

LA PREFERENCIA EN LA ELECCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN EL PERÍODO 1982-1987

Luis de la Fuente de Hoz / Diego Martínez de la Concha / Pablo Lardelli Claret / Josefa Masa Calles / Jorge Bolaños Carmona* / Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo

Departamento de Medicina Preventiva y Social, *Departamento de Bioestadística.
Universidad de Granada

Resumen

Con los 10 primeros individuos que seleccionaron cada especialidad durante las 6 últimas convocatorias de plazas para realizar la especialización por la vía MIR (1982-1987), se realiza un análisis de las preferencias de los médicos, por años y para el conjunto del período. Encontramos un esquema que, encabezado por la Medicina Interna y la Pediatría, tiene como menos preferidas a las especialidades que no comportan trato directo con el paciente. Se estudian de forma especial las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública por su importancia en la puesta en marcha de la reforma sanitaria. Se intenta evidenciar cambios durante el período en las preferencias en algunas especialidades y se discuten, finalmente los problemas de este tipo de análisis.

Palabras claves: Recursos humanos. Especialidades médicas. Educación médica postgraduada.

PREFERENCES IN THE CHOICE OF MEDICAL SPECIALITY DURING THE PERIOD 1982-87

Summary

The preferences for medical speciality training of the top ten doctors in the «MIR» system of higher medical education are analysed for the last six entry points (1982-1987), both by year and for the overall period. In a scheme of preferences headed by Internal Medicine and Paediatrics, those specialities which do not involve direct contact with patients are least favoured. The specialities of Family Medicine and Preventive Medicine and Public Health were singled out for special study, given their importance in the implementation of health reform. Changes in preference over the study period are highlighted and the problems of this type of analysis discussed.

Key words: Health personnel. Medical specialities. Postgraduate medical education.

Introducción

Han transcurrido ya más de 10 años desde que se implantó en España el sistema vigente de una prueba nacional única para acceder al programa de formación postgraduada especializada mediante la modalidad de residencia, conocida habitualmente como vía MIR.

La Ley de Especialidades Médicas de 1978¹ introdujo, entre otras, las especialidades de «Medicina Preventiva y Salud Pública» y «Medicina Familiar y Comunitaria»². La creación de estas especialidades respondía a una nueva concepción de la respuesta sanitaria a los problemas de salud de la comunidad, cuyas líneas programáticas fundamentales cristalizaron ese mismo año en la Conferencia de Alma-Ata.

La actual configuración de la formación médica postgraduada, regulada por el Real decreto 127/84³, parece que está próxima a modificarse, tratando de superar ciertos defectos y rigideces que la experiencia ha puesto al descubierto.

Durante todos estos años, para quien haya seguido de cerca el proceso de adjudicación de plazas ha sido perceptible, de forma más o menos objetiva, el diferente grado de preferencia con que las especialidades médicas son elegidas por los médicos que superan la prueba de acceso de la convocatoria MIR.

Los objetivos del presente estudio sobre las seis últimas convocatorias son:

1. Objetivar estas presumibles prioridades, estableciendo una escala de especialidades según su grado de preferencia.

2. Analizar la posible evolución en las preferencias de algunas especialidades en el período en estudio.

3. Analizar de forma más detallada dos especialidades que consideramos de vital importancia para llevar a cabo las nuevas ideas sobre la atención de salud: Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública.

Material y métodos

Utilizamos como fuente de información los listados de la adjudicación de plazas de las seis últimas convocatorias (del 82 al 87)⁴. De ellos obtuvimos las variables: número de orden y especialidad elegida.

Dado que, como es bien conocido, las distintas especialidades no tienen el mismo número de plazas ofertadas

Correspondencia: Luis de la Fuente de Hoz. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Avda de Madrid 11. 18012 Granada

y, en consecuencia, ciertas especialidades cubren su cupo mucho antes que otras, aparecen problemas metodológicos insuperables si se desea incluir a todos los individuos que eligen cada especialidad. Así, cualquier estudio basado en promedios o, en general, en técnicas paramétricas, tendría que recurrir a extrapolaciones difícilmente justificables.

Existen además diversas circunstancias que han hecho que algunas especialidades no se hayan ofertado todos los años o que, en algunos de ellos, su oferta haya sido muy escasa, llegando incluso a una única plaza.

