



## EDITORIAL

### La Medicina de Familia y la elección de la especialidad tras el MIR. No todo es tan negro como parece

**Family Medicine and the choice of specialty after the MIR.  
Not everything is as black as it seems**

La Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) es la base de cualquier sistema sanitario público. Sus características como la longitudinalidad, proximidad al paciente, formación de los especialistas más transversal con conocimientos en todas las patologías más prevalentes, e interacción con otras disciplinas la convierten en el nivel asistencial más eficiente para resolver la mayor parte de la demanda asistencial de la población, pero también en el escalón asistencial clave en la atención a la cronicidad, desafío sanitario en las próximas décadas<sup>1</sup>. Trabajos muy recientes han mostrado resultados tan favorables al papel desempeñado por la Atención Primaria (AP) en el sistema sanitario como un impacto en la reducción de la mortalidad de los pacientes comparable al de otras especialidades como Cardiología, Oncología o Neumología<sup>2</sup>.

En nuestro país hemos asistido a una progresiva reducción de especialistas en Medicina de Familia que causa no solo impacto en la falta de cobertura de ausencias puntuales por períodos vacaciones o enfermedad de los profesionales, sino que ya hay un número importante de cupos en nuestro país sin médico titular, lo que hace que una parte de la población no tenga médico de familia que resuelva sus problemas de salud de forma continuada, con consecuencias sobre su salud no valoradas y desconocidas, pero que con toda seguridad serán negativas. Esta situación es consecuencia directa de una incorrecta planificación de recursos humanos de los servicios de salud que no ha sido útil en la gestión del inicio de las jubilaciones de las promociones de médicos nacidas en el denominado baby boom del siglo XX<sup>3</sup>, y que hubiera requerido incrementar el número de médicos en formación desde hace 15 o 20 años. Además, existen una serie de causas contextuales que agravan la situación descrita y que exigen un mayor número de especialistas para cubrir las ausencias de plazas estructurales durante períodos relativamente largos: 1) el incremento de la presión asistencial motivada por una

mayor demanda poblacional asociada al envejecimiento, pero también a una mayor descarga sobre la AP del seguimiento del paciente crónico por parte de los servicios hospitalarios; 2) la mayor tasa de ausencias como consecuencia de la implementación de medidas relacionadas con la deseada conciliación de la vida familiar y laboral del personal médico; 3) necesidad de que los profesionales que están en activo deban realizar más horas de trabajo en prolongaciones de jornada o bien horas de guardia, lo que genera más estrés y sobrecarga laboral, reducción de las horas de descanso y mayor burn-out, que conducen a la «quiebra» asistencial de determinados equipos de atención primaria (como ejemplo la noticia que acompañamos: [https://www.malagahoy.es/malaga/centro-Luz-cancela-miercoles\\_0.1848416591.html](https://www.malagahoy.es/malaga/centro-Luz-cancela-miercoles_0.1848416591.html))<sup>4</sup>.

La solución a este problema por parte de los gestores sanitarios ha sido el incremento de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE) para MFyC; esta solución parece la más lógica especialmente si tenemos en cuenta que el ratio poblacional de médicos en España es casi 3 puntos inferior al de la media de la Unión Europea (UE)<sup>5</sup>. El impacto poblacional que está teniendo la falta de especialistas relacionado con la población sin médico de familia de referencia y la sobrecarga asistencial del resto de los profesionales, ha hecho que sea noticia este incremento de plazas, pero también el número de plazas vacantes no elegidas entre los aspirantes presentados al examen Médico Interno Residente (MIR), es lo que ha generado alarma entre la profesión, y proyecta una imagen negativa de la especialidad que se hace menos atractiva para el resto de los aspirantes.

