

## ORIGINAL

Recibido: 2/11/2023  
Aceptado: 23/6/2024  
Publicado: 31/7/2024  
e202407044

el-e16

One after the other: factors influencing the abandonment of Family and Community Medicine practice in young family physicians. A qualitative study

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

### CORRESPONDENCIA

Ana Pereira Iglesias  
Calle de la Verdad, número 7, piso 6º2.  
CP 28019. Madrid, España.  
apereira@aplicacoop.com

### CITA SUGERIDA

Pereira Iglesias A, Cruz Piqueras M, Minué Alonso S. *Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.* Rev Esp Salud Pública. 2024; 98: 31 de julio e202407044.

# Uno detrás de otro: Factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo

### AUTORES

Ana Pereira Iglesias (1)  
Maite Cruz Piqueras (2)  
Sergio Minué Alonso (2)

### FILIACIONES

(1) APLICA Investigación y Traslación, S Coop. Madrid, España.  
(2) Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.

### RESUMEN

**FUNDAMENTOS** // Una Atención Primaria fuerte tiene efectos beneficiosos para la salud. El atributo de la misma con mayores beneficios es la longitudinalidad, que requiere de estabilidad laboral para poder producirse. Además, la Atención Primaria se enfrenta a una crisis por el número de jubilaciones que espera. Conseguir la permanencia de los profesionales jóvenes en Atención Primaria podría contribuir a mejorar la longitudinalidad y al recambio generacional de los profesionales. Por ello, en este estudio se exploraron los motivos que influyen en el abandono de la Medicina Familiar y Comunitaria entre jóvenes médicos y médicas de familia.

**MÉTODOS** // Se realizó un estudio cualitativo descriptivo-interpretativo en Granada y Madrid durante 2022. Mediante un muestreo intencionado por bola de nieve se reclutaron jóvenes médicos y médicas de familia que habían abandonado su trabajo, a los que se realizaron entrevistas en profundidad, además de un grupo triangular. La información se codificó de forma inductiva y se analizó según el método de análisis de contenido temático.

**RESULTADOS** // Los jóvenes médicos y médicas de familia abandonaban la Medicina Familiar y Comunitaria por la frustración de no poder ejercer como les gustaría, por insatisfacción laboral y por una visión pesimista de su futuro como trabajadores/as. La decisión de abandonar de estos jóvenes profesionales se vio favorecido por el empeoramiento de las condiciones laborales tras la pandemia y sus valores respecto al trabajo.

**CONCLUSIONES** // La decisión de jóvenes médicos y médicas de familia de abandonar la Medicina Familiar y Comunitaria es compleja. Para contribuir a su permanencia es necesario mejorar sus condiciones laborales y represtigiar la especialidad.

**PALABRAS CLAVE** // Médicos generales; Rotación profesional; Satisfacción en el trabajo; Investigación cualitativa.

### ABSTRACT

**BACKGROUND** // A strong Primary Care has beneficial health effects. Its more beneficial attribute is longitudinality, which requires job stability in order to occur. In addition, Primary Care is facing a crisis due to the number of retirements it expects. The permanence of young professionals in Primary Care could contribute to improve longitudinality and the generational turnover of professionals. Therefore, this study explored the reasons that influence the abandonment of Family Medicine among young family physicians.

**METHODS** // A qualitative descriptive-interpretative study was carried out in Granada and Madrid in 2022. By means of purposive snowball sampling, young family physicians who had left their job were recruited, with whom in-depth interviews and a triangular group were carried out. The information was coded inductively and analyzed according to the thematic content analysis method.

**RESULTS** // Young family physicians left Family Medicine due to the frustration of not being able to practice as they would like to, job dissatisfaction and a pessimistic view of their future as workers. The decision to leave by these young professionals had been favored by the worsening of working conditions after the pandemic and by the values they have regarding work.

**CONCLUSIONS** // The decision of young family physicians to leave the practice of Family Medicine is complex. To contribute to their permanence in Primary Care, it's necessary to improve their working conditions and increase the prestige of Family Medicine.

**KEYWORDS** // General practitioner; Professional turnover; Job satisfaction; Qualitative research.

## INTRODUCCIÓN

ES AMPLIAMENTE CONOCIDO QUE LOS SISTEMAS sanitarios con una Atención Primaria (AP) fuerte como eje central de la atención a la salud obtienen mejores resultados en términos de morbimortalidad, disminución de las desigualdades sociales en salud, eficiencia en la utilización de recursos y reducción de hospitalizaciones (1,2). Las declaraciones de Alma-Ata (3) y Astaná (4) reconocieron la importancia de la AP, apostando por que tenga un papel central en los sistemas sanitarios. Esta idea ha sido nuevamente reforzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tras la pandemia de la COVID-19, recomendando implementar medidas para garantizar su buen funcionamiento (5). Para obtener los mejores resultados de la AP es necesario el correcto desempeño de sus atributos (6): accesibilidad; longitudinalidad; integralidad; y coordinación. La longitudinalidad es el atributo que ha demostrado efectividad de manera más contundente, ya que disminuye la mortalidad (7,8), las derivaciones a Atención Hospitalaria y los ingresos urgentes (8).

En los últimos años, la AP española está en crisis: ha sufrido infradotación presupuestaria respecto a la Atención Hospitalaria y las AP europeas (9), no se desarrollan adecuadamente sus atributos (10) y en los próximos cinco años se jubilará un 33,2% de los/las médicos/as de Atención Primaria (MAP), sin estar garantizado el recambio generacional (11). Además, sus profesionales han padecido la precariedad en forma de contratos temporales (11), turnicidad (12), sobrecarga asistencial y presión temporal (10). Los/las jóvenes médicos de familia (JMF) están especialmente afectados por la precariedad, por una mayor temporalidad (con una de las tasas estatales de empleo estable más bajas (13)) y por ejercer en condiciones poco atractivas (11). Además de la edad, otro factor a considerar en las problemáticas laborales, es el género: cerca de un 80% de profesionales en excedencia o baja

son mujeres, fundamentalmente por problemas de conciliación familiar (12).

