

La Medicina de Familia en el mir. *Wishful thinking* y realismo constructivo

Beatriz González López-Valcárcel^a y Patricia Barber Pérez^a

^aDepartamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas

Correspondencia:

Beatriz González López-Valcárcel. beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es

UN PROBLEMA GENERALIZADO

La falta de atractivo de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) entre médicas y médicos jóvenes no es un fenómeno nuevo ni un problema exclusivo de España¹. En este editorial intentamos presentar la situación con realismo constructivo, evitando el consolador, pero inútil, *wishful thinking* y sugiriendo propuestas para avanzar.

Hay evidencia científica de que los mejores sistemas sanitarios están basados en una Atención Primaria (AP) fuerte. Esta requiere capital humano motivado, ilusionado y capacitado. Es más difícil ser un buen médico de familia que un buen superespecialista en tal técnica u órgano. Pero lo que es socialmente necesario no siempre es individualmente atractivo, y el sistema ha de crear incentivos para aupar a la MFyC en el «mercado» médico/médica interna residente (mir)². Además, es importante notar que las malas posiciones en el mir son de MFyC, no de la AP. Pediatría está bien posicionada (y la mitad de las pediatras en España trabajan en AP), y enfermería comunitaria no queda mal en el EIR (enfermera/enfermero interno residente).

El mir es el mercado más transparente de la sanidad, una gloriosa excepción en un país opaco. Técnicamente, la elección es una «dictadura en serie» (serial dictatorship). Las personas candidatas eligen en riguroso orden de «mérito» una plaza, y los centros han de aceptar pasivamente a los adjudicatarios que los eligen³.

¿CÓMO COMPARAR ESPECIALIDADES, CENTROS SANITARIOS Y CIUDADES EN EL MIR?

El método adecuado depende de la pregunta que queramos contestar.

Las plazas se definen por dos características: especialidad y centro. Las personas candidatas tienen preferencias heterogéneas, y el atractivo de cada plaza es individual. Por ejemplo, la proximidad al lugar de residencia podría ser un elemento importante en la decisión para muchas personas (de ahí que algunos países primen en el acceso a estudiantes de poblaciones rurales o remotas). Para agregar todas esas preferencias individuales, que se plasman en elecciones condicionadas al conjunto disponible, se emplean métodos basados en la posición central (generalmente, la mediana) por

especialidad o centro, y en otras características y momentos de la distribución. Miramos la cola izquierda (los top: qué puesto ocupan en el conjunto de candidatos los primeros en elegir cada especialidad, o cuántos de cada especialidad hay en los 100, 1.000 o 3.000 primeros), o bien la cola derecha (en qué número se agota cada especialidad, percentiles 75 o 90, o cuántas plazas han sobrado).

La mediana del orden de elección sintetiza en un solo dato estadístico la posición central o el atractivo global de la especialidad (o del centro, o de la ciudad), agregando las preferencias individuales de las personas que la eligieron. La distribución completa de los adjudicatarios de cada especialidad (o centro, o ciudad) a lo largo del ranking contiene una gran riqueza informativa sobre dónde se sitúa el top, el pelotón y la cola de ese colectivo.

COMPARANDO MEDIANAS: MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA ES LA QUINTA POR ABAJO

Si pusiéramos a los adjudicatarios de una especialidad en una fila, del mejor número al peor, la mediana es el número en el orden de elección del que está en la mitad de la fila. La mediana de MFyC en 2022-2023 es 8.045: la mitad de los que eligieron MFyC tienen un número mejor (menor que 8.045), y la otra mitad, un número peor. Para interpretar esta magnitud, tengamos en cuenta que la última persona en elegir una plaza en esa convocatoria lo hizo con el número 10.789. Cuanto más alta sea la mediana, peor queda la especialidad en el ranking.