Se han realizado varios análisis que tratan de explicar el motivo por el que un médico, después del Grado y superado el examen de FSE, prefiere no trabajar antes que especializarse en MFyC. El Foro de Médicos de Atención Primaria ha denunciado en varias ocasiones la falta de recursos,



financiación y atractivo de la especialidad que pueden llevar a la desaparición de la AP si no se toman medidas de carácter urgente. El propio Ministerio de Sanidad en su Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023 reconoce las malas condiciones laborales y propone algunas soluciones para las cuales no se ha movilizado el presupuesto correspondiente, por lo que podría no ejecutarse<sup>6</sup>. En nuestra opinión, el problema no se resuelve con incremento de salarios, pero sí con inversión económica en AP que permita realizar reformas importantes que la hagan más eficiente. No hay que perder de vista que la inversión en AP no alcanza el 15% de todo el gasto sanitario, inferior al de la media de la UE.

El pasado 2023, en la Conferencia Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) hicieron público un documento para exponer algunas causas desde su punto de vista, entre las que incluían las malas condiciones laborales de los médicos de familia asociadas a la dispersión geográfica, la sobrecarga de horas trabajadas y la sobrecarga asistencial; pero sobre todo destacaban de forma importante la escasez de formación durante el grado de Medicina de Familia tanto a nivel teórico como práctico, con formación en el ámbito rural prácticamente inexistente<sup>7</sup>, opinión compartida por otros autores<sup>8</sup>.

Si el objetivo es prestigiar la AP, las tareas a realizar desde nuestro punto de vista son: 1) favorecer que el médico de AP se ocupe de los problemas de salud, siendo otros profesionales los que se encarguen de tareas tanto burocráticas, que poco o nada se relaciona la mayor parte de las veces con el estado de salud del paciente, o asistenciales, que finalmente son otros profesionales los que deben atenderlos, como por ejemplo, el personal de enfermería, matronas, nutricionistas, fisioterapeutas, etc., a los que deben ser rutinariamente derivados desde el médico de AP, por un imperativo de la organización sanitaria, que no responde a una demanda real de la del paciente; 2) mejorar la capacidad resolutiva de la AP; 3) concentrar recursos materiales y profesionales en centros de mayor tamaño, evitando centros con escasa dotación de personal y material, muy aislados, que solo se justifican por decisiones políticas, ya que sería más eficiente y resolutivo para los problemas de salud de esa población favorecer su accesibilidad a los núcleos más grandes, con centros de salud pero también otros servicios, a través de la mejora de los medios de transporte públicos; 4) potenciar la docencia práctica en AP tanto rural como urbana; 5) reconocimiento real y efectivo a los profesionales que realizan tareas docentes a residentes en formación y estudiantes de medicina; 6) eliminar trabas burocráticas para el desarrollo de proyectos de investigación en AP, que son fuente de futuras tesis doctorales de los propios profesionales y trabajos de fin de grado de estudiantes, así como de publicaciones científicas que elevan el prestigio científico de la AP<sup>9</sup>; 7) permitir que los profesionales con méritos suficientes para acreditarse en alguna figura docente universitaria tengan las mismas oportunidades de acceso a la carrera académica que los especialistas hospitalarios y favorecer que los profesionales con experiencia clínica sean los que imparten asignaturas clínicas relacionadas con la medicina de familia.

Por otro lado, no hay que olvidar que existen otros aspectos que condicionan la elección de plaza en la FSE que no tienen nada que ver con su prestigio o la imagen que proyecta, como son: el centro en el que el aspirante estudia el

Grado<sup>10</sup>, condicionantes personales, cómo refleja el hecho de que la mayor parte de las plazas desiertas se encuentran en zonas más rurales o alejadas de grandes núcleos urbanos (en el año 2023 (171 plazas): interior de Galicia, Extremadura, Aragón, Navarra, interior de Cataluña, Cantabria y Asturias), que es paralelo al movimiento de la sociedad hacia urbes de mayor tamaño en las que encontramos gran parte de los servicios<sup>7</sup>.