Metodología para la medición de las preferencias

Se ha realizado la comparación de las diez elecciones de cada especialidad, en cada año. Naturalmente, esta comparación no puede ser absoluta sino relativa, al haber elecciones intermedias correspondientes a las especialidades con mayor número de plazas (superior a 10).

La elección de 10 individuos por especialidad permite incluir la inmensa mayoría de éstas (para un número mayor de 10 habría que excluir muchas de ellas), sin que la información quede en pura anécdota (lo que ocurriría si se considerara un número muy pequeño de elecciones).

Se ha renunciado al estudio de aquellas especialidades no ofertadas todos los años, o cuya oferta en alguno de ellos no alcanzaba el listón de los 10 individuos exigidos. Sólo se han agrupado, a fin de poderlas incluir en el estudio, las especialidades de Angiología y Cirugía Cardiovascular, al considerar que sus contenidos son cercanos y su grado de aceptación similar.

Las especialidades que no han podido ser analizadas por las razones anteriores han sido: Cirugía Torácica, Cirugía Pediátrica, Inmunología, Geriátrica, Medicina Intensiva y Neurofisiología clínica. El número de espe-

cialidades estudiadas queda finalmente reducido a 34.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico hemos utilizado el test de Kruskal-Wallis, como test global y el test de Tukey, siguiendo el método de Newman-Keuls, para las comparaciones posteriores por parejas.

Estos contrastes se han utilizado tanto en la comparación general de las 34 especialidades, como en la comparación de la situación, en los distintos años, de una misma especialidad.

Para la comparación entre especialidades, los datos de entrada han sido, para cada muestra (especiali-

dad), los números de orden de los 10 primeros electores de esa especialidad en cada uno de los seis años, si bien considerados estos números de orden como rangos que excluyan a los individuos que no estaban comprendidos entre los 10 primeros de cada especialidad. Así, para cada año, se estableció un «ranking» del 1 al 340, de los que cada 10 datos corresponden a cada una de las 34 especialidades y cada muestra final incluye así 60 datos correspondientes a cada especialidad. En la fase de asignación de cada año no hay posibles empates, que sí aparecen necesariamente al unir los datos de los seis años para cada muestra.

Como es conocido, el test vuelve a ordenar los 2.040 datos (34 especialidades por 60 individuos para cada

Tabla 1. Orden de preferencia de las especialidades para el conjunto del período 1982-1987

p < 0,05*	Especialidades	N.º de orden	Suma de rangos
	Medicina Interna	1	12.273,0
	Pediatría	2	18.455,0
	Cardiología	3	29.840,5
	Cirugía General	4	33.136,5
	Neurología	5	33.173,0
	Hematología y Hemoterapia	6	33.631,0
	Endocrinología y Nutrición	7	33.652,0
	Oftalmología	8	33.607,0
	Dermatología y Venereología	9	36.976,0
	Reumatología	10	38.546,0
	Aparato Digestivo	11	40.230,5
	Obstetricia y Ginecología	12	41.985,5
	Nefrología	13	48.321,0
	Radiodiagnóstico	14	50.451,0
	Psiquiatría	15	52.347,0
	Traumatología i Cir. Ortopédica	16	58.519,0
	Oncología Médica	17	59.718,0
	Alergología	18	61.386,5
	Cirugía Maxilofacial	19	61.390,5
	Neumología	20	65.929,0
	Otorrinolaringología	21	70.163,0
	Anatomía Patológica	22	71.328,0
	Urología	23	72.192,5
	Medicina Familiar y Comunitaria	24	74.769,0
	Cirugía Plástica	25	75.171,0
	Microbiología y Parasitología	26	82.192,5
	Medicina Preventiva y S. Pública	27	82.593,0
	Anestesiología	28	85.594,0
	Angiología + Cir. Cardiovascular	29	86.671,5
	Rehabilitación	30	96.785,0
	Medicina Nuclear	31	102.964,5
	Oncología Radioterápica	32	110.676,0
	Análisis Clínicos	33	111.064,0
	Bioquímica Clínica	34	111.353,5

* Solamente existen diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05) entre las especialidades no incluidas en la misma llave.

una), promediando los rangos en los empates.

De esta forma, creemos que se estudia la preferencia real por cada especialidad, aunque en términos relativos, pues el test no considera el número de orden absoluto en que cada especialidad es elegida, lo que excluye los sesgos que aparecerían debido al distinto número de las plazas ofertadas para cada especialidad. Los individuos que eligen una especialidad, porque no pueden elegir otra, quedan así básicamente excluidos.