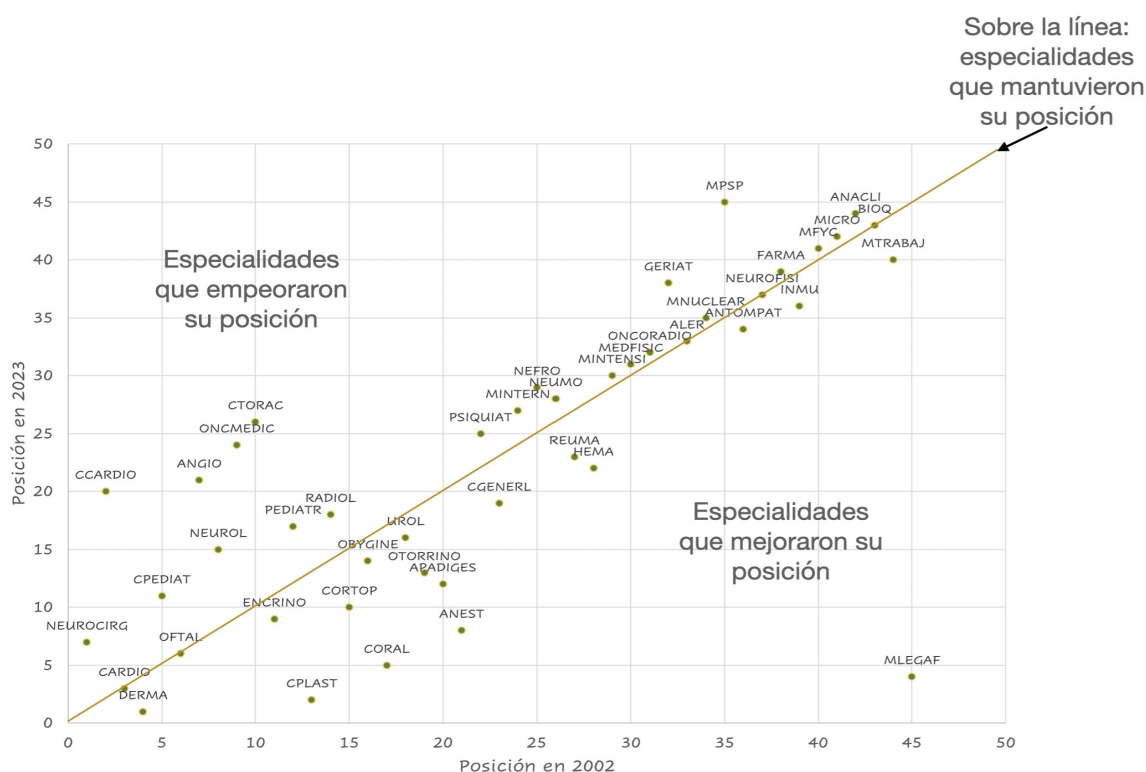
Pero la mediana es «injusta» porque no ajusta por el número de plazas convocadas. Por ejemplo, MFyC, con 2.324 de las 8.419 plazas adjudicadas en 2023, tendría 1.162 como mejor mediana posible (si los 2.324 primeros eligieran MFyC, el adjudicatario mediano sería el 1.162 del ranking). Por el otro extremo, medicina legal y forense, con 8 plazas, podría alcanzar un valor de la mediana igual a 4. Por tanto, como se ha argumentado repetidamente, la mediana está afectada por el tamaño.

Con todo, da una buena pista. Así, las especialidades de laboratorio, con muy pocas plazas, tienen medianas peores que MFyC. El ranking que resulta de la mediana sin ajustar por tamaño es relativamente estable en el tiempo (figura 1). En la convocatoria 2022-2023, MFyC sería la quinta especialidad «menos preferida», después de



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Figura 1. Comparación de la ordenación de especialidades según preferencias medianas de los adjudicatarios de una plaza mir en 2002 y en 2023



Modificado de: Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Ordenación Profesional.

medicina preventiva y salud pública (n = 117 plazas), análisis clínicos (n = 20), bioquímica clínica (n = 10) y microbiología (n = 42).

Aunque es una medida imperfecta al no ajustar por tamaño, el persistente alto valor de la mediana de MFyC es preocupante.

¿QUÉ NOS DICE LA COLA DE LA DERECHA?

El 41% de los adjudicatarios de MFyC en 2023 tienen un número mayor que 8.550 (número de plazas convocadas para médicos). Por tanto, si no hubiera habido renunciaciones, el 41% de esos médicos no habrían obtenido plaza. Casi un tercio de los adjudicatarios de MFyC (765) tienen un número mayor que 9.000 (figura 2), y es la única especialidad con plazas sin cubrir (131 en 2023 después del segundo llamamiento). Así pues, una parte numéricamente importante de los residentes en MFyC no tenía otra opción.

En este contexto, conseguir su implicación, motivación y afectión por la AP, sentido de pertenencia, y evitar su huida son retos importantes.

