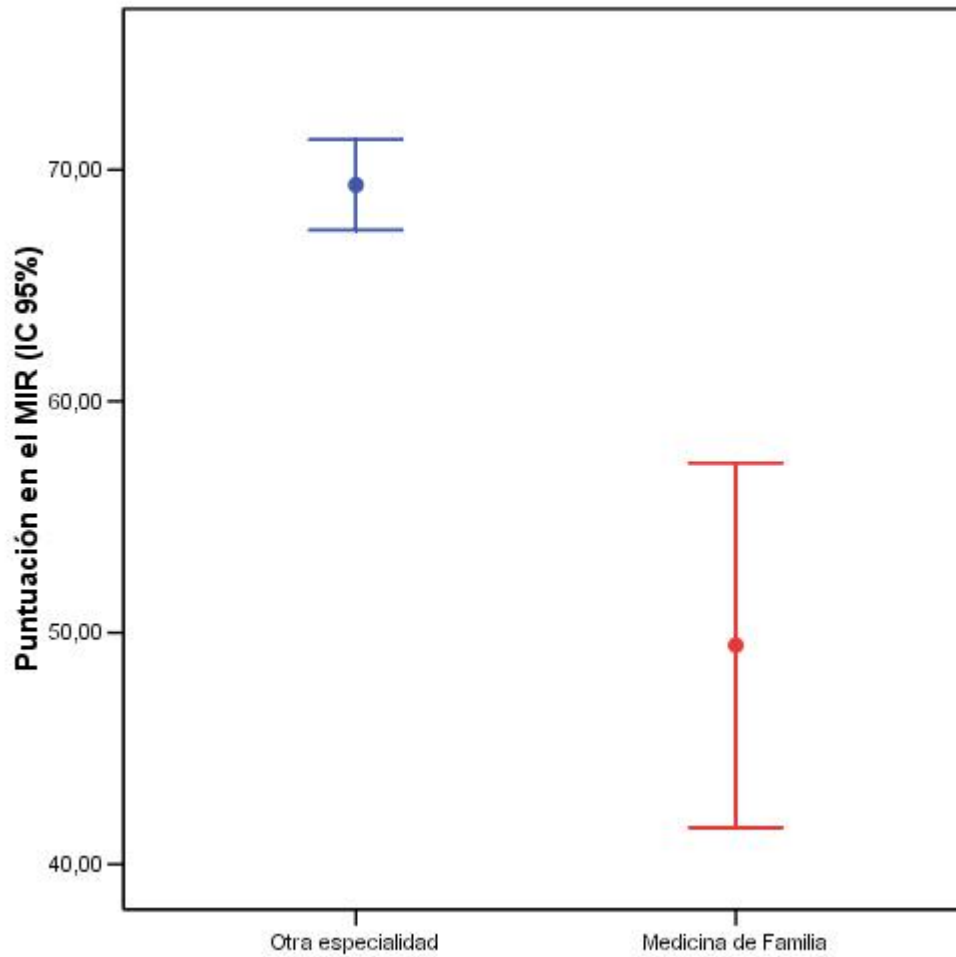
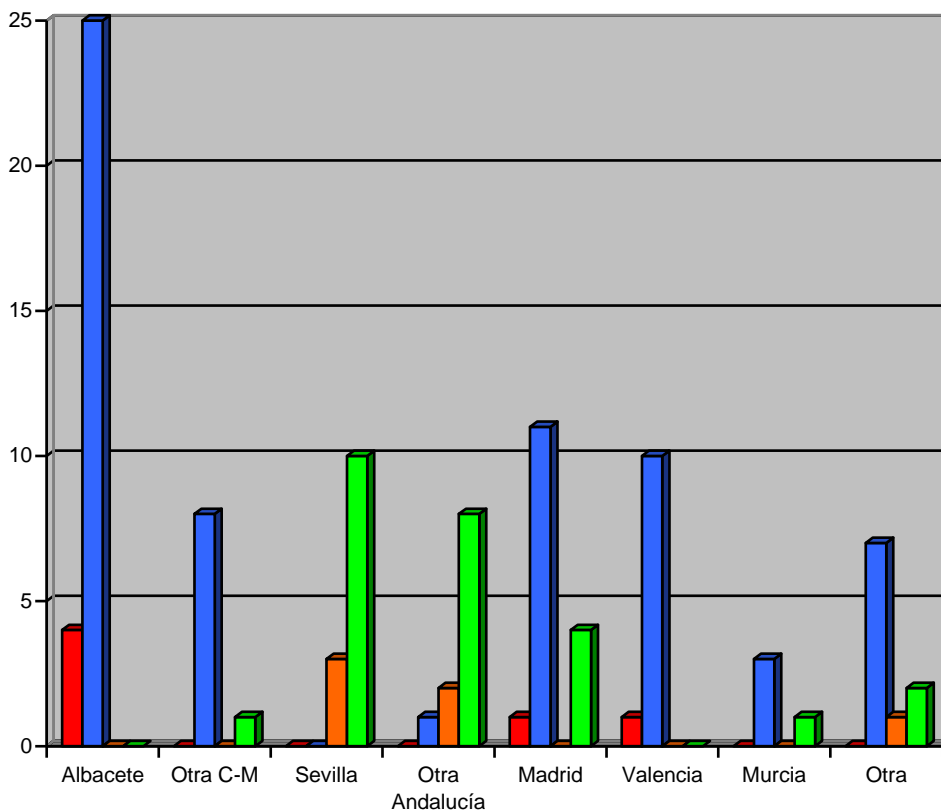


Figura 46

Ciudad elegida para realizar la residencia en función de la especialidad y la facultad donde estudiaron (estudiantes de Albacete: Medicina de Familia en rojo, otra especialidad en azul; estudiantes de Sevilla: Medicina de Familia en naranja, otra especialidad en verde)



C-M: Castilla-La Mancha

No existían diferencias significativas con relación a la nota de entrada en la facultad de medicina, facultad en la que había estudiado, edad, sexo, clase social, el número de habitantes de la localidad de procedencia o la ciudad elegida para realizar la residencia (figura 46).

El análisis de regresión logística puso de manifiesto que solo existía una asociación independiente de la elección de Medicina de Familia con la variable número de orden en el MIR (OR: 1,001; 95% CI: 1,001-1,002). Permite clasificar correctamente al 94,2 % de los graduados. El estadístico de Hosmer-Lemeshow tenía un valor de 15,5 ($p=0,05$).

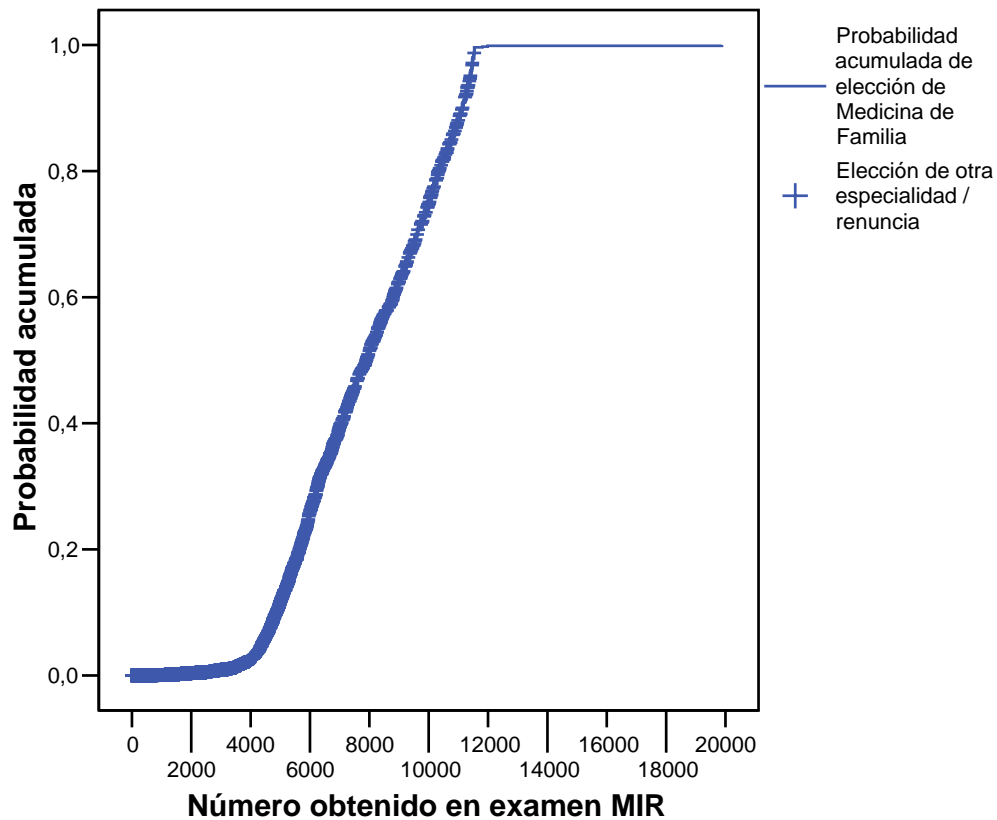
4.7. ELECCIÓN DE ESPECIALIDAD MIR EN 2011

Se recogió información de 11552 opositores matriculados en el examen MIR de 2011 que eligieron plaza en esa convocatoria o bien que la rechazaron teniendo opción a la misma (no eligieron especialidad 4627).

4.7.1. ELECCIÓN DE MEDICINA DE FAMILIA.

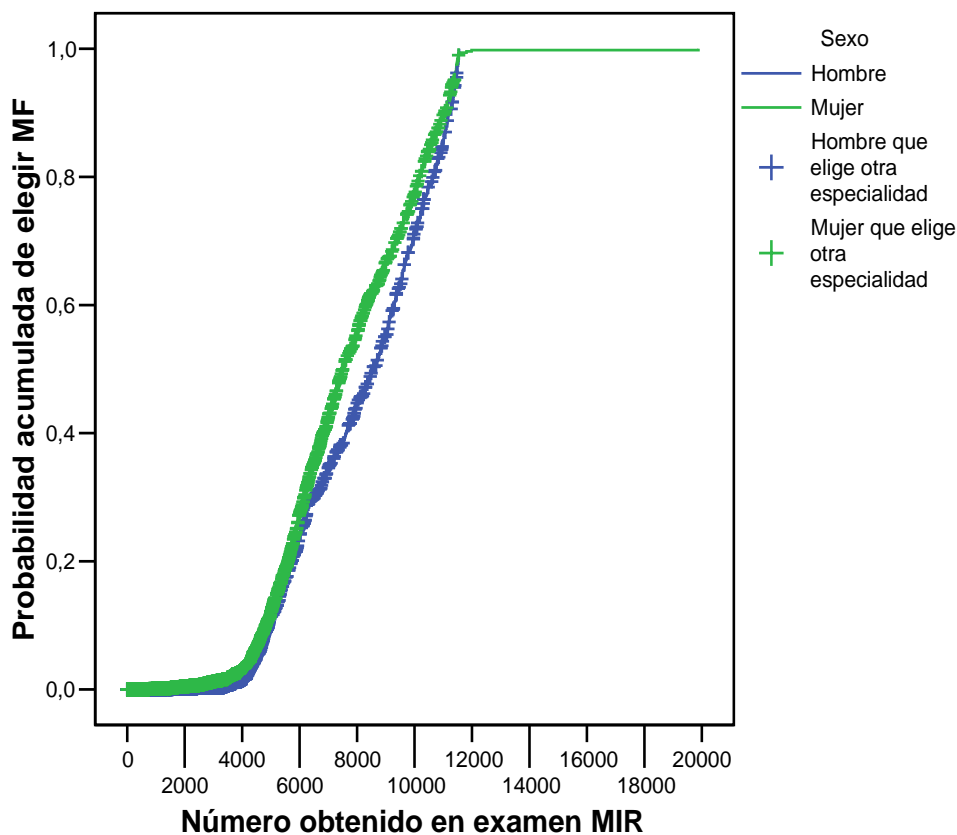
Medicina de Familia fue elegida por 1963 (28,3% de los que eligieron plaza). La mediana del número de orden en la oposición para elegir MF fue 7894 (IC95%: 7720-8068) (figura 47).

Figura 47
Probabilidad acumulada de elección de Medicina de Familia



Como podemos observar en la figura 48 existían diferencias por sexo ($p < 0,00001$), ya que las mujeres elegían MF con menor número (mediana: 7504 vs 8526) y en mayor proporción (29,8% vs 25,4%).

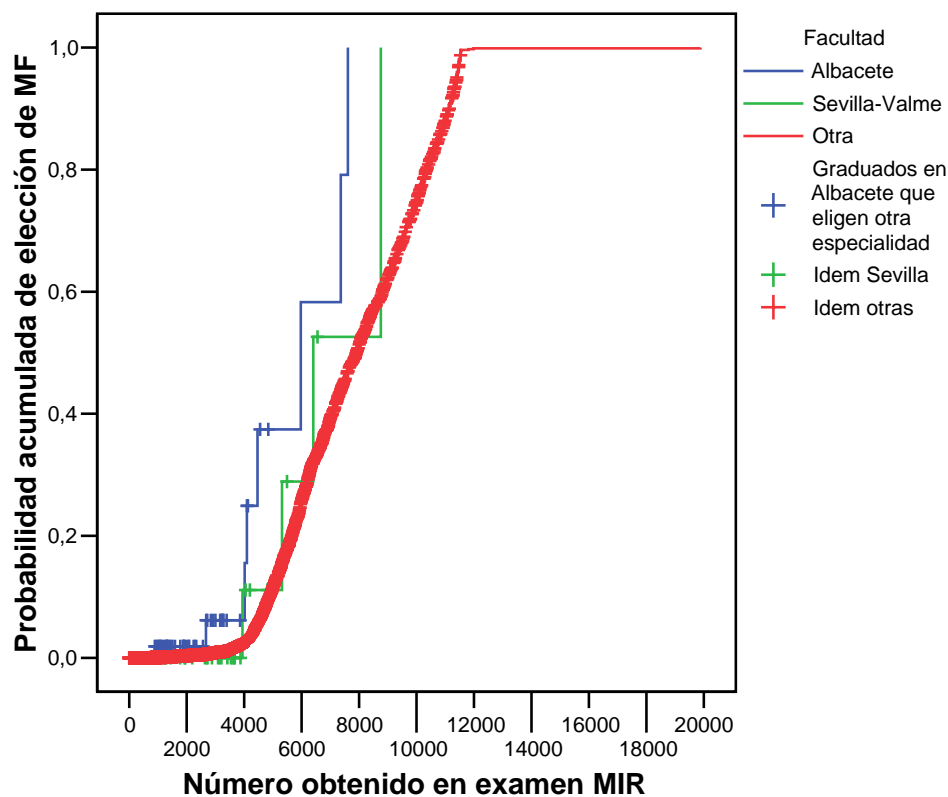
Figura 48
Probabilidad acumulada de elección de Medicina de Familia en función del sexo



Cuando se comparaban con el resto de opositores, los que habían estudiado en Albacete y Sevilla elegían MF con menor número (mediana: 5971, 6407 y 7904, respectivamente), aunque en menor proporción (10,5, 11,4 y 28,6%, respectivamente) ($p < 0,0001$).