El abandono de JMF de la AP dificulta poder garantizar la longitudinalidad y el recambio generacional de los profesionales. Un reciente metaanálisis estimó la prevalencia global de intención de abandono profesional en AP en un 47% (IC95%=0,39-0,55), siendo mayor en MAP más insatisfechos laboralmente (14). Aunque no se conoce esta cifra en España, se puede estimar la importancia del fenómeno con datos indirectos: en 2019, un 53,8% de MAP mostraron algún grado de insatisfacción laboral (12); la tasa de dedicación a una actividad distinta a la de la formación especializada de los/las JMF es una de las más altas a nivel estatal (13); y, en los últimos años, los/las JMF han rechazado masivamente los contratos ofertados al terminar la especialidad (15,16). Además, recientemente varios MAP han renunciado públicamente a sus trabajos (17) y grupos de profesionales han organizado movimientos para la renuncia labora masiva (18) como forma de denuncia.

No se ha encontrado literatura española sobre los factores que contribuyen al abandono profesional en AP. La evidencia internacional señala la insatisfacción laboral como predictor fuerte del abandono (19), así como la relevancia de los cambios en el trabajo (sobrecarga, burocratización...) y la insatisfacción laboral por el desprestigio de la AP como factores importantes (20). Sansom *et al.* concluyeron que las personas con mayor sentido de pertenencia al trabajo de MAP abandonan debido a la frustración de no poder ejercer como les gustaría (21). Dada la ausencia de literatura en nuestro contexto y a la importancia de fidelizar a profesionales jóvenes para contribuir al recambio generacional y a la longitudinalidad, es necesario preguntarse sobre las causas del abandono profesional de los/las JMF.

El objetivo de este estudio fue explorar los principales factores que influían en el aban-

Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.

ANA PEREIRA IGLESIAS *et al.*

dono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en JMF, así como su profesionalismo, los efectos que tuvo la pandemia de la COVID-19 sobre su vida laboral y recoger sus propuestas de cambio para contribuir a su permanencia en AP.

## SUJETOS Y MÉTODOS

SE REALIZÓ UN ESTUDIO CUALITATIVO descriptivo-interpretativo con posterior análisis de contenido temático. Entre mayo y julio de 2022 se entrevistó a once JMF que habían abandonado la profesión, realizándose ocho **entrevistas semiestructuradas (22)** y un **grupo triangular (23)**.

Los **criterios de inclusión** fueron: ser JMF de Granada o Madrid (considerando JMF a profesionales que terminaron la especialidad hace cinco o menos años (24)); y haber abandonado el ejercicio de la MFyC (personas que habían cursado la especialidad o que no trabajaban con un cupo de pacientes en AP). Se seleccionaron las ciudades de Granada y Madrid por pertenecer a dos de las comunidades autónomas con menor gasto sanitario por habitante (25), con la idea de que la huella de la crisis de AP pudiera estar especialmente presente en ambas. Con el fin de conseguir la máxima variabilidad discursiva, se consideraron los siguientes **criterios de heterogeneidad** para configurar la muestra: género; descendencia; y participación en movimientos pro-MFyC.

Se realizó un **muestreo intencionado por bola de nieve**, iniciado a través de personas mediadoras que tenían relación con la población de estudio (JMF de Granada o Madrid), mediante el envío de un formulario de reclutamiento *online*. La muestra final de once JMF se conformó en base a los criterios de heterogeneidad descritos [TABLA 1].

El **número de entrevistas y grupos** se definió cuando fue alcanzada la  **saturación del discurso**. Las entrevistas duraron una

hora aproximadamente (una hora y treinta minutos el grupo); fueron moderadas por la investigadora principal del estudio (mujer, JMF y máster en Salud Pública, con formación en investigación cualitativa y que se presentó como tal a las participantes en el estudio) sin acompañamiento de ningún observador; y se condujeron mediante un guion con distintas **dimensiones a explorar**, elaborado a partir de la literatura [TABLA 2]. Se priorizó que su realización fuera presencial y en un ambiente neutral (oficina de una empresa de *merchandising* en Madrid y aulas de la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada). Cuando no fue posible, se celebraron en una plataforma de vídeollamada. En cualquier caso, todas fueron audiograbadas y transcritas literalmente para su análisis.

Se realizó un proceso de **consentimiento informado** con las personas participantes en la investigación. Los datos personales se trataron de acuerdo con la **Ley Orgánica 03/2018 (26)** y el **Reglamento General 2016/679 del Parlamento y del Consejo Europeo (27)**. El estudio fue **aprobado por el Comité de Ética de la investigación de la Universidad de Granada**. Asimismo, el estudio se adecuó a la **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**. Para asegurar la confidencialidad, se obvió cualquier información que pudiera hacer reconocibles a las personas participantes.

La información recopilada en las transcripciones fue categorizada de forma inductiva por la investigadora principal del estudio. Posteriormente, se realizó un **análisis de contenido temático (28)**. Los temas se construyeron a partir de las dimensiones exploradas durante las entrevistas y de dimensiones emergentes del discurso de los/las participantes. No se emplearon *softwares* específicos de investigación cualitativa.

Cabe destacar que la investigadora principal de este estudio es una JMF que ha abandonado el ejercicio de la MFyC y tiene una opinión formada sobre el tema a estudio, debido

Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.

ANA PEREIRA IGLESIAS et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 98  
31/7/2024  
e202407044

Muestra final. Perfiles consultados y técnicas de investigación aplicadas.

<b>JMF que han abandonado la especialidad de MFyC</b>	<b>Identificador</b>
Sin hijos, no activistas. Madrid. Mixto.	GT
Sin hijos, no activista. Madrid. Hombre.	E1
Sin hijos, no activista. Madrid. Mujer.	E2
Sin hijos, no activista. Granada. Mujer.	E3
Con hijos, no activista. Madrid. Mujer.	E4
Con hijos, no activista. Madrid. Mujer	E5
Sin hijos, activista. Granada. Hombre.	E6
Sin hijos, activista. Granada. Mujer.	E7
Sin hijos, activista. Granada. Hombre.	E8

Tabla 2

Guión con las dimensiones a explorar en las entrevistas y el grupo triangular.

