



Investigación en
Educación Médica

<http://riem.facmed.unam.mx>



ARTÍCULO ORIGINAL

Actitudes y valoraciones de los médicos residentes sobre la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública[☆]

Pello Latasa^{a,d}, Laura Reques^{b,d,*} y Christian Carlo Gil-Borrelli^{c,d}, en nombre de la Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública

^a Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^d Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública, España

Recibido el 8 de enero de 2016; aceptado el 24 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Medicina Preventiva;
Educación en Salud
Pública Profesional;
Internado y
residencia;
Investigación
cualitativa;
España

Resumen

Introducción: El objetivo del trabajo es explorar las actitudes y valoraciones de los médicos internos residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública sobre su proceso formativo en España.

Método: Estudio cualitativo mediante grupos focales. Se realizaron 2 grupos focales de 6 médicos internos residentes pertenecientes a 8 unidades docentes, contando con moderador participante y observador externo. Las actitudes y valoraciones de los residentes se estructuraron en 7 ámbitos temáticos (motivaciones de elección de especialidad, expectativas, lugares de rotación, Curso Superior de Salud Pública, problemas de la formación, satisfacción y aspectos de mejora). Se realizó un análisis del discurso en categorías en función del tiempo de debate y la coincidencia de opinión entre los participantes.

Resultados: La amplitud y diversidad de contenidos de la especialidad constituye un aliciente y motivo de satisfacción de los residentes, sin embargo el perfil de profesional del programa formativo no se alinea con las demandas del mercado laboral. Se resaltó la necesidad de formación complementaria en habilidades comunicativas y mayor trabajo de campo, la falta de flexibilidad docente y la existencia de desigualdades formativas y retributivas. Se apuntó la necesidad de posibilitar una mayor flexibilidad formativa, crear nuevos acuerdos entre

[☆] Este trabajo no ha sido previamente publicado. Sus conclusiones fueron presentadas en la XXX Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología.

* Autor para correspondencia. Escuela Nacional de Sanidad. Calle Monforte de Lemos 1. 28029 Madrid. España. Teléfono: 0034 91822342. Fax: 0034 91822332.

Correo electrónico: requeslaura@hotmail.com (L. Reques).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.02.005>

2007-5057/Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

Cómo citar este artículo: Latasa P, et al. Actitudes y valoraciones de los médicos residentes sobre la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Inv Ed Med. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.02.005>

KEYWORDS

Preventive Medicine;
Education,
Professional Public
Health;
Internship
and residency;
Qualitative research;
Spain

unidades docentes y dispositivos de formación, aumentar la transparencia y fomentar el trabajo de campo, así como la investigación para la acción y el cambio.

Conclusiones: A pesar de que existe una satisfacción general con la especialidad, los residentes subrayan problemas y aspectos de mejora de los programas formativos de la especialidad.

Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

Attitudes and valuations of medical residents about Preventive Medicine and Public Health specialist training

Abstract

Introduction: The objective of this study is to examine the attitudes and valuations of Spanish Preventive Medicine and Public Health medical residents of about their training process.

Method: Qualitative study by focal groups. Two focal groups of 6 medical residents belonging to 8 formative units were carried out, including a participant-moderator and an external observer. Attitudes and perceptions of residents were structured in seven thematic areas (specialty choice motivations, expectations, places of rotation, Advanced Course in Public Health, problems of training, satisfaction and improvement areas). Discourse analysis organized in information in categories according to the length of discussion and coincidence of opinion among participants. **Results:** The diversity of content of the speciality is an incentive and a source of satisfaction of the residents, but the profile of professional of the training plan is not aligned with the demands of the labor market. The necessity of additional training in communication skills and more field work, lack of flexibility and remuneration inequalities were highlighted. Students mentioned as possible solutions increasing transparency and formative flexibility, as well as creating new agreements between training units and training devices and promoting fieldwork and research for action and change.

Conclusions: Although there is general satisfaction with the specialty, residents highlight relevant problems and areas that may help to improve the national training programs.

All Rights Reserved © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

Introducción

Desde su inicio en 1978¹, el sistema de Formación Sanitaria Especializada español ha mostrado ser una forma eficaz para mejorar la competencia de los especialistas e incrementar la calidad del Sistema Nacional de Salud². Sin embargo, en los últimos años se ha producido, unida a cambios sociales de calado, una reestructuración del modelo sanitario, más orientada a la búsqueda de la eficiencia en los modelos de gestión, la tecnificación de los procesos y la inclusión de la atención sanitaria en el marco del libre mercado, lo que provoca que los médicos internos residentes (MIR) observen su proceso formativo supeditado a cuestiones ajenas a sus necesidades de aprendizaje³.

