

ORIGINALES BREVES

Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria

J. Santos Suárez^a, M. Santiago Álvarez^a, P.M. Alonso Hernández^a, M.A. Alonso Llamas^a, E. Merladet Artiach[†] y E. Corrales Fernández^b

Centro de Salud Mieres Sur y Ambulatorio Central. Área Sanitaria VII. Mieres (Asturias).

Objetivo. Conocer la opinión de los estudiantes del último curso de medicina (EM) sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria (MFyC).

Diseño. Estudio transversal mediante cuestionario autoadministrado.

Emplazamiento. Facultades de medicina de las Universidades de Oviedo y Cantabria.

Participantes. EM de sexto curso y con posibilidades de finalizar su licenciatura el año 2000.

Intervenciones. Cuestionario de 22 preguntas de elección múltiple, incluyendo valoración sobre formación pregrado en MFyC y opinión sobre su inclusión como asignatura, elección de la especialidad en el próximo examen MIR, prestigio de la MFyC, selección de profesional para tratar patologías comunes en atención primaria y conocimiento de una actividad (gestión de incapacidad temporal) del médico de familia (MF).

Resultados principales. De los 94 EM encuestados, un 73% no había tenido formación teórica en MFyC, pero un 89% sería partidario de incluirla en el programa de la licenciatura. Un 6% desearía ejercer como MF. Un 77% creía que el prestigio de la MFyC era equiparable a otras especialidades y el resto que era inferior, aunque aumentaría para la mitad de éstos si el MIR de MFyC durara 4 años. Un 50% no elegiría al MF para tratar patologías comunes en atención primaria de salud. Un 55% identificaba al MF como el profesional capacitado para dar la baja por enfermedad común.

Conclusiones. La falta de formación en MFyC en el pregrado se perfila como la causa del desinterés, desprestigio y desconocimiento de esta especialidad entre los EM.

Palabras clave: Medicina familiar y comunitaria. Estudiante de medicina. Prestigio.

FAMILY MEDICINE: THE CINDERELLA OF UNDERGRADUATE STUDIES? STUDY OF THE VIEWS OF MEDICAL STUDENTS ABOUT THE SPECIALITY OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE

Objective. To find the views of students doing the last year of medicine on the speciality of family and community medicine (FCM).

Design. Cross-sectional study through self-administered questionnaire.

Setting. Medical faculties of the Universities of Oviedo and Cantabria.

Participants. Sixth-year medical students with possibilities of completing their degrees in the year 2000.

Interventions. 22-question multiple-choice questionnaire, including assessment of undergraduate FCM training and view of its inclusion as a subject, choice of speciality in the next residents (MIR) exam, status of FCM, choice of professional to treat common pathologies in primary care, and knowledge of an activity (management of short-term time off) of GPs.

Main results. 73% of the 94 medical students polled had no theoretical training in FCM, but 89% were in favour of including it in the degree programme. 6% wanted to work as GPs. 77% thought that the status of FCM was comparable to that of other specialities. The rest thought it was inferior, although its status would rise for half of these if the FCM residency lasted 4 years. 50% would not choose FM to treat common pathologies in primary care. 55% identified the GP as the person empowered to issue sick notes for common illness.

Conclusions. Lack of undergraduate training in FCM is the cause of lack of interest in this speciality among medical students, its lack of status and students' lack of knowledge.

Key words: Family and community medicine. Medical student. Status.

(Aten Primaria 2001; 27: 324-330)

[†]In memoria Eduardo Merladet Artiach

^aMédico Interno Residente de tercer año de MFyC. Centro de Salud Mieres Sur. Mieres (Asturias).

^bCoordinador de Docencia del Área Sanitaria VII, Ambulatorio Central. Mieres (Asturias).

Correspondencia: Juan Santos Suárez. Avda. De Galicia, 30. 33450 Piedras Blancas (Asturias).
Correo electrónico: ecorrales@gapmi07.insalud.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 20-XII-2000.

Introducción

La medicina familiar y comunitaria (MFyC) nace en España como especialidad a partir del Real Decreto 2015/78, teniendo como objetivo principal el abordaje eficaz e integral de los problemas de salud en sus vertientes individual y comunitaria desde una perspectiva biopsicosocial; siendo la atención primaria de salud (APS) su campo de actividad. Es una especialidad horizontal en contraste con la verticalidad de las hospitalarias¹. Ello ha comportado un cambio en el concepto del cuidado médico, desde una atención puntual y concreta hacia otra continuada e integral ejercida en la propia comunidad, pero que no ha ido parejo al de la enseñanza universitaria de una medicina que, tradicionalmente, ha valorado la especialización y devaluado la generalización comprometiendo el posible entusiasmo de los estudiantes de medicina (EM) por la APS^{2,3} y ejerciendo una influencia determinante en la opinión que éstos tienen acerca de la especialidad de MFyC.