### **Dimensiones a explorar**

<b>Profesionalismo y valores laborales</b>
¿Cómo fue tu elección de MIR (cuando escogiste MFyC)?
<b>Elementos que influyen en el abandono de la MFyC en los y las JMF</b>
¿Cuál ha sido tu experiencia trabajando en la consulta de AP? (residencia, adjunta/o)
¿Cómo han sido las condiciones laborales del trabajo en AP? (horario, salario, contratos...)
¿Cómo ha sido tu experiencia conciliando la vida laboral con tu vida familiar y/o personal?
¿Cómo crees que valoran la AP otros especialistas, los políticos, los medios, la sociedad...?
¿A qué te dedicas actualmente? ¿Qué pasó cuando decidiste dejar la consulta?
<b>Cambios en la vida laboral desde la llegada de la pandemia de la COVID-19</b>
¿Cómo eran las cosas antes de la llegada de la pandemia?
<b>Recomendaciones de los/las propias JMF para contribuir a su permanencia en AP</b>
¿Me podrías dar recomendaciones que crees que ayudarían a que los/las JMF permanezcan en AP?

*Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.*

ANA  
PEREIRA  
IGLESIAS  
et al.

a su experiencia y conocimiento del mismo. El **posicionamiento explícito** es clave para entender la perspectiva desde la que el equipo investigador abordó el objeto de estudio y, con ello, aspirar a un mayor nivel de construcción colectiva de *objetividad*. La investigadora principal trató de compensar sus posicionamientos mediante rigor metodológico y espacios para la **reflexividad (29)** en todas las fases del estudio.

Para la redacción de este artículo, se siguieron las recomendaciones COREQ [ANEXO I].

## RESULTADOS



EN EL DISCURSO DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES se identificaron tres grandes elementos que influyeron en la decisión de los y las JMF de abandonar la profesión de MAP: la frustración por no poder ejercer la MFyC que les gustaría; la insatisfacción con el trabajo; y la visión pesimista del futuro laboral [TABLA 3]. Cada uno de ellos se relacionaron con distintos factores [FIGURA 1] que se expondrán a continuación.

**Frustración por no poder ejercer la medicina que les gustaría.** Se identificó consenso sobre un sentimiento de frustración de las personas participantes por no poder ejercer la MFyC como les gustaría, ya que la sobrecarga y la falta de desempeño de los atributos de la AP les impedían trabajar de acuerdo con los valores que aprendieron durante su formación. Este sentimiento fue identificado por todas las personas entrevistadas como un factor fundamental para dar el paso de abandonar la MFyC.

**Sobrecarga laboral:** Existía un amplio grado de acuerdo en que las condiciones laborales en AP eran extremadamente estresantes, enfrentando jornadas con una gran demanda asistencial y burocrática, lo cual dificultaba disfrutar del trabajo y ofrecer una prestación de calidad (por la velocidad que exigía y porque la jornada estaba ocupada únicamente por asuntos asistenciales). Una experiencia

señalada por algunos participantes era haber sentido que conseguían terminar la consulta poniendo en riesgo su salud mental.

Los principales factores que identificaron los/las JMF como generadores de sobrecarga fueron: el escaso tiempo de visita asignado por paciente; la falta de personal (que sobredimensiona los cupos y aumenta la carga de trabajo por la falta sistemática de cobertura de las vacantes); la burocracia; y, en menor medida, las demandas de las personas usuarias, debidas a la medicalización de la vida y la alta demora existente en AP (cuanta más espera para una cita, más posibilidades de generar otras demandas). Por la sobrecarga, las profesionales referían sentirse alienados, formando parte de una máquina que sirve para ver pacientes *uno detrás de otro*, sin tiempo para nada más.

**Falta de desempeño de atributos de la AP:** la mayoría de personas entrevistadas señalaron que, por la falta de estabilidad laboral y el tipo de contratos a los que tenían acceso los/las JMF, no podían ejercer con longitudinalidad y sentían que su desempeño era menor del que podrían conseguir si les asignara un cupo de pacientes. La sobrecarga y la falta de longitudinalidad impiden ofrecer una atención integral (por falta de tiempo y de tiempo de relación MAP-paciente), produciendo frustración en JMF que, en parte, escogieron la especialidad por su enfoque biopsicosocial, como se señala más adelante.

**Insatisfacción laboral:** en el discurso de los y las JMF se identificó un sentimiento de insatisfacción laboral generalizado, relacionado con varios factores:

**Desprestigio de la AP:** Existe un fenómeno de desprestigio de la AP al que contribuyen su abandono político y la situación actual de crisis, identificándose consenso respecto al mismo en el discurso de las personas participantes. Los y las JMF pensaban que en la sociedad circulan valores que premian la

*Uno detrás de otro:* factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.

ANA PEREIRA IGLESIAS et al.

## Factores que influyen en el abandono de la MFyC en JMF

### A) Frustración por no poder ejercer la MFyC que les gustaría

*"De mis 12 compañeras de promoción, está en Primaria una. Por lo mismo que te voy a decir yo, porque no pueden hacer la medicina que les gustaría. ¿Por qué salté rápidamente a hacer otra especialidad? Porque yo veía que lo que yo quería hacer, como a mí me gustaba llevar la consulta, no podía hacerlo." E8*

#### A.1) Sobrecarga laboral

*"Con 5 o 7 minutos por paciente, con una media de 38 a 45 pacientes diarios, todo lo que te enseñan en la residencia que hay que hacer en condiciones y con lo que mi conciencia de trabajo se queda tranquila, ipues claro, es que es imposible! Es imposible sin que te cueste tu salud mental." E2*

*"No puedes hacer otras cosas, solo estás aquí para ver pacientes uno detrás de otro, como si esto fuera una máquina trituradora. Te deshumaniza como profesional y te deshumaniza como paciente, pero como profesional te convierte en un engranaje." E8*

#### A.2) Falta de desempeño de los atributos de la Atención Primaria

*"Al final, con los meses, lo que me daba cuenta es de que me gustaría tener mi propio cupo. Si te gusta trabajar bien es frustrante trabajar cubriendo huecos. [...] Pensaba «si tuviera un cupo haría muchas más cosas»." E2*