Al circunscribirnos a una especialidad concreta para analizar la evolución de su preferencia a lo largo de los años, los datos de entrada al test son ahora los números de orden de los diez primeros individuos que eligieron esta especialidad, de forma que cada muestra (años) está constituida por 10 datos resultantes de la asignación de los rangos del 1 al 340 que se han realizado en cada año. De nuevo, la comparación debe interpretarse en términos relativos (evolución anual de su situación respecto a las demás especialidades).

Resultados

Los resultados del análisis de las preferencias en el conjunto de las seis convocatorias, vienen expresados numérica y gráficamente en la tabla 1.

En ella, las especialidades se encuentran ordenadas de mayor a menor preferencia en función del resultado obtenido para la suma de rangos de los 60 individuos seleccionados para cada una. El test de Kruskal-Wallis obtiene un valor de $W=18.163,7$ lo que nos permite afirmar con un margen de error pequeño (la p es prácticamente despreciable) que existen diferencias significativas en el grado de preferencia entre las distintas especialidades analizadas en su conjunto.

Esta situación posibilita pasar al análisis comparativo por parejas de especialidades. Los resultados se expresan gráficamente en dicha tabla,

Tabla 2. Orden de preferencia global y por convocatorias

Orden Global	Especialidades	Orden por años					
		82	83	84	85	86	87
1	Medicina Interna	1	1	1	1	3	2
2	Pediatría	2	3	2	3	1	4
3	Cardiología	4	7	15	5	5	3
4	Cirugía General	3	2	10	7	11	14
5	Neurología	8	4	9	4	10	12
6	Hematología y Hemoterapia	10	6	5	2	9	10
7	Endocrinología	5	8	7	12	6	7
8	Oftalmología	12	14	13	8	4	1
9	Dermatología y Venereol.	14	12	8	9	2	6
10	Reumatología	6	9	3	6	13	18
11	Aparato Digestivo	7	5	4	16	17	13
12	Obstetricia y Ginecología	11	13	11	13	8	8
13	Nefrología	13	11	14	20	7	17
14	Radiodiagnóstico	21	15	12	10	12	11
15	Psiquiatría	19	16	6	14	18	16
16	Traumatología y Cir. Ortop.	9	20	16	23	19	19
17	Oncología Médica	18	18	19	11	24	15
18	Alergología	16	21	22	15	25	9
19	Cirugía Maxilofacial	22	19	23	17	22	5
20	Neumología	17	17	25	19	15	23
21	Otorrinolaringología	25	25	18	18	21	24
22	Anatomía Patológica	15	10	21	21	27	30
23	Urología	24	27	20	25	16	21
24	Medicina Familiar y Comun.	20	23	28	22	20	25
25	Cirugía Plástica	26	28	24	24	23	20
26	Microbiología y Parasitol.	28	24	26	31	14	27
27	Medicina Preventiva y S.P.	31	22	17	26	29	28
28	Anestesiología	27	26	27	29	26	26
29	Angiología+Cir.Cardiov	23	29	29	27	30	22
30	Rehabilitación	30	31	31	28	28	29
31	Medicina Nuclear	29	30	32	30	33	31
32	Oncología Radioterápica	34	34	30	33	34	33
33	Análisis Clínicos	33	33	34	32	32	32
34	Bioquímica clínica	32	32	33	34	31	34

de forma que sólo entre aquellas especialidades que no están comprendidas en la misma llave, pueden evidenciarse diferencias significativas con una $p < 0,05$.

La Medicina Interna es la especialidad más preferida, con diferencia significativa sobre las demás. La Pediatría se sitúa en segundo lugar, también con diferencias significativas con el resto de especialidades. Se configura un tercer grupo de especialidades que van desde la Cardiología a la Obstetricia y Ginecología, donde sus diferencias se pueden resumir así: la Cardiología es más preferida que la Reumatología, Aparato Digestivo y Obstetricia; la Cirugía General, Neurología, Hematología y Endocrinología, son más preferidas que la Obstetricia, no pudiéndose establecer otras diferencias significativas entre ellas.

A todas las especialidades anterior-

es, les sigue un grupo compuesto por Nefrología, Radiodiagnóstico y Psiquiatría. Encontramos a continuación un grupo, que va desde Traumatología hasta Cirugía Plástica, con diferencias significativas con las situadas anterior y posteriormente, pero con intrincadas relaciones entre ellas.

