

CAPÍTULO 3

¿Por qué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones

Beatriz González López-Valcárcel, Patricia Barber Pérez y Vicente Ortún Rubio

Introducción

La Medicina de Familia está en crisis, aquí y en otros muchos países desarrollados. Su capital humano está desmotivado, los médicos jóvenes rehúyen la especialidad cuando pujan por plazas MIR, algunos huyen de ella una vez iniciada o completada la residencia. En este capítulo exploramos algunos datos sobre estas huídas, intentando buscar soluciones. Nos situamos en tres momentos de la vida profesional de un médico: 1) cuando está a punto de terminar la licenciatura en Medicina; 2) cuando elige plaza MIR y 3) cuando ya ha comenzado, o incluso terminado la especialidad.

Empezamos analizando las percepciones y preferencias de los estudiantes de sexto de Medicina. Para esto, contamos con una fuente primaria e inédita de microdatos de encuesta, de la primavera de 2011. En este capítulo también exploramos el mercado MIR a partir de las preferencias declaradas (elecciones de plaza) para definir el perfil de los que entran a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), comparándolo con el de los pediatras, la otra especialidad de los médicos de Atención Primaria. Asimismo analizamos con algún detalle las huídas, en particular las fugas hacia otra especialidad MIR y a Urgencias. En el apartado final intentamos elaborar argumentos que expliquen los hechos descritos a lo largo del trabajo, y aportar ideas sobre cambios necesarios para superar la crisis.

Preferencias, percepciones y expectativas de los casi-médicos sobre la Medicina de Familia y la Atención Primaria

En la primavera de 2011 obtuvimos datos sobre percepciones, preferencias y expectativas de 978 estudiantes de sexto de Medicina de 27 facultades españolas mediante un cuestionario *ad hoc*. Se cumplimentó *on line*, salvo en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, donde se realizó de forma presencial en clase. Se contactó con toda la población marco (matriculados en sexto de Medicina) a través de profesores, decanos y asociaciones

de estudiantes. La tasa de respuesta ronda el 25% de la población marco (4.083 en el curso 2009-2010), variando entre universidades. El cuestionario, que se había pilotado previamente, tiene tres bloques: (I) datos personales (edad, sexo, universidad, fecha prevista de licenciatura, antecedentes familiares en la profesión); (II) preferencias y (III) percepciones y expectativas.

Los estudiantes declararon sus preferencias sobre las tres especialidades favoritas que seleccionaban, en orden, de la lista de las especialidades médicas reconocidas en España¹. Asimismo, contestaron qué especialidad les gusta más, descontando los aspectos retributivos, laborales, etc. Se les preguntó también por la importancia o peso que cada uno da a las dimensiones o atributos que definen el ejercicio de la Medicina. Todo esto queda reflejado en la tabla 3-1.

En el tercer bloque se presentaban cuestiones específicas acerca de la especialidad elegida en primer lugar, más una selección aleatoria de otras 4 especialidades y MFyC. Se preguntó a todos los encuestados por la MFyC porque uno de los objetivos de la encuesta es analizar en profundidad la crisis de la especialidad. Por último, se preguntó por la retribución esperada (y por el porcentaje que representaría la práctica privada sobre ese total) de un profesional consolidado que ejerciera aquellas mismas especialidades, anclando las respuestas a la retribución media de MFyC que se asumió igual a un valor determinado (60.000 € brutos al año).

Únicamente el 8,9% no sabe qué especialidad elegiría. Este bajo porcentaje contrasta con un estudio para el Reino Unido, donde solo el 28% de los médicos graduados en los noventa sabía un año después de la graduación cuál era su especialidad preferida¹. Los resultados de nuestra encuesta sugieren que las especialidades de Atención Primaria (AP) están entre las preferidas por los estudiantes. Pediatría es la primera especialidad en el ranking de elección, y MFyC ocupa la décima posición (fig. 3-1), con un 3,9% de estudiantes que declara que es su primera opción. Hay 11 especialidades que ninguno de los encuestados elige.

El 18,4% del total de encuestados (19% de los que contestan las tres preguntas) declara que MFyC está entre sus tres primeras especialidades de elección (fig. 3-2), ocupando el segundo puesto en popularidad, después de Pediatría. Los estudiantes tienden a declarar preferencias por las especialidades relacionadas con materias clínicas (médicas y quirúrgicas), en contra de las diagnósticas/de laboratorio, y prefieren las disciplinas generalistas a las superespecializadas, posiblemente por familiaridad con ellas durante los estudios y porque salen de la facultad con una visión más general e integrada de la profesión.

Tabla 3-1. Dimensiones o atributos que definen el ejercicio de la profesión médica

-
- Retribución económica
 - Reconocimiento de la labor profesional por los pacientes
 - Horario, vacaciones y posibilidades de compatibilizar la profesión con la vida personal y familiar
 - Posibilidades de promoción y desarrollo profesional futuro dentro de la especialidad (nuevos campos, nuevas técnicas, avances científicos, etc.)
 - Prestigio, reconocimiento por compañeros y reconocimiento social
 - Posibilidad de investigar
 - Seguridad en el empleo
-

¹ Se excluyeron las tres especialidades de escuela. La lista de las 44 incluidas está en el anexo 1.

