

Tabla 1 Comparación de los resultados obtenidos subgrupo de inmigrantes norteafricanos con una estancia < 8 años (estudio 1) e inmigrantes magrebíes (estudio 2)

	Estudio 1	Estudio 2
Fumadores	6,5%	25,75%
Sedentarismo	2,2%	—
Peso (kg)	72,0 ± 0,9	75,64 ± 2,3
Talla (cm)	167,7 ± 0,8	168,7 ± 3,1
IMC (kg/m ²)	25,5 ± 0,3	26,96 ± 5,21
PAS (mm Hg)	116,8 ± 1,2	125 ± 15
PAD (mm Hg)	70,9 ± 1,1	75 ± 11
Colesterol (mg/dl)	191,7 ± 4,3	180,8 ± 35,9
c-HDL (mg/dl)	51,9 ± 1,8	47,9 ± 13,1
c-LDL (mg/dl)	123,6 ± 5,7	111,6 ± 30,5
Triglicéridos (mg/dl)	107,7 ± 5,7	140,6 ± 85,6
Glucemia (mg/dl)	—	100,5 ± 27,5
RCV	30,4% (21,1-39,7)	—

c-HDL: colesterol de alta densidad; c-LDL: colesterol de baja densidad; IMC: índice de masa corporal; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; RCV: riesgo cardiovascular.

con menos de 8 años de estancia en España es muy sedentaria. En nuestro estudio se incluyó la práctica de ejercicio físico (realización de actividad física moderada en sesiones de 30 minutos 3 o más veces por semana, o práctica de deporte federado) y el resultado fue que el 12,6% practicaba ejercicio de forma regular, el 11,6-16,1% según la encuesta de 2009⁴.

Hubiera sido interesante conocer la prevalencia de FRCV de la historia clínica de los pacientes, además de los registros analíticos y clínicos estudiados.

Finalmente, en la discusión exponen como limitación del estudio el carácter no poblacional de la muestra, aunque después afirman como conclusión que el RCV de los inmigrantes aumenta con el paso de los años en España. No sería adecuado por tanto extrapolar los resultados al total de la población inmigrante, al tratarse de una muestra aleatoria realizada en un Centro de Salud de Murcia, para lo cual sería necesario realizar un estudio multicéntrico. De todas formas, iniciativas como esta permiten mejorar el conocimiento actual y abren interesantes vías de colaboración.

Bibliografía

1. Lozano Sánchez ML, Leal Hernández M, Abellán Huerta J, Gómez Jara P, Ortín Ortín EJ, Abellán Alemán J. Evolución del riesgo cardiovascular de los inmigrantes residentes en España según procedencia y años de estancia. *Aten Primaria*. 2013;45:92-100.
2. Carrasco-Garrido P, Gil de Miguel A, Hernández Barrera V, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health*. 2007;17:503-7.
3. Guil Sánchez J, Rodríguez-Martín M. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en inmigrantes magrebíes de un área semiurbana de Barcelona. *Semergen*. 2013;39:139-45.
4. Valero-Juan LF. Inmigración y estilos de vida saludables en España. *Aten Primaria*. 2012;44:505-6.

Josep Guil Sánchez*

y Marisa Rodríguez-Martín

EAP Montornès-Montmeló, Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josepguil@hotmail.com (J. Guil Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.003>

La medicina de familia sigue siendo una especialidad poco atractiva para los estudiantes de medicina

The family medicine continues being a not much attractive speciality for the students of medicine

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo original «Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal»¹, al cual quisiéramos aportar —modestamente— algunos comentarios con la perspectiva que nos aporta ser médicos de familia con más de 25 años de experiencia asistencial y con 20 años dedicados a tareas docentes.

En primer lugar, felicitar a los autores por su ingente trabajo y por sus conclusiones, solo moderadamente pesimistas si se interpretan desde una perspectiva histórica: el nivel de puntuación media de la especialidad de Medicina de

Familia y Comunitaria (MFyC) otorgada por los estudiantes de medicina españoles se sitúa alrededor de los 3 puntos, en una escala del 1 al 6. Estos resultados son más positivos que los obtenidos por Mena et al.² y por otros estudios publicados sobre preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina de nuestro país (tabla 1) pero coinciden en su valoración subyacente: la MFyC sigue considerándose como una especialidad con poco «gancho».

El escaso poder de atracción de la especialidad de MFyC no es ninguna novedad, ya era así a mitad de los años ochenta del pasado siglo³ cuando nosotros empezamos nuestra formación como médicos residentes, pero lamentablemente —a pesar del tiempo transcurrido y de los esfuerzos para cambiar esta dinámica— comprobamos como persiste esta infravaloración. Se han producido pocos cambios que hayan despertado las preferencias de elección de los estudiantes hacia la MFyC: los horarios laborales se han incrementado y los sueldos han bajado mientras que se mantienen más o menos estables la presión asistencial, la burocracia y las dificultades para la investigación.

