Semergen. 2013;39(1):18–25

Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen

ORIGINAL

Actitudes y valores de los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria: un modelo sanitario adaptado a los nuevos tiempos

S. Galiano-Coronil*, R. Serrano-Del-Rosal, J.M. García-De-Diego, L. Biedma-Velázquez y J. Ranchal-Romero

Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC), Córdoba, España

Recibido el 19 de enero de 2012; aceptado el 14 de marzo de 2012
Disponible en Internet el 6 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE
Programa de formación;
Medicina de familia y comunitaria;
Socialización;
Modelo sanitario

Resumen

Objetivo: Analizar la visión que tienen de su formación y práctica profesional los médicos internos residentes (MIR) que han elegido la especialidad de medicina de familia y comunitaria (MFC) frente al resto de residentes de otras especialidades, para ver las diferencias entre ambos y sus implicaciones para el sistema.

Material y métodos: Encuesta *online* a MIR que comenzaron su formación residencial en Andalucía en 2008. Se realizó un análisis factorial de los componentes principales a partir de variables de opinión sobre aspectos profesionales y formativos con el fin de agruparlas en dimensiones y posteriormente un ANOVA para observar las diferencias entre los 2 grupos estudiados con respecto a dichas dimensiones.

Resultados: Se obtuvieron 3 dimensiones que resumen las opiniones de los residentes sobre su formación residencial. Los residentes de MFC tienen una visión más positiva del sistema de formación y le dan más importancia a cuestiones generales de la práctica médica respecto a los residentes de otras especialidades.

Conclusiones: Actualmente las políticas sanitarias posicionan al ciudadano como eje del sistema y ponen el acento no solo en cuestiones biológicas sino también en otras de carácter social (prevención, educación, atención de enfermedades comunes y de colectivos con mayores problemas, etc.). A tenor de los resultados los MIR-MFC parecen estar más en consonancia con estos valores, lo cual puede ser indicativo de una mejor adaptación a esta nueva cultura organizativa.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sgaliano@iesa.csic.es (S. Galiano-Coronil).

1138-3593/$ - see front matter © 2012 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.03.003

KEYWORDS
Training program;
Family and Community Medicine;
Socialization;
Health system

Attitudes and values of the medical internal residents who have chosen the specialty of family and community medicine: A health model adapted to the new times

Abstract
Objective: To analyze the views that medical internal residents (MIR), who have chosen the specialty of family and community medicine (MFC), have about training and professional practice, and analyzing the differences in views between them and the rest of the MIR specialties.
Material and methods: On-line survey with the medical residents who began their residential training period in Andalusia in 2008. A factorial analysis of principal components was conducted using the variables of opinion on professional and training issues and training in order to group them into meaningful dimensions, and then a ANOVA to see the differences between them.
Results: Three dimensions, that summarize the MFC resident's opinions about their residential training, were obtained. MFC residents have a more positive view of the resident training system, and give more importance to the general aspects of medical practice.
Conclusions: Health policies are currently positioned with the patient at the center of the system and emphasises not only the biological issues but also social issues (prevention, education, treating common diseases, and groups with major problems, etc.). According to the results, the MIR-MFC are more in line with these values, and this might be indicative of a better adaptation to this new culture of the system.
© 2012 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

El proceso de formación de un profesional de la medicina es un trayecto largo. La principal salida profesional de la mayor parte de los futuros médicos, en Andalucía en particular y en España en general, es trabajar para el sistema sanitario público ya que éste es el principal prestador de servicios sanitarios, por su carácter de cobertura universal y su financiación por medio de impuestos. La formación de un médico se divide en 3 etapas claramente reconocibles. La primera es la de pregrado en la que los futuros médicos acceden a la universidad y se licencian. Posteriormente, la mayoría apuesta por la formación de posgrado a través de la residencia, a la que se accede tras un duro examen, eligen especialidad en atención a su calificación en el mismo y a sus propios intereses, y se forma en ella en el seno del propio sistema sanitario público. Finalmente, llega a la etapa de formación continuada gracias a la cual el médico mantiene su competencia profesional y actualiza sus conocimientos y habilidades para adaptarse a los avances científicos en la disciplina[1,2].

