

MEDICINA

EN PORTADA → PROFESIÓN

DESDE HACE ALGUNOS AÑOS, LOS MÉDICOS QUE SALEN DE LAS FACULTADES DEJAN SIN OCUPAR BUENA PARTE DE LAS PLAZAS DE MEDICINA DE FAMILIA. ESTE AÑO HA HABIDO MENOS VACANTES, PERO LA MAYORÍA DE LOS PUESTOS DE LA ESPECIALIDAD SE HAN ASIGNADO «IN EXTREMIS». LOS EXPERTOS CREEN QUE HAY QUE GANAR MÁS VOCACIONES

Los MIR se decantan por especialidades con mejor fama y menor carga asistencial

VIENE DE PÁG. 1 / La medicina de familia, la especialidad sobre la que se asienta nuestra sanidad, debería ser más apreciada y mimada. Barbara Starfield, catedrática de Políticas Sanitarias de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore (Estados Unidos) y una de las más firmes defensoras de la existencia de una puerta de entrada al sistema, sostiene que una de las razones que explican la pésima sanidad de su país es «el predominio de la atención especializada sobre la primaria». Y afirma que existen abundantes pruebas que demuestran que este primer nivel «resuelve casi todos los problemas de la inmensa mayoría de la gente».

Starfield y otros investigadores creen que el número de especialistas de dicho escalón sanitario debería suponer la mitad del total de médicos, cifra que la Organización Mundial de la Salud (OMS) eleva ligeramente, situándola en el 60%. España no alcanza, ni siquiera, la recomendación más modesta. Según Verónica Casado, presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, el 37,2% de los médicos que ejercen en nuestro país lo hacen en este ámbito. «Por lo tanto, necesitamos bastantes más», proclama.

VACANTES

Este año se ofrecieron más plazas de especialización que el pasado (9.428, frente a 8.989) y también fue superior la oferta en esta materia (se ha pasado de 1.859 a 1.892), lo que probablemente haya contribuido a que las vacantes se hayan reducido a sólo 51. En las tres anteriores convocatorias quedaron desiertas 52, 189 y 253. Los más optimistas ven en ello un atisbo de que el panorama está cambiando y la maldición toca a su fin, aunque reconocen que los últimos puestos se han asignado cuando ya no quedaban más opciones.

De hecho, ninguno de los 100 futuros residentes con mejor nota optó por familia, y cuando ya habían elegido plaza 2.575 médicos, sólo 55 la habían escogido. Es más, dentro de los 6.000 primeros sólo se habían reservado 673 de primaria. En todo caso, Casado cree que se han registrado diferencias respecto a los anteriores procedimientos de adjudicación: en los tres primeros días familia se situó en el puesto 19.

Marta Serrano aprobó el examen de acceso a la especialización con una buena nota y pudo elegir el segundo de los 11 días de asignación de plazas. «Voy a hacer psiquiatría», asegura. «Lo tenía claro desde segundo de carrera», añade, y cuenta que esta rama de la Medicina «te permite hablar con el paciente, conocerlo, tratarlo de forma individualizada y contar con más tiempo para cada enfermo».



Los médicos de familia dedican mucho más tiempo del deseable a cuestiones burocráticas, como la firma de certificados de ausencia en el colegio. / BEGOÑA RIVAS

Esta joven doctora señala no tener nada en contra de la medicina de familia; simplemente, sus preferencias iban por otros derroteros. Sin embargo, reconoce que muchos de sus compañeros no lo ven así. Ella fue testigo de cómo aplaudían a quienes escogieron la denostada especialidad en su mismo turno, dejándoles más opciones de conseguir una de las ramas más codiciadas. «Les sorprendía que la eligiesen con un número tan bueno», precisa.

Otro de los MIR de este año es Javier Serrano, ex presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), quien también conoce a gente «con numerazos» que ha decidido especializarse en el primer nivel asistencial. Él tenía claro que esta iba a ser su opción y adoptó una postura práctica: «No me he matado a estudiar». Al fin y al cabo, sabía de antemano que no iba a encontrar mayores problemas para escoger destino.

La vocación de Javier queda patente cuando comienza a hablar de la medicina de familia: «La considero la más completa porque permite ver pacientes de todo tipo y acompañarles no sólo en los momentos agudos, sino también cuando están sanos. La relación médi-

co-paciente es más estrecha y existen unas posibilidades de desarrollo más amplias».

Sin embargo, no todos los estudiantes de la carrera y los recién licenciados, que son los que engrasarán la sanidad del futuro, lo perciben de la misma manera. Ha llegado a calar muy hondo la visión más negativa de los doctores de cabeza: mal pagados, sometidos a una presión asistencial que les des-

borda, cargados de guardias, expuestos en mayor medida que otros facultativos a las agresiones de los ciudadanos...