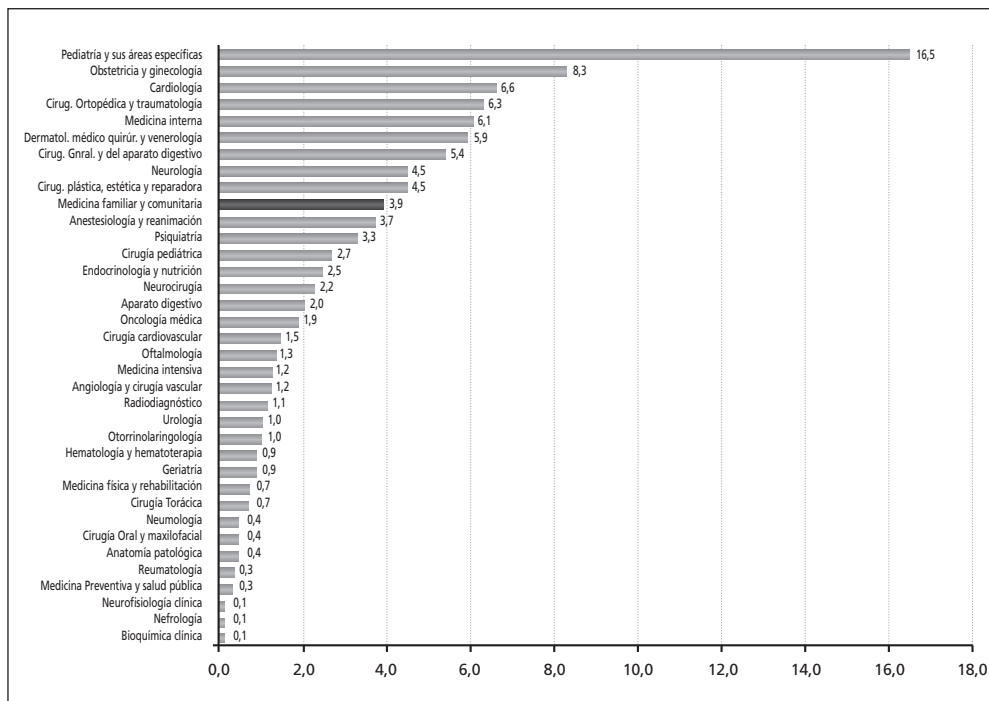


Figura 3-1. Porcentaje de estudiantes de sexto de Medicina que elegirían en primer lugar cada una de las especialidades.

Así, cirugía general es preferida a cirugías específicas, y las 4 especialidades que en EE.UU. se definen dentro de la AP (Medicina interna, general, Obstetricia y Pediatría) son las que ocupan las 4 primeras posiciones entre los estudiantes españoles.

Las preferencias de las mujeres por la Pediatría, y sobre todo por la Obstetricia-Ginecología, son significativamente marcadas en relación con los hombres, pero no se aprecia diferencia de sexos en MFyC ni en Medicina interna (tabla 3-2).

Sin tener en cuenta los aspectos laborales y económicos, todavía son más los que declaran que la Medicina de Familia es la especialidad que más les gusta (el porcentaje sube del

Tabla 3-2. Preferencias por sexo entre los estudiantes de sexto de Medicina^a

Especialidad	Porcentaje de mujeres que la mencionan entre las tres primeras	Porcentaje de hombres que la mencionan entre las tres primeras	Ratio mujer/hombre	Nivel de significación
MFyC	19,0	17,0	1,1	No
Medicina interna	16,4	19,1	0,9	No
Pediatría	36,5	16,2	2,2	$p < 0,000$
Obstetricia - Ginecología	22,2	7,8	2,9	$p < 0,000$

^aMuestra de personas que han contestado a las tres preguntas sobre las tres especialidades preferidas.

3,9% de las respuestas válidas al 7,7%) mientras que Pediatría y Obstetricia/Ginecología bajan sus respectivos porcentajes. Especialidades como Cirugía plástica, Anestesia o Neurología gustan mucho menos de lo que se elegirían.

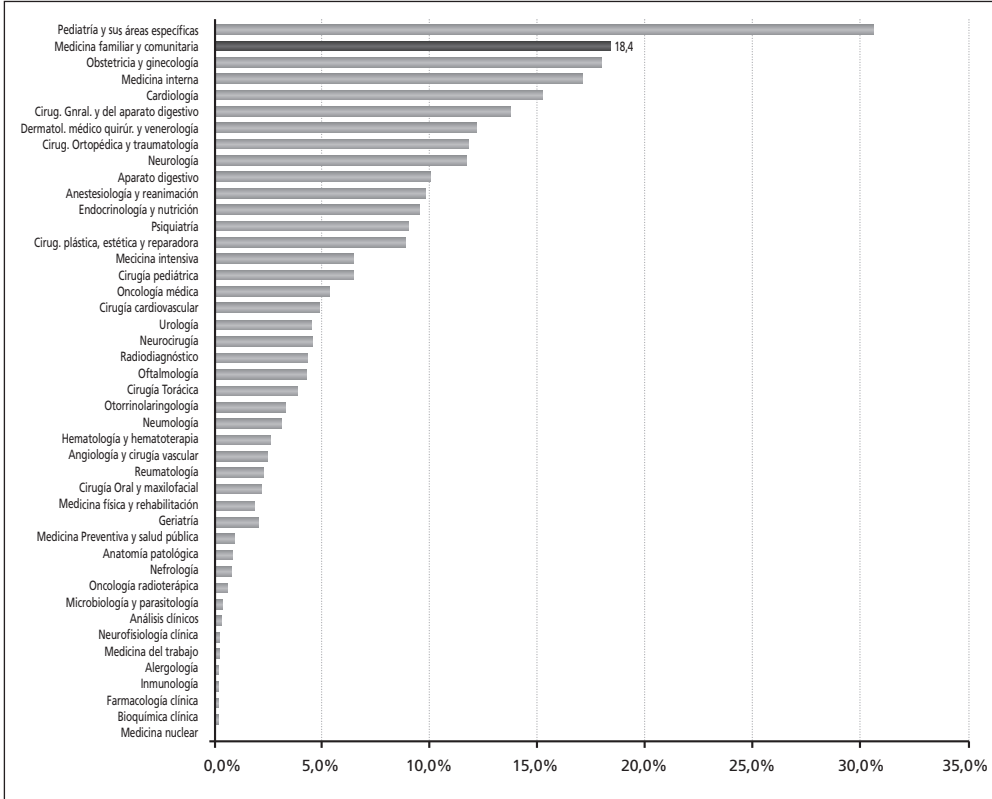


Figura 3-2. Porcentaje de estudiantes de sexto de Medicina que elegirían entre sus tres preferidas cada una de las especialidades.