En su primer año de residencia, los MIR se encuentran en un momento muy concreto dentro de este proceso. Se trata de médicos que han finalizado sus estudios universitarios, han superado satisfactoriamente la prueba de acceso a la residencia y han escogido la especialidad y la unidad docente donde van a desarrollar su periodo formativo residencial.

La formación residencial de los médicos en Andalucía (comunidad autónoma con plenas competencias en al ámbito de la salud) la gestiona el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). El SSPA trata de inculcar a los residentes una serie de valores con independencia de la especialidad que realicen. Estos valores rigen y orientan su funcionamiento. Uno de los propósitos actuales del SSPA es acercar al médico en formación a la realidad social donde va a desarrollar su labor. El MIR no debe formarse únicamente en cuestiones técnicas y científicas sino también en desarrollar, lo que el profesor Cristóbal Pera ha denominado, la «función social del médico»[3], que no es más que la adaptación del profesional a los nuevos escenarios sociales[4,5] en los que se inserta la asistencia sanitaria. Uno de los principales valores que ha contribuido a la construcción de estos nuevos escenarios es la centralidad del usuario −del paciente−, considerándolo el eje sobre el que debe gravitar el sistema sanitario público[6]. Se trata de fomentar la comunicación en la relación médico-paciente, que este último se convierta en parte activa y participe de la toma de decisiones respecto a su salud[3,4]. En torno a este valor se han desarrollado otros elementos fundamentales como la extensión de la visión holística de la salud, en la que no solo se tienen en cuenta factores biológicos para tratar al paciente, sino también otros de carácter social, psicológico, cultural, etc. El concepto de salud se impone al de enfermedad y, más allá de la medicina curativa, se convierten en elementos capitales de la salud la prevención, la educación sanitaria y la promoción de la salud[3].

En esta investigación se quiere comprobar, a través de un análisis comparativo, si existen diferencias en la visión que tienen de la práctica profesional médica y del sistema de formación residencial los residentes de medicina familiar y comunitaria (que conforman un grupo amplio y homogéneo que desarrollan su labor en el ámbito de la atención primaria, el primer nivel de atención del SSPA) y los residentes del resto de especialidades (que desarrollan su labor profesional mayoritariamente en el ámbito de la atención especializada, el segundo nivel de atención asistencial, que incluyen los servicios de hospitalización, las consultas externas en hospitales y los centros periféricos de especialidades). De esta forma se podría vislumbrar cuál de ellos está más en consonancia con los valores que trata de implantar el sistema sanitario.

La relevancia de esta investigación parte del supuesto de que una mejor adaptación del profesional a la concepción de la salud y de la prestación de servicios sanitarios del sistema sanitario en el que trabaja, y por tanto la atenuación de conflictos entre lo que el sistema sanitario espera de él y lo que realmente éste valora, supondrá una mayor satisfacción laboral[7–9]. Este hecho implica una mejora en los procesos de trabajo, lo que supone un indicador de calidad del servicio que el profesional presta a los usuarios[6,10]. Todo ello repercutirá finalmente en la satisfacción del usuario, en su adherencia al tratamiento y en la mejora de su salud[11,12].

Material y métodos

Se han utilizado los datos procedentes del estudio «La satisfacción y expectativas de los médicos en formación residencial (MIR-R1) 2008-2009» (E-0817) realizado por el IESA-CSIC (institución de los autores) fruto de un convenio de colaboración con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía[13], y que forma parte de un proyecto de investigación más amplio titulado «La satisfacción y las expectativas de los profesionales sanitarios en formación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía» que integró análisis con técnicas cualitativas (entrevistas y grupos de discusión) junto con técnicas cuantitativas (encuesta *online*).

La población objeto de estudio en esta investigación comprende la población completa de residentes de medicina de primer año en Andalucía en 2008, en total 924 médicos residentes.

A través de la triangulación de métodos se utilizaron los informes extraídos del estudio cualitativo realizado previamente, con un exhaustivo trabajo de campo materializado en 16 grupos de discusión y 33 entrevistas abiertas a alumnos y residentes procedentes del territorio andaluz, para el diseño del cuestionario. Una muestra suficientemente amplia que proporcionó un mapa razonablemente fiable de los distintos discursos en el campo de los profesionales sanitarios en formación en Andalucía. Esto propició el desarrollo de las preguntas del cuestionario con el fin de obtener la información pertinente para los objetivos del estudio. Posteriormente el cuestionario fue revisado y se realizaron pruebas del mismo.