*"En la especialidad que hemos hecho, la intención es hacer una atención completa, según el modelo biopsicosocial. Si tú no puedes atender al paciente de esa forma, tampoco quieres hacer el trabajo a medias. Yo por lo menos. Hay ciertas cosas a las que no puedo renunciar y, si no tengo tiempo o tengo que hacerlo de malas maneras, no quiero hacerlo." E5*

### B) Insatisfacción laboral

#### B.1) Desprestigio de la Atención Primaria

*"Si todo orbita en torno al hospital, todo el mundo entiende que lo importante es el hospital. La población no entiende qué es lo que se hace en un centro de salud porque el propio sistema está orientado hacia el hospital. Y lo que ve, lo que brilla, es lo que tiene aparatitos, lo que a todo el mundo le han enseñado que es lo bueno. En cambio, la Atención Primaria por eso de no tener mucha capacidad tecnológica, no es una especialidad muy reconocida." E8*

*"Hay un punto de desconocimiento de lo que es la AP porque en la facultad no ha habido espacio. Muchos residentes igual no han rotado nunca o únicamente han pasado unas semanas por un centro de salud, entonces, tampoco pueden valorar, porque no conocen lo que hacemos. Hay otra parte de la medicina que hacemos que es lenta e invisible." E7*

#### B.2) Falta de estabilidad laboral

*"Yo quería un turno deslizante y prácticamente era imposible en la zona de Madrid. Además, siempre tenía contratos de dos, tres meses. Por eso lo dejé. [...] Y he tenido varios compañeros que han estado, como yo digo, en dos sillones, y al final se han decantado por urgencias. Porque en urgencias, de repente, tienes un turno deslizante y una interinidad." E5*

*"Cuando yo terminé nos ofrecieron contratos de Área. Entonces, estás cada día en un centro distinto, supliendo un saliente, una baja, un refuerzo... A mis mayores les ofrecían contratos que podían ser de días. Yo tenía un compañero que tenía un mapa en Google con los sitios donde había hecho un contrato y tenía 200.000 puntos en el mapa." E8*

Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.

ANA  
PEREIRA  
IGLESIAS  
et al.

## Factores que influyen en el abandono de la MFyC en JMF

### B.3) Condiciones laborales

*“Quitaría el horario de tarde, ya no solo por conciliación (que por supuesto tiene que ver), sino porque no permite dar calidad de vida al profesional.” GT*

*“A todos nos gusta más cobrar 5.000 que 2.000, pero no era ese el problema.” E1*

### B.4) Conciliación familiar

*“He decidido directamente irme para poder conciliar. Yo si trabajo de 14:00 a 21:00 con dos niños pequeños tengo que contratar una guardería o una persona por la mañana y alguien por la tarde, porque no puedo quedarme yo con los niños. Si entro a las 14:00 en un sitio y salgo a las 21:00, no veo a mis hijos. Lo que hay ahora mismo libre son, sobre todo, contratos de tarde y yo es algo que no quiero. Yo quiero tener tiempo para poder estar con mis hijos.” E4*

### B.5) Violencia laboral

*“He visto bajas por ansiedad por agresiones físicas y verbales por pacientes y la mayoría de la gente se acaba planteando otra salida. Las agresiones verbales son relativamente frecuentes. Físicas solo las he visto en un pueblo. Quema, eso hace mucho daño.” E2*

### C) Visión pesimista del futuro laboral

*“¡Yo tengo muchísimas ganas! Pero me estoy teniendo que buscar otro entorno en el que poner esas ganas sin que vaya en detrimento de mi salud, de que vaya a acabar quemada a 5 años de acabar la residencia.” GT*

#### C.1) Falta de posibilidades de desarrollo profesional

*“Cuando terminé pensé: «¿esto es todo lo que me queda?» Tenía la sensación de que todo lo que me quedaba por delante era tragar y tragar. Tenía una sensación de estancamiento.” E1*

*“Hay cosas que me llenan porque hacen que la AP sea mucho más resolutive y bonita. Cosas que te hacen sentir que no solamente estás derivando, sino que estás diagnosticando y resolviendo problemas. Técnicas de cirugía menor, ecografías, psicoterapia... Te formas en ellas y, en vez de fomentar que las hagas, no puedes practicarlas porque no hay tiempo.” GT*

#### C.2) Ambiente laboral pesimista

*“Todo el rato, todo el mundo que lleva mucho tiempo en esto está diciendo lo mal que está todo. Cada vez peor, cada vez más agobiado. Hay como un pesimismo ahí flotando siempre. Creo que en algún momento yo me impregné bastante de esa desazón de los tutores o de la gente que ya estaba ahí... [...] Pensaba: «es que a mí me quedan 35 años o 40 años de ejercicio y si ya voy con este cuerpo y esta nube gris encima, pues vaya mierda.” E6*

*“Yo hay épocas en las que me quito Twitter, porque claro, la gente que es muy lista a la que sigues y a la que quieres leer se queja todo el rato. Es verdad que la cosa está muy mal y que hay que decirlo y que hay que protestar. Pero si los que estamos ahí en primera línea ya empezamos el partido derrotados... pues mal.” E6*

#### C.3) Falta de voluntad política

*“Hay un poco de frustración y desesperanza porque hay poca perspectiva de mejora. Si te dicen que esto va a durar cierto tiempo porque hay voluntad política y hay estrategia para que la situación cambie y mejore, pues apachugas, tiras. Pero claro, cuando te encuentras con semejante desgobierno dices: apaga y vámonos. ¿Voy a estar pagando el pato, tragando y tragando, dejándome la salud y sin poder ofrecer una asistencia mínimamente de calidad? Yo entiendo que la gente al final se ha terminado buscando otras salidas profesionales.” E7*

Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.