En España, a pesar de la firma de los convenios entre universidades e instituciones sanitarias, posibilitando la rotación de los alumnos por los centros de salud, a raíz de las disposiciones legislativas pertinentes^{4,5}, y a la introducción de la APS entre los contenidos teóri-

cos de la «medicina preventiva y salud pública y comunitaria»⁶, los logros se han limitado, en la mayoría de los casos, a facilitar dichas rotaciones y a que los médicos de familia asuman las tutorías prácticas de las mismas^{7,8}.

La especialidad de MFyC apenas si ha sido introducida en el pregrado, aun cuando más del 36% del total de las plazas MIR convocadas en estos últimos años lo son de MFyC, que representa actualmente la especialidad más opciónable y elegida por los examinandos, para los cuales, sin embargo, no parece ser sino una segunda alternativa tras la mayoría de las demás especialidades hospitalarias⁹.

Los estudios que han venido analizando las influencias y factores que determinan que los EM opten por la MFyC o por una especialidad hospitalaria se han realizado mayoritariamente en el ámbito anglosajón, y desconocemos por tanto si sus conclusiones son extrapolables a nuestro medio. En España, apenas se ha profundizado en conocer el grado de atracción que la medicina familiar tiene para los estudiantes de medicina, por lo que el objetivo de este trabajo es saber el conocimiento e interés que los estudiantes de medicina tienen de esta especialidad, así como su prestigio.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, mediante cuestionario autoadministrado de respuesta múltiple cumplimentado por alumnos de sexto curso de medicina de las Universidades de Oviedo y Cantabria, en las asignaturas de medicina legal y clínica médica, con 64 y 66 alumnos matriculados, respectivamente, los días 15 y 16 del mes de enero de 2000. La presentación del cuestionario se realizó por los propios autores del trabajo en horario lectivo en la facultad correspondiente y su cumplimentación voluntaria.

El cuestionario (anexo 1) constó de 22 preguntas que incluían: a) datos de filiación; b) formación teórica y práctica específica en MFyC; c) satisfacción con

la misma; d) necesidad sentida de formación en MFyC; e) si elegiría la especialidad de MFyC en el próximo examen MIR; f) cuál desearía ejercer; g) prestigio de la MFyC; h) su relación con la duración de la formación MIR; i) su relación con el sueldo; j) la capacitación del médico de familia para tratar las patologías atendidas en APS; k) varios supuestos prácticos de la patología más prevalente; l) así como los conocimientos que se tienen sobre una de las actividades propias de la APS¹⁰; m) sobre un centro de salud, y n) el médico de familia.

Resultados

Contestaron al cuestionario 48 (76%) y 46 (71%) de los alumnos de las Universidades de Oviedo y Cantabria, respectivamente.

Todos ellos tenían posibilidades de terminar la licenciatura en el año 2000, un 51% (48) pertenecía a la Universidad de Oviedo y el 49% (46) a la de Cantabria. Un 61% (57) era mujer, con una mediana y moda de 23 años de edad y un rango de 22-26.

Un 70% (66) había realizado prácticas en un centro de salud, de los que el 68% (45) afirmaba estar bastante o muy satisfecho un 26% (17) lo estaba moderadamente y el 6% (4) se declaraba poco satisfecho.

Un 75% (69) de los encuestados no había recibido formación teórica específica en MFyC en la universidad correspondiente hasta la fecha de la encuesta. El 89% consideraba que la formación en MFyC tendría que formar parte del programa de la licenciatura de medicina.

Un 8% (8) tenía la voluntad de elegir la especialidad de MFyC en

el próximo examen MIR, un 47% (44) una especialidad diferente y el 45% (42) restante no tenía una decisión formada o no la manifestaba.

Preguntados por la especialidad que desearían ejercer, un 70% (66) se decanta por otras alternativas distintas a la MFyC, el 24% (22) no lo expresaba y un 6% (6) elegía la MFyC como única opción, o al tiempo que otra especialidad. De los 6 EM que les gustaría ejercer la MFyC, 4 habían realizado prácticas en un centro de salud a lo largo de su formación.