El cuestionario está formado por nueve bloques: *1)* información y *2)* valoración de su formación universitaria, *3)* datos de clasificación de la residencia, *4)* opinión y expectativas sobre los aspectos formativos de ésta, *5)* valoración y expectativas sobre el tutor de formación, *6)* opinión y expectativas sobre diferentes aspectos de la práctica laboral, *7)* sobre los usuarios del SSPA, *8)* opinión sobre la sanidad pública en general, y *9)* un bloque de variables sociodemográficas de clasificación.

La obtención de la información se realizó a través de una encuesta *online*. A la población objeto de estudio se le envió un enlace, desde el que accedían al cuestionario y podían cumplimentarlo, a su correo electrónico corporativo (en algunos casos fue necesario usar también el correo electrónico personal). La fecha del trabajo de campo ocupó el periodo comprendido entre los meses de septiembre de 2008 y febrero de 2009.

A continuación se exponen los pasos metodológicos que se han seguido para alcanzar los objetivos de este estudio: el primero fue crear una variable de segmentación que se denominó «tipo de especialidad», ésta dividía el fichero de datos en 2 subpoblaciones, por un lado los médicos residentes que habían elegido la especialidad de MFC y por otro el resto de residentes, a saber todos los que habían optado por otra especialidad.

Seguidamente se realizó un análisis descriptivo que proporcionaba información sobre el perfil de los MIR. Los aspectos tratados fueron: número de residentes según la especialidad, el sexo y edad, si la especialidad en la que se estaban formando era o no su primera opción y el motivo de elección de su especialidad.

El siguiente paso fue, dentro del amplio cúmulo de información que proporcionaban las múltiples variables contenidas en el cuestionario, seleccionar aquellas relacionadas con la valoración y opinión que ofrecían los residentes acerca de su visión de la práctica médica y del sistema de formación residencial, con la finalidad de alcanzar los objetivos del estudio para ver las diferencias entre los 2 grupos de residentes analizados.

El cuestionario contenía una serie de preguntas sobre aspectos de interés para analizar la diferente visión de los médicos residentes según su especialidad. Estas cuestiones estaban divididas en bloques, que se analizaron, descartando únicamente 2 ítems que no mostraron relevancia en los análisis realizados (labor de motivación del tutor, e importancia del hospital sobre el centro de salud en la formación residencial). Se pueden observar estas variables en la tabla 1.

Para una mejor interpretación y comprensión de los datos se optó por resumir la información a través de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. Previamente se realizó una recodificación de las variables para transformarlas en indicadores.

Finalmente se llevó a cabo una comparación de medias a través del ANOVA para observar las puntuaciones que le habían otorgado cada uno de los grupos de residentes a las dimensiones que se habían extraído previamente.

Resultados

Del total de médicos residentes que iniciaron su formación residencial en Andalucía en 2009 (924), contestaron el cuestionario 578 MIR, el 62,6% de la población total.

En la tabla 2 se pueden observar los datos del perfil de los residentes. Casi una tercera parte optaron por la especialidad de MFC (181 residentes), el resto eligió una especialidad distinta (68,6%, 395 residentes).

La mayoría de los médicos residentes son mujeres, en concreto el 65,8%. La proporción de mujeres en MFC es aún mayor y representan a 7 de cada 10 residentes en esta especialidad. En el resto de especialidades la proporción de mujeres es algo inferior (63,3%).

La edad media de los MIR-R1 es cercana a los 28 años. Aquellos que han optado por la especialidad de MFC son algo más de un año y 6 meses de media mayores que el resto de residentes de otras especialidades (29,02 años frente a 27,42). Si se consideran los porcentajes de los individuos por grupos de edad, se observa que únicamente el 27,1% de los residentes de medicina de familia son menores de 26 años. Esta proporción para el caso del resto de residentes llega casi a la mitad.