ANA  
PEREIRA  
IGLESIAS  
et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 98  
31/7/2024  
e202407044

**Factores que influyen en el abandono de la MFyC en JMF**

**Profesionalismo y valores laborales de los y las JMF que han abandonado**

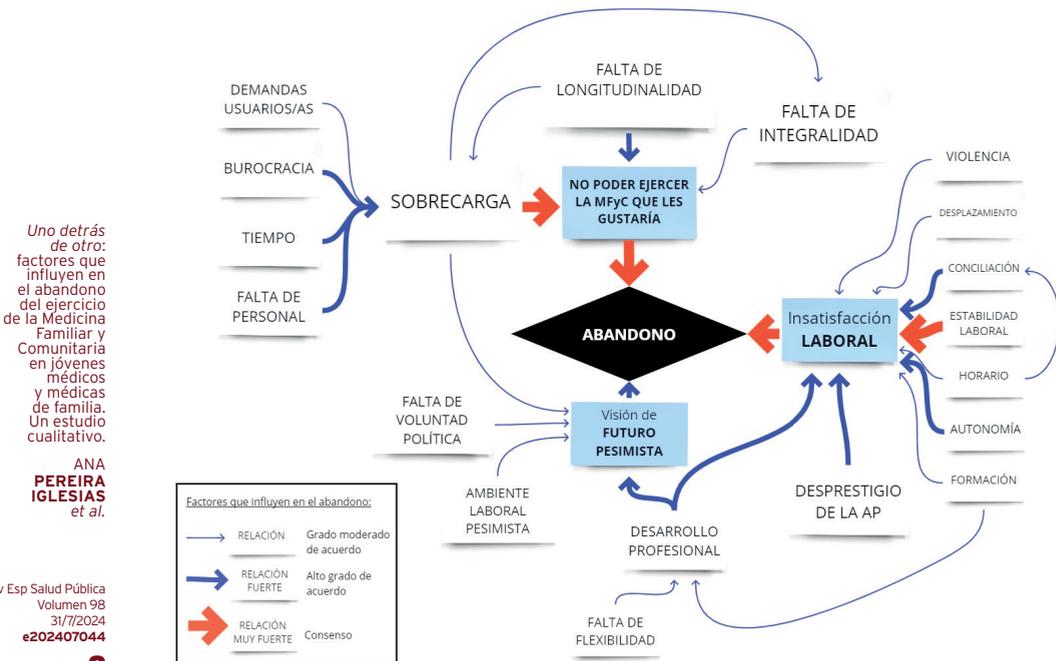
*"iCon todos los años que llevo estudiando y esforzándome! Quiero, ya no solo tener tiempo para mi vida personal, sino que también la vida profesional me dé alegrías. Yo sé que es duro trabajar, pero cualquier cosa no me vale." GT*

*"Creo que los jóvenes no queremos aceptar trabajos que no nos gusten. O sea, no solo los médicos, creo que en general. Es lo que yo he visto de gente a nuestro alrededor con otros trabajos y tal. Si voy a estar en unas condiciones de mierda, si no voy a ganar el dinero que yo quiero, no voy a trabajar en algo que no me interese. Creo que tenemos más ganas de hacer más cosas, como por ejemplo viajar o tener más experiencias positivas, independientemente de lo que ganemos." E4*

**Cambios después de la crisis de la COVID-19**

*"La pandemia, al menos ha sido el catalizador de ese cambio, ha acelerado todo el proceso. No sé si ha sido la causa principal, pero sí el acelerante. La Atención Primaria estaba así, sujeta con pinzas, y esto ha venido a zarandearla y a ver cómo queda." E8*

Elementos que influyen en el abandono de la Medicina Familiar y Comunitaria en JMF. Figura 1



inmediatez y lo tecnológico o específico, mientras que las labores relacionales, de cuidados y de largo plazo desempeñadas por la AP son menos atractivas. Dichos valores colocan la MFyC en una posición subordinada respecto a la Medicina Hospitalaria a nivel social, profesional, mediático y político, percibiendo los/las participantes que su trabajo no se valoraba y que entre MAP circulaba un sentimiento de *acomplejamiento*. Desde su perspectiva, esta situación se alimentaba del desconocimiento social y profesional de las labores ejercidas por la AP, siendo más invisibles, menos inmediatas y no enseñándose en las universidades por la falta de cátedras específicas de AP.

**Falta de estabilidad:** Todas las personas entrevistadas señalaron que, al terminar la residencia, los y las JMF tenían acceso mayoritariamente a contratos poco atractivos por su corta duración, su horario o por ser en Centros de Salud tensionados y/o situados en áreas remotas. Así, referían que la inestabilidad y la precariedad laboral fueron elementos que impactaron fuertemente en su decisión (y la de otras personas que conocen) de abandonar la profesión. Algunas personas identificaron que la contratación se llevaba a cabo con falta de transparencia, con presión ejercida desde la bolsa de empleo para conseguir que aceptasen contratos poco atractivos.

**Condiciones laborales:** El horario fue un elemento identificado como fuente de insatisfacción (por ser de tarde o por tener que hacer guardias obligatorias) por parte de varias participantes en el estudio. Esto fue especialmente (aunque no exclusivamente) señalado por las mujeres con descendencia, por condicionar y producir problemas importantes de conciliación.

Otro elemento señalado con un nivel alto de acuerdo fue la falta de autonomía para la gestión del tiempo, que dificultaba organizar el trabajo eficientemente. A la falta de autonomía se sumaba la sobrecarga, haciendo que lo asistencial ocupara toda la jornada e impi-

diendo tener tiempo reservado para tareas no directamente relacionadas con la demanda asistencial (por ejemplo, atención comunitaria), habilidades técnicas (por ejemplo, ecografía, dermatoscopia, etc.) u otras actividades laborales (por ejemplo, investigación).

El tiempo de desplazamiento al trabajo fue señalado por algunas participantes, sobre todo mujeres con descendencia, como factor secundario que también condicionó el abandono. Algunas personas también identificaron su insatisfacción con el salario como factor secundario que contribuyó al abandono profesional.

**Conciliación familiar:** Las mujeres con y sin descendencia coincidieron en que la conciliación era muy complicada (si no imposible) para las JMF, elemento fundamental de su decisión de abandonar la profesión. Las dificultades derivaban, fundamentalmente, del horario de tarde (14:00-21:00 en Madrid) y de la sobrecarga, que convertía el trabajo en algo extenuante que les hacía sentir que no tenían energía para nada más. Ningún hombre entrevistado mencionó problemáticas de conciliación.