Por tanto, hay evidencia de que la Medicina de Familia se percibe como una especialidad intrínsecamente atractiva por un porcentaje considerable de los jóvenes que están a punto de conseguir el título de licenciado en Medicina y cirugía. Recuérdese que la encuesta se contestó en la primavera de sexto curso, cuando ya han hecho el rotatorio por prácticamente todos los servicios, lo que les ha conferido una idea general del contenido de las especialidades.

Pero esos resultados contrastan fuertemente con las elecciones reales de los candidatos a MIR (fig. 3-3). Los datos son de 2011 en ambos casos, por tanto se refieren a dos cohortes sucesivas (los estudiantes que están terminando Medicina en la primavera de 2011, cuando contestan la encuesta, son los que elegirán plaza MIR un año más tarde). Con un simple vistazo a la figura 3-3 se aprecia que la mayor discrepancia se produce precisamente en la MFyC, que siendo la que más gusta al 7,7% de los estudiantes, resulta muy mal posicionada en las elecciones MIR. Otras discrepancias se relacionan con especialidades de “alta especialización”, que generalmente no están entre las preferidas de los estudiantes pero se eligen en el MIR.

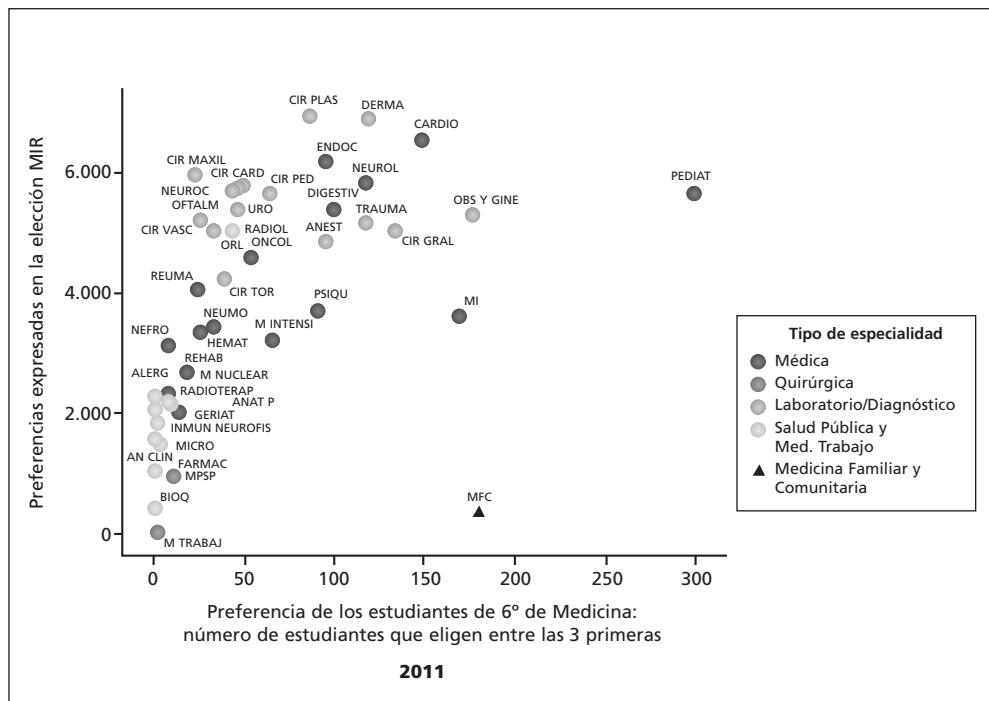


Figura 3-3. Preferencias de los casi-médicos y elecciones MIR. Las preferencias expresadas en la elección MIR se miden con la mediana del ranking de elección en la convocatoria 2010-2011. Se ha invertido el orden para que valores más altos representen especialidades más preferidas, a partir de la especialidad peor posicionada en la convocatoria MIR (Medicina del trabajo; mediana = 7.180).

Las no asistenciales —especialidades de Diagnóstico y laboratorio, Salud pública y Medicina del trabajo— están en posiciones bajas tanto para los estudiantes como en el MIR, y ambos grupos concuerdan bastante. Por ejemplo, Radiodiagnóstico queda excepcionalmente bien situada dentro del grupo de especialidades de diagnóstico en ambos colectivos; Cirugía plástica destaca sobre las demás especialidades quirúrgicas en ambos colectivos (salvo Cirugía general y Traumatología, que los estudiantes prefieren a Cirugía plástica, pero no los MIR).

¿Qué mecanismos de formación de preferencias subyacen en los fenómenos que acabamos de describir? Posiblemente muchos prefieren lo conocido. Pediatría y Obstetricia tienen un número considerable de créditos en los planes de estudio de Medicina como asignaturas diferenciadas, mientras que las especialidades médicas aparecen como partes del programa de Patología general. Pero ese argumento llevaría a predecir que otras especialidades con asignaturas propias y créditos cuantiosos deberían ser populares, y no lo son: Salud pública, Farmacología, Psiquiatría, Oftalmología u Otorrinolaringología.

Los resultados sugieren que muchos estudiantes que ya han hecho el rotatorio de prácticas por casi todos los servicios aspiran a ejercer labores asistenciales con ambición omni-compreensiva: lo generalista se prefiere a lo superespecializado. Sin embargo, durante el año de preparación del examen MIR, esas preferencias han mudado, según revelan los datos de las elecciones MIR.

Los estudiantes respondieron a dos preguntas sobre especialidad preferida: cuál sería la que elegirían en el MIR si tuvieran nota suficiente, y cuál es la que más les gusta, descontando las circunstancias de horario y condiciones laborales, retribución, etc. Cruzando las respuestas a ambas preguntas se concluye que el 81% de los estudiantes elegiría en el MIR la especialidad que más le gusta, independientemente del contexto laboral. Medicina de Familia y Medicina interna pierden médicos en el MIR por dichas condiciones de contexto laboral y profesional. Por el contrario, algunas de las más cotizadas en el MIR (Cirugía plástica, por ejemplo) serían elegidas a pesar de no ser la que más les gusta. Lo mismo les ocurre a Pediatría y a Obstetricia-Ginecología, aunque en estas la pérdida es mucho menor (6 y 3% respectivamente).