Al igual que otros autores, creemos que las opiniones de los MIR deben contribuir a la evaluación de la formación recibida para mejorar su calidad⁴. Diversas encuestas realizadas han señalado déficits en los procesos formativos, como la falta de evaluaciones en profundidad, inadecuados métodos pedagógicos, falta de habilidades técnicas o dificultades para compatibilizar la labor asistencial con la investigación⁵⁻¹². Sin embargo, pocos se han aventurado a profundizar en los discursos de los MIR para buscar áreas de mejora.

La metodología cualitativa se ha mostrado efectiva para explorar las valoraciones del personal de salud^{13,14} y aporta

calidad y profundidad en el abordaje de la enseñanza¹⁵⁻¹⁸. Este análisis en profundidad se hace aún más necesario en una especialidad como la Medicina Preventiva y Salud Pública (MPYSP), que cuenta con características particulares y diferenciadoras del resto de especialidades, como su mayor amplitud, variedad de contenidos y carácter multi-sectorial y multiprofesional¹⁹. Sin embargo, las opiniones, expectativas y demandas de los MIR de MPYSP no se han visto recogidas en la literatura científica.

Se avecinan cambios en la formación sanitaria especializada derivados de la reforma de la troncalidad, que plantea la inclusión de MPYSP dentro de un tronco médico, conllevando a una reordenación de sus competencias actuales²⁰. El objetivo de este estudio es explorar las actitudes y valoraciones de los MIR de MPYSP respecto a su proceso formativo para identificar los principales problemas y aspectos de mejora de la especialidad.

Método

Diseño del estudio

Estudio cualitativo mediante grupos focales. Se han empleado los presupuestos de la teoría fundamentada para la elaboración del estudio.

Tabla 1 Composición y características de los grupos focales del estudio

Características	Grupo 1	Grupo 2
Participantes	6	6
Sexo	Hombres y mujeres	Mujeres
Año de residencia	R1 y R2	R2 y R3
CC. AA.	MAD, CLM, CAN, CAT, CYL	MAD, CV, CAT, PV, CYL
Edad	26-40	26-35
Procedencia	Española y extranjera	Española y extranjera

CAN: Cantabria; CAT: Cataluña; CC. AA.: Comunidades Autónomas; CLM: Castilla-La Mancha; CV: Comunidad Valenciana; CYL: Castilla y León; MAD: Comunidad de Madrid; PV: País Vasco.

Población a estudio

Se realizó un muestreo no probabilístico, sistemático y variado^{21,22}, el cual consistió en seleccionar MIR que representasen perfiles con unas características determinadas relevantes para nuestro estudio. Se seleccionaron MIR de 8 unidades docentes (UU. DD.) de 7 Comunidades Autónomas (Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco), de diferentes años de residencia, sexo, edad y país de origen, con una representatividad estructural del conjunto de MIR de España (tabla 1). Dicha selección se realizó dentro de un contexto de oportunidad como fue el encuentro de la Asociación Española de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública de España, celebrado en Madrid en noviembre de 2012. Se convocaron dos grupos focales con seis participantes cada uno. Los grupos fueron estratificados por etapa formativa (un grupo con MIR de primer y segundo año, y otro con MIR de segundo y tercer año) con la hipótesis de que los discursos podían ser diferentes y para evitar que los MIR de primer año se sintiesen cohibidos por los de tercer año.

Preguntas-estímulo

La guía de preguntas-estímulo fue elaborada mediante entrevistas abiertas a 5 médicos residentes de MPYSP en diferentes etapas del proceso formativo, tomando como punto de partida los ítems recogidos en el modelo de encuesta de satisfacción MIR del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (tabla 2).

Desarrollo de los grupos

Uno de los autores ejerció como observador supervisando la correcta evolución de los grupos y la consecución de sus objetivos, sin intervenir en el desarrollo de los mismos, además de supervisar los medios de grabación. Para la dinamización de cada grupo se utilizó la figura del moderador-participante. El uso de la técnica de un moderador-participante^{23,24} fue elegida con el fin de facilitar la creación de un ambiente cordial y relajado, generar una mayor confianza para la expresión de las opiniones y, así,

Tabla 2 Preguntas-estímulo durante el desarrollo de los grupos focales

Qué te motivó a escoger la especialidad de MPYSP
Comenta tus expectativas sobre la residencia de MPYSP
Lugares en los que te gustaría rotar y durante cuánto tiempo
Habilidades que esperabas adquirir y no has adquirido
Problemas que has tenido durante la residencia
Cosas que cambiarías de la formación
¿Estás satisfecho con tu elección?
Mejoras para la residencia

obtener la mayor información posible, gestionando los tiempos o turnos de palabra en caso de ser necesario. Esta figura ha sido utilizada en otras investigaciones con propósitos similares^{25,26}. Tanto el observador como los moderadores-participantes tenían formación acreditada en investigación cualitativa y experiencia previa habiendo participado en al menos una investigación de este tipo. Previamente a la realización de los grupos focales, el observador explicó al moderador-participante los objetivos del estudio y le suministró un guión con las preguntas junto con el tiempo establecido para cada pregunta. Cada nueva pregunta se realizaba cuando la discusión de la anterior había finalizado o no había nuevos temas que surgieran de forma espontánea. Las discusiones tuvieron una duración aproximada de 120 minutos y fueron grabadas de forma íntegra para su posterior transcripción y análisis.

