

LA ELECCIÓN DE LA MEDICINA GENERAL INTEGRAL. UNA PROBLEMÁTICA ACTUAL

Dr. Ismael M. Ferrer Herrera; Dra. María del C. Romero Sánchez; Dra. Josefina Collot Gutiérrez; Dra. Alina de la Paz Carmona

Policlínico Comunitario Docente Ignacio Agramonte. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre las causas de rechazo a la Medicina General Integral, entre 75 estudiantes de medicina de primero, cuarto y quinto años, pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente "Ignacio Agramonte" del Municipio Camagüey, durante el primer semestre del curso 1995 - 1996. Los datos obtenidos a través en una encuesta realizada al inicio y final de la estancia, que contenía las variables a estudiar como año en curso, edad, sexo, procedencia, aceptación o rechazo a la Medicina General Integral y sus causas, fueron procesados de forma automatizada. Las principales causas se relacionaron con una deficiente orientación vocacional, lo que se traduce en la no comprensión de la importancia de la promoción y la prevención, orientándose más hacia el cuidado de la enfermedad, lo que parece estar en dependencia de la influencia hospitalaria en su formación, sin tener en cuenta que la comunidad será su escenario de acción. Estas y otras causas de carácter subjetivas y organizativas, son susceptibles de modificarse.

DeCS: MEDICINA COMUNITARIA, ATENCION PRIMARIA.

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional study about the causes of rejection to integral general medicine was performed among 75 medicine students of first, fourth and fifth years during the first semester of 1995-1996 course. They belong to "Ignacio Agramonte" Community Teaching Polyclinic of Camaguey municipality. Data obtained through a survey carried out at the beginning and at the end of the stage, which included the study variables, such as: current year, age, sex, and origin, acceptance or refusal to integral general medicine and its causes were processed in computerized way. Main causes were related to a deficient vocational guidance. It means that there was neither understanding of promotion nor prevention importance. Guidance was directed mainly to disease assistance which seems to be dependent of the hospital influence in its formation, without taking into account community as a scene of action. These and other causes of subjective and organizable character are susceptible to modifications.

DeCS: COMMUNITY MEDICINE, HEALTH CARE.

INTRODUCCIÓN

Desde los propios inicios del plan del Médico de la Familia, se percibió cierto rechazo a la vinculación de los recién graduados a este subsistema de atención primaria, menos perceptible en aquellos momentos dado el pequeño número de éstos a los criterios de inclusión empleados, donde se seleccionaron "los mejores". En la medida que el plan se fue ampliando y la incorporación se hizo masiva, el rechazo unas veces consciente o no, manifiesto o no, se fue incrementando, exponiéndose diversos criterios que evidencian desde una pobre orientación vocacional, hasta una negativa influencia de los profesores de la atención secundaria, excesivo trabajo burocrático y en general la realización de múltiples actividades de carácter no profesional, a desarrollar en dicho plan. (1-4)

Conociendo de la presentación de algunos estudios hechos en tres residentes y especialistas, sobre esta problemática en el marco del V Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrado en el Palacio de las Convenciones en Ciudad de La Habana en noviembre

de 1995, nos decidimos a realizar este trabajo entre estudiantes de medicina, ya que la experiencia de muchos profesores señalaba que este fenómeno se manifiesta desde la formación de pregrado, con el objetivo de conocer las principales causas de rechazo a la Medicina General Integral entre éstos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre las causas de rechazo a la Medicina General Integral, entre los 75 estudiantes de medicina (31 de 1ro, 33 de 4to. y 11 de 5to. años) correspondientes a las rotaciones de 1ro, 4to, y primera de 5to año, pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente "Ignacio Agramonte" del Municipio de Camagüey, durante el primer semestre del curso académico 1995-1996.

Los datos se obtuvieron de una encuesta confeccionada según los objetivos de la investigación, que contenía las variables a estudiar tales como: año en curso, edad, sexo, procedencia (preuniversitario, Orden 18, diferido FAR, trabajadores), aceptación o rechazo a la Medicina General Integral y sus causas.