La especialidad de MFyC tiene un prestigio equiparable al de otras especialidades para un 77% (72) de los encuestados e inferior o muy inferior para el 23% (22) restante, y para ninguno es superior. Aumentar el tiempo de formación MIR en un año no modificaría ese prestigio para el 65% (60) de la totalidad de los encuestados y sí para el 35% (32) restante, y también para aquella mitad (11) de los que cree que el prestigio es inferior o muy inferior.

Cuando se sondea para conocer el sueldo del médico de familia, un 44% (41) opina que éste es equiparable al de un especialista hospitalario, el 30% (28) que es inferior y un 17% (16) superior; y entre estos últimos el 75% (12) cree que el prestigio es equiparable y un 25% (4), inferior. Un 9% (9) de los estudiantes no respondió a la pregunta sobre el salario del MF. La relación entre las consideraciones de sueldo y prestigio se muestran en la tabla 1.

Un 65% (61) de los alumnos cree que el médico de familia está sufi-

TABLA 1. Relación prestigio y salario

	Prestigio del MF frente al especialista hospitalario		
	Mayor	Igual	Menor
Salario del MF frente al especialista hospitalario			
Mayor	0	12	4
Igual	0	28	13
Menor	0	24	4

cientemente formado para tratar la mayoría de las patologías atendidas en APS, el 19% (18) opina que lo está para la gran mayoría y el 16% (15) restante cree que lo está para la mitad o menos.

Se formularon 4 preguntas para conocer la opinión de los EM a la hora de indicar un profesional de su elección que trate varias de las patologías frecuentemente atendidas por un médico de familia (MF): hipertensión no controlada con un solo fármaco, depresión sin antecedentes previos, paciente terminal con dolor e indicación de insulinización en un diabético. Un 14% (13) señalan al MF en los cuatro supuestos, un 36% (34) en tres, un 30% (28) en dos y un 15% (14) en uno; un 5% (5) no incluyó al MF en sus respuestas.

Por último, un 55% (52) identifica al MF como el profesional capacitado para dar la baja a un paciente por enfermedad común, distribuyéndose el resto entre otras opciones dadas; al preguntar cuál es la función básica de un centro de salud y lo que debe de ser ante todo un MF, contestan adecuadamente a las dos cuestiones un 23% (22) de los encuestados, decantándose un 53% por la promoción y prevención como la función básica de un centro de salud, y otro 53% porque un MF debe ser un buen clínico como la respuesta mayoritaria para esa segunda consulta, seguida con un 43% por un profesional orientado a la prevención, un 46% (43) responde correctamente a sólo una de estas preguntas y el resto, un 31% (29), a ninguna.

Discusión

La mayoría de los EM refiere no haber tenido ningún tipo de contacto teórico con la especialidad de familia, aun cuando crean en una proporción todavía mayor, 88%, que debería formar parte del contenido curricular del pregrado, resultados coincidentes con los de otros estudios^{11,12}.

A pesar de que más de un 36% de las plazas de formación médica especializada que vienen convocándose anualmente por el Ministerio de Sanidad corresponden a MFyC, sólo el 6% de los EM desean ejercer como MF. ¿Por qué este desequilibrio entre lo ofertado y lo que desea el estudiante?

No hay un claro consenso acerca del porqué los EM eligen una u otra especialidad ni existe un instrumento lo suficientemente sensible como para predecir cuál elegirá para desarrollar su carrera profesional¹³; en nuestra encuesta un 8,5% optará inicialmente por la especialidad de MFyC en la próxima convocatoria MIR, pero no todos ellos desearían ejercerla. Asimismo desconocemos el papel distorsionador que pueda desempeñar la convocatoria específica (la convocatoria específica de plazas de medicina de familia que se regula en la OM del 24 de julio de 1997). Es evidente que el profesorado¹⁴⁻¹⁶, la existencia de un departamento de medicina de familia en la universidad^{16,17}, los currículos académicos^{16,17}, el rol de los modelos observados^{18,19} y las prácticas en medicina de familia influyen en la selección de la especialidad, pero no es menos cierto que la personalidad¹⁶, las características demográficas y geográficas²⁰, la orientación hacia el cuidado holístico, hacia la prevención y atención continuada^{13,18,19,21,22}, las relaciones con los pacientes y la diversidad clínica^{13,19}, así como tener más opciones para otras especialidades¹⁸, también parecen ejercer un efecto indirecto en esa elección. La falta de prestigio²³⁻²⁵, una menor remuneración económica, el tipo de vida y la opinión de otros estudiantes influyen de forma negativa para la elección de la MFyC^{15,18}. En nuestra encuesta el prestigio de la especialidad de MFyC era inferior o muy inferior para un 23% de los estudiantes, y sólo equiparable para el resto, aumentando para la mitad de los primeros si el tiempo de forma-