Análisis de la información

Se analizaron las transcripciones mediante un análisis de contenido por dos de los autores de manera independiente. Posteriormente, la información fue agrupada en categorías en función de los temas emergidos del discurso. Dentro de cada categoría se identificó un grupo de conceptos. Con las categorías y conceptos identificados se realizó un mapa, a partir del cual se redactaron los resultados. Debido al carácter exploratorio de este estudio, el análisis se realizó desde una perspectiva de alta sensibilidad, intentando captar todos los discursos presentes. Como método de triangulación, los resultados del análisis de este estudio fueron enviados por escrito a dos MIR que habían participado en los grupos focales y a otros dos MIR que no habían participado y se les solicitó que valorasen su identificación con los discursos emergidos.

Aspectos éticos

Los participantes fueron informados de los objetivos y métodos del estudio antes de su inclusión en el mismo y todos dieron su consentimiento de participación de forma verbal. Asimismo, se ha respetado y asegurado en todo momento el derecho a la privacidad y la confidencialidad de los datos, sin revelar ninguna información personal de carácter individual de los participantes. De igual manera, solo hemos realizado una desagregación a nivel de Comunidades Autónomas, edad y sexo de los participantes, sin aportar otra información que pudiera facilitar su identificación.

Resultados

Las categorías de análisis fueron las motivaciones para escoger la especialidad, expectativas, lugares de rotación, Curso Superior de Salud Pública, problemas de la residencia, satisfacción con la formación y propuestas de mejora. Los literales que recogían las valoraciones y expectativas más representativas de los MIR se muestran en la [tabla 3](#).

Motivaciones para escoger la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública

Las motivaciones mencionadas por los MIR para la elección de plaza son la amplitud de la especialidad, la variabilidad de competencias, el menor componente asistencial comparado con otras especialidades (especialmente en MIR que se están reespecializando), la realización de un Curso Superior de Salud Pública (CSSP) y la opción de formarse en distintos estamentos del Sistema de Salud. Los MIR perciben en la especialidad de MPYSP un horizonte en el cual llevar a cabo procesos de evaluación y mejora, tanto a nivel hospitalario como a nivel poblacional. A ello se suman la perspectiva de realizar trabajos creativos e innovadores, hacer uso de herramientas diversas, así como una visión poblacional en la resolución de los conflictos en salud. El desconocimiento de la especialidad también aparece en el discurso como un elemento relevante (literales en la [tabla 3](#)).

Expectativas

En el discurso se identifica que la residencia genera la necesidad de «aprender trabajando», lo que produce expectativas formativas y laborales. Destacan dos perfiles diferentes: quienes esperan obtener una visión global de la especialidad y quienes prefieren dirigir su formación hacia áreas más específicas. Por lo tanto, señalan una necesidad de libertad en la elección de los itinerarios docentes, de modo que estos se alineen con sus intereses formativos y laborales. No obstante, se manifiesta la percepción de una divergencia entre el perfil profesional que pretende crear el programa formativo y el perfil profesional que demanda el mercado laboral (literales en la [tabla 3](#)).

Lugares de rotación

Los lugares mencionados se corresponden ampliamente con aquellos contemplados en el programa formativo de la especialidad: centros de investigación y observatorios de salud, organismos de administración y gestión sanitaria y servicios de gestión de calidad asistencial o de salud comunitaria. No obstante, más que en una unidad en concreto, sus dispositivos ideales de rotación son aquellos que permitan desarrollar capacidades transversales: aprender a trabajar en equipo y ejercer labores de coordinación; realizar trabajos creativos, aplicando nuevas tecnologías o nuevos puntos de vista; adquirir herramientas útiles para su vida laboral, de carácter metodológico, de comunicación o basadas en la evidencia científica, que tengan una aplicación práctica y que respondan a necesidades de la comunidad. Los MIR llaman la atención sobre su interés de rotar en

los «puntos calientes», donde confluyen e interaccionan los poderes técnicos, políticos y económicos, como organizaciones coordinadoras, agencias de evaluación o financiadoras de proyectos de salud. Asimismo, las rotaciones externas son consideradas como excelentes oportunidades para enriquecer su formación (literales en la [tabla 3](#)).