Figura 49

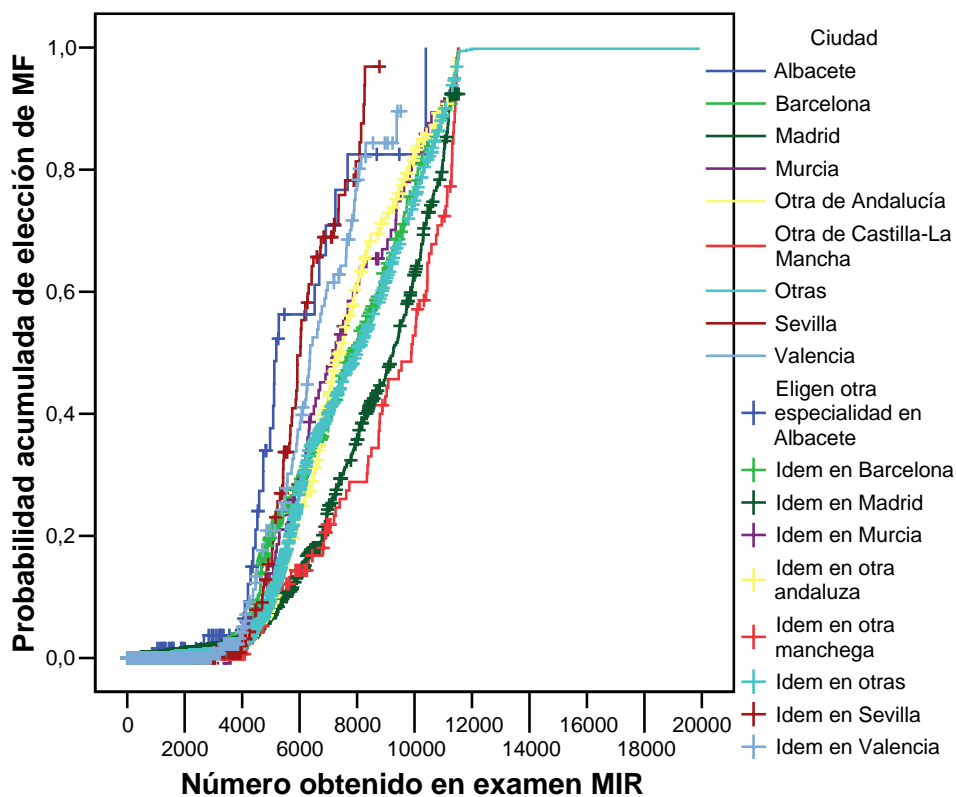
Probabilidad acumulada de elección de Medicina de Familia en función de la facultad donde se graduaron



En cuanto a la ciudad elegida para realizar la residencia, era más probable ($p < 0,00001$) la elección de plaza de MF en Albacete que en Sevilla u otra ciudad (32,9, 22,8 y 28,5%, respectivamente) y con menor número (mediana: 5185, 6028 y 7988, respectivamente).

Figura 50

Probabilidad acumulada de elección de Medicina de Familia en función de la ciudad donde realizarán la residencia



Por medio de un análisis de regresión logística, se puso de manifiesto que el modelo que mejor predecía la elección de MF (tabla VI) incluía las variables: número obtenido en la oposición, sexo y ciudad elegida.

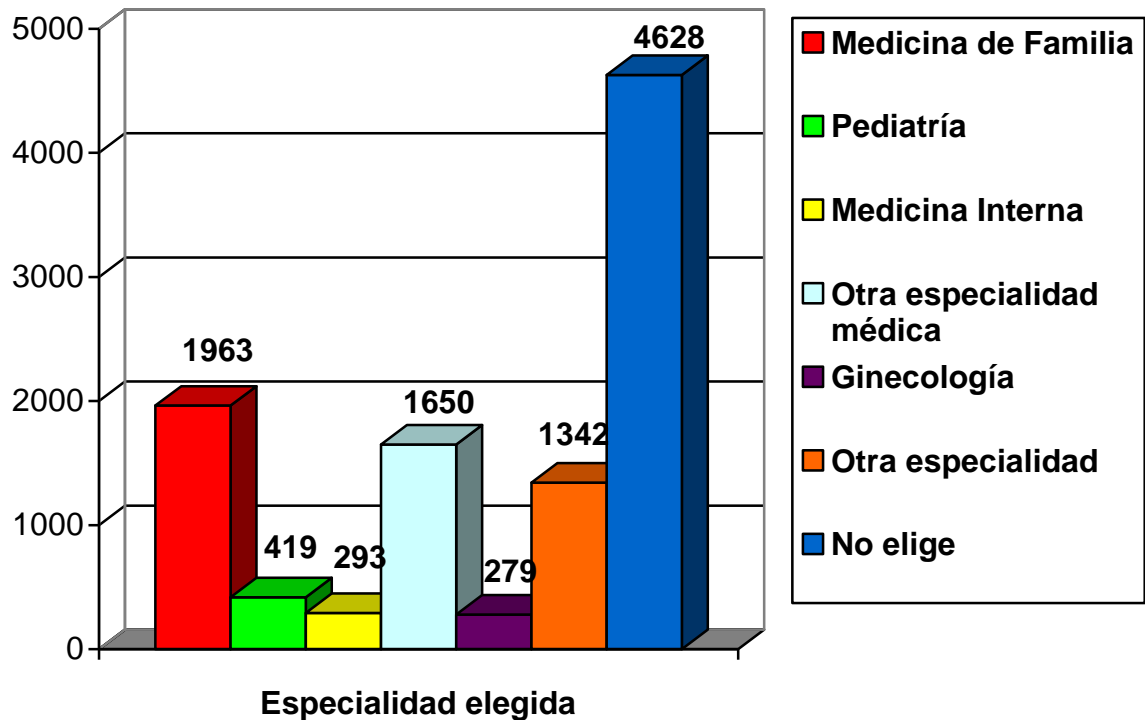
Tabla VI
Variabes en el modelo que mejor predice la elecci3n de Medicina de Familia

	Beta	Error estandar	Test de Wald	p	OR	IC 95%
Número	0,001	<0,0001	1364,01	<0,0001	1,001	1,001-1,001
Sexo (mujer)	0,327	0,078	17,352	<0,0001	1,387	1,189-1,617
Ciudad (otras con respecto a Albacete)			76,418	<0,0001		
Otra CLM	-1,140	0,367	9,644	0,002	0,320	0,156-0,657
Sevilla	-0,501	0,347	2,091	0,148	0,606	0,307-1,195
Otra Andalucía	-0,786	0,316	6,174	0,013	0,456	0,245-0,847
Madrid	-1,592	0,319	24,951	<0,0001	0,204	0,109-0,380
Barcelona	-0,772	0,317	5,920	0,015	0,462	0,248-0,861
Valencia	-0,664	0,344	3,726	,054	0,515	0,262-1,010
Murcia	-,353	0,357	0,975	0,323	0,703	0,349-1,415
Otras ciudades	-0,714	0,305	5,484	0,019	0,490	0,270-0,890
Constante	-3,543	0,312	129,118	0,029		

4.7.2. ESPECIALIDADES PREFERENCIALES

Hemos analizado la elecci3n de otras especialidades, que podríamos considerar de alguna forma relacionadas con la Medicina de Familia o la Atenci3n Primaria. En la figura 51 se puede observar el número de plazas de cada una de ellas.

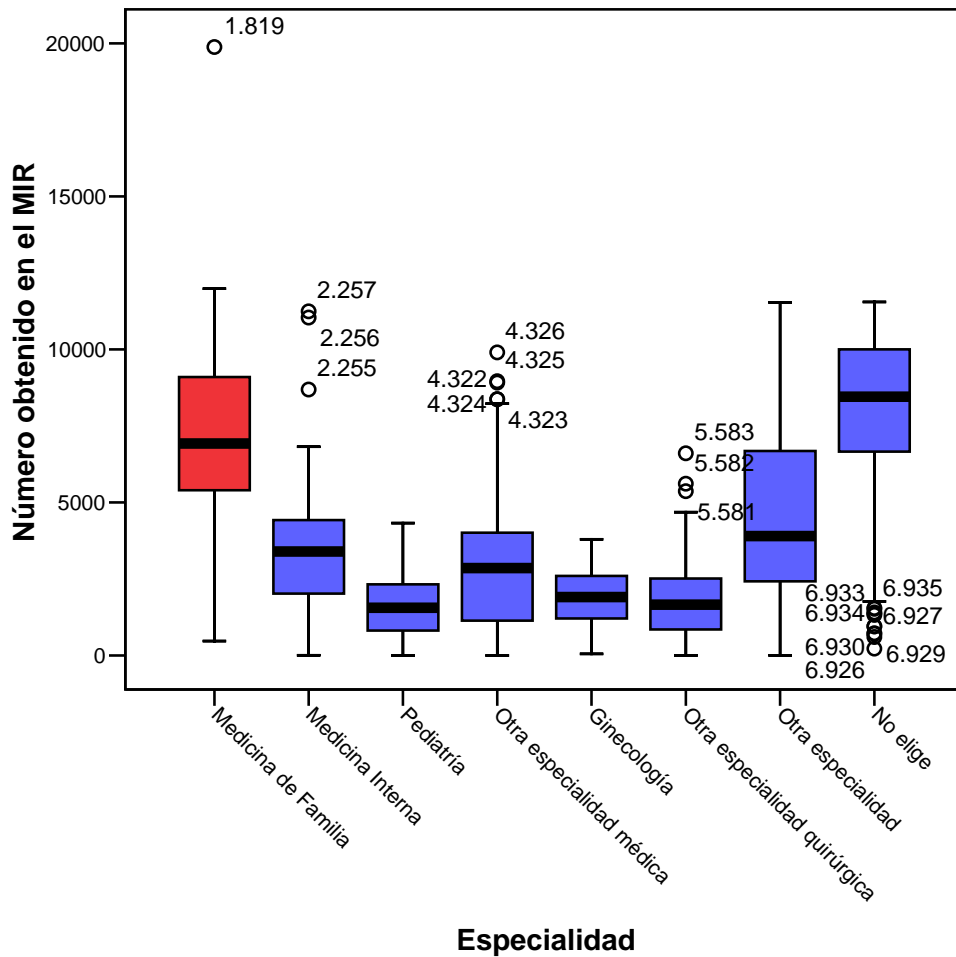
Figura 51
Número de personas que eligen distintas especialidades



La elección de medicina de familia se realizaba con un número de orden significativamente superior a otras especialidades (test de Kruskall-Wallis: $p < 0,0001$), como podemos ver en la figura 52.

Figura 52

Número de MIR con la que se eligieron las diferentes especialidades



Hemos comparado el número de licenciados de las facultades de Albacete y Sevilla, frente al resto, que eligen medicina de familia, con respecto a un grupo en el que se han englobado otras especialidades para las que consideramos que existía un interés especial por parte de los opositores (pediatría, ginecología, medicina interna y sus especialidades) y todas las demás (tabla VII). Era significativamente más probable que los estudiantes de Albacete y Sevilla eligieran estas especialidades que hemos considerado preferenciales, y que no se decantaran por la MF.

Tabla VII
Elección de especialidad en relación con la facultad donde se han graduado

	Albacete	Sevilla	Otras
Medicina de Familia	8	4	1951
Pediatría, Ginecología, Medicina interna y especialidades	40	22	2579
Otras especialidades	28	9	2320

Chi² = 23,2; p= 0,0001

Era más probable que las mujeres eligieran MF, pediatría, medicina interna y ginecología (tabla VIII).

Tabla VIII

	Mujer	Hombre
Medicina de Familia	1320	621
Medicina Interna (MI)	189	103
Pediatría	343	73
Especialidades de MI	1068	578
Ginecología	234	45
Otras quirúrgicas	488	489
Otras	792	539

$\text{Chi}^2 = 228,8; p < 0,00001$

4.7.3. CIUDAD ELEGIDA

En la tabla IX se muestran las ciudades seleccionadas por los estudiantes graduados en Albacete y Sevilla, poniéndose de manifiesto la preferencia por la cercanía geográfica.

	Facultad de Medicina de Albacete	Facultad de Medicina de Sevilla (Valme)
Albacete	31	0
Otra de Castilla-La Mancha	7	1
Sevilla	0	15
Otra de Andalucía	1	9
Madrid	13	4
Barcelona	1	1
Valencia	12	0
Murcia	3	2
Otras	8	3
Total	76	35

Como ya hemos señalado anteriormente, por medio de un análisis de regresión logística, se puso de manifiesto que la elección de MF por parte de los opositores que habían estudiado en las facultades de Albacete y Sevilla no depende de la ciudad preferida para realizar la residencia ni del sexo, sino tan solo del número de orden. Por otra parte, al analizar la elección de MF por el total de opositores, además del número de orden formaban parte del modelo que mejor la predice el sexo y la ciudad, pero no la facultad de origen.

V. D I S C U S I Ó N

5.1. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO CAMF

No hemos encontrado en la literatura cuestionarios que se adaptaran a los objetivos de nuestro estudio. En España no se han publicado estudios similares, aunque alguno (Buitrago et al (1994), Otero et al (1992), Quince et al (1993), Santos Suárez et al (2001)) ha abordado determinados aspectos que nosotros hemos querido estudiar. En cuanto a los estudios realizados en otros países, encontramos diferencias tanto en aspectos sociodemográficos o culturales, como en los contenidos de la disciplina.

Optamos pues por diseñar un instrumento *ad hoc* que incluyera aspectos teóricos que forman parte de la asignatura de Atención Primaria que se imparte en la Facultad de Medicina de Albacete, y preguntas relativas a la actitud de los estudiantes hacia la AP y la MF.

La primera cohorte incluida en esta línea de investigación fue conformada por estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete, que cursaron la asignatura de Atención Primaria en el año académico 2005-2006, sexto curso en el 2009-2010, y se presentaron a la oposición MIR en 2011.

El CAMF ha mostrado una deficiente validez de predicción respecto a la elección de MF, que sólo mejora en el último curso de la licenciatura. Esto probablemente no haya que considerarlo un demérito del cuestionario, sino que refleja la dificultad de establecer predicciones al abordar una toma de decisiones tan compleja, y en un periodo tan dilatado. Ha de considerarse en primer lugar que, al margen de los intereses de los graduados, la opción para elegir cierta especialidad está relacionada con la oferta de plazas y el número que hayan obtenido en la oposición. Pero, por

otra parte, no hay que olvidar que las preferencias por una determinada especialidad varían a lo largo de la formación de los estudiantes, dependiendo, entre otros factores, de las experiencias que hayan tenido en las distintas rotaciones clínicas.

Esto ha sido demostrado por diversos autores, como Erney et al (1994), que elaboraron un cuestionario con 29 ítems diseñados para valorar los conocimientos y las actitudes de los estudiantes en áreas de la práctica médica. De los 99 estudiantes, 23 estaban interesados por la AP (incluían dentro de esta área las especialidades de MF, Medicina Interna y Pediatría), 60 no lo estaban y 16 no se definían. Conforme los estudiantes tenían experiencia directa en la AP, las actitudes de los que preferían especialidades fuera de este nivel asistencial mejoraban considerablemente, a pesar de que siguiesen pensando en no realizar en el futuro una especialidad de AP.

También por medio de un cuestionario, Grayson et al (1996) determinaron los conocimientos y las actitudes hacia la AP de 212 estudiantes de primer curso de dos facultades en Estados Unidos. Como ya señalamos en la introducción, había una gran coincidencia de puntos de vista acerca de la importancia y la necesidad de la AP entre los estudiantes de ambas facultades, aunque existía una diferencia significativa en los porcentajes de estudiantes de cada una que planificaban realizar una carrera de AP. Esto implica que muchos estudiantes, a pesar de reconocer la importancia de la AP, no están interesados en especialidades de este nivel asistencial, de modo que habría que cuestionarse si la elección de MF como especialidad es un patrón de referencia adecuado desde el punto de vista de la predicción para un cuestionario que pretende valorar

conocimientos y actitudes hacia ella, lo que supondría una seria limitación de nuestro trabajo.