ción especializada se incrementara en un año. Los factores económicos también han sido relacionados con el prestigio y la especialidad^{20,18,23}, y sin embargo en este estudio no parece que una mayor o menor retribución guarde relación directa con éste. Aceptamos que el médico de familia está teóricamente capacitado para tratar la «gran mayoría» de la patología vista en la consulta de un centro de salud; sin embargo, sólo un 20% de los encuestados es de esa opinión, e incluso el 16% cree que lo está para la mitad o menos de la demanda que se realiza a diario en APS, lo que viene a reflejar el escaso conocimiento, o deficiente opinión que posee el EM sobre la formación que tiene el MF y su función en el acceso y control del enfermo al sistema sanitario de salud. Hemos intentado contrastar ese dato teórico con 4 supuestos prácticos comunes, e incluidos en la cartera de servicios del INSALUD para APS, y la mitad de los EM elegiría a un especialista distinto al MF para atender un 50% o más de la patología presentada, lo que contrasta con el 16% de los EM que así lo afirmaba en una pregunta previa. A pesar de que más del 70% de los EM han hecho prácticas en un centro de salud no todos conocen sus actividades: algo tan usual como saber quién puede dar la baja a un paciente por enfermedad común lo responde acertadamente un 55% de la totalidad, y al menos el 77% desconoce uno de estos conceptos: la función de un centro de salud o lo que debe de ser un médico de familia.

Las limitaciones de este estudio radican en el hecho de haber evaluado a los alumnos matriculados en una asignatura que no son necesariamente todos los de ese curso académico, el no incluir aquellos otros que por diferentes circunstancias no habían acudido a clase ese día, las diferencias que pudieran establecerse entre universidades y el haberlo diseñado,

presentado y analizado desde la perspectiva de un médico de familia; pero ello no es óbice para dar pie al análisis y a la reflexión del tema sobre los datos aportados. La Universidad de McMaster en Canadá, pionera en introducir la perspectiva comunitaria en su contenido curricular, ha favorecido que la mitad de los licenciados en medicina elijan la medicina de familia como la especialidad donde desarrollar su actividad profesional al considerarla como una carrera de prestigio²⁴. En España, no existen departamentos de MFyC cuyo fin sería promover la formación y el reconocimiento de la especialidad entre los EM, así como evitar su descrédito y el de los MF^{17,20}, además de favorecer las prácticas en MFyC^{14,26}. Apoyando la afirmación de Buitrago, creemos que sería conveniente crear las condiciones idóneas en la enseñanza pregraduada para aumentar el interés de los estudiantes por la MFyC, sin perjuicio de la formación básica hospitalaria actualmente impartida^{8,11}, y aumentar el período de formación posgraduada en esta especialidad, para evitar así la desmotivación hacia la elección de la MFyC. Es obvia la dificultad para la consecución de estos objetivos en un medio en el que sólo 3 MF son profesores titulares en las facultades de medicina de la universidad española²⁷.

La MFyC es una especialidad que no debe ser vista como un compendio de otras especialidades, y aun cuando las parcelas tratadas sean comunes no lo es en la forma de aproximarse al enfermo, ni en la eficiencia de resultados ni en el seguimiento esperado por esta atención. Requiere pues de otra óptica para ejercerla, y un aprendizaje acorde para alcanzarla mediante una enseñanza pre y posgraduada específica. Este trabajo así parece mostrarlo, dando pie a acercar primero e introducir después la realidad de un sistema de salud asentado en

una atención primaria en nuestra universidad. Es de esperar que otros estudios puedan confirmar los resultados de éste y profundizar en las motivaciones e influencias que en España tienen los EM en el momento de elegir una especialidad, sus expectativas, y contrastarlas posteriormente con la de los MIR a lo largo de su formación.

Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Docencia en atención primaria y medicina de familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace, 1999; 144-60.
2. Block S, Clark-Chiarely N, Peters A, Singer J. Academia's chilly climate for primary care. *JAMA* 1996; 276: 677-682.
3. Colwill JM. Where have all the primary care applicants gone? *N Engl J Med* 1992; 326: 387-393.
4. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE* n.º 102, de 29 de abril de 1986.
5. Real Decreto 1.558/1986, de 28 de junio, de la Presidencia del Gobierno, por el que se establecen las bases generales de conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias. *BOE* n.º 182, de 31 de julio de 1986.
6. Real Decreto 1.417/1990, de 26 de octubre, del Ministerio de Educación y Ciencia por el que se establece el título universitario oficial de licenciado en medicina y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. *BOE* n.º 278, de 20 de septiembre de 1990.
7. Buitrago F. Medicina basada en la afectividad, medicina de familia y universidad. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 757-758.
8. Buitrago F. ¿Departamentos universitarios de medicina familiar en España? *Aten Primaria* 1992; 10: 858-859.
9. Buitrago F. La incorporación de la medicina de familia en el ámbito universitario. ¿Ilusión o realidad? *Aten Prim* 2000; 25: 71-72.
10. Cartera de Servicios del INSALUD 1999.
11. Buitrago F, Vergeles JM, Cano-Hernández E. Evaluación de la rotación en centros de salud de los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura. *Aten Prim* 1994; 13: 118-124.
12. Quirce F, Gil VF, Uris J, Orozco D, Ruiz MT, Jiménez LT. Formación de pregrado en atención primaria: seis años de experiencia en la Universidad de Alicante. *Aten Primaria* 1993; 11: 281-285.
13. Erney S, Biddle B, Siska K, Riesenberg LA. Change in medical student's attitudes about primary care during the third year of medical school. *Acad Med* 1994; 69: 927-929.
14. Campos-Outcalt D, Senf J, Watkins AJ, Bastacky S. 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* 1995; 70: 611-619.
15. Lynch DM, Newton DA, Grayson MS, Whitley TW. Influence of medical school on medical students' opinions about primary care practice. *Acad Med* 1998; 73: 433-435.
16. Martini CJM, Veloski JJ, Barzansky B, Xu G, Fields SK. Medical school and student characteristics that influence a generalist career. *JAMA* 1994; 272: 661-668.
17. Colwill JM. Where have all the primary care applicants gone? *N Engl J Med* 1992; 326: 387-393.
18. Fincher R-ME, Lewis LA, Jackson TW. Why students choose a primary care or nonprimary care career. *Am J Med* 1994; 97: 410-417.
19. Burack JH, Irby DM, Carline JD, Ambrozy DM, Ellsbury KE, Stritter FT. A study of medical students' specialty-choice pathways: trying on possible selves. *Acad Med* 1997; 72: 534-541.
20. Bowman MA, Haynes RA, Rivo ML, Killian CD, Davis PH. Characteristics of medical students by level of interest in family practice. *Fam Med* 1996; 28: 713-719.
21. Morrison JM, Stuart T. Career preferences of medical students: influence of a new four-week attachment in general practice. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 721-725.
22. Vaglum P, Wiers-Jenssen J, Ekeberg O. Motivation for medical school: relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample. *Med Educ* 1999; 33: 236-242.
23. Deforge BR, Richardson JP, Stewart DL. Attitudes of graduating seniors

at one medical school toward family practice. *Fam Med* 1993; 25: 111-113.

24. Whitcomb ME, Desgroseilliers JP. Primary care medicine in Canada. *N Eng J Med* 1992; 326: 1469-1472.

25. Musham C, Chessman A. Changes in medical students' perceptions of family practice resulting from a required clerkship. *Fam Med* 1994; 26: 500-503.

26. Grayson MS, Newton DA, Klein M, Irons T. Promoting institutional change to encourage primary care: experiences at New York Medical College and East Carolina University School of Medicine. *Acad Med* 1999; 74 (Supl 1): 9-15.

27. Bonal Pitz P, Gil Guillén V, Martín Zurro A, Pinto Hespñhol A. La medicina de familia como área de conocimiento. Documento de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. n.º 10.

Anexo 1. Cuestionario de opinión de los EM sobre la especialidad de MFyC

La finalidad de este trabajo es conocer la opinión de los estudiantes de medicina (EM) sobre la especialidad de medicina de familia; por favor, ayúdenos contestando a estas preguntas con sinceridad. Muchas gracias.

1. ¿Está usted matriculado de sexto curso de medicina y con posibilidades de terminar este año?

1. Sí.

2. No.

2. ¿En qué universidad está usted matriculado?

1. Universidad de Oviedo.

2. Universidad de Cantabria.

3. Sexo

1. Varón.

2. Mujer.

4. Edad en años:

5. ¿Ha realizado usted prácticas en un centro de salud a lo largo de su formación?