Curso Superior de Salud Pública

Respecto a los CSSP, los MIR encuentran positivo que abarquen diversos campos, pero consideran que se da demasiado peso a algunas materias como la estadística, dejando de lado otras herramientas que consideran relevantes. Apuntan a que los métodos pedagógicos empleados son inadecuados y obsoletos y tienden a convertir al MIR en un sujeto pasivo en lugar de fomentar un aprendizaje basado en trabajo práctico y útil. Se considera que se imparte mucha materia en poco tiempo, sin priorizar los contenidos ni explicar los objetivos. Se tiene la impresión de que, entre el profesorado, se prima el elevado perfil técnico sin importar el perfil pedagógico y que existe una falta de organización y planificación docente. Los discursos recogidos mencionan que estos problemas repetidos cada año producen una profunda sensación de desconfianza en las estructuras formativas. Asimismo, el discurso identifica las diferencias en contenido y consideración universitaria de los CSSP y, especialmente, de financiación entre las distintas UU. DD., como un mecanismo generador de importantes inequidades. Señalan, además, que muchos MIR tienen que desplazarse para realizar el CSSP sin que se les dé ninguna facilidad, incluso cuando estos cursos existen en sus propias Comunidades Autónomas (literales en la [tabla 3](#)).

Los problemas de la residencia

En esta categoría, el discurso hace referencia a la falta de formación en ciertas herramientas transversales como las habilidades comunicativas, la gestión de grupos o la metodología de investigación no cuantitativa. Además, el discurso redunda en las importantes discrepancias entre teoría y práctica y la heterogeneidad en la formación, incluso en las áreas comunes: no se pactan objetivos claros y específicos, lo que conduce a que, en las mismas rotaciones, se aprendan cosas muy diferentes. Se describen situaciones de falta de supervisión y apoyo por parte de los tutores. Preocupa también la inestabilidad y desorganización de las estructuras docentes, especialmente a causa de los recortes presupuestarios.

También señalan problemas de índole laboral, como el desprestigio profesional y el aislamiento respecto a compañeros de la misma y otras especialidades, los bajos salarios, el mal ambiente laboral en algunos servicios y la desequilibrada carga de trabajo.

El discurso deriva en un sentimiento de desconfianza hacia los que deberían ser sus referentes en la formación. Perciben que su formación se ve supeditada a las necesidades de sus UU. DD., tutores y servicios y denuncian una interpretación interesada del programa formativo para explotar una «mano de obra barata». Además, los MIR piensan que los tutores y las UU. DD. ponen dificultades a la hora

Tabla 3 Testimonios escogidos según temática de la discusión de los grupos focales