DESPRESTIGIO

«Hasta qué punto es cierto este perfil? Quienes mejor conocen esta parcela de la sanidad creen que una buena parte corresponde a la realidad, pero otra muy significativa es

fruto de la elaboración progresiva de una mala fama en la conciencia colectiva de la sociedad y, sobre todo, de los futuros especialistas. «En otros países se pegan por acceder a ella porque tiene un reconocimiento que no se ha conseguido en España», afirma el ex presidente de la CEEM. «Hay que moverse y empezar a organizar cosas para que mejore esta situación». Una de las medidas más demandadas, que ahora parece que va por buen camino con la oportunidad que supone la convergencia con

los planes de estudio del resto de los estados europeos, es la inclusión de la medicina de familia como asignatura de la carrera de Medicina. «Aunque hay excepciones, la mayoría de los alumnos no han tenido contacto con esta especialidad. Es difícil escoger lo que no se conoce», apunta Luis Aguilera, presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). El médico de familia Vicente Baos explica en su blog en clave de humor la tendencia hacia la superespecialización en detrimento de la necesaria concepción global de la salud: «La educación médica universitaria española sigue siendo un modelo de cachitos donde se prima al estudiante a que elija su cachito preferido. Socialmente, saber mucho de tu cachito te da más prestigio social que saber abordar de forma amplia un gran número de problemas que un cachito o varios cachitos pueden producir. Y cuando es así, un problema de múltiples cachitos, ¿qué cachitólogo debo elegir para que me cachitocorrija?».

Otro bloguero consumado, Salvador Pendón, que además se encuentra en su cuarto año de especialización y ha elegido el ámbito maldito a pesar de conocerlo muy bien por-

LAS PLAZAS MÁS CODICIADAS

Los aspirantes de la última convocatoria MIR tenían claras sus preferencias:

- Los dos primeros residentes y hasta 20 de los 100 con mejor puntuación se han decantado por la cardiología.
- Pediatría, que junto a medicina de familia constituye una de las especialidades más deficitarias en España, ha sido la segunda más demandada en esta ocasión.
- El tercer puesto lo ocupa la dermatología médico quirúrgica, con un total de 13 peticiones dentro del primer centenar.
- En el grupo de cabeza también se sitúan, aunque a cierta distancia de las anteriores, medicina interna, oftalmología (elegida por la opositora con la tercera mejor nota) y neurología.
- En el extremo opuesto de la lista, junto a medicina de familia, el último día también quedaban plazas de medicina preventiva, medicina del trabajo y medicina de la educación física.

MEDICINA

que antes de aprobar el MIR realizó numerosas sustituciones, cree que la percepción de la ciudadanía es clave. «Hoy en día se prima socialmente el estatus de médico especialista hospitalario, con acceso a pruebas de alta tecnología, frente al de atención primaria, al que se asigna, erróneamente, un papel secundario, administrativo o encorsetado», señala. En este mismo sentido, cree que actualmente «está de moda la medicina eminentemente biologicista, farmacológica o altamente tecnificada», que tiene mejor consideración y más demanda que la que está «basada en aspectos psicosociales, familiares, preventivos o comunitarios».

CARGA LABORAL

Otorgar mayor peso al desprestigio de la atención primaria no significa menospreciar el que tienen otros factores disuasorios, como las condiciones laborales. Pendón indica que los sueldos de los facultativos de los centros de salud no son muy diferentes a los de quienes trabajan en los hospitales. Casado corrobora esta apreciación y está de acuerdo en que se ha exagerado la situación profesional de todo el colectivo. No obstante, no niega que los elevados salarios, asociados a ofertas de trabajo en condiciones menos precarias, han llevado a muchos galenos patrios a emigrar a otros países para prosperar. «Tenemos que intentar que vuelvan los que están fuera y fidelizar a los que ejercen aquí para que no se vayan», propone.

Sin embargo, cree que ese no es el factor más importante. «Salimos mucho en la prensa por cuestiones laborales, pero no se trata tanto de peticiones de mayor sueldo como de la reivindicación social de disponer, al menos, de 10 minutos para cada paciente», declara la presidenta de la Comisión Nacional.

Y es que, si hay algo que ningún representante de este ámbito niega es la sobrecarga de tareas. En primer lugar, porque los ciudadanos acuden cada vez más a su médico de cabecera. Hace una década se producían 216 millones de consultas anuales, mientras que ahora se registran 309 millones. «O sea, casi 100 millones más con prácticamente los mismos

Ninguno de los 100 MIR con mejores notas ha elegido una plaza de medicina de familia

Los sueldos no son muy distintos a los de otras especialidades, pero sí el número de pacientes

La burocracia es una de las tareas que resta más tiempo a los galenos de atención primaria

Con el mismo personal, en una década han aumentado en casi 100 millones las consultas

profesionales y una cartera de servicios de primaria mucho mayor», valora Casado.