Dicha encuesta se aplicó al inicio y final de la estancia a cada estudiante, de forma anónima, propiciando un clima de seguridad y confianza, para que los mismos expresaran libremente sus criterios. Una vez aplicada la encuesta, ésta se convirtió en el registro primario del estudio.

Los datos obtenidos se codificaron manualmente auxiliados por una minicalculadora y se procesaron en una microcomputadora IBM compatible, utilizando el paquete de programas estadísticos MICROSTA, que se utilizó para la confección del fichero, así como para obtener distribución de frecuencia, tablas de contingencia y test de hipótesis de proporciones, trabajándose con una confiabilidad del 95 % ($P < 0,05$). Finalmente se presentan los resultados a través de Tablas y Gráficos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Entre los 75 estudiantes encuestados predominó el sexo femenino con 44 para el 58,66% sobre el masculino con 31 para el 41,33%. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los estudiantes según año que cursa y sexo

Año en curso	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
1ro.	10	13,33	21	28,00
4to.	14	18,66	19	25,33
5to.	7	9,33	4	5,33
TOTAL	31	41,33	44	58,66

Fuente: Registro primario. $p=0$, 1896

Como puede observarse dicho predominio disminuye en cuarto año y se invierte en la muestra de quinto, no se encontró dependencia estadística. ($p=0$, 1896).

En relación a la edad predominaron los de 17 y 18 años en primer año, 20 y 21 años en cuarto, y 22 y 23 en quinto año.

En cuanto a la procedencia, predominó el preuniversitario con 57 alumnos para el 76%, seguido de la Orden 18 con 14 para el 18,66%, debiéndose señalar que ésta fue más frecuente proporcionalmente entre los estudiantes de cuarto año, aunque no se demostró asociación estadística ($p=0,3017$). (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los estudiantes según año en curso y procedencia.

Año en curso	Procedencia							
	Pre Univer.		Orden 18		Diferido		Trabajador	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1ero.	26	34,66	3	4,00	1	1,33	1	1,33
4to.	22	29,33	10	13,33	1	1,33	-	-
5to.	9	12,00	1	1,33	1	1,33	-	-
TOTAL	57	75,99	14	18,66	3	4,00	1	1,33

Fuente: Registro Primario $p= 0,3017$

Al analizar la tabla 3, las respuestas afirmativas y negativas a la pregunta: Con la información que Ud. tiene actualmente, le gustaría ser médico de la familia? Si__ No__, observamos que en la encuesta inicial, 44 estudiantes para el 58,66% respondieron afirmativamente. En primer año fueron prácticamente iguales (50 % aproximadamente) las respuestas, no existiendo diferencias entre uno y otro sexo. En cuarto y quinto años, las respuestas afirmativas ascendieron a 20 para el 60,60 % y 10 para el 90,90% respectivamente, destacándose en cuarto año la proporción de casi 1:1 entre las respuestas afirmativas y negativas entre los varones.

Tabla 3. Respuestas afirmativas y negativas según encuesta inicial y final por sexo.

Encuesta por sexo	Afirmativas		Respuestas Negativas		Sin precisar	
	No.	%	No.	%	No.	%
Inicial						
Masculino	20	26,66	10	13,33	1	1,33
Femenino	24	32,00	20	26,66	-	-
Total	44	58,66	30	39,99	1	1,33
Final						
Masculino	18	24,00	13	17,33	-	-
Femenino	30	40,00	14	18,66	-	-
Total	48	64,00	27	35,99	-	-

Fuente: Registro Primario

En la encuesta final, 48 estudiantes para el 64 % respondieron afirmativamente, lo que significó un incremento de cuatro estudiantes (algo más del 5 %). Entre los alumnos de primer año hubo un aumento de respuestas positivas de 14 a 27, para elevar el por ciento a 87,09 %, sobre todo el sexo femenino. En cuarto año ocurrió una disminución de las respuestas positivas de 20 a 12 descendiendo el por ciento a 36,36% y en quinto año también disminuyen aunque discretamente de 10 a 9, lo que representó el 81,81 % de respuestas afirmativas. Esta disminución ocurrió a expensas del sexo femenino. En ambos casos no se demostró diferencias significativas ($P=0,39,42$ y $0,2800$).