Categoría de respuesta	#	Comentario literal
Motivaciones para elegir la especialidad	1	«[Me motivaron] aspectos sociales o de sensibilidad social, como las desigualdades en salud, evitar que la gente que está sana pase a estar enferma». (R3)
	2	«Las herramientas que te dan durante la residencia de preventiva creo que son cosas que no te van a aportar en ningún sitio». (R1)
	3	«Tu labor profesional puede desarrollarse en muchos campos, lo de la amplitud y poder ser un poco más creativo». (R2)
Expectativas de la residencia	4	«Me ha sorprendido, no sabía nada de la especialidad en realidad». (R1)
	5	«Para mí, la expectativa sería más el poder salir de la residencia teniendo poder de decisión hacia todo, no elegirlo durante la residencia sino una vez terminada [...] saber un poquito de todo y luego ya poder encaminarme hacia un lado u otro». (R3)
	6	«[...] En el programa está puesto lo que debemos ser, pero en ningún caso se nos da luego la opción de hacerlo. Como expectativa de formación yo me quiero formar en eso pero luego no sé si voy a poder dedicarme a eso». (R2)
Lugares de rotación deseados	8	«Creo que ahora es diferente: que en esa generación hay muchos puestos [de salubristas ocupados por] políticos, pero en nuestra generación serán técnicos. Pienso que va a tender a eso». (R2)
	9	«Me gustaría un poco de creatividad, es decir, llegar a un sitio donde se planteen problemas distintos, no sé si de calidad o de seguridad o de gestión y que con ciertas habilidades macro intentes solucionar ese tipo de problemas». (R2)
	10	«Me gustaría, dentro de la formación, aprender la medicina desde otras perspectivas, porque hay que saber contextualizar». (R2)
Curso Superior de Salud Pública	11	«A mí lo que me gustaría es rotar en un sitio donde se intente aplicar el conocimiento teórico a la práctica». (R2)
		«Elegiría lugares en los que aprender un poco el contacto entre el nivel político y el nivel social, justo en el punto caliente». (R3)
	12	«No es un máster en epidemiología o estadística, [...] la especialidad son más cosas, no podemos hacer tanto de eso». (R2)
	16	«Que nos digan, para trabajar este tema cómo vamos a hacer. Una revisión bibliográfica, o vamos a utilizar las leyes, o vamos a utilizar el convenio marco... entonces ahora que tienes las leyes en un sitio, el convenio marco en el otro y las directrices autonómicas en el otro, entonces vamos a ver cómo las utilizas, cómo las citas y para qué las necesitas». (R2)
	17	«Pero para ellos es más fácil ponerlo todo «pum, pum, pum» en un PowerPoint y ya está». (R1)
	21	«Todas las quejas que hemos hecho parece que no han servido para nada». (R3)
Problemas de la residencia	25	«Hay agravio comparativo muy gordo en que unos paguen el máster y otros no, y que los extranjeros tengan que pagar todavía más». (R2)
	26	«Yo me imagino un máster estatal de 2 años, semipresencial, en el que nos tengamos que juntar todos los residentes una vez cada 2 meses, 2 o 3 días de diario, con el desplazamiento financiado por el Estado». (R2)
	30	«¿Y la investigación cualitativa? ¿Cuántas unidades docentes te forman en cualitativa? Porque estamos todos con los números ¿y en cualitativa quién te forma?». (R2)
	31	«Aquí el problema es que no nos den todos las mismas opciones». (R2)
	33	«Por cierto, esterilización lo lleva ahora una empresa privada, con lo cual ahora ya no se puede [rotar]». (R2)
	36	«Yo no conozco a nadie en el hospital, no saben ni que existo». (R1)
	41	«Al final, tú eres mano de obra barata y quieren que saques el trabajo y muchas veces les importa un bledo lo que vayas a aprender». (R1)
	42	«Si de verdad se preocuparan por tu formación, tendrían que facilitarte las cosas, no ponerte trabas». (R3)
	43	«Siempre siento que me tengo que convertir en estadística siendo médica». (R2)
	46	«Yo tengo compañeros que hacen otras residencias y convivo con ellos todos los días y yo creo que las exigencias son distintas. Tú ves que mucha gente sale del hospital y se olvida, ¿no?, como que aparcen el hospital más fácilmente. Nosotros estamos sometidos a una carga de estrés importante». (R2)

Tabla 3 (Continuación)

Categoría de respuesta	#	Comentario literal
Satisfacción	58	«No es haber escogido una especialidad u otra, también es plantearte, ¿y si hubiera cogido otro hospital?». (R3)
	61	«Yo sí que estoy satisfecha [...] Repetiría la elección 100%. Hay cosas que mejoraría de mi UD, muchísimas, pero en general creo que estoy aprendiendo». (R2)
Propuestas de mejora	62	«Yo no me arrepiento para nada. Cada vez me gusta más». (R2)
	63	«Estaría muy bien que te digan: <i>Mira, yo no tengo tiempo para ir aquí, pero quiero que tú vayas y lo absorbas todo bien para que cuando vuelvas nos lo transmitas y aprendamos todos.</i> Y así te exigirías y estaría muy bien». (R3)
	65	«Que te expliquen bien dónde vas a rotar y los objetivos». (R2)
	66	«Propondría aumentar la facilidad para las rotaciones externas». (R3)
	69	«¿Podríamos hacer un número de horas de atención continuada mínimo para todos los residentes?, así nos aseguraríamos un sueldo, la gente encontraría más atractiva la especialidad y no nos fastidiarían tanto». (R3)
	72	A: Que se den las opciones, que se busquen las herramientas para que luego tu cojas las que más te gustan (R2). B: No todos los residentes van a estar haciendo las mismas rotaciones (R2). C: Las básicas sí, pero todas no (R2)».
	73	«[Que] se favorezca la integración del residente con el resto de los compañeros, hacerse un poco valer y darse a conocer». (R3)

de elegir sus rotaciones, a la vez que se les dirige hacia una formación clásicamente estadística.

Entre otros problemas, los discursos apuntan a la falta de organización, flexibilidad y apoyo desde algunas UU. DD. Asimismo, las desigualdades se identifican como generadoras de gran malestar: a nivel formativo, por la diferente aplicación del programa de la especialidad y la disparidad de convenios con dispositivos de formación; a nivel retributivo, por la interpretación irregular y heterogénea del derecho a realizar guardias o módulos de atención continuada (literales en la [tabla 3](#)).

Satisfacción con la formación

A pesar de todo lo mencionado anteriormente, los participantes se muestran satisfechos con la especialidad elegida, si bien algunos se plantean haber escogido una UU. DD. diferente. (Literales en la [tabla 3](#)).