Aparece posteriormente un grupo que va desde la Microbiología hasta la Angiología, con similares preferencias.

Se siguen, de manera aislada (pues existen diferencias entre ellas), las especialidades de Rehabilitación y Medicina Nuclear.

En último lugar aparece un grupo con tres especialidades (Oncología Radioterápica, Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica), con preferencias similares entre ellas, pero menores que todas las demás especialidades.

Centrándonos de forma más direc-

ta en la Medicina Familiar y Comunitaria, podemos observar que se encuentra situada en el puesto 24, casi al final del último subgrupo de este amplio conglomerado que abarca desde la Traumatología a la Cirugía Plástica. No se puede, pues, establecer diferencias significativas con Otorrino, Anatomía Patológica, Urología y Cirugía Plástica.

La Medicina Familiar y Comunitaria tiene una preferencia significativamente menor que las especialidades situadas en los primeros 20 primeros lugares (la Neurología y todas las situadas con anterioridad a la misma). Existen, sin embargo 9 especialidades (las situadas desde la Microbiología hasta el final), que son significativamente menos preferidas que ella.

Al analizar de forma más detenida la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, podemos observar que se sitúa en el lugar 27, en un grupo de 4 especialidades entre las que no es posible evidenciar diferencias significativas. Existen 25 especialidades que de una forma significativa gozan de mayor preferencia que ella. Sólo 5 especialidades arrastran unas preferencias significativas menores que ella.

Intentamos posteriormente realizar un análisis de las posibles tendencias evolutivas en la preferencia de ciertas especialidades. La tabla 2 nos muestra todas las especialidades ordenadas de acuerdo a su posición para el conjunto del período, así como sus respectivas posiciones en la escala de preferencias para cada una de las convocatorias. En algunas especialidades se hace más evidente una aparente evolución de su preferencia, bien positiva (Oftalmología y Dermatología) ($p < 0,01$) bien negativa (Cirugía General y Reumatología) ($p < 0,01$). Sin embargo, en la mayoría de los casos la capacidad discriminativa de la muestra es bastante pequeña, no permitiendo dilucidar con claridad dichas tendencias.

Como habíamos reseñado, teníamos especial interés en estudiar las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y

Tabla 3: Evolución de las preferencias de la Medicina Familiar y Comunitaria y de la Medicina Preventiva y Salud Pública

Medicina Familiar y Comunitaria			Medicina Preventiva y Salud Pública		
Suma de rangos	Año	Significación	Suma de rangos	Año	Significación
198	1986		151,0	1984	
240	1985		246,0	1985	
241	1982	$w \leq 10,37$	292,5	1983	$w \leq 17,78$
373	1987	$p < 0,1$	360,0	1987	$p < 0,01$
378	1984		122,0	1986	
391	1983		458,5	1982	

Salud Pública⁶. Los resultados del análisis de la preferencia a través de los años, se encuentran reseñados en la tabla 3. Para la primera, el valor que obtiene la W de Kruskal-Wallis (10,37), se encuentra cercano a la significación, pero no la alcanza ($p < 0,1$), por lo que no resulta congruente seguir realizando el análisis comparativo por años. Para Medicina Preventiva, el valor que obtiene la W de Kruskal-Wallis es de 17,78, lo que supone una $p < 0,01$. El análisis de las diferencias entre los distintos años nos muestra que sólo es posible establecer diferencias significativas (con una $p < 0,05$), entre 1984 y todos los demás, salvo 1985. Parece insinuarse una mejora gradual hasta 1985 con un posterior empeoramiento. Las razones quizá convendría buscarlas en una caída en las expectativas que había despertado esta especialización, debido al no excesivo mimo a que ha estado sometida por la Administración y al retraso en diseñar una formación más congruente con sus objetivos.

Discusión

Si en vez de comparar todas las especialidades, lo hiciéramos sólo con algunas que poseen un valor paradigmático importante (la Medicina Interna, la Medicina de Familia, las especialidades quirúrgicas en su conjunto y las de laboratorio), el estudio permitiría incluir a un mayor número de individuos por grupo, con lo que es posible que pudieran encontrarse diferencias significativas en el grado de preferencia por los años, aunque

también perdería el estudio el valor que posee analizar las diversas especialidades.