En la tabla 4 se muestran las causas de rechazo a la Medicina General Integral relacionándolas con las encuestas iniciales y finales. Como puede observarse, la causa que ocupa el primer lugar en la encuesta inicial, se refiere a que el médico de familia sólo atiende casos sencillos y poco interesantes, seguidas del estancamiento, del gusto por otra

especialidad y el que se convierte en un burócrata. En la encuesta final, la primera causa descendió notablemente, menos evidente la segunda, aumentando la referida al burocratismo y al gusto por otra especialidad.

Tabla 4. Causas de rechazo a la Medicina General Integral

Causas	Enc. Inicial		Enc. Final	
	No.	%	No.	%
- El médico de la familia sólo atiende casos sencillos y poco interesantes.	11	14,66	2	2,66
- El médico de familia se estanca.	10	13,33	6	8,00
- Gusta de otra especialidad.	5	6,66	8	10,66
- Es un estadístico por el burocratismo.	5	6,66	8	10,66
- El MF no puede realizar diagnósticos.	3	4,00	-	-
- El MF es rechazado por otros en la atenc. Secundaria.	2	2,66	1	1,33
- No hay confianza en el MF.	1	1,33	3	4,00
- Porque es impuesta.	1	1,33	1	1,33
- Porque cuida la salud, no la enfermedad	1	1,33	-	-
- El MF se prepara para ser médico del hospital.	1	1,33	1	1,33
- Pérdida de autoridad.	-	-	1	1,33
- Es un ente pasivo en comparación con el del hospital.	-	-	1	1,33
- No precisa.	1	1,33	3	4,00

Fuentes. Registro Primario

Estos resultados denotan falta de orientación vocacional durante la formación de pregrado, que sigue teniendo un gran peso hospitalario con su consiguiente influencia negativa de algunos profesores de la atención secundaria, demostrando que los estudiantes no han concientizado la importancia de la promoción y prevención, así como que perciben un cierto descuido en la superación profesional de los médicos de familia y un exceso de trabajo burocrático en comparación con el trabajo hospitalario, lo que reafirma su inclinación por las especialidades de este nivel.

Como puede observarse, la mayoría de las causas son subjetivas y de carácter organizativo, especialmente con relación a recursos diagnósticos, lo que significa que pueden ser modificadas.

CONCLUSIONES

- 1.- La elección de la Medicina General Integral por los estudiantes constituye un problema actual, dada la gran proporción de éstos que la rechazan.
- 2.- Las principales causas de rechazo a la Medicina General Integral, están relacionadas con la imagen de referencia que tienen los estudiantes sobre el médico general básico como un médico del hospital, permeados de influencias negativas en su formación de pregrado, la que se desarrolla en gran parte fuera del contexto donde se desenvolverá como futuro profesional.
- 3.- La mayoría de las causas de rechazo son subjetivas u organizativas y por tanto, modificables.
- 4.- No se demostró diferencia significativa entre el año en curso, el sexo, la procedencia y las respuestas obtenidas.

RECOMENDACIONES

- 1.- Adoptar medidas organizativas que garanticen la prioridad de la atención primaria dentro del Sistema Nacional de Salud, especialmente con relación a recursos diagnósticos y terapéuticos, desburocratización y reorientación de múltiples actividades de carácter no profesional.
- 2.- Ensayar pilotajes donde la formación de pregrado, se desarrolle en el contexto de donde se desenvolverá el futuro profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- MINSAP. Programa de trabajo del médico y la enfermera de familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana: MINSAP. 1988.
- 2.- MINSAP. Programa de especialización en Medicina General Integral. La Habana: MINSAP. 1990.
- 3.- Del Valle S. El Médico General Integral. Palabras del Dr. Sergio del Valle Jiménez. Revista Científica Estudiantil de Ciencias Médicas, 1985: 11 - 16.

4.- Piñon VJ. El Subsistema del médico y la enfermera de la familia. Su desarrollo en Cuba.
Rev. Cub. Medicina General Integral 1990; 61 -69.

Recibido: 20 de diciembre de 1996

Aprobado: 13 de enero de 1997