Propuestas de mejora

Las propuestas de mejora giran en torno a cuatro aspectos: adecuar el estímulo y la supervisión del MIR desde el plano docente, aumentar la transparencia y la flexibilidad institucional, promover la integración del MIR en el mercado laboral, homogeneizar la oferta de dispositivos de rotación entre UU. DD. que garantice un acceso equitativo para todos los MIR, así como disminuir las inequidades, especialmente en lo concerniente a los CSSP y Módulos de Atención Continuada. Estas y otras propuestas de mejora se recogen en la [tabla 4](#). (literales en la [tabla 3](#)).

Tabla 4 Resumen de resultados por categorías de discusión

Problemas de la residencia

Insuficiente adquisición de herramientas para el trabajo de campo
Falta de habilidades comunicativas
Necesidad de formación complementaria
Desigualdades en retribución y en financiación del CSSP
Falta de flexibilidad para adaptar los planes a las necesidades formativas del residente
Desorganización y heterogeneidad de contenidos
Ausencia de un referente en formación

Satisfacción

Expectativas parcialmente cubiertas
Satisfacción general con la especialidad

Mejoras propuestas

Mayor flexibilidad formativa
Más convenios para la formación
Transparencia en la docencia
Fomento del trabajo de campo
Investigación *útil* (investigación para la acción y acción para el cambio)

Triangulación

Los MIR consultados para la triangulación manifestaron convergencia entre los resultados obtenidos independientemente de su participación en los grupos focales ya que todos declararon sentirse identificados con los discursos emergidos.

Discusión

Este estudio ha permitido identificar las áreas de mejora de la formación especializada en MPYSP explorando las actitudes y valoraciones de los MIR sobre la misma a través de un proceso participativo.

Pocas veces se han tenido en cuenta las opiniones de los MIR a la hora de adaptar los programas de especialización²⁷. En las especialidades que han realizado este tipo de evaluaciones, como Reumatología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y Aparato Digestivo^{6,8,12}, se han puesto de relieve déficits en sus sistemas formativos que coinciden ampliamente con los encontrados en este estudio.

No hemos encontrado ninguna evaluación previa sobre nuestra especialidad en el ámbito nacional. Sin embargo, en el ámbito europeo varios estudios han resaltado aspectos de mejora de la especialidad en MPSP que en gran medida coinciden con los nuestros, como la falta de flexibilidad, las desigualdades formativas y las inciertas perspectivas laborales^{28,29}. Estas desigualdades formativas también han sido puestas de manifiesto entre los programas canadiense y estadounidense³⁰. Asimismo, un estudio realizado en Estados Unidos señala como principales problemas de la especialidad de MPSP la falta de financiación y tiempo y resalta áreas de mejora que coinciden con las identificadas en este estudio, como la mejora de los métodos docentes y de la oferta de rotaciones³¹.

MPYSP presenta particularidades, pues posee una vertiente hospitalaria y una vertiente poblacional, ambas de naturaleza multiprofesional. Esto implica que el MIR de MPYSP debe adquirir una suerte de competencias muy variadas que lo conduce a un peregrinaje por diversas instituciones y organizaciones a nivel regional, nacional o internacional, para conseguir una adecuada capacitación. Esto propicia que la organización de la residencia sea más complicada y que la adaptabilidad de los programas y UU. DD. a los requerimientos formativos del MIR sean más necesarios³².

Este estudio apunta a que las personas que eligen MPYSP esperan flexibilidad en la elección de las rotaciones para cultivar un perfil profesional situado entre sus intereses y los de la sociedad mientras aprenden trabajando. No obstante, el futuro laboral se observa con cautela al percibir una divergencia entre el perfil ofertado por el programa formativo de la especialidad y el demandado por el mercado laboral. Esto podría estar motivado, en parte, por la falta del reconocimiento de la especialidad en los puestos de trabajo idóneos para el perfil de especialista de MPYSP, tal y como se describe en dicho programa formativo³³.

Los dispositivos de rotación en los que los MIR quieren formarse coinciden con los contemplados por el programa formativo de la especialidad, pero señalan la falta de formación en competencias transversales, como las habilidades en comunicación, coordinación e innovación. Este desajuste entre competencias apunta a una necesidad de incluir metodologías participativas en el diseño y evaluación de los itinerarios formativos. La única iniciativa de evaluación participativa adaptada a la formación especializada de MPYSP que conocen los autores corre a cargo de la mencionada Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública de España, a través de la cual los MIR evalúan su satisfacción

con la calidad docente de los dispositivos por los que rotan³⁴.