Somos conscientes de que en la elección de la especialidad no influyen únicamente factores derivados de la mayor o menor preferencia por realizar una especialidad, sino que existen también otros que no pueden ser ignorados. Entre estos últimos, han de considerarse fundamentalmente los ligados a la ciudad donde se oferta esta plaza; circunstancia ésta condicionada por diversos factores humanos. Ahora bien, la consideración de todos estos factores precisará de unos análisis más complejos y de una información de la que no siempre se dispone.

Creemos que el hecho de elegir sólo los 10 primeros individuos, si bien puede enmascarar ciertas relaciones en las especialidades con bastante número de plazas, no nos permite valorar todas las especialidades y las auténticas preferencias (las de aquellos individuos que no se encuentran condicionados, o lo están en escasa medida, por el número de orden obtenido en la convocatoria).

A pesar de todas estas limitaciones, creemos que es posible resumir la evolución de la elección de plazas en las convocatorias MIR en los siguientes párrafos.

Las preferencias de los médicos que se incorporan al mercado de trabajo siguen centradas en las especialidades más clásicamente consideradas como médicas, con doble versión según el intervalo de edad al que se dirigen, Medicina Interna y Pediatría. A continuación, se sitúan las ramas de especialización médica y médico-

quirúrgica introducidas posteriormente. En los últimos lugares se sitúan generalmente las especialidades de laboratorio o de diagnóstico, que conllevan un menor trato directo con el enfermo.

Pese a la insistencia en la nueva filosofía de la atención de salud que cristalizó en Alma-Ata, las especialidades más directamente implicadas en su puesta en marcha (Medicina Preventiva y Medicina de Familia), no parecen haber calado hondo en las preferencias de los nuevos profesionales. Esta situación se hace más evidente en el caso de la Medicina Familiar y Comunitaria, ya que en principio su contenido y campo de acción parece el más cercano a la Medicina Interna.

Las razones por las que perviven estos esquemas clásicos son múltiples⁷⁻¹⁰: orientación hospitalocéntrica de la formación, pervivencia todavía de modelos clásicos de categorización

social de los profesionales de la salud -ATS, médico general, médico especialista-, falta de organización satisfactoria de la atención primaria, deficiencias en las remuneraciones, etc.

Ahora bien, sean cuales sean estas razones, deben ser investigadas y corregidas, puesto que un sistema de atención de salud que señala como prioritarios unos campos concretos y que no logra introducir tales preferencias en la conciencia del sector profesional básico para su ejecución, transportará una importante contradicción interna que puede impedir la consecución de sus objetivos.

Bibliografía

1. Decreto 2015/78 (BOE 206, de 29 de Agosto de 1978).
2. Portella E, Berraondo I. Medicina Preventiva y Salud Pública y Medicina Familiar y comunitaria. Dos especialidades médicas ante la reforma sanitaria (I). *Gaseta Sanitària de Barcelona* 1985; 24: 215-20.
3. Decreto 127/84. (BOE 26, de 31 de Enero de

1984). La corrección de erratas del Decreto 127/84 aparecieron publicadas en el BOE 47, de 24 de Febrero de 1984.

4. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. *Relación de Médicos Internos y Residentes 1982-87* (Listados de utilización interna). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

5. Martín A, Bolaños MJ, Luna JD, Sánchez-Cantalejo E. *Bioestadística*. Granada: Fotocopia Luz, 1986.

6. Portella E, Berraondo I. Medicina Preventiva y Salud Pública y Medicina Familiar y comunitaria. Dos especialidades médicas ante la reforma sanitaria (II). *Gaseta Sanitària de Barcelona* 1986; 25:11-4.

7. Passos R. Mercado de trabajo en salud. Conceptos y medidas. *Educ Med Salud* 1986; 4:524-34.

8. Leserman J. The professional values and expectations of medical students *J Med Educ* 1978; 53: 330-6

9. Prat A, Fuentes Almendros M, Sust Hajar M. et al. Tendencias Profesionales de los estudiantes de medicina: valoración de un estudio transversal. *Resumen de ponencias y comunicaciones del IV Congreso Nacional de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria*. Zaragoza: Comité organizador del IV Congreso N. de Higiene y Med. Prev. Hosp., 1986; 427.

10. Passos Nogueira R, Brito P. Recursos en salud de las Américas. *Educ Med Salud* 1986; 3: 295-322.