**Violencia laboral:** Algunas participantes relacionaron experiencias de violencia verbal con personas usuarias de la AP, refiriendo que habían sido una fuente importante de malestar.

**Visión pesimista del futuro laboral:** Las personas entrevistadas sentían desesperanza al pensar en el futuro laboral y veían probable la posibilidad de *quemarse*, asociando estos sentimientos con las siguientes condiciones:

**Falta de posibilidades de desarrollo profesional:** Existía un alto grado de acuerdo entre los/las JMF sobre una desmotivación derivada de la falta de posibilidades de desarrollo profesional en AP, coincidiendo en que, al terminar la residencia, se sintieron *estancados*. Esta sensación se asoció a la sobrecarga, la imposibilidad para compaginar el trabajo asisten-

*Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.*

ANA  
**PEREIRA IGLESIAS**  
et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 98  
31/7/2024  
e202407044

cial con otras actividades y la falta de medios para formación. Los y las MAP se forman en su tiempo libre, usando sus recursos económicos y sin que se valore su esfuerzo. Esto, sumado a que no puedan desarrollar sus inquietudes, hace que perciban el trabajo como monótono.

**Ambiente laboral pesimista:** Existía un alto grado de acuerdo entre los/las participantes sobre que, en AP, había un pesimismo en el ambiente que les acabó contagiando y afectando al estado de ánimo. El discurso pesimista sobre la AP en redes sociales también fue fuente de malestar y desaliento, refiriendo las participantes que dicho discurso contribuía a un sentimiento de desmotivación al pensar en el futuro laboral en AP.

**Falta de voluntad política:** Varias JMF entrevistadas, la mayoría provenientes de un pasado militante en movimientos pro-MFyC, coincidieron en que la AP no estaba en la agenda política de ningún partido. Esto generaba una disonancia académico-política que producía frustración: la evidencia científica concluye que la AP es beneficiosa para los Sistemas Sanitarios y la salud, pero es sistemáticamente olvidada por el estamento político. La ausencia de cambios para mejorar la situación de la AP transmitía estatismo y pesimismo al mirar al futuro. Algunas personas relacionaron esta situación con la falta de rédito político de la AP y con posibles intereses para privatizar los servicios sanitarios.

**Impacto de la pandemia de la COVID-19 en el trabajo de las JMF:** Todos los participantes coincidieron en señalar que la crisis de la COVID-19 afectó mucho a la AP por el aumento de la sobrecarga asistencial y burocrática. Además, los/las JMF señalaron que la relación con la población empeoró por el crispamiento derivado del cambio a la consulta telefónica y por la sensación de desatención que tuvieron. Sin embargo, se identificó consenso en el discurso de los/las participantes sobre que los factores que influyeron en su decisión de

abandonar ya existían previamente a la pandemia, siendo ésta la *gota que colmó el vaso*.

**Profesionalismo de los/las JMF:** Las personas entrevistadas se identificaban con valores asociados al rol de MAP y defendían contundentemente los beneficios de la AP. Asimismo, algunas referían mantener el deseo de ejercer de MAP, pero incidían en que el trabajo, aunque es importante, no es lo único ni lo primero y debe tener unas condiciones dignas y que permitan desarrollar la vida personal. Esta visión concuerda con un cambio en los valores sociales respecto al trabajo que señalaron algunos participantes, que consideraban que afectaba especialmente a las generaciones más jóvenes.

**Recomendaciones de los/las JMF para su permanencia en AP:** Los cambios propuestos por los participantes [TABLA 4] pueden agruparse según su urgencia:

- Corto plazo: reducción de la sobrecarga y medidas para fomentar la estabilidad laboral y la conciliación.
- Medio plazo: fomento del desarrollo profesional, incrementando la flexibilidad laboral y la formación.
- Largo plazo: prestigiar la AP, impulsando la investigación.

## DISCUSIÓN

LA DECISIÓN DE LOS/LAS JMF DE ABANDONAR el ejercicio de la MFyC es compleja, influyendo en ella múltiples elementos. Las participantes se identifican con el rol de MAP y señalan con consenso que la frustración de no poder ejercer la MFyC es un motivo fundamental para abandonar la profesión, concordando con los resultados de Sansom *et al.* (21) Algo que influye en esta frustración, y que concuerda con otro trabajo de Sansom *et al.* (30), es la falta de integralidad. Los/las JMF señalan

Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.

ANA PEREIRA IGLESIAS et al.

Tabla 4

Recomendaciones de JMF que han abandonado para permanecer en AP.