Tabla 1 Número, media y desviación típica de cada una de las variables utilizadas para el análisis factorial según tipo de especialidad y total

	N	Media	Desviación típica
Bloque 1. Importancia para el desarrollo profesional			
Enfermedades graves y poco comunes			
OE	394	0,6929	0,4619
MFC	180	0,6056	0,4901
Total	574	0,6655	0,4722
Enfermedades comunes			
OE	394	0,9645	0,1854
MFC	180	0,9667	0,1800
Total	574	0,9652	0,1835
Prevención y educación sanitaria			
OE	394	0,8274	0,3784
MFC	180	0,9444	0,2297
Total	574	0,8641	0,3430
Colectivos sociales con mayores problemas de salud			
OE	394	0,7843	0,4119
MFC	179	0,9274	0,2602
Total	573	0,8290	0,3769
Investigación			
OE	393	0,7506	0,4332
MFC	180	0,5778	0,4953
Total	573	0,6963	0,4602
Docencia			
OE	394	0,7690	0,4220
MFC	180	0,6111	0,4889
Total	574	0,7195	0,4496
Bloque 2. Opinión sobre el tutor de residencia			
El tutor sabe los que le conviene al residente			
OE	394	0,5787	0,4944
MFC	181	0,6630	0,4740
Total	575	0,6052	0,4892
Medidas de control al tutor[a]			
OE	392	0,0153	0,1229
MFC	181	0,0718	0,2589
Total	573	0,0332	0,1792
Los tutores de mayor edad son los más autoritarios[a]			
OE	394	0,2792	0,4492
MFC	181	0,4254	0,4958
Total	575	0,3252	0,4689
Tutores distintos cada año[a]			
OE	394	0,6294	0,4836
MFC	181	0,6906	0,4635
Total	575	0,6487	0,4778
Bloque 3. Opinión sobre el sistema de rotaciones			
Libre elección de rotaciones[a]			
OE	393	0,2366	0,4256
MFC	181	0,3370	0,4740
Total	574	0,2683	0,4435
Importancia de la rotación por atención primaria			
OE	391	0,3632	0,4815
MFC	181	0,9282	0,2589
Total	572	0,5420	0,4987
Rotación obligatoria por diferentes servicios			
OE	392	0,3801	0,4860
MFC	181	0,7127	0,4538
Total	573	0,4852	0,5002
Bloque 4. Realización del doctorado			
Realización del doctorado[b]			
OE	393	0,6234	0,4851
MFC	180	0,2167	0,4131
Total	573	0,4956	0,5004

MFC: medicina de familia y comunitaria; OE: otra especialidad.
[a] Las puntuaciones cercanas a 1 muestran la opinión negativa.
[b] Ya ha realizado el doctorado o se encuentra en proceso.
Fuente: Encuesta de expectativas a médicos en formación residencial, 2008-2009 (IESA/CSIC).

La gran mayoría ha escogido la especialidad que actualmente están cursando como primera opción. No obstante, se encuentran diferencias considerables y estadísticamente significativas si se tienen en cuenta los 2 grupos analizados. El porcentaje de residentes de MFC que eligieron la especialidad como primera opción es apreciablemente inferior al del resto de residentes.

En cuanto a los motivos de elección de la especialidad, la vocación es la principal razón, seguido del hecho de que falten profesionales en la especialidad elegida, y se considera por ende que es una especialidad con un buen futuro profesional. Teniendo en cuenta el tipo de especialidad, la tendencia es similar, sin embargo se vuelven a observar diferencias. Para los 2 grupos estudiados la vocación es la primera razón, aunque la proporción de médicos del resto de especialidades que así lo afirman se sitúa 16,9 puntos por encima de aquellos que realizan su residencia en la especialidad de MFC. Estos últimos se inclinan, en mayor medida, en relación con el resto de compañeros, por cursar su especialidad debido a la falta de profesionales en la misma por lo que tienen un buen futuro profesional y porque sus posibilidades de hacer la residencia serán mayores.

Una vez que se conocen algunas de las características más importantes de los médicos residentes en función de la especialidad seleccionada, el siguiente paso fue observar su comportamiento en relación con los objetivos que se plantean en este artículo, es decir, la visión que tienen ambos grupos de la práctica médica y de diversos aspectos de la estructura formativa de la residencia.