A esta mayor presión asistencial hay que añadir una burocracia considerable, que es otro de los elementos que hace que más de un recién licenciado se lo piense dos veces antes de escoger esta materia. Un documento reciente de la semFYC aborda la cuestión y propone medidas para reducir el papeleo eliminando 23 actividades que no son propias de un médico de familia en la consulta diaria. Algunos ejemplos serían los justificantes de asistencia o ausencia laboral (o escolar) por motivos de salud, la emisión de recetas prescritas en el ámbito privado, las peticiones de transporte sanitario y los informes para la declaración de minusvalías o para poder acudir a un balneario.

AISLAMIENTO

Quienes ejercen en el ámbito rural tienen que hacer frente a una complicación añadida: el aislamiento. Vicente Matas, vocal de Médicos Rurales del Colegio de Médicos de Granada, no lamenta haber elegido esta

especialidad ni tampoco haberse alejado de los núcleos urbanos, pero comprende perfectamente las reticencias de los MIR y confiesa que, si hubiera sabido lo que le esperaba, tal vez se hubiese replanteado su futuro profesional. En las poblaciones pequeñas las consultas no están tan masificadas, pero los galenos tienen que hacer muchas más cosas. «Y cuando llegan las vacaciones, tienes que encargarte también de los pacientes del pueblo de al lado», apunta Matas.

Este experto acaba de presentar un estudio sobre la evolución de los salarios en las distintas regiones de España y ha constatado que existen saltos muy grandes entre los distintos servicios de salud. «Las diferencias retributivas entre los médicos de atención primaria rural españoles se han disparado en 2008, superando los 20.700 euros anuales», confirma.

En cuanto a las disparidades con los galenos de hospital, considera, al igual que Pendón y Casado, que los sueldos dentro de un mismo territorio sanitario son muy similares. Pero añade un matiz: un psiquiatra o un dermatólogo pueden renunciar con relativa holgura al complemento de exclusividad (que en muchos lugares representa unos 10.000 euros anuales) para poder ejercer en la medicina privada. «Si las compañías pagan poco al resto de especialistas, todavía menos a los médicos de familia», precisa Matas. Además, considera que hay que tener en cuenta «que para un cardiólogo es mucho más fácil hacerse con una cartera de pacientes». Esto se debe tanto a su mayor prestigio social como al hecho de que quienes acuden a la medicina privada suelen ir directamente al especialista, sin pasar por la atención primaria.

Un estudio elaborado por la Academia Española de Dermatología y Venerología, muestra que el trabajo fuera de la sanidad pública tiene una amplia aceptación entre los clínicos. Casi el 60% de los dermatólogos compagina su trabajo con una consulta propia, en la que puede atender a los pacientes tranquilamente. Mientras que en los centros públicos ve a una media de 31 personas al día, en su despacho particular el número se reduce a entre 15 y 18.

Una ausencia inexplicable en la Universidad

¿Cómo puede ser que nuestro sistema sanitario esté basado en una especialidad que apenas tiene presencia en los planes de estudio de las facultades de Medicina? Para quienes conocen, el fenómeno no es tan inexplicable. El asunto se remonta a hace poco más de 30 años, cuando nuestro país y otros muchos del mundo desarrollado decidieron apostar por la atención primaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aseguró en 1978 que esta era la única manera de lograr una sanidad mucho más eficiente, de mayor calidad y con un menor coste. Por lo tanto, en los años 80 la

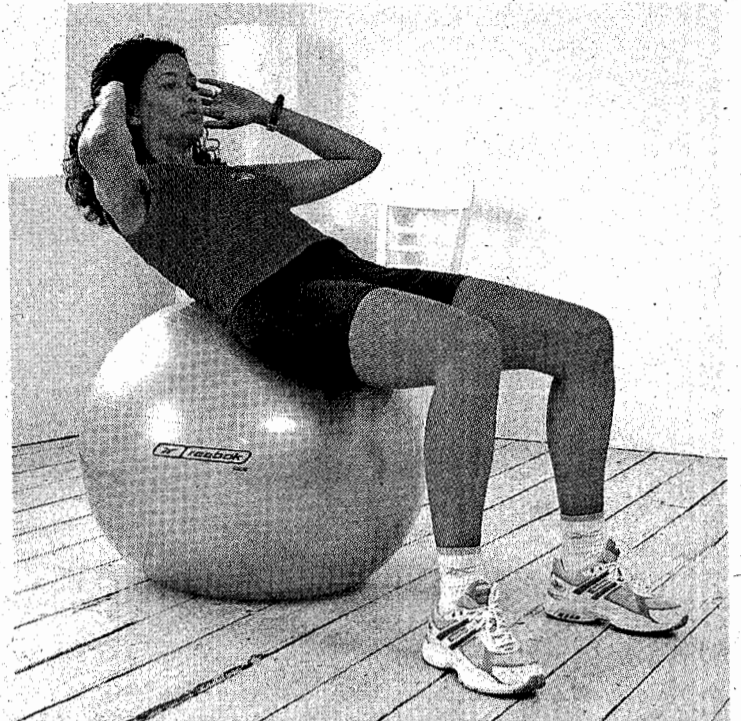
medicina de familia estaba empezando a desarrollarse, mientras que la enseñanza universitaria de la Medicina ya estaba plenamente asentada en el sistema imperante hasta ese momento, basado en la