Otro estudio al que ya se hizo mención en la introducción es el de Henderson et al (2002), en el que los estudiantes subrayaban la experiencia personal en Medicina General como el factor más importante que influía en sus actitudes. La Medicina General era la única opción de carrera que aumentaba de manera significativa en popularidad entre el primer y quinto cursos. Esta actitud más positiva hacia la Medicina General cuando los estudiantes terminan sus años de pregrado se puede explicar por el mayor contacto con médicos generales, y sugiere que los esfuerzos de las facultades de Medicina por asegurar un currículo más equilibrado, con contenidos de AP, promueven actitudes positivas hacia ella.

En diferentes facultades de Medicina españolas se han realizado trabajos que valoran conocimientos y actitudes de sus estudiantes en los últimos años de la licenciatura (Otero et al (1992); Santos Suárez et al (2001)) que han demostrado que una rotación en AP es considerada positiva por los estudiantes. Martín Zurro et al (2012, 2013) diseñaron un cuestionario autoadministrado de 70 ítems (más 13 específicos para tercero y quinto) con seis opciones de respuesta en una escala tipo Likert. El cuestionario es anónimo e incluye preguntas sobre aspectos sociodemográficos y académicos. Realizaron dos cortes transversales en los cursos 2009-2010 y 2011-2012, obteniendo información de 5299 y 3869 alumnos, respectivamente, incluyendo estudiantes de primero, tercero y quinto de 22 facultades de Medicina que participaron (de las 27 españolas). Sólo 25% de los estudiantes de primer año tenía claras preferencias por una especialización, aumentando moderadamente el

interés por la MF a lo largo de los años de la licenciatura; hay mayor inclinación por las especialidades médicas hospitalarias (88-89%), seguidas de las quirúrgicas y la de Pediatría. El interés por la MF aumentaba con los años de estudio (36,7, 41,7 y 50,2% en primero, tercero y quinto, respectivamente; $p < 0,001$), independientemente de las características de los estudiantes o la facultad a la que asistieran. Entre tercer y quinto años, 54,6% de los alumnos decía que sus preferencias de especialidad habían cambiado durante los años de facultad, y 83,3%, que las rotaciones en centros de AP eran útiles. Estos autores (Delgado Marroquín et al, 2013), que conforman el Grupo de Investigación Universidad y Medicina de Familia (Unimedfam), que también da nombre al cuestionario que han desarrollado, coinciden en subrayar la limitación que supone no disponer de un patrón oro con el cual evaluar su validez de criterio.

5.2. CAMBIOS EN LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA MEDICINA DE FAMILIA

Nuestro estudio ha puesto de manifiesto la existencia de actitudes más favorables hacia la MF en los estudiantes de medicina de Albacete tras cursar una asignatura de AP, pero aún así es una opción laboral minoritaria.

En la Facultad de Medicina de Albacete, la opinión de los estudiantes sobre la MF y la AP empeora a lo largo de los años de sus estudios de grado, aunque era más favorable que la que mostraban los estudiantes de Sevilla al comienzo de 6º curso. Tras haber cursado la asignatura de Atención Primaria, un 69,3% de los estudiantes expresaba su agrado con la idea de trabajar en el futuro como médico de familia, proporción que

descendía significativamente, al 40,3%, al final de la licenciatura. Este porcentaje no difería significativamente con respecto al de los estudiantes de Sevilla al comienzo de sexto curso.

Para Kenny et al (2003) la exposición de los estudiantes a los contenidos de la MF en las primeras etapas de su estudios de grado aumenta su interés por la especialidad.

Resulta llamativo el empeoramiento en las opiniones de nuestros estudiantes hacia la MF y la AP en 6º curso. Según los resultados de Martín Zurro et al (2012,2013) sería de esperar que estas fueran siendo más positivas. Sin embargo, no debemos olvidar que la rotación por AP era la primera experiencia clínica de los estudiantes de Albacete, lo que podría haber dado lugar, en palabras de Miettola et al (2005), a un efecto de “luna de miel”.

En un interesante trabajo publicado por Dornan et al (2006) se recopilaron los resultados de estudios que analizan experiencias de prácticas en consultas en los primeros años de la licenciatura de Medicina, que en un 71% de los casos tenía lugar en AP/comunidad/MF. Los autores llegaron a la conclusión de que estas experiencias motivaban y satisfacían a los estudiantes y los ayudaban a aclimatarse a los ambientes clínicos, a desarrollarse profesionalmente, a relacionarse con los pacientes con mayor confianza y menos estrés. Estas experiencias tempranas aumentaban el número de graduados que optaban por la práctica médica en AP y en el ámbito rural.

Los estudiantes en sexto curso tenían mayor nivel de acuerdo en que “los médicos de familia tienen una gran sobrecarga asistencial”. Por otra parte, tenían un mayor nivel de desacuerdo con que “el médico de familia se ocupa de problemas de salud de poca importancia”, lo que podría traducir una mayor sensibilización acerca de las condiciones de trabajo y la relevancia profesional de quienes ya se ven como futuros colegas.

Los estudiantes de sexto curso tenían mayor nivel de desacuerdo con “el médico de familia se ocupa de problemas de salud de improbable solución”.

Sin embargo este ítem se consideraba de conocimiento, correspondiendo con uno de los contenidos de la asignatura de AP, en referencia a los problemas de salud crónicos. Por este motivo, muchos de los estudiantes al final de curso así lo entendían y lo señalaban en el cuestionario. Obviamente, los estudiantes de sexto han olvidado este matiz, y tienden a dar una respuesta “políticamente correcta”, en la misma línea que hacen los estudiantes de Sevilla.

En cualquier caso, los estudiantes de sexto curso de Albacete mostraban en general mejores opiniones que sus homólogos de Sevilla, a principios de curso. Esas diferencias eran especialmente llamativas en relación a la consideración que muestran los pacientes con la atención primaria, la mayor eficiencia de esta, el buen conocimiento del trabajo del médico de familia, la valoración de la Medicina de familia en la Facultad y la prestación de asistencia en consulta y a domicilio del médico de familia.

Nuestros resultados serían discordantes con los de Martín Zurro et al (2012, 2013), para quienes el interés por la MF se incrementa

moderadamente a lo largo de los años de estudio. Los estudiantes que participaron en este trabajo valoraban el papel social de la MF más que sus fundamentos científicos, y solo un 20% creía que la especialidad era adecuadamente respetada dentro de la profesión médica. Hay que subrayar las diferencias metodológicas entre ambos estudios, ya que mientras nosotros estamos estudiando una cohorte y nuestro análisis es sobre los mismos individuos a lo largo del tiempo, ellos analizan diferentes cortes transversales. Por este motivo, no podemos descartar que sus resultados estén sesgados por un efecto de cohorte, que podría estar condicionando las opiniones de los estudiantes de los distintos cursos.

En cualquier caso el hecho de que el interés por la MF pueda aumentar con los años de estudio, podría estar en relación con el impacto que pueda tener la experiencia de los estudiantes en rotaciones clínicas (Kruschinski et al (2011) o en un curso específico sobre sus actitudes hacia la especialidad. Sin embargo, las experiencias clínicas en AP no siempre han demostrado ese impacto tal y como demuestran Xu et al (1999).

Para Martín Zurro (2009), si los estudiantes y recién licenciados conocen y entran en contacto con una MF y AP en la que los profesionales se sienten poco motivados e incentivados, trabajan en entornos poco satisfactorios y tienen escasas perspectivas de desarrollo profesional y personal, la percepción de estas circunstancias incrementará el mayor desinterés de los estudiantes por acercarse a la MF. Por ello es necesario situar en un contexto de mayor prestigio científico, profesional y social el ejercicio de la medicina de familia si queremos que el contacto de los estudiantes con ella tenga efectos positivos.

Rodriguez et al (2015), interesados en la influencia del discurso académico sobre la MF en la elaboración de la identidad profesional de los estudiantes durante su formación de pregrado, constatan que el proceso de construcción de la identidad profesional comienza durante el proceso formativo, cuando los estudiantes internalizan las normas, valores y relaciones de poder que caracterizan la identidad colectiva de la profesión a la que se aspire.

La formación de la identidad profesional en las facultades de medicina puede ser un reto para futuros médicos de familia. Apker y Eggly (2004), estudiaron la construcción de la identidad profesional de carácter social de los médicos. Llegaron a la conclusión de que las prácticas discursivas aplicadas en la enseñanza formal de esta actividad legitiman una identidad profesional que promueve la tecnificación y un mejor enfoque de carácter biopsicosocial en la atención a los marginados. En última instancia, este hallazgo indica que disciplinas como la MF, que abogan por un enfoque biopsicosocial integral a la práctica clínica, pueden estar perdiendo prestigio entre los médicos.

En cuanto a las actitudes hacia la MF, nuestros estudiantes consideraron que los conocimientos en MF eran útiles, aunque se inclinaban por otras especialidades médicas. Entre otros motivos que apoyan nuestro razonamiento, destacamos el hecho de que algunas actividades de los médicos de familia son típicas y frecuentemente exclusivas de atención primaria, por lo que su conocimiento solo puede ser adquirido en el entorno de la atención primaria.

Soler-González et al (2013), se han mostrado interesados en evaluar la percepción y la satisfacción respecto a la adquisición de competencias sobre la especialidad de MF por parte de los estudiantes de pregrado matriculados en el primer año de instauración de la asignatura obligatoria en la Facultad de Medicina de la Universidad de Lleida. Realizaron un estudio de investigación mediante la administración de cuestionarios de satisfacción constituido por 62 preguntas cerradas y una abierta usados en la valoración de los cursos de diversas sociedades científicas. Contestaron a los cuestionarios 107 alumnos matriculados en la asignatura de AP.

Constaban de una primera parte en la que se les realizaban 19 preguntas para evaluar su satisfacción sobre el grado de formación y los conocimientos de la MF, la metodología empleada en la docencia y los temas de organización.

La segunda parte del cuestionario exploraba la satisfacción del alumno sobre el grado de conocimiento adquirido en las competencias de la asignatura. Estas competencias se atribuían como específicas y transversales y la tercera parte del cuestionario valoraba con 31 preguntas cada una de las clases, talleres y seminarios, agregados por temas similares. El objetivo de esta parte era conocer de forma mixta la impresión subjetiva del interés del tema en concreto del alumno y de la técnica docente empleada.

Los alumnos (82 estudiantes eran mujeres (76,6%)), con una edad media de 20,13 años), consideraron que la asignatura transmitía bien los conocimientos y que conseguía transmitir una visión integral del individuo respecto a la enfermedad. Los estudiantes que habían realizado la asignatura obligatoria de MF manifestaron una opinión claramente favorable

y valoraron haber adquirido las competencias del programa de pregrado que tenían asignadas, coincidiendo con el primer año de implantación de este programa de estudios. Los datos de la encuesta evidenciaron que los alumnos valoran adecuadamente la adquisición de competencias que la asignatura se había planteado como objetivo. Además, han adquirido la visión de la enfermedad de una forma holística, longitudinal e integradora. Se aplicaron nuevas metodologías docentes en el proceso de integración de las competencias clínicas utilizando en las clases las técnicas pedagógicas del *role-playing*, reflexiones con casos clínicos simulados, solución de problemas y los trabajos de reflexión y autoaprendizaje tutorizados en línea, todas ellas prácticas habituales docentes en MF y que, a la vista de los resultados obtenidos, permiten afirmar que han sido muy bien acogidas y bien puntuadas por los estudiantes.

Los docentes se plantearon en un principio la pertinencia de realizar prácticas asistenciales tuteladas en los centros de salud en estadios tan tempranos de la carrera, pero la evaluación de esta experiencia por parte de los estudiantes ha resultado muy satisfactoria. Incluso de manera subjetiva demandaron mayor tiempo de asistencia a los centros de AP y poder seguir así un mayor número de pacientes.

Nuestros resultados están en consonancia con los obtenidos por Soler-González et al, y pueden explicarse por la inmersión precoz de los estudiantes en el medio clínico y que se llevan a cabo en la Facultad de Medicina de Albacete.

En nuestro trabajo, los estudiantes muestran una opinión favorable a la enseñanza de la MF en las facultades de Medicina, como también

confirma el trabajo de Martín Zurro et al (2012,2013), en el que la gran mayoría creía que debería ser obligatoria y que las rotaciones en centros de AP eran útiles. Otros estudios realizados en nuestro país confirman la opinión positiva de los estudiantes sobre las rotaciones en centros de salud (Otero et al, 1992; Quirce et al, 1993; Buitrago et al, 1994; Santos Suárez et al, 2001)

La MF existe como especialidad en España desde hace más de 30 años. Sin embargo la enseñanza de esta disciplina en la universidad es muy reciente y de implantación muy desigual en las diferentes facultades. La Facultad de Medicina de Albacete, con poco más de una década de existencia, ha tenido en su plan de estudios inicial una asignatura obligatoria de Atención Primaria en segundo. Esta era la primera experiencia clínica de los estudiantes. Realizaban prácticas de Psicología en tercer curso y de Medicina y Cirugía general II en quinto curso en los Centros de Salud.

Esta actitud más positiva hacia la Medicina General cuando los estudiantes terminan sus años de pregrado se puede explicar por el mayor contacto con médicos generales, y sugiere que los esfuerzos de las facultades de Medicina por asegurar un currículo, más equilibrado, con contenidos de atención primaria, promueven actitudes positivas hacia esta.

5.3. Elección de Especialidad

5.3.1. Elección de especialidad de los estudiantes de Albacete y Sevilla

MF es una opción minoritaria como especialidad, sin diferencias significativas entre las dos facultades. A pesar del elevado porcentaje de estudiantes que expresaba su agrado con la idea de trabajar en el futuro como médico de familia, eran muy pocos los que finalmente lo hacían. Por otra parte, y de forma llamativa, uno de los 5 graduados de Albacete que elegían MF en el MIR mostraba en sexto curso desacuerdo con este planteamiento.

Xu et al (1999) preguntaron a médicos generales de EEUU si habían tenido un gran interés por la AP antes de sus estudios de medicina y si este interés cambió durante los años de facultad, con un enfoque especial en las experiencias clínicas en este nivel asistencial. De las respuestas de 1561 participantes que pudieron analizar encontraron que para el 7% el nivel de interés por la AP había disminuido durante su formación, para el 48% se había mantenido constante y para un 45% su interés había aumentado. Un aumento del interés por la AP estaba fuertemente asociado con haber tenido cursos de AP optativos. Sin embargo las experiencias en AP no habían tenido impacto sobre el interés de los estudiantes en seguir especialidades de AP. Por tanto, los estudiantes que eligen un currículum en consonancia con sus expectativas e inclinaciones previas son aquellos que podrían ver aumentado su interés por una carrera de medicina general. Además, aquellos cuyo interés aumenta durante su formación de grado es más probable que permanezcan en AP 10 años después de su graduación, en comparación con aquellos cuyo interés por la AP disminuía. Este es otro

indicador de la importancia de la educación médica, no solo incrementando el interés por la AP sino también manteniéndolo después de la graduación.