Como se comentó en el anterior apartado se agruparon las variables que eran interesantes para la investigación, a través de un análisis factorial de componentes principales, en 3 dimensiones que explicaban el 36,4% de la variabilidad de los 14 ítems utilizados.

En la tabla 3 se observan las variables usadas, su carga de componentes y la carga factorial de cada una de ellas en las 3 dimensiones extraídas. La primera dimensión («aspectos generales de la práctica médica») hace referencia a la importancia que les dan los médicos residentes, para su desarrollo profesional, a la atención a colectivos con mayores problemas de salud, a las actividades de prevención y educación sanitaria, y a la atención de enfermedades comunes.

Las variables con mayor carga de componentes en la segunda dimensión, «investigación», hacen referencia a la importancia que se le otorga a la investigación, la docencia, la atención de enfermedades graves y poco comunes, así como a la realización o no del doctorado.

Tabla 2 Perfil de los residentes

	Tipo de especialidad			
	Porcentaje columnas			Significación
	MFC	Otras especialidades	Total	
Sexo del entrevistado				
Hombre	28,7	36,7	34,2	0,061
Mujer	71,3	63,3	65,8	
Edad del entrevistado				
Menores de 26 años	27,1	46,8	40,6	0,000
Entre 26 y 29 años	42,0	31,9	35,2	
Más de 29 años	28,2	18,2	21,3	
Nc	2,8	3,0	3,0	
Primera opción				
Sí	61,9	84,3	77,3	0,000
No	38,1	15,7	22,7	
Motivo de elección de la especialidad				
Por vocación. Es la que más se ajusta a sus gustos	61,3	78,2	72,9	0,000
Porque faltan profesionales en esta especialidad, tiene un buen futuro profesional	14,4	8,9	10,6	
Porque quiere obtener el MIR cuanto antes	2,8	0,3	1,0	
Porque tenía buena nota	0,6	0,5	0,5	
Sus posibilidades de entrar eran mayores	7,2	0,8	2,8	
Porque esa especialidad está en el centro que quería	2,2	4,8	4,0	
Otra	11,6	6,6	8,2	
Total (por filas)	68,6	31,4	100	

Fuente: Encuesta de expectativas a médicos en formación residencial, 2008-2009 (IESA/CSIC).

Las variables de la tercera dimensión («aspectos formativos del periodo de residencia») están en relación con la visión que tienen los residentes de la figura del tutor y de la organización de las rotaciones.

Las 3 dimensiones extraídas dieron como resultado 3 variables cuantitativas estandarizadas (media 0 y desviación estándar 1). Estas variables comprendían una escala de valores con datos positivos y negativos. Para hacer la información más comprensible y manejable, se reescalaron de 0 a 100.

Una vez realizada esta tarea se llevó a cabo un análisis de la varianza (ANOVA) para comparar las medias de

Tabla 3 Dimensiones

	Aspectos generales de la práctica médica	Investigación	Aspectos formativos del periodo de residencia
Colectivos sociales con mayores problemas de salud	0,819	0,076	0,074
Prevención y educación sanitaria	0,792	−0,004	0,065
Enfermedades comunes	0,537	0,016	−0,079
Investigación	0,124	0,795	0,020
Docencia	0,089	0,750	0,002
Enfermedades graves y poco comunes	−0,023	0,410	0,021
Realización del doctorado	−0,185	0,388	−0,242
Libre elección de rotaciones	−0,046	0,078	0,607
Rotación obligatoria por diferentes servicios	0,156	−0,140	0,593
El tutor sabe los que le conviene al residente	−0,110	0,185	0,482
Tutores distintos cada año	0,041	0,036	0,410
Importancia de la rotación por atención primaria	0,389	−0,313	0,407
Medidas de control al tutor	−0,058	−0,110	0,314
Tutores mayores autoritarios	0,075	−0,059	0,306
Autovalores (% acumulado 360,366%)	140,794%	120,257%	90,315%

Fuente: Encuesta de expectativas a médicos en formación residencial, 2008-2009 (IESA/CSIC).