El peso de los atributos en las preferencias

Cada estudiante tenía que ordenar, del 1 al 7, los siete atributos del ejercicio profesional (véase la lista en tabla 3-1) según la importancia que tienen para él. No se permitía dejar en blanco esa pregunta.

Las condiciones laborales (horario, posibilidad de compatibilizar el trabajo y la vida familiar) son lo más importante en promedio, y en el otro extremo el reconocimiento social y por los colegas y la investigación son los que menos pesan en las preferencias (tabla 3-3). También globalmente la seguridad en el empleo es más importante que la retribución. El orden de importancia de los atributos es prácticamente el mismo para ambos sexos; únicamente permutan el orden el reconocimiento de los pacientes (segundo en importancia para los hombres, tercero para las mujeres) y el potencial de desarrollo profesional (tercero y segundo para hombres y mujeres respectivamente).

Tabla 3-3. Importancia de los distintos atributos del ejercicio profesional para los estudiantes de sexto de Medicina

Atributo	Media de los hombres*	Media de las mujeres*	Significación de la diferencia por sexo
Condiciones laborales de horario, vacaciones y posibilidad de compatibilizar la profesión con la vida personal y familiar	3,48	3,26	Ns
Reconocimiento de la labor profesional por los pacientes	3,63	3,44	Ns
Posibilidad de promoción y desarrollo profesional futuro dentro de la especialidad	3,64	3,39	0,06
Seguridad en el empleo	3,88	3,73	Ns
Retribución económica	3,97	4,23	0,03
Posibilidad de investigar	4,57	4,82	0,07
Prestigio y reconocimiento por los compañeros y reconocimiento social	4,83	5,13	0,02

*Media de las puntuaciones entre 1 y 7, donde 1 significa "es lo más importante", 7 significa "es lo menos importante". Ns: $p > 0,10$ no significativa la diferencia al 10%.

Pero si algo caracteriza a los casi-médicos es su enorme heterogeneidad en la configuración de sus preferencias. Las medias globales de la tabla 3-3 no reflejan la variedad de perfiles de estudiantes, que buscan una u otra cualidad del ejercicio de la Medicina. Los que elegirían en primer lugar MFyC se caracterizan por valorar más el horario cómodo ($p = 0,0025$), mientras que el potencial de desarrollo profesional, el prestigio social y el reconocimiento de colegas tienen menos importancia que para los que eligen otras especialidades ($p = 0,0324$ y $p = 0,007$ respectivamente). No hay diferencias significativas en cuanto a los demás atributos.

El 19% de los estudiantes tiene al menos un médico en la familia, padres o abuelos (más del 5% tiene dos o más). Tampoco hay asociación significativa entre la elección de MFyC y los antecedentes de médicos en la familia.

Cómo ven los estudiantes la Medicina de Familia. Comparación con la especialidad elegida

Los estudiantes que están a punto de terminar la licenciatura de Medicina consideran que es más fácil encontrar trabajo con la especialidad de MFyC que con la que ellos elegirían^{II}, y que tiene mejor horario, pero perciben una desventaja muy pronunciada de la MFyC en cuanto a reconocimiento, tanto por los pacientes como por los colegas y por la sociedad en su conjunto, y que tiene menos potencial de desarrollo profesional (tabla 3-4).

Los estudiantes que elegirán otra especialidad distinta de MFyC esperan conseguir en promedio un 40% de su renta mediante la práctica privada, y esperan ganar un 42% más que si eligieran MFyC (IC 95%: 38,5-46,2%).

En síntesis, la Medicina de Familia gusta a un número considerable de estudiantes, pero muchos perciben que está en desventaja de prestigio, potencial de desarrollo profesional y expectativas de renta respecto a otras.

Cómo los jóvenes médicos rehúyen la Medicina de Familia: el mercado MIR

Año tras año la Medicina de Familia queda relegada a las últimas posiciones en el orden de elección de plazas MIR, solo por delante de las especialidades de escuela. Además, ha ido perdiendo posiciones en el ranking, a pesar de que el número de plazas convocadas ha

Tabla 3-4. Comparación entre MFyC y la especialidad elegida por el estudiante

Especialidad	Probabilidad de encontrar trabajo	Horario, condiciones laborales	Reconocimiento por los pacientes	Reconocimiento social y por los colegas	Desarrollo profesional
La elegida en primer lugar ^a	76,4%	6,30	7,43	7,23	7,96
MFyC	84,3%	7,77	5,88	3,96	5,09

^aVéase la nota al pie de esta página.

^{II} De estas comparaciones se excluye a los que elegirían MFyC.

aumentado menos que para el resto de especialidades², e incluso durante años, hasta mediados de la década de los 2000, ha disminuido.

Hay un evidente exceso de oferta de plazas de MFyC sobre la demanda, y algunas quedan sin cubrirse. En la convocatoria 2010-2011 el 44,7% han sido ocupadas por extranjeros. La prueba más evidente de desajuste entre oferta y demanda de especialización en Medicina de Familia es que sobran plazas que quedan sin cubrir.

El problema de exceso de oferta, persistente y tendente a empeorar, no es de las plazas de AP, sino específico de la MFyC. La Pediatría no lo tiene. En la medida en que la Medicina de Familia en España se va extranjerizando, puede originarse un efecto amplificador de la crisis de prestigio. Tampoco es la AP la que se está “extranjerizando”, sino la Medicina de Familia, ya que el porcentaje de extranjeros que entraron en Pediatría (13% en 2011) está entre los más bajos del conjunto de especialidades.

En la figura 3-4 hemos representado el orden en el baremo de los 1.904 médicos que han elegido MFyC en 2010-2011 y de los 410 que han elegido Pediatría. En la figura 3-5 diferenciamos por nacionalidades entre españoles y extranjeros. La observación de esas figuras y de los números en que se basan es necesariamente pesimista para la Medicina de Familia; una voz de alarma.