atención hospitalaria. La inercia académica, la falta de interés y la consideración de esta especialidad como de segunda categoría pueden haber contribuido, según los expertos, a que su presencia aún sea

anecdótica. Pero, tal y como afirma Félix Suárez, responsable del Área de Universidad de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), esta situación está empezando a cambiar aprovechando el cambio de planes de estudios para converger con otros países de la UE (el conocido como Proceso de Bolonia). De momento, 15 de las 35 facultades de Medicina españolas han decidido considerarla como asignatura troncal obligatoria. Otras ocho han descartado esta posibilidad, una la contempla como optativa y el resto aún no se ha pronunciado.



Entrada a una de las facultades madrileñas. / EL MUNDO



Los «fitballs» ya están en casi todos los gimnasios. / EL MUNDO

EJERCICIO

No infle la pelota deportiva al límite

LOS FABRICANTES DE «FITBALLS» ADVIERTEN DEL PELIGRO DE CAÍDAS Y LESIONES CUANDO SE HINCHAN DEMASIADO O NO SE USAN BIEN.

ALEJANDRA RODRÍGUEZ
Los fabricantes de una de las marcas más vendidas de fitballs (grandes pelotas de goma que se emplean en la mayoría de los gimnasios actuales para hacer diversos ejercicios) se han visto obligados a modificar sus instrucciones a causa de 47 notificaciones adversas sobre su producto.

¿El motivo de las quejas? Inesperados reventones que han dado con los huesos de los usuarios en el suelo con diferentes resultados; desde magulladuras y hematomas hasta alguna que otra fractura.

En realidad, ninguno de los incidentes pudo atribuirse a defectos de fabricación. De hecho, en todo el mundo se han vendido más de tres millones de fitballs y no se han detectado más problemas referentes a su uso.

En ese caso, ¿por qué explotaron estos balones? Por hincharlos en exceso. «Mucha gente prefiere que la pelota esté más dura porque de esta forma no tienen la sensación de hundirse», relata María Giner, monitora de Pilates en el Club Zest Abasota de Madrid y autora de unos vídeos explicativos sobre el uso de fitballs que se pueden encontrar en yodona.com.

Sin embargo, esta práctica no es recomendable si se quieren evitar estallidos en plena clase. En los gimnasios no suele haber problemas porque se vigila periódicamente la presión de los balones. Pero no ocurre lo mismo cuando se les da un uso doméstico.

«En los últimos años se ha popularizado y mucha gente lo tiene en su casa porque es muy útil para entrenar en los ratos libres», añade Giner.

Por ello, las nuevas instrucciones hacen hincapié en que hay que

respetar las indicaciones del fabricante. Además, se incluye un metro que sirve de guía para saber cuándo parar de meter aire y se dan consejos para evitar las variaciones que pueden producirse en su volumen como consecuencia de las alteraciones de la temperatura ambiente.

A grandes rasgos, no debe hincharse con un compresor de aire (introduce el gas demasiado frío y éste, al calentarse, puede alterar la presión interna del balón) ni dejarse en lugares en los que le dé la luz directa del sol (daña el material con el que está hecho) o en sitios en los que pueda sufrir recalentamientos (coches, terrazas...). Si se detecta alguna alteración o defecto en la goma hay que desechar la pelota.

Por otra parte, se recomienda no patearla y utilizarla sobre superficies acolchadas, limpias y no enceradas para que ninguna irregularidad pueda pincharla. También es aconsejable quitarse relojes, pulseras, anillos... y evitar adornos en la ropa deportiva que pudieran deteriorar la goma del balón.

Otros consejos prácticos evidentes son: no hacer ejercicios con fitball si se tienen problemas de equilibrio o vértigos, ni estando embarazada. Hay que usar calzado deportivo para evitar resbalones y no llevar a cabo ejercicios demasiado arriesgados, ya que el balón no está concebido para ello, como tampoco lo está para soportar pesos superiores a 150 kilos.

Finalmente, hay que adaptar el tamaño del balón a la altura del usuario. Los que midan hasta 1,63 metros deberán decantarse por el fitball pequeño (55 cm de diámetro); los que alcancen una altura de hasta 1,70 pueden optar por el mediano (65 cm) y los que pasen de 1,83 deben usar el de 75 cm.