Recomendación	Verbatim
<b>1) Disminución de la sobrecarga laboral:</b>	
1.1) Aumentar los tiempos de visita.	<i>"Mejoraría el número de minutos por paciente." E2</i>
1.2) Aumento de recursos humanos y cobertura de las vacantes. Incentivar plazas poco atractivas si fuera necesario.	<i>"Contratar a más gente, que los cupos sean máximo de 1.200 o 1.300. Cubrir las bajas y las vacaciones obligatoriamente." E3</i> <i>"Si se quedan plazas vacías lejos, incentívalas. Paga más porque la gente se vaya lejos." E4</i>
1.3) Desburocratización de la práctica mediante la formación de profesionales de otros estamentos.	<i>"Es fundamental hacer una descarga de la consulta y que muchas de las cosas que hacemos las haga gente formada para hacerlas, con la que podamos trabar en equipo." GT</i>
<b>2) Aumento de la estabilidad laboral: priorizar contratos largos y asociados a un cupo.</b>	<i>"Los contratos, lógicamente, más largos. Que no sean de dispositivo, que contratos de cupo." E2</i>
<b>3) Reorganización del horario de tarde, recomendando que se ofrezcan turnos deslizantes o acabalgados.</b>	<i>"Se debería dar un horario que permita conciliar. Que por lo menos todos tengamos mañanas y tardes o turnos acabalgados de 11 a 6." E4</i>
<b>4) Autonomía para la gestión del tiempo en base a objetivos marcados por los organismos de gestión.</b>	<i>"Permitir al médico que se organice para hacer cosas que no son directamente asistenciales. Hacer ecografía, salir a la calle, a los colegios, al ayuntamiento..." GT</i>
<b>5) Posibilitar el desarrollo profesional:</b>	
5.1) Contratos a tiempo parcial, poniendo en contacto a personas interesadas en compatibilizar la labor asistencial con otras actividades.	<i>"Podrían ofrecer flexibilidad que no comprometa la buena asistencia, pero que te permita desarrollar tus ambiciones. Que puedas trabajar 3 o 2 días de consulta en el mismo cupo, compartirte el cupo con alguien..." E7</i>
5.2) Fomento de la formación.	<i>"Más formación, buena, independiente, incluida en la jornada laboral... Aumentaría mucho la sensación de bienestar." E6</i>
<b>6) Estrategias para aumentar el prestigio de la AP, convirtiéndola en una especialidad más atractiva social y profesionalmente.</b>	
6.1) Fomento de la investigación en AP, permitiendo compatibilizar la labor asistencial con la carrera académica.	<i>"Se puede hacer de la AP algo sexy, algo atractivo. Es una responsabilidad nuestra hacerlo promoviendo la investigación. En Oxford tienen un departamento de AP de investigación que sale en los medios y tienes una GP que es "profesor". Tenemos que hacer la AP atractiva, estimulante, una carrera profesional "top". Yo creo que es importante darle prestigio para que se pueda presumir de ella." E7</i>
6.2) Exposición temprana de estudiantes de medicina a la MFyC, visibilizando su función y contribuyendo al reclutamiento de profesionales.	<i>"Que esté la MF en la universidad me parece hiperimportante. Para visibilizar que existe como mínimo. Segundo, porque hay que entrar en esos sitios." E8</i>

Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.

ANA PEREIRA IGLESIAS et al.

lan que decidieron ser MAP por el trato humano y el enfoque biopsicosocial de la AP, aspecto que probablemente se relaciona con esta frustración.

La insatisfacción laboral, la sobrecarga, la burocratización y la falta de tiempo influyen en el abandono profesional de los/las JMF, aspectos que concuerdan con otros estudios previos (19,30) y con resultados de revisiones sistemáticas sobre este tema (20,31). En el presente estudio se señala la falta de posibilidades de desarrollo profesional como elemento contribuyente a la insatisfacción laboral, igual que en la revisión sistemática de Marchand y Peckham (31). A esto se suma el efecto del desprestigio de la AP, también señalado en otra revisión sistemática como fuente de malestar en el trabajo (20).

La falta de longitudinalidad no se consideró un factor influyente en otros estudios sobre el abandono profesional de MAP. Esto puede deberse a que la evidencia revisada proviene de otros países en los que las condiciones laborales son distintas (menor temporalidad y precariedad), hipótesis que también explicaría que no se hayan encontrado investigaciones que identifiquen la inestabilidad laboral como elemento influyente. Otro hallazgo del que no se han encontrado referentes es la visión pesimista del futuro laboral, que puede deberse a que esta investigación se realizó en población joven, que siente que tiene toda la vida laboral por delante, perfil no específicamente abordado en otros estudios revisados.

A la visión pesimista del futuro laboral puede contribuir que la situación de la AP no haya mejorado después de la crisis de la COVID-19 (32), a pesar de que la OMS recomendó reforzar la AP tras su estallido (5). Sin embargo, los efectos de la COVID-19 sobre el trabajo son importantes, pero no decisivos, para el abandono de los/las JMF, de la misma forma que señala el estudio de Pulido-Fuentes *et al.* (33).

Los problemas para la conciliación familiar son destacados por varias mujeres, con o sin descendencia. Es sorprendente que no sean mencionados por hombres, aspecto que probablemente se relaciona con que los cuidados tienen una enorme brecha de género, asociándose al femenino y siendo habitualmente provistos por mujeres (34).

Los/las JMF señalan con un alto grado de acuerdo que en su generación se ha producido un cambio de los valores respecto al trabajo, idea que coincide con teorías de Alonso (35): muchas personas no quieren tener profesiones, sino que quieren trabajos, y no sienten que éstos estén tan asociados con su identidad. Este cambio podría influir en el abandono profesional de los/las JMF, que dan más importancia a su vida personal que a la laboral.

Este estudio tiene algunas limitaciones, como un posible sesgo de selección al incluir entre sus perfiles a activistas (más accesibles al equipo investigador), que se intentó minimizar incorporando también a perfiles que no participaban en movimientos pro-MFyC. Además, se realizaron más entrevistas en formato virtual de las previstas, pero al tratarse de personas jóvenes de alto nivel socioeducativo, es poco probable que exista un sesgo de selección asociado a la brecha digital.

Gracias al uso de metodología cualitativa, se pudo explorar en profundidad el abandono profesional de los/las JMF, obteniendo hallazgos que pueden ser importantes para la toma de decisiones. Sin embargo, dicho colectivo no es el único afectado por la crisis de la AP y sería importante poder plantear esta pregunta en otros profesionales (enfermería, personal administrativo...) y en otras comunidades autónomas.

A modo de conclusión, señalar que la decisión de los/las JMF de abandonar el ejercicio de la MFyC es compleja, influyendo en ella tres grandes elementos: la frustración por no poder ejercer como les gustaría, fundamental-

Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.

ANA PEREIRA IGLESIAS *et al.*

mente por la sobrecarga y la falta de longitudinalidad; la insatisfacción laboral, relacionada con la falta de estabilidad y autonomía, así como las dificultades para la conciliación y el desprestigio de la AP; y la visión pesimista del futuro asociada a la falta de posibilidades de desarrollo profesional.

De acuerdo con las personas participantes, para fidelizar a los/las JMF, contribuyendo a conseguir la longitudinalidad propia de la AP y el recambio generacional necesario para la misma, es acuciante mejorar las condiciones laborales en la AP. Por ello, sería importante considerar las recomendaciones y propuestas de los/las JMF que abandonaron la MFyC, como las recogidas en este estudio, para contribuir a su permanencia en AP, poniendo el foco en las precarias condiciones de contratación y la sobrecarga laboral a la que están sometidos. 