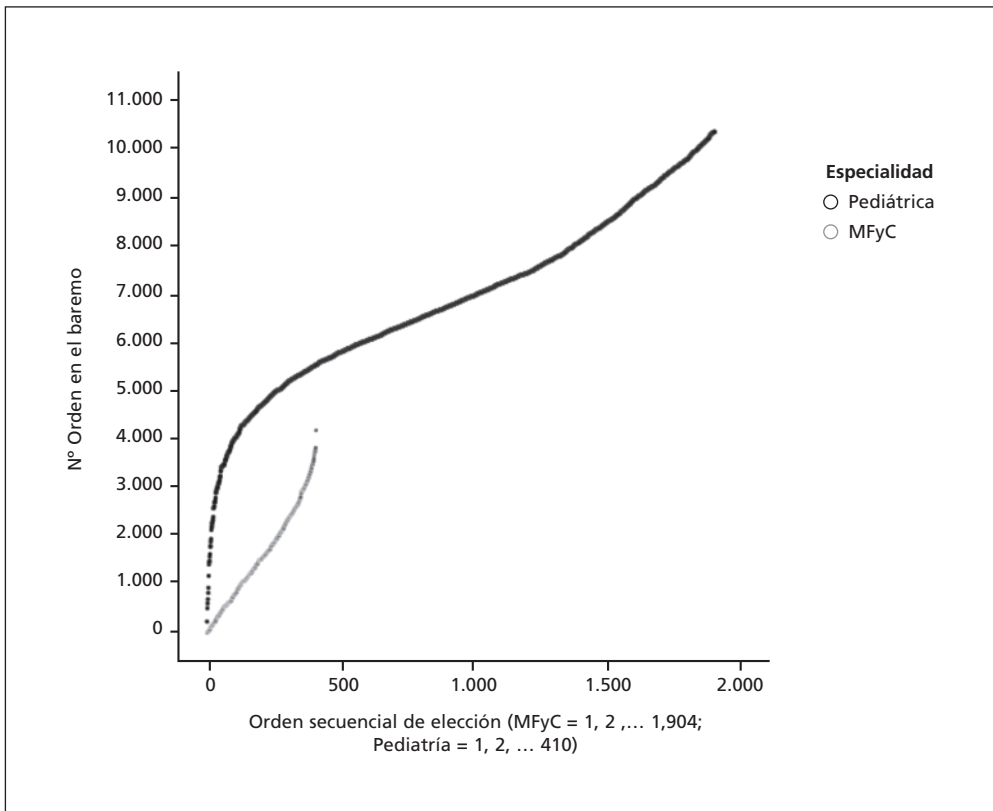


Figura 3-4. Orden en el ranking MIR de los nuevos residentes en MFyC y en Pediatría convocatoria 2010-11.

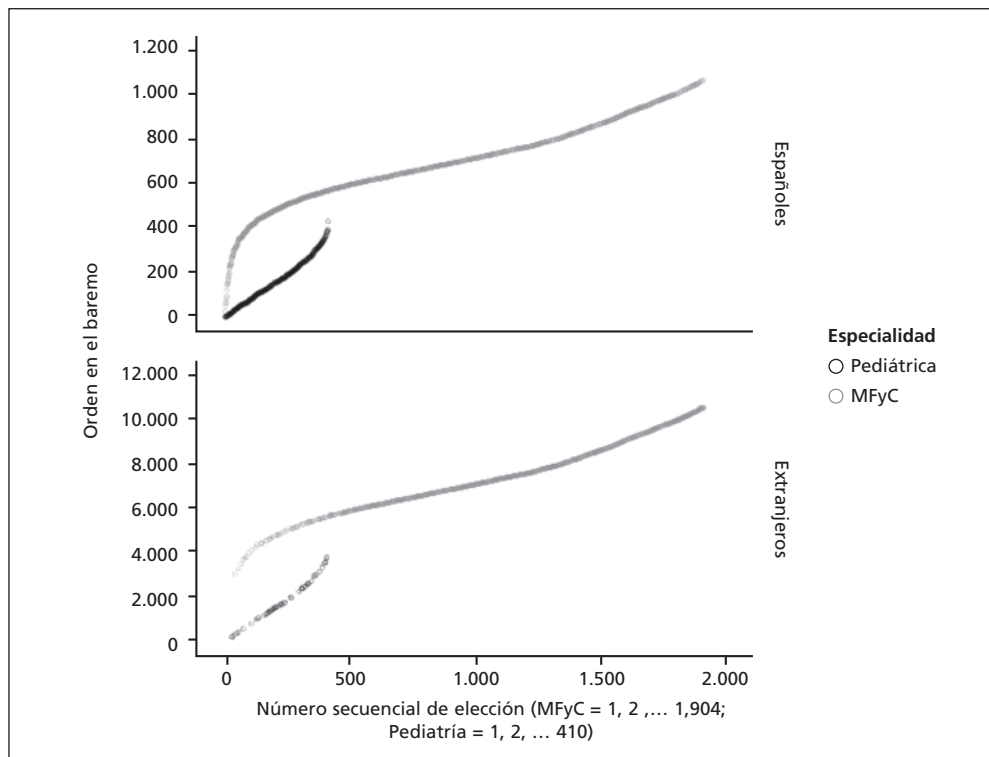


Figura 3-5. Orden en el baremo y elección de plazas de MFyC y Pediatría. Convocatoria MIR 2010-2011.

En la convocatoria 2010-2011 solo el 5% de los españoles que eligió MFyC estaba por debajo del puesto 3.419 (5.240 para el 5% de los extranjeros). El primer extranjero que accede a la especialidad tiene la posición 2.982. La mitad de los españoles que entraron en MFyC estaban por debajo de la posición 6.297 del baremo (7.324 para los extranjeros). Esos datos muestran sin paliativos que solo una pequeña parte de los residentes que entran hoy en día a la especialidad de MFyC podrían haber elegido otras especialidades del grupo de las más cotizadas, y que los extranjeros tienen incluso peores calificaciones.