EL VALOR DE LA UBICACIÓN

El atractivo de las plazas de MFyC, según localidad, es muy variable. Considerando solo las localidades con más de 30 plazas de

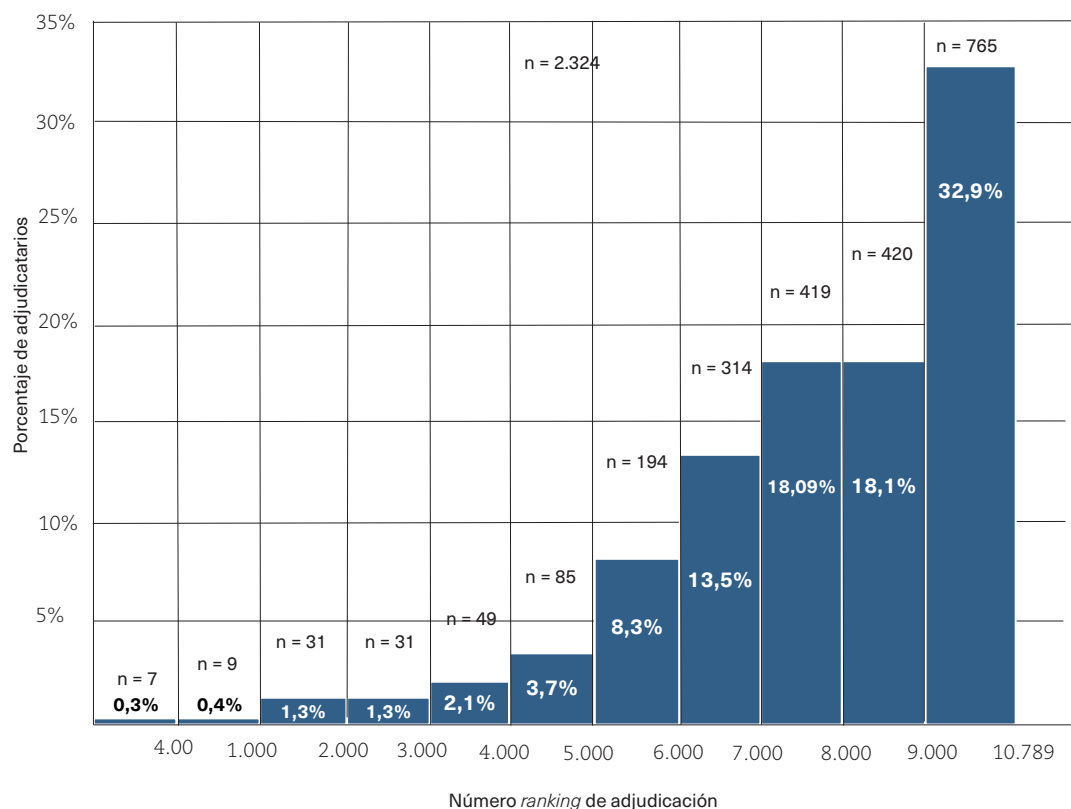
MFyC, la mediana oscila entre 6.015 (Murcia) y 10.266 (Sant Fruitós de Bages). La diferencia entre ciudades es muy significativa. Hay ciudades de tamaño medio con gran atractivo para la MFyC, como Granada (6.140) o Las Palmas de Gran Canaria (6.333), y otras en la cola, como Sabadell o Tarragona. De hecho, también para las especialidades hospitalarias, las plazas en localidades no capitalinas y hospitales comarcales quedan para el final. La mayor parte de las 131 plazas de MFyC sin cubrir en 2023 están fuera de las capitales de provincia o en provincias muy rurales (33 entre Lugo y Orense).

¿QUÉ NOS DICE LA COLA DE LA IZQUIERDA?

En la cola de la izquierda encontramos vocaciones, personas candidatas bien que podrían haber elegido (casi) cualquier otra especialidad y revelan su preferencia por Medicina Familiar. La cola izquierda ha sido el foco de interés de algunos análisis⁴.

Únicamente 2 entre los 100 primeros, 16 entre los 1.000 primeros y 78 entre los 3.000 primeros han elegido MFyC. Pero entre los 3.000 primeros no hay nadie en medicina nuclear o cirugía torácica, y solo hay 2 en oncología radioterápica y 3 en alergia y neurofisiología clínica. Si los grandes números de plazas perjudican a la MFyC en las comparaciones de la mediana, como hemos visto, y por la cola derecha, los pequeños números perjudican a las especialidades pequeñas cuando comparamos por la cola izquierda. Entre las 27 especialidades con más de 78 plazas adjudicadas, 12 de ellas

Figura 2. Distribución en 2022-2023 de elección mir de Medicina Familiar y Comunitaria