Centrándonos ya en el propio examen MIR se ha atribuido como parte del culpable a la nota de corte establecida desde el examen de 2009 y que se redujo el pasado 2023 al 10% de las 10 mejores notas. Aunque se ha propuesto la retirada de esa nota eliminatoria de aspirantes, lo cierto es que nunca quedaron plazas desiertas excepto en los años 2014, con una nota de corte del 30%, y posteriormente el 2022. No parece una solución adecuada eliminar una medida que pretende aumentar la competitividad y favorecer que accedan a una plaza de formación los aspirantes que realmente han preparado el examen y que, por lo tanto, han adquirido los conocimientos teóricos necesarios.

Desde nuestro punto de vista, sí son más importantes las renuncias o no incorporaciones de residentes. Es decir, cuando el aspirante ya ha realizado su elección, algunos no llegan a firmar el contrato (no incorporaciones) o bien lo firman, inician el programa, pero lo abandonan por voluntad propia sin completarlo (renuncias), en ambos casos esas plazas no se reofertan a otros candidatos aprobados y en ese año se pierde la oportunidad de formar a un especialista. Ambos fenómenos han supuesto una pérdida de 1.293 plazas perdidas desde el año 2017, según el informe de la Organización Médica Colegial (OMC): 401 no incorporaciones y 892 renuncias, de las cuales el 9,5 y 25,2%, respectivamente, corresponden a Medicina de Familia<sup>6</sup>. Este aspecto, que suele generar polémica en el colectivo médico, debe hacernos reflexionar si es mejor esta situación u obligar a un profesional a ejercer una especialidad por la que no siente ningún atractivo. En todo caso, aunque el abandono de especialidades iniciadas infringe a nuestro sistema sanitario un alto coste de oportunidad, la solución no es necesariamente restringir o prohibir la «recirculación», sino orientar los incentivos de forma que no compense practicarla<sup>11</sup>. Las soluciones que se nos plantean son dos: por un lado, la reoferta de esas plazas en un tiempo razonable que no perjudique al MIR en formación que se incorpore más tarde, y, por otro lado, que haya un conocimiento real de la especialidad en los estudiantes durante el grado que evite tomar una decisión errónea tarde.

Una vez analizado el problema del atractivo de nuestra especialidad, siempre desde nuestro punto de vista para los aspirantes al programa de FSE, han sido muy interesantes los resultados publicados en este número por Torres-Moreno et al., que con un análisis objetivo relativizan esa falta de atractivo e incluso reflejan que la MFyC se elige con más preferencia que otras, con aparente «mejor prensa». La principal fortaleza del trabajo es que incluye la totalidad de plazas ofertadas y aspirantes, evitando sesgo territoriales o por afinidad establecida en cada centro<sup>10</sup>, y sus resultados muestran que el orden en el que se elige Medicina de Familia se ha mantenido estable a lo largo de los años; y además, los aspirantes prefieren MFyC frente otras especialidades que aparentemente podrían tener más demanda y de las que no

quedan plazas vacantes, como son Neurología, Endocrinología y Nutrición, Oncología Médica o Neurocirugía. Resultados que coinciden con un reciente trabajo publicado el pasado año, pero limita su análisis a aspirantes que eligieron su plaza en grandes urbes españolas<sup>12</sup>.

Los resultados presentados además reflejan que no existe un empeoramiento en la elección de plazas de nuestra especialidad, sin cambios en la tendencia temporal estadísticamente significativos, con mejoría en la elección en los primeros puestos; por lo que podemos concluir que es una especialidad igualmente atractiva para la globalidad de aspirantes, y mejora su atractivo para los que obtienen mejor nota.