Los problemas de la residencia se basan fundamentalmente en las inequidades y en las limitaciones del programa formativo de la especialidad y de algunas UU. DD. para satisfacer las necesidades docentes de los MIR. Esto puede ser debido a que, a diferencia de otras especialidades que cuentan con una amplia y consolidada red formativa⁸, la formación en MPYSP es muy heterogénea: por ejemplo, en la Comunidad de Madrid hay una única U. D. centralizada, pero la Escuela Nacional de Sanidad tiene una red de rotaciones paralela en la misma ciudad; en Cataluña, cada hospital tiene su U. D. y, en Andalucía estas se organizan por ciudades. Añadido a estas diferencias organizativas no hay un CSSP homogéneo para los MIR de primer año, no existe un catálogo de rotaciones evaluado y pocas unidades se ajustan de forma estricta al programa de la especialidad que, por otra parte, lleva varios años sin ser revisado³⁵. Esto hace que el proceso formativo de unos y otros MIR difiera en gran medida, pudiendo crear un agravio comparativo³⁵. Esta situación alimenta una desconfianza hacia la formación sanitaria especializada que podría solventarse propiciando la participación de los MIR en la realización de los planes docentes para adaptar el programa formativo a sus necesidades y mejorando la coordinación entre UU. DD.

Limitaciones

El número de grupos focales podría ser insuficiente para generar las interacciones y hacer aflorar la diversidad de discursos que el tema requiere. A pesar de que existe cierta saturación en algunos elementos explorados, en otras categorías podrían quedar elementos subyacentes sin emerger. Por ejemplo, aunque uno de los grupos estaba constituido íntegramente por mujeres, este transcurrió sin que surgiesen referencias a desigualdades de género, maternidad o discriminación laboral hacia las mujeres. Este aspecto y otros, como la ausencia de MIR de cuarto año, diferencias de opiniones por edad o reespecialización, deben tenerse en cuenta para que estudios posteriores exploren y analicen de manera más exhaustiva su relación con el proceso formativo de los MIR de MPYSP. No obstante, esto no resta valor al análisis exploratorio puesto que la muestra posee elementos representativos de la diversidad de los MIR, tanto en lo referente a género como edad, U. D., año de residencia y país de origen, recogiendo una gran variedad de vivencias y discursos.

También puede citarse como limitación la participación de un moderador no experto. Aunque todos ellos tenían experiencia previa en el desarrollo de estudios con metodología cualitativa, esta falta de experiencia pudo haber dificultado la conducción de los grupos para maximizar la eficiencia de la comunicación. No obstante, la percepción del moderador como persona cercana pudo crear un ambiente de mayor confianza que permitiera aflorar los discursos de forma más fluida.

La participación de una observadora externa aportó una garantía adicional de calidad en funcionamiento de los grupos. Asimismo, los resultados de la triangulación manifestaron gran convergencia en los discursos.

Este trabajo puede servir como referencia para futuros estudios que analicen la realidad de los MIR así como intervenciones que ayuden a mejorar la calidad de la formación en MPYSP.

Conclusiones

Las opiniones y actitudes de los MIR abarcadas en el presente estudio arrojan un conjunto de problemas y retos a las instituciones encargadas de la formación especializada y ponen de manifiesto la necesidad de un análisis profundo del sistema de formación MIR en la especialidad de MPYSP. La identificación de problemas y la metodología cualitativa en la que está basada podrían utilizarse para introducir ciclos de mejora en los programas formativos. La alineación de la teoría y la práctica, la mejora de los mecanismos de comunicación, el aumento de la transparencia y flexibilidad, así como la garantía de la equidad de oportunidades, especialmente en lo concerniente a los CSSP y Módulos de Atención Continuada, constituyen objetivos prioritarios a abordar.

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.

Financiación

Ninguna.

Autoría/colaboradores

PL y LR han realizado la concepción y el diseño del trabajo, y junto con CCGB analizado y escrito la primera versión del manuscrito, que se ha discutido y consensuado. Todos los autores han aprobado la versión final del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas las personas que realizan la residencia de Medicina Preventiva y Salud Pública e intentan mejorarla día a día, especialmente a las que participaron en la realización de los grupos focales, y a la Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública por apostar por este proyecto.