Menárguez Puche et al (2010), mediante un cuestionario autoadministrado recogieron valoraciones subjetivas de alumnos de 2^o ciclo de la Facultad de Medicina de Murcia. Entre otras cuestiones que ya hemos descrito anteriormente les preguntaron si elegirían MF para su formación posgraduada. 216 estudiantes (un 66,2% de mujeres) contestaron el cuestionario voluntariamente, con una tasa de respuesta global del 47,16% sobre el total de alumnos matriculados.

Respecto a la posibilidad de elegir MF para su formación posgraduada sólo el 1,4% de los encuestados la tenía como primera elección, mientras que un 48,1% la consideraba entre sus alternativas. Un 35,2% de los alumnos contestó que sólo la elegiría si no consiguiera acceder a otras especialidades y un 15,3% que nunca lo haría. No hubo diferencias por género en cuanto a las preferencias por MF.

En cualquier caso, es evidente que el desprestigio social y el que otros profesores le conceden a la MF, sumado a la imposibilidad de que la conozcan de forma más completa y objetiva, podrían influir en este resultado.

Para el grupo UNIMEDFAM (Selva Olid et al, 2012), aunque algunos estudiantes encuentren llamativa la MF, es vista, en general, como una carrera de bajo interés y prestigio. Sugieren siete cuestiones generales para explicar esta situación. En primer lugar, el ámbito y el contexto de la práctica sería uno de los temas principales, que englobaría subtemas vinculados, como la percepción de la variedad de la especialidad, la

amplitud de la práctica, la perspectiva global y la flexibilidad que no interfiera la vida familiar. Otros aspectos serían, el ser una especialidad de menor interés o intelectualmente menos desafiante (tratar enfermedades comunes, repetitiva, trabajo casi administrativo), influencia de modelos de rol, ya sean positivos o negativos, y de la sociedad (comentarios negativos de otros profesionales, compañeros y familia), bajo prestigio, pobre remuneración, influencias de la facultad de medicina (importancia tanto de la duración como de la calidad de la exposición), formación de postgrado (menor duración y menor intensidad percibidos como aspectos positivos).

Coincidimos con López-Roig et al (2010), para quienes la MF parece estar muy devaluada como actividad profesional, entre los estudiantes de medicina, que la ven como una práctica médica monótona y no tecnificada, sin atractivo intelectual. Esta visión negativa, que ya aparece en etapas tempranas de la formación médica, lleva a una falta de identificación de los estudiantes con este nivel asistencia.

En palabras de Sheldon (2003), a pesar de las diferencias importantes en planes de estudios, los diferentes modelos asistenciales y datos demográficos socioculturales, la literatura actual pone de relieve una tendencia generalizada hacia la especialización de los médicos en los países desarrollados.

En este sentido, en palabras de Martín Zurro (2009), a lo largo de la licenciatura se van potenciado los paradigmas hegemónicos en el ámbito de la medicina, centrados en tecnologías y patologías sofisticadas y en la atención hospitalaria. Pero no se trata, como se quiere hacer ver en muchas ocasiones, de un simple problema derivado del mutuo

desconocimiento ante la falta de departamentos o asignaturas de medicina de familia o atención primaria, aunque estos factores también contribuyen. Si los estudiantes y recién licenciados la conocen y entran en contacto con una medicina de familia y atención primaria en que los profesionales se sienten poco motivados e incentivados, trabajan en entornos poco satisfactorios y tienen escasas perspectivas de desarrollo profesional y personal, la percepción de estas circunstancias incrementará el desencuentro. Por ello es necesario situar en un contexto de mayor prestigio científico, profesional y social el ejercicio de la medicina de familia si queremos que el contacto de los estudiantes con ella tenga efectos positivos.

5.3.2. Prioridad concedida a la elección de la especialidad de MF entre los opositores de la convocatoria MIR de 2011

La elección de MF en 2011 se realizó con un número de orden significativamente superior (puntuación inferior en ranking) a otras especialidades como Pediatría, Medicina Interna y sus especialidades, o Ginecología.

Tradicionalmente se ha considerado la MF como una de las especialidades que menos interesan a quienes se presentan al examen MIR. De hecho, existe la idea de que, salvo llamativas excepciones, es elegida solo por quienes no tienen otra opción, lo que coincide con los últimos números de entre los que eligen. El Informe SESPAS 2012 incide claramente en estos aspectos, subrayando además “la senda de deterioro” que sigue la MF desde 2004-2005 en cuanto a las preferencias de los

oposidores, que la han llevado al puesto 44 entre las especialidades MIR (solo por delante de las 3 que se realizan en escuelas y no en centros asistenciales), al tiempo que el número de plazas convocadas se mantiene estable, ligeramente a la baja. En este estudio se concluye que, a fin de evitar desequilibrios estructurales, es necesario poner más énfasis durante el grado en la MF, con dotaciones de profesorado adecuadas, a la vez que priorizar la formación postespecialización de los médicos de familia.

En la actualidad, la MF tiene una presencia irregular en el currículo de las facultades de medicina españolas. Por otra parte se da, al igual que en otros muchos países, lo que Block et al (1996) definieron como “un clima frío hacia la atención primaria muy extendido en ámbitos académicos”. De alguna manera, las facultades de medicina desaniman a los estudiantes para elegir la MF como opción laboral (Hill-Sakurai et al (2003); Maridis et al (2007)). Sin embargo, cuanto más conocen los alumnos la realidad del sistema sanitario, más valoran la necesidad de la presencia en el pregrado de contenidos de atención primaria, la función que en él desempeña la MF y la importancia de aspectos que serán básicos para los que acaben ejerciendo como generalistas (Domingo I Salvany ,1997).

Como bien señala el Informe SESPAS 2012, la crisis de la atención primaria no es un problema exclusivo de España. En Estados Unidos la proporción de médicos de familia ha evolucionado del 17,3% en 1997 a un 10,5% en 2002 y a un 9,2% en 2003 tal y como analizan Senf et al (2004) y tiene una especial trascendencia en el ámbito rural. La reciente disminución en el número de médicos que entran en especialidades de atención primaria, junto al hecho de que menos del 4% de los graduados en facultades de medicina planea trabajar en áreas rurales y pequeñas

ciudades, ha aumentado la preocupación por el futuro (Rabinowitz et al (1999)).

Desde 1977 la American Academy of Family Physicians ha reconocido la necesidad de realizar esfuerzos para aumentar el interés entre los estudiantes por la MF como especialidad. En esta línea, en 1988 se creó la *Task Force on Student Interest*, cuyas metas eran que todas las facultades de medicina tuviesen un departamento de MF, aumentar el número de graduados que accediesen a la residencia de MF y que se incrementase la producción de clínicos cualificados, profesores e investigadores en este campo (Pugno et al (2000)).

En España hablar de atención primaria es hablar de MF básicamente, ya que solo existe otra especialidad médica en este ámbito: la pediatría, que atiende a los niños hasta los 14 años. Sin embargo el descenso del interés de los graduados no es solo por la MF, sino que afecta también a otras especialidades que en otros países también trabajan en atención primaria. Se ha atribuido, entre otros factores, a la falta de reconocimiento como especialidades de las disciplinas de atención primaria, lo que ha llevado a una disminución del valor percibido por los estudiantes. En parte, tal desprestigio está determinado por el hecho de que muchas especialidades hospitalarias se han hecho más competitivas, han ganado en fama y son más deseadas (Fincher et al (1994)).

Así muchos graduados tienden a seleccionar especialidades que no son de atención primaria, basándose en consideraciones de prestigio e ingresos económicos (Whitcomb et al (1992); Bodenheimer et al (2007); González López-Valcarcel et al (2012)).

Para Pratt et al, (2006), y Beaulieu et al, (2008) son muchos los desafíos a los que se deben enfrentar los residentes de medicina de familia que luchan por la formación de la identidad en el ámbito hospitalario.

Rodriguez et al (2015) tratan de examinar la reputación de la MF y la identificación de los estudiantes de cuatro escuelas de medicina ubicadas en cuatro países diferentes: Canadá, Francia, España y el Reino Unido (UK) comparando los resultados de diferentes países para agudizar la comprensión de un tema emergente que afecta a la educación médica en todo el mundo.

El estudio se realizó entre 2007 y 2009 mediante la realización de 18 grupos de enfoque con un total de 132 alumnos de mitad de período (de segundo y tercer año) y último año (cuarto, quinto y sexto año) y 67 entrevistas individualizadas a 22 profesores de diversas especialidades médicas y quirúrgicas.

Analizaron las características de la práctica de la medicina de familia, el conocimiento y las habilidades necesarias para ser un médico de familia, el prestigio / reputación de la disciplina, y las actitudes de los estudiantes y los educadores hacia medicina familiar como una opción de carrera y respondieron a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo los estudiantes de medicina y sus profesores consideran la disciplina de la medicina de familia? y ¿De qué manera estos discursos académicos influyen en la elección de carrera por los estudiantes de medicina?.

El hallazgo más sorprendente fueron las respuestas divergentes entre los participantes de la facultad en la que los estudiantes fueron expuestos ampliamente a la MF desde el inicio de su formación (Reino Unido)

comparado con los que no se habían expuesto desde el inicio de su formación de grado (Canadá, Francia y España).

En el caso del Reino Unido, la disciplina era vista con prestigio, con los conocimientos y habilidades necesarias y era altamente valorada por los estudiantes y profesores así como en el ámbito hospitalario. En los otros tres casos, la MF fue relegada a una valoración inferior haciendo especial hincapié en su falta de tecnología innovadora, y ya sea abierta o por medio de un discurso académico que enfatizaba la importancia de la AP en cuidados de salud.

De acuerdo con los estudiantes y profesores, el prestigio de la medicina de familia en el Reino Unido estaba asociado a unas mejores condiciones de trabajo para los médicos de familia.

Este hallazgo confirma la relación entre el prestigio de una especialidad dentro de una institución académica y su prestigio en la sociedad (intertextualidad).

Del análisis se deduce que, en general, la MF tiene una mejor reputación en las escuelas de medicina en el que los alumnos están expuestos de manera precoz, pudiendo identificarse más fácilmente con la MF como disciplina durante su formación, y por tanto más eventualmente elegir la medicina familiar como una carrera. De los resultados obtenidos, los autores aportan que cuanto más estrictos sean los criterios de selección aplicados a los programas de formación en MF podrá hacerlos más competitivos, como es el caso en el UK. De este modo, se podría evitar el actual estado en el que medicina de familia se percibe como el último recurso. En otras palabras, el aumento de la competencia para los puestos

de formación en MF sería retratar la disciplina como una buena recomendación como opción profesional para el mejor de los estudiantes, lo que podría mejorar la reputación de la disciplina entre los estudiantes y la facultad.

En España queda todavía un largo camino por recorrer, tanto en el asentamiento como disciplina académica como en la valoración social de la especialidad.

La Facultad de Medicina de Albacete, con poco más de una década de existencia, fue pionera en la inclusión de un modelo pedagógico innovador así como en su plan de estudios de una asignatura de Atención Primaria, contando con la presencia de los estudiantes de medicina en los centros de salud para la realización de prácticas. La asignatura de Atención Primaria se incluyó en el segundo curso de la licenciatura con 5 créditos, de los que 3,5 eran exclusivamente prácticos, lo que ha permitido que los estudiantes realizasen una semana de prácticas en los centros de salud, constituyendo su primer contacto con la clínica.

Se cumplía así un objetivo claramente expresado en la Memoria de creación de la Facultad de Medicina (1998), en la que se subrayaba que “un peligro de los centros universitarios es el que, por sus características, concentraban la patología muy especializada, que origina una deformación del estudiante, con lo cual la adquisición de las habilidades clínicas puede ponerse en peligro”. Este problema se pretendía subsanar “mediante la integración real y efectiva de los Centros de Atención Primaria en la enseñanza de la medicina”, en consonancia con la propuesta del Consejo de Universidades “respecto de la necesidad y conveniencia de contar para

la formación clínica de los estudiantes con los Centros de Atención Primaria que el Estado pueda poner a disposición de las Universidades”.

La MF, en palabras de Bonal et al (1998) y Casado et al (1997), debe ser en las Facultades de Medicina lo que la AP debe ser en el Sistema de Salud: su función central y su núcleo principal. En este aspecto la Facultad de Medicina de Albacete ha sido pionera y un referente para el resto de las facultades de medicina españolas.

Somos conscientes de la dificultad de establecer predicciones en relación con una toma de decisiones tan compleja, como es la elección de una especialidad médica. Asumimos que nuestro planteamiento, al tratar de describir la prioridad concedida a la elección de la especialidad de MF entre los opositores del MIR-2011, así como los factores que podrían estar asociados con esta elección, está limitado por el escaso número de variables analizadas. Supone, sin embargo, en nuestra opinión un punto de partida desde la base de nuestras conclusiones.

Nuestros resultados, tanto en cuanto a que la elección de MF se realice con un número de orden significativamente superior a otras especialidades, tal y como hemos especificado anteriormente que se corresponde con peor puntuación MIR, como con la mayor preferencia por esta especialidad entre las mujeres, son consistentes con los presentados por González López-Valcárcel et al (2014), no en vano nuestros trabajos incluyen en parte idénticos sujetos de estudio.

La mediana del número de orden en la oposición para elegir MF fue 7894. En palabras de González y Barber (2012), la mediana de ese número

de orden expresa la “cotización” de la especialidad en el mercado de profesionales médicos: cuanto más alta menos demanda de la especialidad.

Como también señalan estas autoras, es cierto que la MF es elegida en ocasiones por candidatos que tienen muy buena puntuación, lo que constituiría un indudable indicio vocacional, subrayando asimismo que los candidatos MIR tienden a preferir plazas en los centros asistenciales donde han hecho las prácticas clínicas durante el grado, motivo porque el que incluimos esta variable en nuestro análisis.

Ya hemos comentado la situación en EEUU, pero el escaso interés de los graduados por la MF podemos verlo también en otros países. Así, en Canadá, la proporción de estudiantes de medicina que eligen MF como primera opción de residencia fue descendiendo, desde un 44% en 1992 a un 25% en 2003, quedando plazas vacantes en las pruebas de selección (Wright B et al, 2004), manteniéndose una disminución gradual hasta el año 2005, seguido de un ligero aumento desde entonces, tal y como demuestran Wright S et al (1997), Bethune et al (2007), Vanasse et al (2011).

En el interesante trabajo realizado por Rodriguez et al (2015) referido anteriormente en el que los investigadores exploran la influencia del discurso académico en estudiantes de pregrado y profesores, estudiantes de medicina canadienses señalaron que la práctica de la MF incluye las relaciones a largo plazo con los pacientes, permite flexibilidad en la práctica clínica, y ofrece diversas opciones para posibles subespecializaciones futuras. Ellos perciben estos atributos como positivo o negativo de acuerdo a sus preferencias individuales. Señalaron que la gran característica que la conforma relacionada con la base de conocimientos que comprende la

especialidad no fue reflejada durante su formación de grado.; por el contrario, destacaron unánimemente cómo se les animó desde la Facultad a la especialización, ejerciendo desde el ámbito hospitalario la influencia negativa al estudiante que la consideraba entre sus opciones.

En cuanto a prestigio, muchos estudiantes encuestados describen una visión mediocre hacia los médicos de familia. Incluso los estudiantes comentan la necesidad en la justificación de la elección a los compañeros de clase, maestros y miembros de la familia.