Como hemos comentado anteriormente, las plazas vacantes en el programa de FSE, así como la visión negativa de los medios de comunicación sobre nuestra especialidad o la imagen negativa que podemos proyectar cuando los estudiantes rotan con nosotros en una consulta sobrecargada, asocian una imagen negativa de la MFyC y que poco o nada ayuda en la motivación de los estudiantes en su futura elección de plaza. Análisis como el aportado por Torres-Moreno et al. aporta una visión más optimista y objetiva de la realidad, alejándose de una visión pesimista y caótica que no ayuda a transmitir una visión real de la AP, sin olvidar que las autoridades sanitarias deben plantear soluciones importantes para que la AP siga siendo realmente la base del sistema sanitario y primordial en nuestro Sistema de Salud<sup>13</sup>. No debemos olvidar que el mayor logro social de nuestro país es el Sistema Nacional de Salud y que una Atención Primaria fuerte y resolutiva es el pilar fundamental del mismo.

## Consideraciones Éticas

El trabajo corresponde a una editorial y no incluye datos de pacientes ni animales.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguna.

## Bibliografía

1. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J. 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:e84–90, <http://dx.doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>.
2. 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 Internal Medicine. 2019;179:506–14, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7624>.
3. Montes, Joshua, Christopher Smith & Juliana Dajon. The Great Retirement Boom: The Pandemic-Era Surge in Retirements and Implications for Future Labor Force Participation. Finance and Economics Discussion Series

- 2022-081. Washington: Board of Governors of the Federal Reserve System [consultado:15 Ene 2024]. Disponible en: <https://www.federalreserve.gov/econres/feds/files/2022081.pdf>.(último acceso: 15 de enero de 2024).
4. Málaga hoy. Centro de La Luz cancela consultas. Málaga [consultado 15 Ene 2024]. <https://www.malagahoy.es/malaga/centro-Luz-cancelamiercoles01848416591.html>
  5. Organization for economic cooperation and Development. OECD. Stat web Browser. Dec 2023 [consultado 15 Ene 2024]. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreId=9>
  6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023 [consultado 15 Ene 2024]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan\\_de\\_Accion\\_de\\_Atencion\\_Primaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf).(último acceso: 15 de Ene de 2024).
  7. Comunicado de la CEEM sobre las plazas vacantes de Medicina Familiar en el MIR 2023 (11 de May de 2023). [consultado 15 Ene 2024]. Disponible en: <https://corporativa.amyts.es/noticias/noticia/?slug=actualidad-comunicado-de-la-ceem-sobre-las-plazas-vacantes-de-medicina-familiar-en-el-mir-2023>
  8. Tárraga López PJ. El desconocimiento de la Medicina de Familia dificulta su elección en los procesos de elección. J Negat no Posit results. 2017;2:268-70, <http://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.1495>.
  9. McGhie JE, Dalmau Roig A, Florensa Puig M, Silva Ruiz P, Oñate Ferriz G, Gracia Baño EM. Factores que influyen en la elección de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria. 2021;53:102153, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102153>.
  10. Lopez-Valcarcel BG, Ortún V, Barber P, Harris JE, García B. Ranking Spain's medical schools by their performance in the national residency examination. Rev Clin Esp. 2013;213:428–34, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.06.007>.
  11. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. ¿Hacen falta más médicos? ¿Tan sútiles son las señales? Rev Adm Sanit. 2008;6:393–401.
  12. 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;55:102699, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102699>.
  13. Torres Moreno MP, Blanco Herrera R, Vegas Fernández L, Alfaro Martínez JJ. Elección de Medicina Familiar y Comunitaria en el MIR 2002-2023: un enfoque objetivo muestra que es una especialidad tan valorada como las hospitalarias. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2024;50:102198. <https://doi.org/10.1016/J.SEMERG.2024.102198>

S. Cinza-Sanjurjo<sup>a,b,c,d,\*</sup> y M. Portela-Romero<sup>b,c,d,e</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud de Milladoiro, Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, A Coruña, España

<sup>b</sup> Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), A Coruña, España

<sup>c</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red-Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Madrid, España

<sup>d</sup> Departamento de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

<sup>e</sup> CS Concepción Arenal, Área Sanitaria Integrada Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [sergio.cinza@usc.es](mailto:sergio.cinza@usc.es)  
(S. Cinza-Sanjurjo).