Por el contrario, en Pediatría no se aprecia este fenómeno. Los extranjeros no difieren significativamente en sus notas de los españoles (fig. 3-5); el 30% de los futuros pediatras que ahora entran ocupan posiciones en el baremo por debajo de 500, y dos tercios están por debajo del 1.000. Por tanto, gran parte de los futuros pediatras podrían haber elegido cualquier otra especialidad.

Pero lo más grave es que comparando la situación actual con la que había hace 10 años se percibe claramente un deterioro. La MFyC ocupaba en 2004-2005 el puesto 38 de 47 especialidades, y ha bajado hasta el puesto 44, solo por delante de las tres especialidades de escuela en la convocatoria 2010-2011. En la convocatoria de 2004 hubo 131 médicos entre los 3.000 primeros que eligieron MFyC. En 2010-2011 solo 39. El efecto “vocación”, que consiste en captar candidatos que hubieran tenido a su alcance muchas, si no todas, las especialidades hospitalarias, está disminuyendo de forma alarmante: puesto en números de 131 a 39.

Cómo los jóvenes médicos huyen de la Medicina de Familia: recirculación y Urgencias

Si las cifras del apartado anterior muestran un desajuste palpable entre oferta y demanda de plazas MIR de Medicina de Familia, en este apartado se pone en evidencia un problema adicional, el de las fugas de residentes una vez iniciado el MIR. Se analizan datos de la llamada “recirculación”, que consiste en que residentes que ya habían empezado la especialidad, e incluso médicos de familia con la especialidad MIR terminada, la abandonan para presentarse de nuevo al examen MIR.

A raíz del cambio normativo en 2008^{III}, para poder solicitar el examen MIR es preciso renunciar previamente a la plaza que se ocupa. A pesar de esa restricción, los datos de abandono de la residencia siguen siendo hoy en día alarmantes. En la convocatoria 2010-2011 1.140 médicos que se examinan del MIR habían obtenido plaza de Medicina de Familia en alguna convocatoria MIR anterior. Representan casi el 60% de las 1.904 plazas de MFyC adjudicadas este año. De esos 1.140 el 68,7% había “elegido” la especialidad de MFyC hace más de 4 años y, por tanto, o son ya médicos de familia, o abandonaron el programa MIR en algún momento. Contando solo los 359 que pertenecen a las cohortes 2006-2007 hasta 2009-2010, y que por tanto supuestamente están haciendo la residencia en MFyC, representan el 18,8% de las plazas de MFyC adjudicadas en 2011. El 39% de los abandonos se produce ya en el primer año de residencia y el 32% en el segundo año.

Los abandonos de plazas de residencia en Medicina de Familia para probar suerte de nuevo en el examen MIR se vienen produciendo de forma habitual en España. En la convocatoria anterior (2009-2010) el 54% de los 374 abandonos fue protagonizado por residentes del primer año, y en 2008-2009 el porcentaje fue idéntico.

Los datos que hemos presentado en los dos párrafos anteriores sugieren que un número considerable de residentes “menores” (R1, R2) de Medicina de Familia optan por asumir el riesgo de perder la plaza con tal de cambiar a otra. Es un riesgo alto; de hecho en 2011 el 39,8% de ellos no consiguieron otra plaza mejor. Esos datos nos llevan a preguntarnos qué pasa durante la residencia de Medicina de Familia, y si se podría hacer algo para mejorar las cifras de retención.

Otra forma de huida es hacia Urgencias. En la red pública española en octubre de 2009 había 5.080 médicos con contratos de urgencias, de ellos una gran parte son médicos de familia. Las tensiones para definir la nueva especialidad de Urgencias, a la que según el proyecto en su redacción actual se accedería una vez terminada la especialidad de MFyC, Medicina interna o Medicina intensiva, se explican en ese contexto.

Reflexión final

Ningún economista pondría en duda que las expectativas de retribuciones influyen en las elecciones de especialidad, y los datos de la encuesta confirman que los estudiantes valoran los aspectos económicos de la profesión, aunque en España se da la máxima importancia a las condiciones del puesto: horario, vacaciones y conciliación de la vida profesional

^{III} Decreto 183/2008 de 8 de febrero (BOE de 21 de febrero 2008).

y familiar. En EE.UU., el *gap*, evaluado en unos 100.000 dólares al año, entre las retribuciones de un médico general y un especialista, es responsable del declive de la Medicina de Familia y de la falta de candidatos³ y precisamente las políticas y medidas que tratan de reducir la brecha se formulan como soluciones a la crisis. Los estudiantes que están a punto de terminar la licenciatura de Medicina en España, aunque valoran la retribución menos que el horario o la empatía con los pacientes, afirman que elegirán una especialidad en la que ganarán, en promedio, un 42,6% más que los médicos de familia (IC 95%: 38,5-46,2%). Las retribuciones importan. Y en esa especialidad que elegirían (de tener acceso en el MIR) obtendrían un 40% de su renta trabajando en el sector privado. Por mucho que se quiera apostar por un SNS público, lo cierto es que el ejercicio privado de la Medicina, en exclusiva o compatibilizado con el público, es un aliciente para los jóvenes médicos españoles. Hoy por hoy, a diferencia de lo que ocurría en los años sesenta, setenta o incluso ochenta, la Medicina de Familia ofrece pocas oportunidades para el ejercicio privado más allá de las Entidades de Base Asociativa y similares.

Sea como fuere, de las preferencias a la realidad va un trecho. En el Reino Unido casi la mitad de los médicos trabajan en una especialidad distinta a la que habrían elegido un año después de graduarse¹.

En España las estadísticas de gasto sanitario público muestran que desde las transferencias de 2002 se siguió ampliando la brecha de gasto entre AP y Atención Especializada (AE). Entre 2002 y 2009 las retribuciones en AP aumentaron menos que las de AE. En 2002 el gasto público total en AE era tres veces el de AP y en 2009 se multiplicaba por 3,3. Por otra parte, la ratio de población por médico de familia ha bajado en esa década, y las condiciones laborales han mejorado.