Con respecto a las actitudes hacia la especialidad, los estudiantes consideran diferentes opciones de carrera adecuados o inadecuados en función de sus valores e intereses personales. En consecuencia, para algunos, la elección de la medicina de familia fue una decisión altruista que les permitía mantener una elevada calidad de vida.

A diferencia de los estudiantes, los profesores atribuyen la disminución del interés de los estudiantes en MF a las limitaciones del sistema de salud, íntimamente relacionado a atributos económicos y sobrecarga asistencial También reflejaron que la gran cantidad de puestos de formación disponibles hace que la disciplina sea menos competitiva.

Reconocen la importancia de la MF en el sistema de atención de salud en términos de accesibilidad y calidad de la atención, declarando abiertamente que anima a los estudiantes más brillantes a perseguir otra especialidad que no sea MF.

En Reino Unido esta cuestión se ha venido planteando desde los años sesenta del siglo pasado, debido a una falta de aspirantes a pesar de

existir plazas disponibles: solo un 13% de mujeres y un 7% de hombres graduados manifiestan su interés por una carrera de Medicina General (Ali y Jones, 2003).

Aún así, en palabras de Rodríguez et al (2015), y continuando con las percepciones de estudiantes y profesores, en el Reino Unido, el Consejo Médico General alienta activamente la formación de pregrado en la comunidad. En contraste con los de otros casos, los estudiantes del Reino Unido fueron expuestos ampliamente en contextos académicos y clínicos a diferentes aspectos de la medicina familiar. Estudiantes y profesores señalaron la importancia de modelos positivos que promueven la MF como una opción de carrera válida. Los estudiantes también identifican la estrecha relación de los médicos de familia con sus pacientes como beneficioso y lo reflejan como el elemento central de la disciplina, visualizando a los médicos de familia como verdaderos médicos con la tecnología integrada en su práctica clínica habitual.

Asocian la práctica con la libertad y la autonomía, y la diversidad en la consulta fue percibida como un reto atractivo para la mayoría de los estudiantes del Reino Unido que consideran ciertas especialidades del hospital como monótonas y sin alicientes. En cuanto a conocimientos y habilidades los estudiantes, sin embargo, estaban preocupados por la amplia base de conocimientos asociados a la MF y por la falta de un diagnóstico o el manejo de la incertidumbre.

Curiosamente, esta opinión parece estar estrechamente relacionada con la opinión de que, en un hospital, las deficiencias en el conocimiento de un médico podrían ser contrarrestados por el conocimiento de los demás en el equipo, mientras que la medicina de familia carece de trabajo en equipo y el apoyo entre pares. Los estudiantes también reconocieron la importancia

de las habilidades interpersonales en la atención primaria y curiosamente sentían que eran innatas. En cuanto a prestigio, lo consideran en alta estima, y claramente relacionado con su autonomía profesional y salarial.

Al mismo tiempo, los estudiantes sentían que los consultores de hospitales carecen de respeto por la práctica de la medicina de familia, sin embargo, este punto de vista fue controvertido, ya que muchos consultores del hospital más jóvenes se muestran rotundamente en desacuerdo. Con respecto a la Actitud, los estudiantes consideraron que MF permite una mejor calidad de vida, percibiéndose como mejor equilibrio trabajo / vida, opinión mayoritaria especialmente en para las mujeres, en términos de flexibilidad.

Estudiantes de medicina franceses tenían percepciones mixtas y actitudes ambivalentes hacia la MF. Ellos apreciaban el contacto directo con los pacientes y señalaron la importancia de la empatía y dar consejos, aunque percibían la disciplina muy exigente, estresante, y de aislamiento. Los profesores compartían este punto de vista. Con respecto a la práctica, algunos estudiantes consideraban que se sentían más seguros en el hospital, mientras que otros creían que una ventaja importante de la MF era la ausencia de la jerarquía médica presente en el ámbito hospitalario y la posibilidad de la toma de decisiones autónoma.

Con respecto a conocimientos y habilidades, estudiantes franceses reflejaron sentirse en conflicto en relación con los conocimientos y habilidades necesarias para la práctica de la MF. Es necesario un amplio conocimiento y un buen enfoque clínico, sin embargo, algunos percibieron esta característica como intimidante. Pensaban que el estar seguro de sí mismo y proporcionar la atención centrada en el paciente eran fundamentales para ser un buen médico de la familia, con grandes

habilidades para manejar la amplitud de los problemas clínicos de los pacientes y para gestionar colaboraciones con especialistas y otros profesionales de la salud. Los profesores compartieron esta opinión, añadiendo que es cada vez más importante para los médicos de familia que permanezcan actualizados en biomedicina para mantener las relaciones médico-paciente de alta calidad.

Dicho esto, de acuerdo con los estudiantes franceses, la MF tiene una imagen negativa en los hospitales mostrando la falta de información sobre el papel y la práctica de los médicos de familia, porque no interactúan durante la formación de pregrado, con percepciones basadas en una jerarquía médica tradicional, situando la MF en la parte inferior. Sentían que esta percepción era lamentable e incluso injustificadas, y pensaban que estaba respaldada por la sociedad y la familia.

Una vez más, los profesores comparten esta percepción: "Los criterios actuales apoyan claramente especialidades técnicas; tienen más peso, incluso en las instituciones y de la mente de las personas. Por otra parte, los estudiantes creen que muchos médicos de familia estaban descontentos con sus condiciones de trabajo, por lo tanto este desaliento influye aún más en aquellos que podrían estar considerando esta carrera.

En un contexto académico en el que la MF era de hecho "invisible" en la formación de pregrado, los estudiantes señalaron que la disciplina no fue retratada positivamente. Contribuía a este sentimiento el hecho de que algunos médicos de familia devaluaron la disciplina en público.

Por último, las opiniones son el reflejo de una sociedad que valora la práctica de la medicina en las zonas urbanas más que en las zonas rurales y desfavorecidas.

Estudiantes de medicina españoles, incluidos aquellos en las primeras etapas de su formación, minusvaloran la MF por considerarla desmotivante, con escasa tecnología y aburrida, sin claro objetivo, mostrando alguno de ellos cierto rechazo en la atención a pacientes de edad avanzada.

En un contexto académico en el que los estudiantes de medicina no fueron expuestos a la disciplina en su formación de pregrado, algunos profesores estuvieron de acuerdo con los estudiantes en que la medicina de familia se centra en gran medida en las relaciones médico-paciente; al igual que sus alumnos, también creían que la medicina de familia es esencial para el sistema de salud. Con respecto a los conocimientos y habilidades, los estudiantes demostraron una imagen mucho más positiva y completa del papel del médico de familia como guardián y administrador de casos.

Las primeras proyecciones y referencias no fueron percibidas como prácticas superficiales y reflejaron que se requieren competencias y habilidades para reducir la aparición de situaciones de riesgo y proporcionar tratamiento oportuno.

Los profesores observaron que los médicos de familia atienden a pacientes de manera integral y que su papel preventivo produce efectos positivos en términos de resultados de salud. En contraste con los estudiantes que mostraron puntos de vista más negativos, profesores elogiaron a los médicos de familia en cuanto a habilidades de diagnóstico y amplio conocimiento médico.

A pesar de las percepciones positivas de los profesores de la práctica de la medicina de familia y las técnicas aplicadas, el énfasis en el conocimiento especializado y la atención en esta familia de la escuela hizo la MF una opción de carrera indeseable. Por ejemplo, algunos educadores

compartieron sus creencias que el énfasis en la relación médico-paciente era el único rasgo distintivo de la medicina de familia, mientras que las especialidades se caracterizaron por las tecnologías médicas innovadoras específicas. Y reconocieron la falta de prestigio tanto en el sistema de atención de salud y la sociedad en general.

En un contexto académico en el que los estudiantes de medicina rara vez o nunca están expuestos a la práctica de la medicina familiar en la formación de pregrado, un discurso paradójico surgió de comentarios tanto de los educadores y de los alumnos: La medicina de familia se percibe como importante para la continuidad de la atención y mejores resultados en prestación de atención de salud, sin embargo, se muestra menos prestigiosa como disciplina. Esta percepción ha impedido a los estudiantes la identificación con la medicina familiar como una carrera.

De igual modo, únicamente una minoría de graduados australianos muestra interés por carreras de Medicina General: alrededor de la cuarta parte eligió esta opción en 2002, de modo que quedaron sin cubrir plazas de formación (Tolhurst et al, 2005).

Se ha sugerido que los estudiantes que han tenido asignaturas obligatorias de MF en su curriculum tendrían un mayor interés por la MF, aunque nuestros resultados no confirman esa hipótesis.

En un estudio realizado por Lynch et al (1998) en el que se contrastaban las opiniones hacia la atención primaria y las preferencias por una carrera por parte de estudiantes de primer y cuarto curso, encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los de

primer curso consideraban la práctica de la atención primaria más estimulante intelectualmente, con necesidad de una gran base de conocimientos para su ejercicio, considerando que permitía mayor control de las horas de trabajo y gozaba de un gran prestigio social. Por el contrario, los estudiantes de cuarto curso estaban en desacuerdo con la afirmación de que la atención primaria estaba bien compensada económicamente y en horas de trabajo, y de que tenía más prestigio social.

Así pues, las percepciones positivas de los estudiantes hacia la práctica en atención primaria pueden cambiar a medida que se desarrollan durante los años de la facultad percepciones realistas acerca de las demandas profesionales y el funcionamiento de la atención primaria. A similares conclusiones llegaron Zinn et al (2001), al demostrar que las actitudes positivas hacia la MF se pueden convertir en desfavorables a lo largo de los años de facultad. Pero también puede darse el caso inverso, como demostraron McKnee et al (2007) al evaluar el impacto de un programa diseñado en 2001 para proporcionar a los estudiantes de medicina información acerca del desafío y la gratificación que supone optar por una carrera de MF. En el año 2006 analizaron los resultados, llegando a la conclusión de que los estudiantes interesados en ella reforzaban su decisión a la hora de elegir la especialidad.

Cuando las experiencias clínicas en atención primaria han sido positivas a lo largo de los años en la facultad, las actitudes son favorables y hay cambios en las preferencias de la especialidad a favor de la MF. La gran disparidad de resultados hace necesarias nuevas evidencias en este sentido. Probablemente estén implicadas otras variables modificadoras de

efecto en relación con haber cursado asignaturas específicas de MF o atención primaria.

5.4. FACTORES RELACIONADOS CON UN MAYOR INTERÉS POR LA MEDICINA DE FAMILIA

5.4.1. Influencia del sexo

Aunque los resultados iniciales (Escobar y López-Torres, 2009) mostraban que entre nuestros estudiantes eran las mujeres quienes mostraban unas actitudes más favorables hacia la MF y la AP, en consonancia además con los hallazgos de otros autores (Henderson et al (2002); Wright et al (2004), los datos del actual estudio no lo han confirmado. Sin embargo, el predominio femenino sí que se ha puesto de manifiesto en cuanto a la elección de la especialidad en el MIR, ya que las mujeres elegían MF con menor número y en mayor proporción.

En cualquier caso tenemos que constatar una tradicional consideración de que las mujeres tienen una actitud más favorable hacia la MF. Esta idea se ha consolidado a través de las evidencias aportadas en múltiples estudios (Zinn et al (2001); Henderson et al (2002); Ali y Jones (2003); McKee et al (2007). En el trabajo de Bowman et al (1996), las mujeres estaban más interesadas en la Medicina de Familia en el momento de matricularse, inclinación que disminuía durante los últimos años en la facultad.

Según Block et al (1998), las actitudes más favorables por parte de las mujeres se deberían a una mayor valoración de la relación con los

pacientes y colegas, y menos a los ingresos y al prestigio. Kassebaum et al (1996) estudiaron las intenciones para seguir carreras generalistas de los graduados en 1995 en Estados Unidos. Entre los factores asociados a la elección de Medicina de Familia, se encontraba el sexo femenino. Igualmente, en un trabajo realizado en Canadá, Wright et al (2004) identificaron el sexo femenino como uno de los factores asociados a la perspectiva de los estudiantes de dedicarse a la Medicina de Familia en el futuro. Las mujeres elegían Medicina de Familia como primera opción más frecuentemente que los hombres (un 23% frente a un 16%; $p < 0,05$).

Sin embargo, otros estudios como los de Lambert y Holmboe (2005); Dorsey et al (2005); Newton et al (2005), Sanfey et al (2006), han demostrado nuevas evidencias que sugieren que los factores relacionados con el estilo de vida y a la influencia de la flexibilidad percibida son tan importantes para las mujeres como para los hombres. Por otra parte, otras especialidades ofrecen cada vez mayor flexibilidad de horarios.

5.3.2. Influencia de la edad

En nuestro estudio no existen diferencias en cuanto a la edad para tener una mejor predisposición hacia la Medicina de Familia.

En el estudio de Bowman et al (1996) se puso de manifiesto que era más probable que los graduados que entraban en la residencia de Medicina de Familia hubieran decidido hacerse médicos a una edad más tardía. Block et al (1998), por su parte, comprobaron el mismo hecho. Estos autores indican que tener más edad en el momento de la matriculación se

asocia a la elección de una especialidad de atención primaria, lo que atribuyen a una preferencia por programas de residencia más cortos.

Kassebaum et al (1996) demostraron que tener una edad de 28 años o más se asociaba con la intención de elegir una especialidad de atención primaria. Wright et al (2004) identificaron como factores asociados a la perspectiva de los estudiantes de dedicarse a la Medicina de Familia una edad media significativamente alta (26 años \pm 5,1 DE frente a 23,7 años \pm 2,9 DE) y el sexo femenino.

5.3.3. Influencia de la clase social

En nuestro estudio, los estudiantes de las clases sociales media-baja y baja son los que muestran una mejor predisposición hacia la Medicina de Familia.

En relación con las diferencias por clase social, Cooter et al (2004) encontraron que los estudiantes de clase social media-alta tendían a seguir especialidades quirúrgicas, mientras que los pertenecientes a una clase social media-baja preferían la Medicina de Familia. Los autores plantean esta posible relación con el hecho de haber contraído más deudas durante su período formativo, pero llegan a la conclusión de que, más que este aspecto, lo determinante en la elección de la especialidad es el origen socioeconómico de los estudiantes.

5.3.4. Influencia de procedencia rural/urbana

Algunos autores, como Carter (1987), Kassebaum et al (1996), Senf et al (1997), Bowman et al (1996), Block et al (1998), Wilkinson et al (2000), Henderson et al (2002), Laven et al (2003), Senft et al (2003), Wright et al (2004) y Lu et al (2008), Worley et al (2008), Escobar et al (2009), Martín Zurro, 2009, Stagg et al (2009), han subrayado la existencia de una asociación entre procedencia rural y pertenencia a las clases sociales más desfavorecidas, con el interés por la Medicina de Familia.

5.3.5. Influencia del rendimiento académico

No hemos encontrado en la literatura médica evidencias de asociación entre el rendimiento académico previo y el interés por una u otra especialidad.

5.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El hecho de que los profesores de Atención Primaria faciliten el cuestionario a los estudiantes en el mismo año en que cursan la asignatura, puede suponer un sesgo e influir de manera positiva en las respuestas.

Se ha elegido como grupo de control a estudiantes de una facultad de Medicina en la que la asignatura de Atención Primaria se cursa en el último año de la licenciatura. Se podría haber seleccionado otra facultad, una en la que no se impartiera la asignatura de Atención Primaria. Sin

embargo, hemos preferido la primera opción por un doble motivo: por un lado, alumnos de una facultad en la que no se imparte la Atención Primaria podrían mostrar diferencias muy obvias respecto a nuestros estudiantes; por otro lado, nos interesa contrastar la influencia de una asignatura de Atención Primaria en los primeros años de la licenciatura y en el último curso.