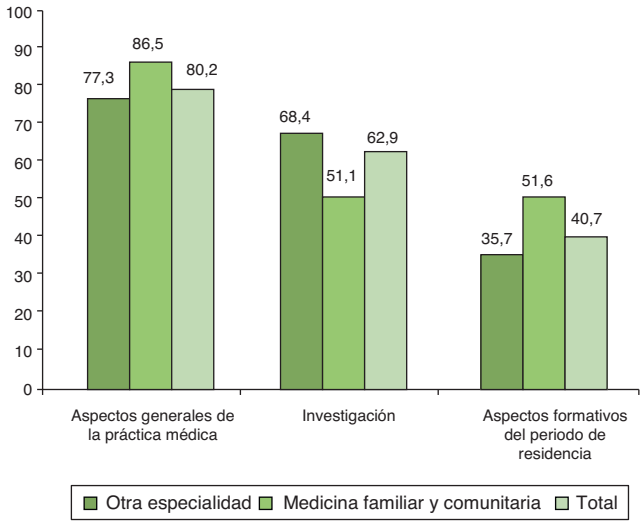

Figura 1 Puntuación media que otorgan los residentes a las dimensiones por tipo de especialidad.

estas 3 dimensiones en relación con la variable «tipo de especialidad». En la figura 1 se pueden observar los resultados.

Las 3 dimensiones analizadas resultan estadísticamente significativas con respecto al tipo de especialidad que está realizando el residente, tal como se puede apreciar en la tabla 4.

A continuación se exponen los principales resultados del estudio, centrados en la diferente visión que tienen los 2 grupos de residentes estudiados en relación con las 3 dimensiones extraídas.

En la dimensión «investigación» se observan las mayores diferencias entre los 2 grupos estudiados. Los futuros médicos de familia le dan menos peso a este factor en relación con sus compañeros de otras especialidades, con una distancia de 17,3 puntos.

Por el contrario, los residentes de MFC le otorgan mayor peso a las otras 2 dimensiones, principalmente a la referida a los «aspectos formativos del periodo de residencia». En general los residentes de MFC tienen una visión más positiva del tutor y creen necesario, en mayor medida, una rotación obligatoria por diferentes servicios (independientemente de los intereses profesionales o especialidad de cada residente). Consideran importante la rotación por atención primaria ya que aporta una visión general de la práctica médica y un trato cercano con el paciente. Se observa una diferencia de 15,9 puntos en relación con los médicos residentes del resto de especialidades.

También los médicos residentes de MFC le dan más peso a la dimensión denominada «aspectos generales de la práctica médica». Las diferencias son algo menores en relación con las otras 2 dimensiones, si bien llega a los 9,2 puntos. Según las variables con mayor carga factorial en esta dimensión, los residentes de MFC le dan mayor importancia a una atención global e integral del paciente, donde la prevención y la educación sanitaria se sitúa en un plano igual de trascendente que la cura de la enfermedad; así como la atención de enfermedades comunes y la atención de colectivos sociales con mayores problemas de salud.

En cualquier caso se trata de la dimensión que mayor puntuación registra para ambos grupos de residentes, por lo que hay que tener en cuenta que aunque los residentes de MFC le dan más peso, los del resto de especialidades también consideran los elementos que componen dicha dimensión como importantes.

En resumen, se constata que el porcentaje de residentes de MFC que han elegido su especialidad como primera opción es sustancialmente menor al de aquellos que han elegido alguna otra especialidad (61,9 frente a 84,3%). En cuanto a la motivación, en consonancia con lo anteriormente dicho, también se observa cómo el porcentaje de MIR de MFC que justifican su elección por vocación es menor que el de aquellos que se forman en otra especialidad (61,3 frente a 78,2%). Y, finalmente se han observado diferencias estadísticamente significativas en la visión que tienen ambos grupos en torno al sistema de formación y a determinados aspectos de la práctica médica.