Fuente: Adjudicación plazas de formación mir. Dirección General de Ordenación Profesional.

han colocado menos de 78 candidatos entre los 3.000 primeros (psiquiatría, endocrinología, hematología y hemoterapia, oncología médica, medicina intensiva, neumología, nefrología, reumatología, anatomía patológica, medicina física y rehabilitación, geriatría y medicina preventiva y salud pública). Pero, por ejemplo, endocrino colocó «solo» 65 candidatos en los 3.000 primeros puestos, menos que MFyC (78). Los 65 endocrinos por debajo de la cota 3.000 representan el 63% de las 103 plazas, mientras que los 78 de MFyC representan el 3,4% de ese colectivo. Es evidente que la comparación de números absolutos en la cola izquierda perjudica a las especialidades pequeñas.

¿CÓMO AVANZAR?

Por tanto, el mensaje no es tan desolador como se pinta a veces. Mirar la cola izquierda de la distribución es positivo y útil para levantar la moral: un primer paso para triunfar. Además, permite identificar a los residentes vocacionales, que están en Medicina Familiar porque la han preferido, y son referentes para el colectivo.

Hay que poner realismo y más cabeza que corazón para inventar formas valientes de afrontar el gran reto de mejorar el atractivo de MFyC, y particularmente actuar sobre los residentes de la cola derecha de la distribución. ¿Cómo evitar pérdidas de plazas por incomparecencia, reespecialización y recirculación? ¿Cómo evitar la huida de médicas y médicos de familia de los centros de salud

hacia urgencias hospitalarias, gestión o investigación? ¿Cómo mejorar el atractivo de las plazas remotas rurales? En publicaciones anteriores⁵ hemos propuesto incentivos económicos, así como mejorar las condiciones laborales, la autonomía y el prestigio profesional creando cátedras universitarias y proyectos de investigación. Se ha avanzado, pero, aunque la Medicina Familiar ha recibido un enorme impulso en las universidades en la última década⁶, no parece que de momento se haya traducido en un ascenso de la especialidad en el «mercado» mir.

En el caladero de residentes de familia top hay que indagar a fondo, explorar sus características, los motivos de su elección, su formación y experiencias durante el grado, y sus expectativas. Y, desde luego, hay que atraerlos, retenerlos y, hasta donde sea posible, visibilizarlos.

Algunas de las claves pueden estar en la retribución y la flexibilidad de las condiciones laborales, en la excelencia docente de la Medicina Familiar en el grado y en el mir, adaptada a los tiempos; en la discriminación positiva de los proyectos de investigación en AP, impulsando la integración en redes multinivel; en incorporar tecnologías adecuadas, particularmente en salud digital, en la que la AP debe apostar por liderar.

El ascenso de la Medicina Familiar al olimpo de las especialidades «de primera» solo se conseguirá con un cambio en las organizaciones sanitarias que no se puede hacer de la noche a la mañana.

Fomentando la responsabilidad, profesionalidad y autogestión, que por otra parte implica asumir riesgos. Y ese cambio de forma de ser y de hacer requiere la transición generacional que, afortunadamente, ya está en marcha.

El *wishful thinking* solo conduce al aislamiento y a la bunkerización de la profesión: mejor evitarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OECD. Health at a Glance 2023. [Internet]. 2023 [consultado: 19 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/7a7afb35-en>
2. Harris JE, López-Valcárcel BG, Barber P, Ortún V. Allocation of Residency Training Positions in Spain: Contextual Effects on Specialty Preferences. *Health Economics* 2017;26(3):371-86.
3. González López-Valcárcel B, Barber P. El programa mir como innovación y como mecanismo de asignación de recursos humanos. In: Meneu R, Ortún V, Rodríguez Artalejo F (eds.). *Innovaciones en gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson; 2005. pp. 101-26.
4. Cánovas Zaldúa Y, Coma E, Fina F, Dalmau-Matarrodona E. El atractivo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la elección de plazas mir 2023. *Aten Primaria*. 2023;55(9):102699. Doi: 10.1016/j.aprim.2023.102699
5. Harris JE, González López-Valcárcel B, Ortún V, Barber P. Specialty choice in times of economic crisis: A cross-sectional survey of Spanish medical students. *BMJ Open*. 2013;3(2). Doi: 10.1136/bmjopen-2012-002051
6. Casado V, Martín R, Aldecoa, S. Primer Informe del Observatorio de la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España (AMFE) en la universidad española, 2023. *Aten Primaria*. 2023;55(11):102775. Doi: 10.1016/j.aprim.2023.102775