1. Sí.

2. No.

6. En caso afirmativo: ¿quedó, en general, satisfecho?

1. Muy satisfecho.

2. Bastante satisfecho.

3. Moderadamente satisfecho.

4. Poco satisfecho.

5. Nada satisfecho.

7. ¿Qué tipo de formación teórica, específica en medicina familiar y comunitaria (MFyC), ha recibido en la universidad?

1. Ninguna.

2. Seminario.

3. Asignatura optativa específica en MFyC.

4. Asignatura obligatoria en MFyC.

5. Otros.

8. Si ha recibido algún tipo de formación teórica en la universidad: ¿ha quedado satisfecho con la formación recibida?

1. Muy satisfecho.

2. Bastante satisfecho.

3. Moderadamente satisfecho.

4. Poco satisfecho.

5. Nada satisfecho.

9. En su opinión, ¿la formación en MFyC debería formar parte del programa de la licenciatura de medicina?

1. De acuerdo.

2. En desacuerdo.

3. No sabe/no contesta.

10. ¿Elegirá la especialidad de MFyC en el próximo MIR?

1. Sí.

2. No.

3. No sabe/no contesta.

11. ¿Qué especialidad desearía ejercer? Escríbala, por favor, aun cuando no esté seguro.

.....
No sabe/no contesta.

12. La especialidad de MFyC tiene para usted un prestigio:

1. Muy superior al de otras especialidades médicas.
2. Superior al de otras especialidades médicas.
3. Equiparable al de otras especialidades médicas.
4. Inferior al de otras especialidades médicas.
5. Muy inferior al de otras especialidades médicas.

13. ¿Si la especialidad de MFyC tuviera una duración de 4 años?

1. Aumentaría su prestigio.
2. Mantendría su prestigio.
3. Disminuiría su prestigio.

14. En su opinión, el sueldo del médico de familia es:

1. Muy superior al de un especialista del hospital.
2. Superior al de un especialista del hospital.
3. Equiparable al de un especialista del hospital.
4. Inferior al de un especialista del hospital.
5. Muy Inferior al de un especialista del hospital.

15. En su opinión, está el médico de familia suficientemente formado para tratar:

1. La gran mayoría de las patologías atendidas en APS.
2. La mayoría de las patologías atendidas en APS.
3. La mitad de las patologías atendidas en APS.
4. Una pequeña parte de las patologías atendidas en APS.
5. Una mínima parte de las patologías atendidas en APS.

16. En su opinión, ¿qué profesional elegiría para indicar un nuevo tratamiento en un paciente con hipertensión esencial que está siendo tratado con un solo fármaco antihipertensivo al que no responde adecuadamente?

1. El nefrólogo.
2. El médico de familia.
3. El cardiólogo.

17. En su opinión, ¿qué profesional elegiría para tratar un trastorno depresivo en una mujer posmenopáusica de 55 años de edad sin antecedentes psiquiátricos previos?

1. El médico de familia.
2. El psicólogo.
3. El psiquiatra.

18. En su opinión, ¿qué profesional elegiría para tratar el dolor en un enfermo terminal oncológico, no hospitalizado, no tributario de tratamientos curativos y con un dolor intenso de muy reciente aparición?

1. El oncólogo del hospital.
2. El médico de familia.
3. El médico de la unidad del dolor del hospital.

19. En su opinión, ¿qué profesional elegiría para iniciar un tratamiento con insulina en un diabético tipo 2, correctamente tratado, con muy mal control de su glucemia?

1. El endocrino del hospital.
2. El internista en el hospital.
3. El médico de familia.

20. ¿Quién puede dar la baja a un paciente por enfermedad común?

1. El médico que atiende al paciente en el hospital.
2. Su médico de familia.
3. Su enfermera en el centro de salud.
4. Los dos primeros.
5. Todos ellos.

21. Señale cuál de entre éstas es la función básica de un centro de salud*

1. Promoción y prevención.
2. Asistenciales curativas y de rehabilitación y reinserción social.
3. Participación comunitaria.
4. Docencia e investigación.
5. Vigilancia epidemiológica.

22. ¿Qué considera que debe ser ante todo un médico de familia?*

1. Un gestor de recursos.
2. Un profesional orientado a la prevención.
3. Un buen docente.
4. Un buen clínico.
5. Un especialista en vigilancia epidemiológica.

Muchas gracias por su colaboración.

*Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Autoevaluación. Atención primaria (4.^a ed.). España: Harcourt Brace, 1999.