Discusión

Durante la etapa previa al periodo de formación residencial los estudiantes han finalizado sus estudios universitarios. En

Tabla 4 ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significación
Aspectos generales de la práctica médica					
Intergrupos	10263,017	1	10.263,017	29,860	0,000
Intragrupos	192128,848	559	343,701		
Total	202391,865	560			
Investigación					
Intergrupos	36333,374	1	36.333,374	70,790	0,000
Intragrupos	286909,162	559	513,254		
Total	323242,535	560			
Aspectos formativos del periodo de residencia					
Intergrupos	30923,790	1	30.923,790	98,906	0,000
Intragrupos	174776,135	559	312,659		
Total	205699,925	560			

Fuente: Encuesta de expectativas a médicos en formación residencial, 2008-2009 (IESA/CSIC).

esta fase reciben una serie de conocimientos teóricos y prácticos que implícita o explícitamente van acompañados por un discurso de cómo se entiende la práctica médica. Según el estudio cualitativo realizado previamente[6], estos residentes produjeron un discurso más próximo a concepciones médicas tradicionales, basado principalmente en los siguientes 4 puntos: *1)* el hospital como centro de referencia de la práctica médica, quedando atención primaria subordinada a éste; *2)* valoración mayor de las especialidades cuanto más complejas y concretas sean, llevando éstas asociado un halo de prestigio que deja a las más integrales, a las que tratan enfermedades más comunes y por ende más cercanas al usuario en un segundo lugar; *3)* negación de la capacidad de decisión de los pacientes, porque abusan de los recursos y por falta de criterio; *4)* culpabilización a los gestores de la política sanitaria de introducir una filosofía de la prestación del servicio sanitario que tiene como base al usuario, lo que según esta concepción la hace poco eficaz.

Ahora los residentes inician un nuevo periodo formativo en el seno del SSPA. En el tercer Plan Andaluz de Salud[14] se recogen las pautas prioritarias para desarrollar una política que satisfaga las necesidades de la ciudadanía y contribuya a la «mejora del bienestar, de la calidad de vida y de la cohesión social». En este último Plan se hace especial hincapié en situar al ciudadano como protagonista de los servicios sanitarios. Tiene poder y capacidad de elección y debe participar de forma efectiva y ser responsables de las decisiones que afectan a su salud. En este sentido los servicios de salud deben adaptarse a sus características y necesidades y el profesional sanitario también verá modificado su papel para adaptarse a esta nueva realidad y, además de desarrollar su trabajo con capacidad técnica, tendrá que estar dispuesto a escuchar al ciudadano, tomar en consideración su opinión, compartir información y ayudarle a tomar decisiones sobre su salud. Se trata de un modelo social de la sanidad en el que lo biológico y los recursos del sistema son dos factores más del conjunto que influyen en la salud de los ciudadanos. Esta concepción trata de promocionar una serie de valores que deberían de alejar al profesional de la concepción principalmente biomédica de la práctica sanitaria, forjada sobre un concepto tradicional de salud como ausencia de enfermedad y en el que, por ende, la enfermedad y el médico eran el centro del sistema: los recursos y los procesos giraban en torno a ellos[6].

Todo ello pone de manifiesto una importante brecha entre el discurso interiorizado por los futuros médicos durante su etapa universitaria y la realidad que se encuentran durante su periodo residencial[6,15]. Esto puede ser motivo de insatisfacción y frustración laboral, así como de tensiones entre sistema sanitario y profesionales. En la medida en que el SSPA sea capaz de socializar a sus residentes en el modelo sanitario que promulga minimizará el salto provocado por las 2 fases educativas y estos profesionales encontrarán un equilibrio que les permita encontrarse satisfechos y motivados en el ámbito laboral.

La información empírica analizada en este artículo pone de manifiesto que los residentes de MFC en general muestran unas opiniones que están más en consonancia que las del resto de sus compañeros con los valores del sistema: les dan más importancia a una atención integral del paciente. De igual forma otorgan un papel relevante a aspectos como la prevención y la educación para la salud, la atención a colectivos con especiales necesidades de salud y a la atención de enfermedades comunes. Así mismo coinciden en mayor medida que el resto de residentes con los valores del sistema de formación ya que tienen una imagen del papel del tutor más positiva y se adecuan mejor a la organización del sistema de rotaciones previsto (importancia de la rotación tanto por atención primaria como por diferentes servicios, con independencia de los intereses profesionales o la especialidad del residente, con el fin de adquirir una visión general de la práctica médica).