## BIBLIOGRAFÍA



1. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. *Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015*. JAMA Intern Med. 2019;179(4):506.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.
3. Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. 1978.
4. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Conferencia Global de Atención Primaria: Declaración de Astaná*. 2018.
5. World Health Organization. *Role of Primary Care in the COVID-19 Response*. Interim Guid. 2020:1-8.
6. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press. 1998.
7. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. *Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality*. BMJ Open. 2018;8(6):e021161.
8. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. *Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway*. Br J Gen Pract. 2022;72(715):e84-90.
9. Simó J, Gervas J. *Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales*. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(SUPPL.1):36-40.
10. Minué S. *Atención Primaria entre pandemias: ¿muerde o se extingue?* En: Del Llano J, Camprubí L, editores. *La sociedad entre pandemias*. Fundación Gaspar Casals. Madrid; 2021. p. 625-642.



11. Pérez PB, López-valcárcel BG. *Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035*. Ministerio de Sanidad. 2022.
12. Organización Médica Colegial y Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. *Encuesta sobre la situación de la profesión médica en España*. 2019.
13. Ministerio de Sanidad. *Estudio sobre la evolución laboral de los/as egresados/as de la FSE de 2016 y 2017*. 2019;108.
14. Shen X, Jiang H, Xu H, Ye J, Lv C, Lu Z *et al*. *The global prevalence of turnover intention among general practitioners: a systematic review and meta-analysis*. BMC Fam Pract. 2020;21(1):246.
15. Pérez P. *Más de la mitad de los MIR rechazan los contratos del Sergas para trabajar en los centros de salud*. Faro de Vigo. 2021. Disponible en: <https://www.farodevigo.es/galicia/2021/05/25/60-mir-rechazan-contratos-sergas-centros-de-salud-atencion-primaria-52210405.html>
16. Asociación Médicos y Titulados Superiores de Madrid. *¡LA ATENCIÓN PRIMARIA SE MUERE! Solo 17 de los 224 nuevos médicos de Familia cogen plaza para quedarse en los centros de salud de Madrid*. 2021. Disponible en: <https://corporativa.amys.es/noticias/noticia/?slug=la-atencion-primaria-se-muere-solo-17-de-los-223-nuevos-medicos-de-familia-cogen-plaza-para-quequedarse-en-madrid>
17. Plaza S. *Sanitarias que renuncian a su puesto en Atención Primaria: "No se puede ejercer así"*. El Salto. 2020. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/sanitarias-renuncian-puesto-atencion-primaria-no-se-puede-ejercer-asi>
18. YoRenuncioAP. Twitter. 2020. Disponible en: <https://twitter.com/aprenuncio>
19. Zhang T, Feng J, Jiang H, Shen X, Pu B, Gan Y. *Association of professional identity, job satisfaction and burnout with turnover intention among general practitioners in China: evidence from a national survey*. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):382.
20. Long L, Moore D, Robinson S, Sansom A, Aylward A, Fletcher E *et al*. *Understanding why primary care doctors leave direct patient care: a systematic review of qualitative research*. BMJ Open. 2020;10(5):e029846.
21. Sansom A, Calitri R, Carter M, Campbell J. *Understanding quit decisions in primary care: A qualitative study of older GPs*. BMJ Open. 2016;6(2):1-9.
22. Vallés M. *Técnicas de Conversación, Narración (I): Las entrevistas en profundidad*. En: *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis. Madrid; 1999.
23. Conde F. *Los grupos triangulares como espacios transicionales para la producción discursiva: un estudio sobre la vivienda en Huelva*. En: Gordo AJ y Serrano A. *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Educación. 2008: 155-188.
24. Jóvenes Médicos de familia-semFYC [consultado 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.semfyec.es/secciones-y-grupos/jovenes-medicos-de-familia/>
25. Ministerio de Sanidad. *Estadísticas de Gasto Sanitario Público 2002-2020*. [Consultado 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
26. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, número 294 (6 de diciembre de 2018). [Consultado 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
27. Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27-4-2016 (DOUE 4-5-2016). [Consultado 04 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>
28. Miele MD, Tonon G, Salgado A, Alvarado SV. *Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social 1*. Univ Humanist. 2012;(74):195-225.
29. Dodgson JE. *Reflexivity in qualitative research*. Journal of Human Lactation. 2019;35(2), 220-222.
30. Sansom A, Terry R, Fletcher E, Salisbury C, Long L,

Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.

ANA PEREIRA IGLESIAS *et al*.

Richards SH *et al.* *Why do GPs leave direct patient care and what might help to retain them? A qualitative study of GPs in South West England.* *BMJ Open.* 2018;8(1):1-8.

**31.** Marchand C, Peckham S. *Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review.* *Br J Gen Pract.* 2017;67(657):e227-237.

**32.** Amnistía Internacional. *La otra pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la Atención Primaria en España.* Madrid: Amnistía Internacional. 2021.

**33.** Pulido-Fuentes M, González LA, Reneo IA, Cipriano-Crespo C, Flores-Martos JA, Santos AP. *Towards a*

*liquid healthcare: primary care organisational and management strategies during the COVID-19 pandemic-a qualitative study.* *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1-13.

**34.** Pérez Orozco A, López S. *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y articulaciones políticas.* Santo Domingo: ONU Mujeres. 2011.

**35.** Alonso LE. *Crisis de la sociedad del trabajo y ciudadanía: una reflexión entre lo global y lo local.* *Política y Soc.* 1999;31(31):7-35.

*Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.*

ANA  
**PEREIRA  
IGLESIAS  
et al.**

**COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist**

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	6
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	6
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	6
Gender	4	Was the researcher male or female?	6
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	6
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	6
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	6
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	6
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	6
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	6
Sample size	12	How many participants were in the study?	6
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	6
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	7
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	6
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	22
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	6
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	7
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	6
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	6
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	7
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	7
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	7
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	23
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	8
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	8
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	13

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

Uno detrás de otro: factores que influyen en el abandono del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en jóvenes médicos y médicas de familia. Un estudio cualitativo.

ANA PEREIRA IGLESIAS et al.