El hospitalocentrismo reinante durante años, el desprestigio científico, social y profesional de la especialidad,

Tabla 1 Comparación de estudios publicados sobre preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina españoles respecto a la especialidad de medicina de familia y comunitaria

Cita resumida	Estudiantes encuestados	Sexo femenino	Curso/ciclo	Facultad de medicina	Resultados y conclusiones resumidas
Santos Suárez et al. <i>Aten Primaria</i> . 2001;27:324-330	N = 94	61%	6.º curso	Universidades de Oviedo y Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> • MFyC como 1.ª opción profesional: 6,38% MFyC como 1.ª opción para el MIR: 8,51%
Menárguez Puche et al. <i>Aten Primaria</i> . 2010;42:303-304	N = 216	66,2%	2.º ciclo	Universidad de Murcia	<ul style="list-style-type: none"> • MFyC como 1.ª opción: 1,42% MFyC como alternativa: 47,86%
Mena et al. <i>Med Clin (Barc)</i> . 2013;140:135-138	N = 411	74,6%	1.º ciclo 2.º ciclo	Universidad de Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> • MFyC calificada como la 1.ª especialidad de menor prestigio profesional MFyC calificada como la 2.ª especialidad con peor calidad de vida profesional
Martín Zurro et al. <i>Aten Primaria</i> . 2013;45:38-45	N = 5.299 N = 3.869	69,7% 68%	1.º, 3.º y 5.º cursos	22 universidades, 15 universidades	<ul style="list-style-type: none"> • MFyC puntuada entre 3-3,1 (escala 1-6 puntos) MFyC preferida entre el 37-39% de los estudiantes

MIR: médico interno residente.

la atracción por las nuevas tecnologías diagnósticas, la enseñanza basada en enfermedades orgánicas individuales, los comentarios negativos hacia la MFyC por parte de algunos profesionales de otras especialidades y —por qué no reconocerlo— a veces de los propios médicos de familia son factores que han contribuido sin duda a que muchos estudiantes consideren a la MFyC como una especialidad monótona, poco tecnológica y carente de desafío científico⁴ mostrando poco interés hacia la misma, aunque afortunadamente existen opiniones discordantes⁵.

En nuestro centro de salud rotan —desde hace más de una década— alumnos de 6.º curso de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona (Unidad Docente del Hospital Germans Trias i Pujol) y, más recientemente, de 1.º y 2.º curso (*Practicum I y II*). A todos ellos, tanto a los del segundo ciclo como a los del primero, les llama mucho la atención la masificación de las consultas, las visitas por plurisintomatología, los pacientes hiperfrecuentadores, la falta de tiempo, la gran cantidad de consultas relacionadas con problemática psicosocial, la indefinición clínica, la incerteza diagnóstica, la terapéutica empírica, etc., pero valoran muy positivamente la atención integral biopsicosocial que se ofrece a los pacientes, el seguimiento longitudinal de los mismos, las actividades preventivas y de promoción de la salud y la importancia de la comunicación en la relación médico-paciente.

La creación de departamentos universitarios y la introducción en el currículo de una asignatura de medicina de familia desde los primeros años de la carrera, como ya ocurre en algunas universidades, así como la rotación por los centros de salud desde el principio de la licenciatura, son factores que, sin duda, están influyendo positivamente,

pero estamos de acuerdo con Martín Zurro⁶ en que serán insuficientes si no van acompañados de otras medidas que mejoren las condiciones laborales y profesionales de los médicos de familia que contribuyan a incrementar su prestigio.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses y de soporte financiero en la realización del presente manuscrito.

Bibliografía

1. Martín Zurro A, Jiménez Villa J, Monreal Hajar A, Mundet Tuduri X, Otero Puime A, Alonso Coello P. Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal. *Aten Primaria*. 2013;45:38-45.
2. Mena G, Llupià A, Sequera VG, Aldea M. Formación sanitaria especializada: preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina. *Med Clin (Barc)*. 2013;140:135-8.
3. de la Calle de Hoz L, Martínez de la Concha D, Lardelli Claret P, Masa Calles J, Bolaños Carmona J, Rodríguez-Contreras R. La preferencia en la elección de las especialidades médicas en el periodo 1982-1987. *Gaceta Sanitaria*. 1988;9:276-80.
4. López Roig S, Pastor MA, Rodríguez C. The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students: a Spanish case study. *Aten Primaria*. 2010;42:591-603.
5. Ferreira Padilla G. Medicina de familia en el ámbito universitario: reflexiones de un estudiante de 4.º de medicina. *Aten Primaria*. 2012;44:631-2.

6. Martín Zurro A. Estudiantes, licenciados y medicina de familia: elementos de una relación imperfecta. *Aten Primaria*. 2009;41:436-8.

Carles Albaladejo Blanco^{a,b,*}, José Antonio Martín García^{a,b}
e Isabel López López^{a,b}

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España*

^b *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Llefià, Unidad docente de MFyC Metropolitana Nord del Institut Català de la Salut, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: carlesalbaladejo@gmail.com,
24270cab@comb.cat (C. Albaladejo Blanco),
jmarting.bnm.ics@gencat.cat (J.A. Martín García),
ilopezl.bnm.ics@gencat.cat (I. López López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.006>