Una posible limitación de nuestro estudio está en hacer coincidir post test y examen final, lo que puede haber llevado a los estudiantes a decantarse por opciones más positivas de las que realmente sienten. Conscientes de esta posible limitación, optamos, sin embargo, por esta opción desde el primer momento del diseño del trabajo por cuestiones de factibilidad.

Con relación al análisis de la elección de la especialidad en el MIR, asumimos que nuestro planteamiento está limitado por el escaso número de variables analizadas, sin embargo supone un punto de partida desde la base de nuestras conclusiones.

6 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

6.1. Falta de relevo generacional

En las conclusiones del estudio realizado por Barber Pérez y González López-Valcárcel (2009), sobre “Oferta y necesidades de médicos especialistas, 2008-2025”, presentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, destacaba la necesidad de especialistas del sistema sanitario

español, que cuantifica en alrededor de 3200 profesionales. Las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría eran las que consideraban más deficitarias. Según este informe, no existían diferencias por Comunidades Autónomas. Sin embargo, tendríamos que subrayar que aquellas con una gran dispersión de la población y un componente rural importante, como es el caso de Castilla-La Mancha, tienen una mayor necesidad de este tipo de profesionales.

La Medicina de Familia está en crisis, en España y en otros muchos países desarrollados. Es esta una preocupación que va más allá del tipo de sistema sanitario que tenga el país.

En las últimas convocatorias MIR se han quedado numerosas plazas de esta especialidad sin cubrir. Pero además muchos residentes abandonan sin finalizarla, y de los que acaban la mayoría se van a hospitales. Así, los médicos de familia nos enfrentamos al serio problema de la falta de relevo generacional.

Año tras año la Medicina de Familia queda relegada a las últimas posiciones en el orden de elección de plazas MIR, solo por delante de las especialidades de escuela. Además, ha ido perdiendo posiciones en el ranking, a pesar de que el número de plazas convocadas ha aumentado menos que para el resto de especialidades, e incluso durante años, hasta mediados de la década de los 2000, ha disminuido (Informe SEPAS, 2012). Hay un evidente exceso de oferta de plazas de Medicina de Familia sobre la demanda, y algunas quedan sin cubrirse. El problema de exceso de oferta, persistente y tendente a empeorar, no es de las plazas de AP, sino específico de la MF.

Es un hecho incontrovertible que la MF es una opción laboral minoritaria entre los estudiantes. Si queremos aumentar el número de los mismos que elijan MF probablemente no bastará sólo con que esta se enseñe en las facultades de Medicina, aunque sí es un primer paso conseguir su valoración social y académica.

La Ley 14/1986, General de Sanidad, propició e impulsó la participación de los centros de salud en la docencia de pregrado de medicina en las universidades españolas. Se abrió así paso a la colaboración de la atención primaria (AP) y de la MF como profesores en las facultades de medicina. En sucesivas leyes y decretos se ha definido y concertado el papel de las instituciones docentes y asistenciales implicadas para impulsar el desarrollo de la MF en los planes de estudio de pregrado. Hasta el momento el grado de implantación ha sido muy desigual en el territorio y con resultados, actividades y contenidos muy dispares.

Con la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, proceso conocido como 'Plan de Bolonia', se introducen objetivos, conceptos y competencias formativas que favorecen la implicación y participación de la MF con impulso renovado. Las materias y disciplinas clásicas, en ocasiones encorsetadas y poco interrelacionadas, pasan a ser interdisciplinarias con la participación en diferentes áreas de conocimiento. El procedimiento y los instrumentos docentes, como la clase magistral, se diluyen en actividades más próximas y participativas para el alumno. Las prácticas asistenciales y el caso clínico como instrumento de formación sitúan prontamente al estudiante en una visión real y global del proceso salud-enfermedad. Como señalan Soler-González et al (2013), la introducción de la MF como disciplina académica supone una aproximación

a las necesidades de la sociedad y la convergencia con la formación médica y las directrices legales de los países de nuestro entorno.

Nuestro estudio demuestra que la MF se percibe como una especialidad intrínsecamente atractiva por un porcentaje considerable de los jóvenes que están a punto de graduarse, pero esos resultados contrastan fuertemente con las elecciones reales de los candidatos a MIR. Si queremos aumentar el número de los que elijen MF probablemente no bastará sólo con que ésta se enseñe en las facultades de medicina, sino que también habrá que mejorar las condiciones de trabajo de los médicos de familia, como un primer paso para conseguir su valoración social y académica.

El desajuste entre oferta y demanda de médicos de familia no se resuelve aumentando el número de plazas MIR, porque se producen fugas de residentes hacia otras especialidades, y de médicos formados hacia Urgencias.

En palabras de Martín Zurro (2009), es necesario poner en marcha acciones decididas para reequilibrar los paradigmas, y para ello no basta con la introducción de una asignatura de MF o de AP, complementada en el mejor de los casos con alguna rotación en centros de salud. Sería preciso abordar una reforma en profundidad de los objetivos y los contenidos teóricos y prácticos del currículo, dando mayor peso a la orientación comunitaria de los procesos asistenciales, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y los aspectos relacionados con la comunicación y la ética. Este cambio debería traducirse en una impregnación longitudinal, por todos los cursos y asignaturas, que

permitiera incorporar estos y otros aspectos a los programas docentes. En un contexto de autonomía universitaria, algunas o muchas de nuestras facultades podrían diseñar sus currículos con esta orientación y actuar así como líderes de estos procesos de cambio y principales fuentes de licenciados más proclives a elegir especialidades del ámbito “generalista”, entre ellas MF. Limitarnos a la simple incorporación al elenco universitario actual, aunque sea con todos los honores, es quedarnos a mitad del camino.

6.2. CAMF y expectativas de futuro

Disponer de un instrumento como el cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia nos ha permitido la evaluación de cada una de las respuestas de los estudiantes en los diferentes momentos de su formación de pregrado, del análisis de los posibles cambios, así como los factores asociados, junto al valor predictivo de esos conocimientos y actitudes respecto a la elección de la especialidad de MF.

Con esta perspectiva, nuestro estudio tendrá continuidad en el futuro:

1. Disponemos del correo electrónico de los estudiantes que accedieron de forma voluntaria y que dieron su consentimiento tras recibir cumplida información sobre los objetivos del estudio, con la intención de contactar con ellos y conocer sus experiencias profesionales, con idea de ampliar ítems basados en la imagen de la MF desde una perspectiva tanto social como profesional, perspectivas sobre la transcendencia del trabajo en postgraduados y Jóvenes Médicos de Familia (JMF) en áreas de

atención al individuo, la atención a la familia, a la comunidad, perspectivas de docencia, investigación y áreas de apoyo a profesionales

2. Con los nuevos planes de estudio, en la Facultad de Medicina de Albacete se imparte una nueva asignatura, de Medicina de Familia, en quinto curso. Este hecho nos servirá para comprobar si hay cambios, y si estos son más o menos favorables en el desarrollo de actitudes positivas hacia la AP. Así podremos tratar de clarificar uno de los aspectos controvertidos en relación con la enseñanza de esta disciplina: su inclusión en los cursos iniciales de los estudios de grado, junto a asignaturas preclínicas, o su enseñanza en el contexto de otras asignaturas clínicas.

VI. CONCLUSIONES

1. El Cuestionario de Conocimientos y Actitudes hacia la Medicina de Familia (CAMF), constituye un instrumento que permite evaluar los conocimientos y actitudes de los estudiantes de Medicina hacia la atención primaria y la medicina de familia, y analizar los cambios que pueden producirse a lo largo de su formación de grado.
2. El CAMF ha mostrado una deficiente validez de predicción respecto a la elección de MF, que sólo mejora en el último curso de la licenciatura.
3. Los datos disponibles en cuanto a validez predictiva muestran unos valores aceptables, cuando se administra en 6^o curso empeorando notablemente en 2^o curso.
4. Nuestro estudio ha puesto de manifiesto la existencia de actitudes más favorables hacia la Medicina de Familia en los estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete tras cursar una asignatura de Atención Primaria, pero aún así sigue siendo una opción laboral minoritaria.
5. Es llamativo el empeoramiento de las opiniones de estudiantes de Albacete hacia la MF y la AP en 6^o curso aunque mostraban en general mejores opiniones que sus homólogos de Sevilla, a principios de curso.
6. Los estudiantes muestran una opinión favorable a la enseñanza de la MF en las facultades de medicina.

7. En cuanto a las actitudes hacia la MF, nuestros estudiantes consideraron que los conocimientos en MF eran útiles, aunque se inclinaban por otras especialidades médicas.
8. Aunque el sexo femenino muestra una predisposición más favorable hacia la Medicina de Familia tanto por nuestra experiencia previa como por otros estudios de la literatura médica, las diferencias encontradas en los estudiantes de Albacete y Sevilla con relación a las actitudes hacia la MF en relación con el sexo nos hace pensar que podría haberse producido un cambio en sentido favorable en el sexo masculino de la facultad de Albacete.
9. El predominio femenino se ha puesto de manifiesto en nuestro estudio en cuanto a la elección de la especialidad en el MIR.

VII. R E S U M E N

Tradicionalmente se ha considerado la Medicina de Familia (MF) como una de las especialidades que menos interesan a los graduados españoles. A pesar de que existe como especialidad en España desde hace más de 30 años, la enseñanza de esta disciplina en la universidad es muy reciente y de implantación muy desigual en el currículo de las facultades españolas. Esto, junto a una falta de reconocimiento, tanto social como entre otros profesionales médicos, ha llevado a una disminución del valor percibido por los estudiantes.

Los objetivos de este trabajo son: conocer la validez predictiva del cuestionario de Conocimientos y Actitudes hacia la Medicina de Familia (CAMF), describir los conocimientos y las actitudes que presentan los estudiantes de medicina al final de sus estudios de grado, evaluar si se modifican con relación a los que presentaban al finalizar segundo curso, tras cursar una asignatura de AP, y conocer las variables sociodemográficas y académicas que se asocian con unos mejores conocimientos y actitudes hacia la MF.

Se diseñó un estudio de cohortes con estudiantes de la Facultad Albacete, que cursaron la asignatura de AP en segundo y sexto curso, así como estudiantes de sexto curso de la Facultad de Sevilla (Campus de Valme), y que se presentaron a la oposición MIR en 2011. Todos ellos contestaron el cuestionario CAMF, lo que permitió analizar los cambios a lo largo de la formación de grado en la cohorte de Albacete, así como compararla con la de Sevilla (antes de cursar una asignatura de MF en sexto curso). Por otra parte, para analizar la prioridad concedida a la elección de la especialidad de MF entre los opositores de la convocatoria MIR de 2011, se realizó un análisis de datos secundarios.

El CAMF ha mostrado una deficiente validez de predicción respecto a la elección de MF, que sólo mejora en el último curso de la licenciatura, poniendo de manifiesto la existencia de actitudes más favorables hacia la MF en los estudiantes de Albacete tras cursar una asignatura de AP, pero aún así es una opción laboral minoritaria. En la Facultad de Medicina de Albacete, la opinión de los estudiantes sobre la MF y la AP empeora a lo largo de los años de sus estudios de grado, aunque era más favorable que la que mostraban los estudiantes de Sevilla al comienzo de 6º curso, resultando llamativo el empeoramiento en las opiniones de aquellos hacia la MF y la AP en 6º curso. Los estudiantes muestran una opinión favorable a la enseñanza de la MF en las facultades de Medicina y consideran que estos conocimientos son útiles, aunque se inclinasen por otras especialidades.

La elección de MF en 2011 se realizó con un número de orden significativamente superior (puntuación inferior en ranking) a otras especialidades. Se ha demostrado un predominio femenino en cuanto a la elección de la especialidad de MF en el MIR.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguado, H.J., Liras J, González, B. (1998). Memoria de unas prácticas: los estudiantes opinan. *Aten Primaria*, 21: 341-342.
2. Al-Dabbagh, S.A., Al-Tae, W.G. (2005). Evaluation of a task-based community oriented teaching model in family medicine for undergraduate medical students in Iraq. *BMC Med Educ*, 5: 31.
3. Ali, B., Jones, M. (2003). Do medical students want to become GPs? *Br. J. Gen Pract*, 53: 241.
4. Allen, S.S, Sherman, M.B, Bland, C.J, Fiola, J.A. (1987). Effect of early exposure to family medicine on students' attitudes towards the specialty. *J Med Educ*, 62: 911-917.
5. Apker, J. Eggly, S. (2004). Communicating profesional identity in medical socialization: Considering the ideological discourse of morning report. *Qual Health Res*, 14: 411-429.
6. Argimon, J.M., Jimenez, J. (1991). *Métodos de Investigación*. Barcelona: editorial Doyma, p: 135.
7. Avinashi, V., Shouldice, E. (2006). Increasing interest in family medicine. *CMAJ*, 174-176.
8. Badía, X., Salamero, M., Alonso, J., Ollé ,A. (1996). *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Promociones y Publicaciones universitarias.
9. Ballesteros, A.M., Saturno, P., Ortega, P., Minguez, R., Molina, F., Martinez, M.T. Chiva, F. (1996). Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención primaria de salud. *Aten Primaria*, 18: 168-175.
10. Barber Pérez, P., González López-Valcárcel, B. (2009). *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008–2025)*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. (con acceso el 10-3-2015).
11. Beaulieu, M.D., Rioux, M., Rocher, G., Samson, L., Boucher, L. (2008). Family practice: Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Soc Sci Med*, 67: 1153–1163.

12. Beasley, J.W. (1993). Does teaching by family physicians in the second year of medical school increase student selection of family practice residencies? *Fam Med*, 25: 174-175.
13. Bennet, A.E., Ritchie, K. (1975). *Questionnaires in medicine: a guide to their design and use*. Londres: Oxford University Press.
14. Below, V.B., Hellquist, G., Rödger, S., Gunnarsson, R., Björkelund, C., Wahlqvist, M. (2008). Medical students´and facilitators´experiences of an early professional contact course: active and motivated students, strained facilitators. *BMC Med Educ*, 8-56.
15. Bennet, K.L., Phillips, J.P. (2010). Finding, Recruiting, and Sustaining the Future Primary Care Physician Workforce: a New Theoretical Model of Specialty Choice Process. *Acad Med*, 85: 81-88.
16. Berg, A.O., Norris, T.E. (2006). A workforce analysis informing medical school expansion, admissions, support for primary care, curriculum, and research. *Ann Fam Med*, 4: S40–4.
17. Berg, A.O., Norris, T.E. (2008). A workforce analysis informing medical school expansion, admissions, support for primary care, curriculum, and research. *Ann Fam Med*, 6:473.
18. Bethune, Ch., Hansen, P.A., Deacon, D., Hurley, K., Kirby, A., Godwin, M.(2007). La médecine familiale comme choix de carrière. *Can Fam Physician*, 53: 880-885.
19. Block, S.D., Clark-Chiarelli, N., Peters, A.S., Singer, J.D.(1996). Academia’s chilly climate for primary care. *JAMA*, 276: 677-682.
20. Block, S.D, Clark-Chiarelli, N., Singer, J.D. (1998). Mixed messages about primary care in the culture of U.S. medical schools. *Acad Med* , 73: 1087-1094.
21. Bly, J. (2006). What is medicine?. Recruiting high-school students into family medicine. *Can Fam Physician*, 52: 329-334.
22. Bodenheimer T, Berenson RA, Rudolf P. The primary care–specialty income gap: Why it matters. *Ann Intern Med*. 2007; 146:301–306.