Habría que mejorar las remuneraciones comparativas de la Medicina de Familia

Las ganancias de los médicos de familia representan en EE.UU. el 40% de las de un especialista en Traumatología. Este porcentaje asciende al 60% para países más similares a España como Canadá, Francia y Alemania⁴, y el 60% está en línea con lo publicado en un estudio anterior de la OCDE⁵. Más significativa todavía que la brecha de remuneración entre cabeceras y especialistas ha sido su aumento durante estos últimos años.

Afrontamos, pues, una gran paradoja: cuando la sociedad necesita más que nunca de una atención coordinada (también con servicios sociales) la Medicina de Familia cotiza a la baja.

Existe sobrada disposición a pagar por los servicios sanitarios en función de la renta, la riqueza, la sofisticación tecnológica aparente y la proximidad a la muerte. Resulta fácil diferenciar servicios sanitarios sobre atributos de calidad percibida pero no intrínseca. No obstante, desde el punto de vista de un financiador público parecería más sensato tratar de influir en valoraciones sociales, con frecuencia mal informadas, de manera que se retribuyera más en función de la capacidad resolutoria, la marca de la eficiencia en la práctica clínica. No cabe fiar a un mercado repleto de fallos y asimetrías informativas la valoración de la contribución de cada especialidad y servicio sanitario a lo que realmente interesa: producir cantidad y calidad de vida. De ahí que no sea descabellado plantear una cierta corrección de dichas valoraciones (sueldos de especialistas, por ejemplo) cuando se trata de

garantizar el acceso en función de la necesidad a unos servicios financiados públicamente. No estamos hablando de demanda sufragada por un individuo soberano de todos los caprichos que su bolsillo permita. Se trata de mantener una voluntad colectiva a pagar por los servicios sanitarios, lo que exige ser consciente tanto de su efectividad relativa como de sus costes... e intentar actuar sobre esos costes cuando se crea que están gravemente distorsionados. Hsiao se centró en variables de esfuerzo (tiempo, esfuerzo mental, conocimiento, juicio clínico, habilidad técnica, esfuerzo físico y estrés psicológico) para proponer una valoración relativa de las especialidades. Hoy nos centraríamos más en variables de resultado final manteniendo las actualmente disponibles de resultados intermedios, con los mínimos ajustes posibles (clase social, principalmente).

También el trabajo clínico asociado, por cuenta propia, podría contribuir a mejorar tanto retribuciones como satisfacción con el ejercicio profesional. Se precisa, no obstante, una capacidad reguladora que no necesariamente cabe esperar de una gestión pública que tampoco ha sabido estimular debidamente a sus huestes profesionales. Mantiene vigencia, en cambio, la idea de que las condiciones de trabajo de los profesionales de un centro pueden estar parcialmente relacionadas con el desempeño y calidad comparativa de su centro.

Ni la descentralización de la negociación colectiva, ni el establecimiento de una cierta “competencia por comparación” (también llamada competencia gestionada) entre centros sanitarios son recetas implantables a corto plazo, pero sí deben considerarse líneas de tendencia a las que, mejor o peor, más pronto o más tarde, habrá que adaptarse acompañando las medidas que tienen que permitir la flexibilización de la oferta de servicios y profesionales en España.

Flexibilizar condiciones de trabajo y diferenciar sueldos

La Administración Pública no puede renunciar al uso de la negociación individual de las condiciones de trabajo para abordar el déficit de enfermeras en AP, pediatras o médicos generales en determinadas zonas, franjas horarias y funciones. La flexibilización de las condiciones de trabajo puede producirse en todas sus dimensiones: dedicación (importantísimo fomentar la dedicación parcial y la flexibilidad de horarios en una profesión muy feminizada; recordemos que el atributo que más valoran los estudiantes de sexto de Medicina del ejercicio profesional es el horario), funciones asistenciales y variedad a lo largo de la carrera profesional de los componentes asistencial, docente, gestor e investigador de los diferentes puestos de trabajo que puedan desempeñarse.

Los sueldos vienen, en última instancia, determinados por la oferta y la demanda, lo cual no implica, como ya hemos señalado, que el regulador esté satisfecho con el dictum del mercado, del que puede esperarse poca valoración del “esperar y ver”, escaso aprecio a la silla marañoniana como mejor instrumento diagnóstico y, sí en cambio, fascinación tecnológica acrítica.

El desajuste entre oferta y demanda de médicos de familia no se resuelve aumentando el número de plazas MIR, porque se producen fugas de residentes hacia otras especialidades, y de médicos formados hacia Urgencias. Es previsible que con el aumento masivo de graduados en Medicina, que comenzará en los próximos años, al haber aumentado fuertemente el *numerus clausus*, la demanda de Medicina de Familia aumente, porque en términos

relativos la oferta de especialización se contraerá radicalmente (suponiendo que el número de plazas MIR se mantenga más o menos estable). Pero esa no es una solución de la crisis. La solución ha de venir por una refundación de la Medicina de Familia (que no de la AP). Redefinir el papel de la Enfermería y de los servicios administrativos y asignar a los médicos tareas de mayor valor añadido. Años de exceso de médicos han llevado a una subocupación profesional que aconseja que se dejen de hacer funciones que pueden mecanizarse o pueden ser desempeñadas igual o mejor por otros profesionales. Particularmente, en AP, y tal como, entre otros, viene defendiendo Josep Casajuana⁶, hay que revisar por completo los contenidos administrativos de las consultas: realizar las actividades administrativas fuera de las mismas, cuestionar y compartir con otros profesionales todas las actividades autogeneradas (básicamente, controles de crónicos), incluida la propia definición de enfermo crónico (no hay control sin autocontrol) e implicar intensamente a la Enfermería en la asistencia a las enfermedades agudas.

Porque la crisis no afecta a los médicos de AP (hemos visto que la Pediatría goza de excelente salud en los mercados), ni de la atención clínica general (pues la Enfermería de AP está relativamente bien cotizada, mejor que otras especialidades de enfermería²). La crisis es de la Medicina de Familia. Las estrategias de atención a la cronicidad⁷) pueden suponer un revulsivo, pero también son un riesgo de aumentar la brecha.