Los MIR del resto de especialidades, aunque también otorgan importancia a los aspectos de la práctica médica que se han mencionado anteriormente, sostienen unos valores y unas opiniones sobre el propio sistema de formación más cercanos a la cultura tradicional médica centrada en la enfermedad que a la concepción más amplia de la salud que potencia el propio SSPA. Como se ha comprobado en los análisis de datos muestran mayor inclinación por cuestiones relacionadas con la investigación, la docencia y la atención de enfermedades graves y poco comunes. Así se muestran menos de acuerdo con ciertos aspectos del sistema de formación residencial (sistema de rotaciones y labor de los tutores).

En conclusión, el sistema sanitario trata de instaurar un modelo social de atención sanitaria en el que aspectos como la prevención y la educación sanitaria y una atención integral del paciente adquieren una importancia capital. Como se ha visto, los residentes de MFC están en consonancia con este modelo de atención sanitaria.

Si el SSPA quiere que todos sus futuros profesionales adopten una cultura más cercana a sus planteamientos centrados en el paciente, parece recomendable que los residentes que hemos denominado de otras especialidades roten más por atención primaria, que los responsables de su formación tengan como objetivo prioritario socializarlos en la propia concepción del modelo de salud y del tipo de prestación de servicios sanitarios que sostiene el SSPA, porque con ello muy probablemente se conseguirán unos profesionales más satisfechos, base para un incremento en la calidad de los servicios prestados, y además un método para romper con la tradicional brecha entre la atención primaria y la especializada, base para una prestación de servicios más eficiente.

Entre las limitaciones potenciales de este estudio se puede considerar la tasa de respuesta. Pese a que para este tipo de encuesta el porcentaje de respuesta se ha situado en márgenes aceptables, no cabe duda que puede provocar sesgo en los resultados finales, ya que no sabemos si los que no contestaron tienen un perfil y/o motivación diferente de aquellos que sí participaron en el estudio. Es complejo determinar las causas de este problema pero es incuestionable que una mejora en la comunicación puede ayudar a mejorar los resultados en un futuro.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.
Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rozman C. La enseñanza de la medicina¿debe cambiar de modelo? Med Clin. 1993;100 Suppl 1:3–5.
2. Rozman C. La educación médica en el umbral del siglo XXI. Med Clin. 1997;108:582–6.
3. Pera C. Formación de los profesionales de la salud. Una reflexión a las puertas del siglo XXI. Cuenta y razón. 1999;113:27–34.
4. Luz-Bascuñán R. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Rev med Chile. 2005;133:11–6.
5. Ryan-Murúa P. Cómo y dónde se encuentra la profesión médica Visión de un médico especialista en formación. Educ Med. 2006;9:5–8.
6. Serrano-del-Rosal R, Cerrillo Vidal JA, Biedma Velázquez L, López Navarro I, Ramírez Troyano A. La formación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Un análisis sociológico cualitativo. 1.ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2009. p. 15–68.
7. García-Ramos M, Luján-López ME, Martínez-Corona MA. Satisfacción laboral del personal de salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2007;15:63–72.
8. Cebrià DJ. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Aten Primaria. 2003;31:564–74.
9. Smith R. Why are doctors so unhappy. BMJ. 2001;322:1082–3.
10. Salinas Oviedo C, Laguna Calderón J. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex. 1994;36:22–9.
11. D'Anello Koch S, Barreat Y, Escalante G, D'Orazio K, Benitez A. La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento. MedULA. 2009;18:33–9.
12. Frankel R. Relationship-centered care and the patient-physician relationship. J Gen Intern Med. 2004;19:1163–5.
13. García de Diego JM, Ranchal Romero J, Biedma Velázquez L, Serrano del Rosal R. Preferencias y expectativas de los médicos residentes en Andalucía [Documento de trabajo]. Córdoba: Instituto de Estudios Sociales Avanzados-Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2010. E-0510. [consultado 21 Feb 2011]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10261/24225; 2010.
14. Junta de Andalucía. Consejería de Salud III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003.
15. Lorenzo Cáceres E, Calvo Corbella E. ¿Hay alguna razón para cambiar la formación médica en la Universidad española? Aportaciones de la Atención Primaria. Medifam. 2001;11: 275–88.