23. Bonal Pitz, P. (1998). El reconocimiento académico de la Medicina de Familia por la universidad: una necesidad inaplazable. *Aten Primaria*, 21: 63-4.
24. Bonal Pitz, P., Casado Vicente, V., Cots Yago, J.M., Monreal Híjar, A., Gil Guillén, V., Calvo Hernando, E. (2005). La medicina de familia como área de conocimiento (VII): presencia de la medicina de familia en las facultades de medicina de España. *Tribuna Docente*, 6: 3-13.
25. Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R. (2008). The new generation of family physicians-career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly*, 138:305-12.
26. Buitrago, F., Vergeles, J.M., Cano-Hernández, E. (1994). Evaluación de la rotación en centros de salud de los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura. *Aten Primaria*, 13: 118-224.
27. Campos-Outcalt, D., Senf, J., Watkins, A.J., Bastacky, S. (1995). The effects of medical school curricula, faculty role models, and biomedical research support on choice of generalist physician careers: a review and quality assessment of the literature. *Acad Med*, 70: 611-619.
28. Campos-Outcalt, D., Senf, J. (1999). A longitudinal, national study of the effect of implementing a required third-year family practice clerkship or a department of family medicine on the selection of family medicine by medical students. *Acad Med*, 74: 1016-1020.
29. Campos-Outcalt, D., Senf, J., Kutob, R. (2003). Comments heard by US medical students about family practice. *Fam Med*, 35: 573-578.
30. Campos-Outcalt, D., Senf, J., Kutob, R. (2004). A comparison of primary care graduates from schools with increasing production of family physicians to those from schools with decreasing production. *Fam Med*, 36: 260-264.
31. Carter, R.G. (1987). The relation between personal characteristics of physicians and practice location in Manitoba. *CMAJ*, 136:366-8

32. Carufel-Wert, D.A., Younkin, S., Foertsch, J., Eisenberg, T., Haq, C.L., Crouse, B.J., Frey III, J.J. (2007). LOCUS: immunizing medical students against the loss of professional values. *Fam Med*, 39:320-5.
33. Carney, P.A., Baron, M.E., Grayson, M.S., Klein, M., Cochran, N., Eliassen, M.S., Gambert, S.R., Gupta, K.L., Labrecque, M.C., Munson, P.J., Nierenberg, D.W., O'Donnell, J.F., Whitehurst-Cook, M., Willett, R.M. (1999). The impact of early clinical training in medical education: a multi-institutional assessment. *Acad Med*, 74: 59-66.
34. Casado Vicente, V., Bonal Pitz, P. (1997). La formación pregrado a debate. En: Prieto Orzanco A. *Medicina Familiar y Comunitaria*. Saned; 1997.
35. Cooter, R., Erdmann, J.B., Gonnella, J., Callahan, C.A., Hojat, M., Xu, G. (2004). Economic Diversity in Medical Education. The relationship between student's Family income and academic performance, career choice, and student debt. *Evaluation & The health profession*, 27: 252-264.
36. Delgado Marroquín, M.T., Denizon Arranz, S., Monreal Hajar, A., Martín Zurro, A., Otero Puime, A., Mundet Tudurid, X., por el Grupo de Investigación Universidad y Medicina de Familia (UNIMEDFAM). (2013). Fiabilidad de un cuestionario empleado para la aplicación en el seguimiento longitudinal de la opinión y percepciones de la medicina de familia de los estudiantes de medicina de la Universidad de Zaragoza. *Aten Primaria*, 45:249-62.
37. Dixon, A.S., Lam, C.L.K., Lam, T.P.(2000). Does a brief clerkship change Hong Kong medical students' ideas about general practice? *Med Educ*, 34: 339-347.
38. Domingo i Salvany, P.M. (1997). Estudiantes, universidad y medicina de familia. *Aten Primaria*, 19: 279-282.
39. Domingo, A., Marcos, J. (1989). Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit*, 3: 320-326.
40. Dornan, T., Littlewood, S., Margolis, S.A., Scherpbier, A., Spencer, J., Ypinazar, V. (2006). How can experience in clinical and community

- settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach*, 28: 3-18.
41. Dorsey, E.R., Jarjoura, D., Rutecki, G.W. (2003). Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA*, 290: 1173-1178.
 42. Dorsey, E.R., Jarjoura, D., Rutecki, G.W. (2005). The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996-2003. *Acad Med*, 80: 791-796.
 43. Duerson, M.C., Crandal, L.A., Dwyer, J.W. (1989). Impact of a required medicine clerkship on medical student's attitudes about primary care. *Acad Med*, 64: 546-548.
 44. Erney, S., Biddle, B., Siska, K., Riesenber, L.A. (1994). Change in medical students' attitudes about primary care during the third year of medical school. *Acad Med*, 69: 927-929.
 45. Escobar, F., López-Torres, J. Cambios en conocimientos y actitudes de los estudiantes tras cursar una asignatura de Atención Primaria. Tesina, Facultad de Medicina de Albacete 2008.
 46. Escobar, F., López-Torres, J. (2008). ¿Qué determina la elección de una especialidad médica?. *Rev Clín Med Fam*, 2: 216-225.
 47. Escobar, F., López-Torres, J. (2009). ¿Qué características de los estudiantes de medicina se relacionan con mejores conocimientos y actitudes hacia la medicina de familia?. *Aten Primaria*, 41: 431-438.
 48. Escobar, F., López-Torres, J. (2010). Changes in the Knowledge of and attitude toward Family Medicine after completing a Primary Care Course. *Fam Med*, 42: 35-40.
 49. Escobar Rabadán, F., López-Torres Hidalgo, J., Montoya Fernández, J., Téllez Lapeira, J.M., Romero Cebrián, M.A., Armero Simarro, J.M. (2012). Development and validation of a questionnaire to evaluate attitudes toward family medicine. *J Appl Measur*, 13: 305-13.
 50. Feldman, K., Woloschuk, W., Gowans, G., Delva, D., Brenneis, F., Wright, B., Scott, I. (2008). The difference between medical students

- interested in rural family medicine versus urban family or specialty medicine. *Can J Rural Med*, 13.
51. Fernández, C., López-Torres, J., Escobar, F., Montoya, J., Garcia, A. (2005). Aprendizaje de la Medicina de Familia en la Facultad de Medicina en Castilla-La Mancha. *Tribuna Docente*, 6:3-4.
 52. Fields, S.A., Usatine, R., Steiner, E. (2000). Teaching medical students in the ambulatory setting. Strategies for success. *JAMA*, 283: 2362-2364.
 53. Fincher, R.M.E., Lewis, L.A., Jackson, T.W. and the Specialty Choice Study Group. (1994). Why students choose a primary care or non primary care career. *Am J Med*, 97: 410-417.
 54. Flaherty, J.H., Fabacher, D.A., Miller, R., Fox, A., Boal, J.(2002). The determinants of attitudinal change among medical students participating in home care training: a multi-center study. *Acad Med*, 77: 336-343.
 55. Formación Sanitaria Especializada. El acceso a las plazas de formación.
<http://sis.msssi.es/fse/PaginasDinamicas/General/PagGeneral.aspx?MenuId=QE-00&SubMenuId=QE-02&cDocum=1> (con acceso el 21-4-2014).
 56. García Barbero, M. (1986). La evolución de las facultades de medicina. *Jano*, XXXVI: 1267.
 57. Goertzen, J. (2006). Learning procedural skills in family medicine residency. Comparison of rural and urban programs. *Can Fam Physician*, 52: 622-623.
 58. González López-Valcárcel, B., Barber Pérez, P. (2012). Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*, 26 (S): 46-51.
 59. González Lopez-Valcarcel, B., Ortún, V., Barber, P., Harris, J.E. (2014). Importantes diferencias entre facultades de medicina. Implicaciones para la medicina de familia y comunitaria. *Aten Primaria*, 46:140-6.

60. Grau, G. (1995). Metodología para la validación de cuestionarios. *Medifam*, 5: 351-359.
61. Grayson, M.S., Newton, D.A., Whitley, T.W. (1996). First-year medical students' knowledge of and attitudes toward primary care careers. *Fam Med*, 28: 337-342.
62. Gupta, K.L., Gambert, S.R., Grayson, M.S., Lugo, J.J., Sozzo, A.M. (1993). Comparing the teaching of physical diagnosis in a primary care setting and a hospital setting. *Acad Med*, 68: 311.
63. Haffing, A.C., Hakansson, A., Hagander, B. (2001). Early patient contact in primary care: a new challenge. *Med Educ*, 35: 901-908.
64. Hagquist, C., Bruce, M., Gustavsson, J.P. (2009). Using the Rasch model in nursing research: An introduction and illustrative example. *International Journal of Nursing Studies*, 46:380-393.
65. Hampshire, A.J. (1998). Providing early clinical experience in primary care. *Med Educ*, 32: 495-501.
66. Hearst, N., Shore, W.B., Hudes, E.S., French, L. (1995). Family practice bashing as perceived by students at a university medical center. *Fam Med*, 27: 366-370.
67. Henderson, E., Berlin, A., Fuller, J. (2002). Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. *Br J Gen Pract*, 52: 359-363.
68. Herold, A.H., Woodard, L.J., Pamies, R.J., Roetzheim, R.G., Van Durme, D.J., Micceri, T. (1993). Influence of longitudinal care training on medical students' specialty choices. *Acad Med*, 68: 281-284.
69. Hill-Sakura, L.E., Schillinger, E., Rittenhouse, D.R., Fahrenbach, R., Hudes, E.S., LeBaron, S., Shore, W.B., Hearst, N. (2004). Do required preclinical courses with family physicians encourage interest in family medicine? *Fam Med*, 35: 579-84.
70. Hojat, M., Xu, G. (2004). A visitor's guide to effect sizes: statistical significance versus practical (clinical) importance of research findings.

- Advances in health sciences education: theory and practice, 9: 241-249.
71. Hunsaker, M.L., Glasser, M.L., Neilssen, K.M., Lipsky, M.S. (2006). Medical student's assessments of skill development in rural primary care clinics. *Rural and Remote Health*, 6: 616.
 72. Ivers, N.H., Abdel-Galil, R. (2007). Marketing family medicine. *Can Fam Physician*, 53: 793-4.
 73. Kalet, A., Juszczak, Pastore, D., Fierman, A.H., Soren, K., Cohall, A., Fisher, M., Hop, C., Hsieh, A., Kachur, E., Sullivan, L., Techo, B., Volel, C. (2007). Medical training in school-based health centers: a collaboration among five medical schools. *Acad Med*, 82: 458-64.
 74. Kassebaum, D.G., Szenas, P.L., Schubert, M.K. (1996). Determinants of the generalist career intentions of 1995 graduating medical students. *Acad Med*, 71: 197-209.
 75. Kenny, N.P., Mann, K.V., MacLeod, H. (2003). Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med*, 78:1203–9.
 76. Kerr, J.R., Seaton, M.B., Zimcik, H., McCabe, J., Feldman, K. (2008). The impact of interest. How do family medicine interest groups influence medical students?. *Can Fam Physician*, 54: 78-79.
 77. Kuikka, L., Nevalainen, M.K., Sjöberg, L., Saloekkilä, P., Karppinen, H., Torppa, M., Liira, H., Eriksson, J., Pitkälä, K.H. (2012). The perceptions of a GP's work among fifth-year medical students in Helsinki, Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30: 121–126.
 78. Laven, G., Beilby, J., Wilkinson, D., McElroy, J. (2003). Factors associated with rural practice among Australian-trained general practitioners. *Medical Journal of Australia*, 179(2): 75-79.
 79. Lambert, E.M., Holmboe, E.S. (2005). The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. *Acad Med*, 80: 797-802.

80. Lawson, S.R., Hoban, J.D. (2003). Predicting career decisions in primary care medicine: a theoretical analysis. *J Contin Educ Health Prof* , 23: 68-80.
81. Lawson, S.R., Hoban, J.D., Mazmanian, P.E. (2004). Understanding primary care residency choices: a test of selected variables in the Bland-Meurer Model. *Acad Med*, 79: 36-39.
82. Littlewood, S., Ypinazar, V., Margolis, S.A., Scherpbier, A., Spencer, J., Dornan, T. (2005). Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *BMJ*, 331: 387-391.
83. López-Roig, S., Pastor, M.A., Rodríguez, C. (2010). The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students: A Spanish case study. *Aten Primaria*, 42(12):591–603.
84. Lu, D.J., Hakes, J., Bai, M., Tolhurst, H., Dickinson, J.A. (2008). Rural intentions. Factors affecting the career choices of family medicine graduates. *Can Fam Physician*, 54: 1016-1017.
85. Lynch, D.C., Newton, D.A., Grayson, M.S., Whitley, T.W. (1998). Influence of medical school on medical students' opinions about primary care practice. *Acad Med*, 73: 433-445.
86. Maridis, A., Mihas, C., Alevizos, A., Gizlis, V., Mariolis, T., Marayiannis, K., Tountas, Y., Stefanadis, Ch., Philalithis, A., Creatsa, G. (2007). General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Med Educ*, 7:15.
87. McDowell, I., Newell, C. (1996). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 2^a ed. Nueva York: Oxford University Press.
88. McKee, N.D., McKague, M.A., Ramsden, V.R., Poole, R.E. (2007). Cultivating interest in family medicine. Family medicine interest group reaches undergraduate medical students. *Can Fam Physician*, 53: 661-665.

89. Markert, R.J. (1991). Why medical students change to and from primary care as a career choice. *Fam Med*, 23: 347-50.
90. Martini, C.J.M., Veloski, J.J., Barzansky, B., Xu, G., Fields, S.K. (1994). Medical school and student characteristics that influence choosing a generalist career. *JAMA*, 272: 661-668.
91. Mathers, J., Parry, J., Lewis, S., Greenfield, S. (2004). What impact will an increased number of teaching general practices have on patients, doctors and medical students? *Med Educ*, 38: 1219-1228.
92. Matson, C.C., Ullian, J.A., Boisabuin, E.V. (1999). Integrating early clinical experience curricula at two medical schools: lessons learned from The Robert Wood Johnson Foundation's Generalist Physician Initiative. *Acad Med*, 74: 53-58.
93. Martín Zurro, A. (2008). *Atención Primaria*, 8^a edición. Barcelona: Editorial Doyma; p: 309.
94. Martín Zurro A. (2009). Estudiantes, licenciados y medicina de familia: elementos de una relación imperfecta. *Aten Primaria*, 41:436-8.
95. Martín Zurro, A., Jiménez Villa, J., Monreal Hajar, A., Mundet Tuduri, X., Otero Puime, A. (2011). *Medicina de Familia y universidad en España: reflexiones iniciales a partir de un proyecto de investigación estatal*. *Aten Primaria*.doi:10.1016/j.aprim.2010.06.004.
96. Martín Zurro, A., Jiménez Villa, J., Monreal Hija,r A., Mundet Tuduri, X., Otero Puime, A., Alonso-Coello, P. and for the Universidad y Medicina de Familia (UNIMEDFAM) research group. (2012). Medical student attitudes towards family medicine in Spain: a statewide analysis. *BMC Fam Pract*, 13:47.
97. Martín Zurro, A., Jiménez Villa, J., Monreal Hajar, A., Mundet Tudurid, X., Otero Puime, A., Alonso Coello, P., por el Grupo de Investigación Universidad y Medicina de Familia (UNIMEDFAM). (2013). Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal. *Aten Primaria*, 45:38-45.