Para terminar, destacamos en la tabla 3-5 los hechos relevantes presentados en este trabajo, los problemas y posibles intervenciones en busca de solución:

Tabla 3-5. Importancia de los distintos atributos del ejercicio profesional para los estudiantes de sexto de Medicina

Número	Hecho	Problema/solución
1	A muchos estudiantes de Medicina les resulta atractiva la Medicina de Familia, pero casi el doble elegiría Medicina interna	Planes de estudio de Medicina: más énfasis en la Medicina de Familia. Más prestigio académico. Cátedras
2	Los estudiantes valoran sobre todo el horario, vacaciones, conciliación con la vida familiar	Mejorar el atractivo de la AP flexibilizando las condiciones de trabajo. Transición prudente hacia la autogestión de grupos de profesionales
3	Casi la mitad de los estudiantes a los que les gusta la Medicina de Familia más que cualquier otra no la elegirían por las condiciones laborales, retributivas, de prestigio, etc., a pesar de que consideran que la probabilidad de encontrar trabajo es muy alta	Medicina de Familia debe ser capaz de ofrecer capacidad resolutoria para ser más demandada por las organizaciones sanitarias integradas del futuro. Los financiadores públicos no tienen por qué aceptar preferencias de usuarios mal informados y pueden influir en el diferencial de remuneraciones entre médicos de familia y otros especialistas
4	La retribución importa. Para el 40% de los estudiantes está entre los tres primeros atributos en importancia	Revisar sistemas de pago y nivel retributivo del médico de familia en relación con otras especialidades

Tabla 3-5. Continuación

Número	Hecho	Problema/solución
5	La MFyC es la última en ser elegida (salvo las de escuela) en el MIR	Dar un vuelco a la profesión. Si no se hace algo drástico, el problema se puede agravar con la reforma de la troncalidad
6	La cotización de la MFyC ha experimentado una caída en los últimos años en el mercado MIR. Está desapareciendo la élite vocacional que podría abanderar la especialidad	Dar un vuelco a la profesión. Si no se hace algo, el problema por su propia inercia tenderá a agravarse en una senda dinámica de degradación progresiva
7	La Medicina de Familia se está extranjerizando. El 44,7% de los que entraron al MIR en 2011 son extranjeros, con posiciones en el baremo peores que las de los españoles	Necesidad de una estrategia del país en lo que concierne a formación médica especializada. Necesidad de una estrategia específica de integración de los médicos de familia extranjeros. Tomar ejemplo del Reino Unido de los años 90 y los primeros de 2000
8	El sistema MIR tiene poca capacidad de retención de los residentes de familia. Abandonan en el primer y segundo año	Revisar la formación de los R1-R2. Estudio específico
9	Muchos médicos de familia huyen a Urgencias	El problema se agravará con la nueva especialidad de Urgencias y emergencias, a la que se podrá acceder desde la Medicina de Familia
10	Problema sistémico. Crisis de la Medicina de Familia	Vuelta a lo básico: <i>low cost medicine</i> , priorización clínica de la cartera de servicios. Recuperación de la silla como mejor instrumento diagnóstico. Financiación capitativa

Los 9 primeros hechos son en realidad manifestaciones de una enfermedad principal, y los problemas recurrirán hasta que no se ataque el origen. Hay que reducir la enorme brecha entre la profesión y la ocupación de un médico de familia en España. La ocupación incluye una serie de tareas administrativas sencillas, que podrían realizar otros trabajadores, y esto resta prestigio a los médicos de familia, pues el prestigio de una profesión se fundamenta en la escasez y en la insustituibilidad para realizar funciones cualificadas y socialmente valoradas.

Financiación

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el Proyecto ECO2010-21558 (subprograma ECON) del Plan Nacional de I + D (Investigación Fundamental no Orientada).

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldacre MJ, Laxton L, Lambert TW. Medical graduates' early career choices of specialty and their eventual specialty destinations: UK prospective cohort studies. *BMJ*. 2010;341:c3199.
2. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. 2012; Informe SESPAS 2012. En prensa.
3. Vaughn BT, DeVrieze SR, Reed SD, Schulman KA. Can We Close The Income And Wealth Gap Between Specialists And Primary Care Physicians? *Health Affairs*. 2010;29(5):933-40.
4. Laugesen M, Glied S. Higher fees paid to US physicians drive higher spending for physician services compared to other countries. *Health Affairs*. 2011;30(9):1647-56.
5. Fujisawa R, Lafortune G. The remuneration of general practitioners in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries? *OECD Health Working Papers* 41. París: OECD; 2008.
6. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:579-81.
7. Osakidezka. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Gobierno Vasco. Disponible en: <http://cronicidadblogeuskadinet/descargas/plan/EstrategiaCronicidadpdf>. 2010.

ANEXO I. Lista de las 44 especialidades médicas

1. Alergología
2. Análisis clínicos
3. Anatomía patológica
4. Anestesiología y reanimación
5. Angiología y cirugía vascular
6. Aparato digestivo
7. Bioquímica clínica
8. Cardiología
9. Cirugía cardiovascular
10. Cirugía general y del aparato digestivo
11. Cirugía oral y maxilofacial
12. Cirugía ortopédica y Traumatología
13. Cirugía pediátrica
14. Cirugía plástica, estética y reparadora
15. Cirugía torácica
16. Dermatología médico-quirúrgica y Venereología
17. Endocrinología y Nutrición
18. Farmacología clínica
19. Geriátrica
20. Hematología y hemoterapia
21. Inmunología
22. Medicina del trabajo
23. Medicina Familiar y Comunitaria
24. Medicina física y Rehabilitación
25. Medicina intensiva
26. Medicina interna
27. Medicina nuclear
28. Medicina preventiva y salud pública
29. Microbiología y parasitología
30. Nefrología
31. Neumología
32. Neurocirugía
33. Neurofisiología clínica
34. Neurología
35. Obstetricia y Ginecología
36. Oftalmología
37. Oncología médica
38. Oncología radioterápica
39. Otorrinolaringología
40. Pediatría y sus áreas específicas
41. Psiquiatría
42. Radiodiagnóstico
43. Reumatología
44. Urología