Referencias

1. Real Decreto 2.015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE N.º 206, de 29 de agosto de 1978; p. 20172-4.
2. Carrasco Prieto AL. Estructura docente y calidad de la formación médica especializada. *Med Clin (Barc)*. 1994;102:259-66.
3. Legido-Quigley H, Otero L, la Parra D, Alvarez-Dardet C, Martín-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system. *BMJ*. 2013;13:346-63.
4. Pujol Farriols R, Nogueras Rimblás A. La formación de los médicos residentes de Medicina Interna. A propósito de una encuesta de opinión. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:545-50.
5. Fernández-Llamazares J, Julián JF, Hidalgo F, García F, Moreno P, Vega JL, et al. Encuesta a residentes MIR sobre su satisfacción tras obtener una plaza hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:615-8.
6. García E. Problemas de los residentes: ¿cómo podemos solucionarlos? *Semin Fund Esp Reumatol*. 2009;10:100-3.
7. García Serrano MJ, Pérez Díaz T, Abós Pueyo T, Expósito Martínez C. Residentes insatisfechos¿Por qué? *Semergen*. 1998;24:301-2.
8. Lucas Pérez-Romero FJ, Chacón P, Casado V, Pablo F. Percepción de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el programa formativo de la especialidad. *Rev Clin Med Fam*. 2012;5.
9. Morales Socorro MP, López Ibor Aliño JJ. Estrés durante la formación médica posgraduada. *Actas Luso-Esp. Neurol Psiquiatr*. 1996;24:75-80.
10. Moro J, Tejedor JM, Zancajo JL. La calidad de la formación especializada a través de la encuesta de opinión de residentes. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21, 82-6.6.
11. Ríos Zambudio A, Sánchez Gascón F, González Moro L, Guerrero Fernández M. Factores de insatisfacción de los médicos internos residentes. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:634-7.
12. Rodríguez González FJ, Puente Gutiérrez J, Chicano Gallardo M, Monrobel Lancho A, López Peñas D, Bernal Blanco E, et al. Formación MIR en aparato digestivo. El punto de vista de los residentes. *Gastroenterol Hepatol*. 2000;23:367-73.
13. Gorlat-Sánchez B, García-Caro MP, Peinado-Gorlat P, Expósito-Ruiz M, Quero-Rufián A, Cruz-Quintana F. Influencia del ámbito, rural o urbano, en la percepción de los apoyos y las necesidades de las personas cuidadoras en el hospital. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2013;36:441-54.
14. Conejo Cerón S, Moreno Peral P, Morales Asencio JM, Alot Montes A, García-Herrera JM, González López MJ, et al. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2014;37:223-33.
15. Ibañez J. Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En: García Fernando M, Ibañez J, Alvira F, editores. *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad; 1986.
16. González Barberá M, Uris J. Los grupos focales y su utilidad en el diseño de la calidad. En: Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Parra Hidalgo P, editors. *Tratado de calidad asistencial en atención primaria*. Vol III. Madrid: Du Pont Pharma; 1997.
17. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ*. 2000;34:827-40.
18. Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Editorial Pirámide; 1991.
19. Villalbí JR, Pérez-Albarracín G, Delgado-Rodríguez M, Grupo de reflexión sobre el futuro de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. La formación en España de médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:507-12.

20. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. BOE N°. 190, de 6 de agosto de 2014; p. 63.130 a 63.167.
21. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ*. 1995;311:109–12.
22. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2002;29:366–73.
23. Braun V, Clarke V. *Successful qualitative research*. London: SAGE Publications; 2013. p. 128.
24. Diseño de investigación exploratoria: investigación cualitativa. En: Malhotra NK. *Investigación de Mercados: Un enfoque Aplicado*. México: Pearson Educación; 2004. p. 154.
25. Álvarez PR, López D. Harmonization between learning process and sport practice in high level university athletes. *CCD*. 2012;7:201–12.
26. Metodología para la elaboración de planes de gestión comunitarios y territoriales. FAO. Marzo 2012. Pag.25.
27. Blasco FJ. *Insatisfacción de los Médicos Internos Residentes*. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:157.
28. Costantino C, Cinquetti S, Garavelli E, Marcantoni C, Murru C, Pieroni G, et al. The key role of public health medical resident education for future public health challenges. *Epidemiol Prev*. 2014;38:115–9.
29. Garavelli E, Marcantoni C, Costantino C, Tedesco D, Burrai V, Giraldi G, et al. Education and training among Italian postgraduate medical schools in public health: a comparative analysis. *Ann Ig*. 2014;26:426–34.
30. Loh LC, Peik SM. Public health physician specialty training in Canada and the United States. *Acad Med*. 2012;87:904–11.
31. Preston C, Almashat S, Peik S, Desale M, Alexander M. Role of preventive medicine residencies in medical education: a national survey. *Am J Prev Med*. 2011;41:S290–5.
32. Rodés J. ¿Puede mejorar la formación médica especializada en España. *Gastroenterol Hepatol*. 2000;23:392–3.
33. Gil-Borrelli CC, Latasa P, Reques L, Alemán G. Elaboración de una herramienta para la vigilancia de indicadores de calidad de la docencia en la formación especializada de Medicina Preventiva y Salud Pública. *Gac Sanit*. 2015;29:387–9.
34. Orden SCO/1980/2005, de 6 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. BOE núm. 152, Lunes 27 de junio de 2005, p 22751-59.
35. Olivé A, Sanmartí M. Rotaciones de posgrado diferentes: residentes desiguales. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31:563.