98. Mattsson, B., Freeman, G.K., Coles, C.R., Schmedlin, J. (1991). General practice in the undergraduate curriculum: 20 interviews with Southampton final-year students. *Med Educ*, 25: 144-150.
99. McDougale, L., Gabel, L.L., Stone, L. (2006). Future of family medicine workforce in the United States. *Family Practice*, 23: 8-9.
100. McKee, N.D., McKague, M.A., Ramsden, V.R., Poole, R.E. (2007). Cultivating interest in family medicine. Family medicine interest group reaches undergraduate medical students. *Can Fam Physician*, 53: 661-665.
101. Menárguez Puche, J.F., Tudela de Gea, M.B., Hernández Sánchez, J.M., García-Estañ, J. (2010). Medicina de familia y Universidad, ¿cómo lo ven los estudiantes?. *Aten Primaria*, 42:303-4.
102. Miettola, J., Mäntyselkä, P., Vaskilampi, T. (2005). Doctor-patient interaction in Finnish primary health care as perceived by first year medical students. *BMC Med Educ*, 5: 34.
103. Montoya Fernández J. Conocimientos y actitudes hacia la Medicina de Familia de los estudiantes de la Facultad de Medicina de Albacete [Tesis Doctoral]. Albacete: UCLM, 2010.
104. Morrison, J.M., Murray, T.S. (1996). Career preferences of medical students: influence of a new four-week attachment in general practice. *Br J Gen Pract*, 46: 721-725.
105. Musham, C., Chessman, A. (1994). Changes in medical students' perceptions of family practice resulting from a required clerkship. *Fam Med*, 26: 500-503.
106. Newton, D.A., Grayson, M.S., Thompson, L.F. (2005). The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. *Acad Med*, 80: 809-814.
107. Nieman, L.Z., Holbert, D., Bremer, C. (1998). Career Preferences and Decision-Makings Habits of First Medical Students. *Journal of Medical Education*, 61: 644-653.

108. Nieman, L.Z., Holbert, D., Bremer, C. (1998). Career Preferences, Career Decision- Making, And Orientation Toward Medicine Among Third- Year Students. *Journal of Medical Education*, 63: 474-476.
109. Nieman, L.Z., Foxhall, L.E., Chaung, A.Z., Cheng, L., Prager, T.C. (1992-2000). Evaluating the Texas Statewide Family Practice Preceptorship Program. *Acad Med*, 79: 62-68.
110. Nieman, L.Z., Cheng, L., Hormann, M., Farnie, M.A., Molony, D.A., Butler, B.(2006).The impact of preclinical preceptorship on learning the fundamentals of clinical medicine and physical diagnosis skills. *Acad Med*, 81: 342-346.
111. O'Connell, M.T., Rivo, M.L., Mechaber, A.J., Weiss, B.A.(2004). A curriculum in systems-based care: experimental learning changes in student knowledge and attitudes. *Fam Med*, 36: S98-104.
112. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE.2008; 40:8351-5.
Disponible en: [http:// www.boe.es](http://www.boe.es) [con acceso el 7-08-2015].
113. Osborn, E.H.S. (1993). Factors influencing students' choices of primary care or others specialties. *Acad Med*, 68: 572-574.
114. Otero, A., Carreira, J., Villamor, J.(1992).Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina. Evaluación de la rotación en centros de salud. *Aten Primaria*, 9: 512-515.
115. Ozcakil, A., Yaphe, J., Ercan, I. (2007). Perceptions of family medicine and career Choice among first year medical students: a cross-sectional Survey in a Turkish Medical School. *Coll Antropol*, 2: 595-600.
116. Pallant JF, Tennant A. An introduction to the Rasch measurement model: An example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).*British Journal of Clinical Psychology* 2007; 46:1-18.
117. Pipas CF, Peltier DA, Fall LH, Olson AL, Mahoney JF, Skochelak SE, Gjerde CL. Collaborating to integrate curriculum in primary care

- medical education: successes and challenges from three US medical schools. *Fam Med* 2004; 36: S126-132.
118. Pratt, M.G, Rockmann, .KW., Kaufmann, J.B.(2006). Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Acad Manage J.*,49:235–262.
 119. Pugno, P., Schmittling, G.T., McPherson, D.S., Kahn, N.B. (2000). Entry of US medical school graduates into family practice residencies: 1999-2000 and 3-year summary. *Fam Med*, 32: 534-542.
 120. Pugno, P., Mc Pherson, D.S., Schmittling, G.T., Kahn Jr., N,B. (2000). Results of the 2002 national resident matching program: family practice. *Fam Med*, 34: 584–91.
 121. Quirce, F., Gil, V.F., Uris, J., Orozco, D., Ruiz ,M.T., Jiménez, L., Hernández, M., Fernández, J.L., Merino, J. (1993). Formación de pregrado en atención primaria: seis años de experiencia en la Universidad de Alicante. *Aten Primaria*, 11: 281-285.
 122. Rabinowitz, H.K., Diamond, J.J., Markham, F.W., Hazelwood, C.E.(1999). A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *JAMA*, 281: 255-260.
 123. RD 127/84, 11 de Enero. BOE del 31 de Enero de 1984; nº 26: 2524-2528.
 124. Richardson, C.R. (2008). A new dynamic resource for both students and teachers or family medicine: the family medicine research wiki at FMDR. *Ann Fam Med*, 6: 473.
 125. Rebick, G., Kittler, A., Cadesky, E. (2007). The value of researching family medicine interest groups. *Can Fam Physician*, 53: 1064.
 126. Rosenblatt, R.A., Andrilla, C.H.A.(2005).The impact of US medical students' debt on their choice of primary care careers: an analysis of data from the 2002 medical school graduation questionnaire. *Acad Med*, 80: 815-819.

127. Rosser, .E. (2002). The decline of family medicine as a career choice. *CMAJ*, 166:1419-20.
128. Santos Suárez, J., Santiago Álvarez, M., Alonso Hernández, P.M., Alonso Llamas, M.A., Merladet Artiach, E., Corrales Fernández, E. (2001). Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria*, 27: 324-330.
129. Scott, I., Wright, B., Brenneis, F., Brett-Maclean, P., McCaffrey, L.(2007). Why would I choose a career in family medicine. *Can Fam Physician*, 53: 1956-1957.
130. Scott, I., Gowans, M.C., Wright, B., Brenneis, F. (2007). Why medical students switch careers: Changing course during the preclinical years of medical school. *Canadian Family Physician*, 53(1):94-95.
131. Schafer, S., Shore, W., French, L., Tovar, J., Hughes, S., Hearst, N. (2000). Rejecting family practice: why medical students switch to other specialties. *Fam Med*, 32: 320-325.
132. Senf, J.H., Campos-Outcalt, D., Kutob, R. (2003). Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract*, 16:502–12.
133. Senf, J.H., Campos-Outcalt, D., Watkins, A., Bastacky, S., Killian, C. (1997). A systematic analysis of how medical school characteristics relate to graduates' choices of primary care specialties. *Acad Med*, 72:524-33.
134. Senf, J.H., Kutob, R., Campos-Outcalt, D. (2004). Which primary care specialty?. Factors that relate to a choice of family medicine, internal medicine, combined internal medicine-pediatrics, or pediatrics. *Fam Med*, 36: 123-130.
135. Sheldon, G.F. (2003). Great expectations: The 21st century health workforce. *Am J Surg*, 185:35–41.
136. Soler-González, J., Rodríguez-Rosich, A., Ribera-Calvet, J., Peñascal-Pujol, E., Serna Caty Martí, R.M., en representación del grupo AP-UDL (2013). Medicina de Familia como asignatura obligatoria en el

- grado de Medicina de la Universitat de Lleida: análisis de la percepción de los estudiantes. (2013). FEM : Revista de la Fundación Educación Médica,16: 83-89.
137. Stagg, P., Greenhill, J., Worley, P.S. (2009). A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates. *Rural and Remote Health*, 9: 1245.
 138. Streiner, D.L., Norman, G.R. (1995). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use* 2^a ed. Oxford University Press.
 139. Svenberg, K., Wahlqvist, M., Mattson, B. (2007). "A memorable consultation": Writing reflective accounts articulates students' learning in general practice. *Scand J Prim Health Care*; 25: 75-9.
 140. Taylor, R. (2006). *Medicina de Familia*, 6^a edición. Barcelona: editorial Robert B, pp: 6-8.
 141. Tennant, A., McKenna, S.P., Hagell, P. (2004). Application of Rasch Analysis in the Development and Application of Quality of Life Instruments. *Value in Health*, 7:22-26.
 142. Thistlethwaite, J.E., Shaw, T., Kidd, M., Leede,r S., Burke, C., Corcoran, K. (2007). Attracting health professionals into primary care: strategies for recruitment. Australian Primary Health Care Research Institute, The Australian National University.
 143. Tolhurst, H., Stewart, M.(2005). Becoming a GP. A qualitative study of the career interests of medical students. *Aust Fam Physician*, 34: 204-206.
 144. Vanasse, A., Orzanco, M.G., Courteau, J., Scott, S. (2011). Attractiveness of family medicinefor medical students. *Can Fam Physician*, 57: e216-27.
 145. Wilkinson, D., Beilby, J.,Thompson, D.J., Laven, G.A., Chamberlain, N.L., Laurence, C. (2000). Associations between rural background and where South Australian general practitioners work. *Medical Journal of Australia*, 173: 137-140.

146. Whitcomb, M.E., Cullen, T.J., Hart, L.G., Lishner, D.M., Rosenblatt, R.A. (1992). Comparing the characteristics of schools that produce high percentages and low percentages of primary care physicians. *Acad Med*, 67: 587-591.
147. Worley, P., Martin, A., Prideaux, D., Woodman, R., Worley, E., Lowe, M. (2008). Vocational career paths of graduate entry medical students at Flinders University: a comparison of rural, remote and tertiary tracks. *Medical Journal of Australia*, 188(3): 177-178.
148. Wright, S., Wong, A., Newill, C.(1997). The impact of role models on medical students. *J Gen Intern Med*, 12(1):53-6.
149. Wright, B., Scott, I., Woloschuk, W., Brenneis, F.(2004). Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *CMAJ*, 170: 1920-1924.
150. Xu, G., Hojat, M., Brihgam, T.P., Veloski, J.J.(1999). Factors associated with changing levels of interest in primare care during Medical School. *Academic*, 74: 1011-1015.
151. Zinn, W.M., Sullivan, A.M., Zotov, N., Peters, A.S., Connelly, M.T., Singer, J.D., Block, S.D.(2011). The effect of medical education on primary care orientation: results of two national surveys of students' and residents' perspectives. *Acad Med*, 76: 355-365.

IX. A N E X O S

9.1. HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

En la Facultad de Medicina de Albacete se está realizando un estudio para evaluar los conocimientos y las actitudes de los estudiantes de Medicina respecto a la Medicina de Familia antes de iniciar una asignatura de Atención Primaria, y para comprobar si se modifican tras cursar esa asignatura. Por este motivo, es muy importante su colaboración contestando al siguiente cuestionario.

Beneficios esperados para el participante y riesgos derivados del estudio

Nuestro estudio nos va a permitir conocer la actitud de los estudiantes hacia la especialidad de Medicina de Familia y de qué manera la formación en el pregrado puede influir en ella. Entendemos que este es el primer paso fundamental para poder diseñar medidas correctoras que permitan garantizar el futuro de nuestro sistema de atención primaria.

No consideramos que exista ningún riesgo para el participante en la expresión de sus opiniones.

La participación en el estudio es voluntaria; en todo momento existe la posibilidad de retirarse de él.

Confidencialidad de los datos

Solo tendrán acceso a los datos facilitados por los participantes los miembros del equipo investigador. Las respuestas se introducirán en una base de datos en la que no constarán datos identificativos; durante el desarrollo del estudio se garantiza la confidencialidad de la información.

Información al participante

Los participantes podrán contactar con el equipo investigador para plantear cualquier duda o formular cualquier pregunta.

Nombre y teléfono de la persona de contacto:

Francisco Escobar Rabadán: 96 751 00 94

María Candelaria Ayuso Raya: 616740803

Consentimiento escrito

Yo (nombre y apellidos):

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha

Firma del participante

9.2. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA MEDICINA DE FAMILIA Y DATOS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Este cuestionario es anónimo. Sus respuestas nunca serán asociadas con su identidad. Contestarlo puede requerirle unos pocos minutos.

A fin de poder analizar de forma anónima su respuesta a este y otros cuestionarios que se puedan facilitar con posterioridad, por favor, escriba los cuatro últimos dígitos de su número de DNI: _ _ _ _.

Por favor, rodee con un círculo el número correspondiente a la respuesta que esté más próxima a su punto de vista para cada una de las preguntas.

1. Me agrada la idea de trabajar en el futuro como médico de familia.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

2. La Medicina de Familia tiene el potencial de mejorar la salud de la población.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

3. El actual sistema de atención primaria proporciona mejor asistencia a los pacientes que la antigua asistencia ambulatoria.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

4. La Medicina de Familia es mi primera opción cuando considero mis expectativas laborales en el futuro.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

5. La responsabilidad del médico con respecto a la salud de la población es tan importante como su responsabilidad con relación a sus pacientes individuales.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

6. La asistencia médica es mejor cuando se trabaja en equipo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

7. Tengo un buen conocimiento del trabajo que realiza el médico de familia.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

8. La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

9. La entrevista clínica es la herramienta fundamental del médico de familia.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

10. El médico de familia se ocupa de problemas de salud de poca importancia.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

11. La mejora continua de la calidad es un objetivo fundamental en Medicina de Familia.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

12. El médico de familia tiene una gran responsabilidad en la realización de actividades preventivas.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

13. El médico de familia debe ser un comunicador experto.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

14. La Medicina de Familia tiene una elevada consideración dentro de la facultad de Medicina.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

15. La Medicina de Familia es una especialidad intelectualmente poco estimulante.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

16. Los médicos de familia tienen una gran sobrecarga asistencial.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

17. Me parece muy oportuno que exista una asignatura de Atención Primaria en la facultad de Medicina.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

18. La eficacia y eficiencia de un sistema sanitario dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, pueden ser bajas en términos de nivel de salud colectiva alcanzado.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

19. El médico de familia debe prestar atención integral y continuada, independientemente de la edad, sexo o tipo de problema que presenten sus pacientes.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

20. El médico de familia es competente clínicamente para prestar la mayor parte de la atención que necesita el individuo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

21. El médico de familia presta asistencia a sus pacientes, tanto en la consulta como en el domicilio de los mismos.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

Por favor, indique los datos que se solicitan a continuación:

- Edad (años cumplidos):
- Sexo: 1. Hombre 2. Mujer
- Número de asignaturas pendientes de primer curso:
- Nota de entrada en la facultad de Medicina:
- Ocupación del padre:
- Ocupación de la madre:
- Lugar de procedencia:
 1. Localidad:
 2. Provincia:
 3. Comunidad autónoma:
 4. País:

- Número de habitantes de la localidad de procedencia:
 1. < 10.000
 2. de 10.000 a 30.000
 3. De 30.001 a 100.000
 4. > 100.000