

¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



Madrid, Enero 2023

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



Amsterdam UMC

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO.....	4
METODOLOGÍA.....	4
RESULTADOS.....	5
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	13
ANEXO 1. RESULTADOS DEL ANÁLISIS MULTIVARIANTE.....	14
ANEXO 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS.....	16

AUTORÍA

Sara Calderón-Larrañaga^{1,2}, Ángel González-De-La-Fuente³, Ana Belén Espinosa-González⁴, Verónica Casado-Vicente^{5,6}, Niek Klazinga⁷, Dionne Kringos⁷ en colaboración con la **Organización Médica Colegial** de España,

¹ Centre for Primary Care, Wolfson Institute, Queen Mary University of London, UK

² XX Place Health Centre, Bromley By Bow Health Partnership, London, UK

³ Global Business School for Health, University College London, UK

⁴ Department for surgery and cancer, Imperial College of London, UK

⁵ Centro de Salud Universitario de Parquesol, Valladolid, Spain

⁶ Unidad Docente Universitaria de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina de Valladolid, Spain

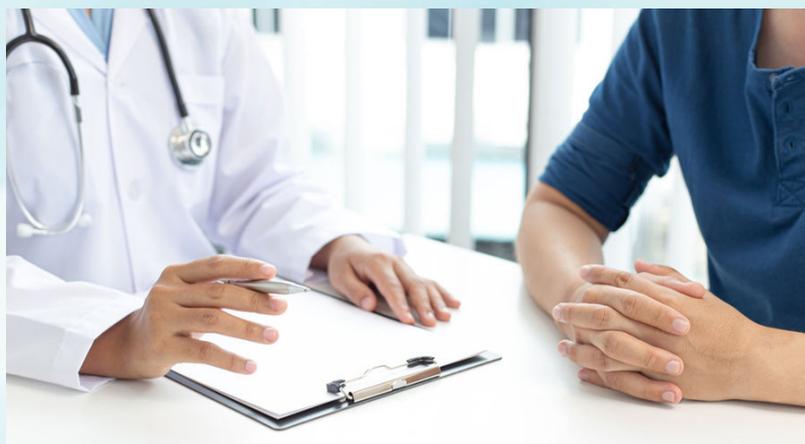
⁷ Department of Public and Occupational Health, Amsterdam UMC, University of Amsterdam, The Netherlands



INTRODUCCIÓN

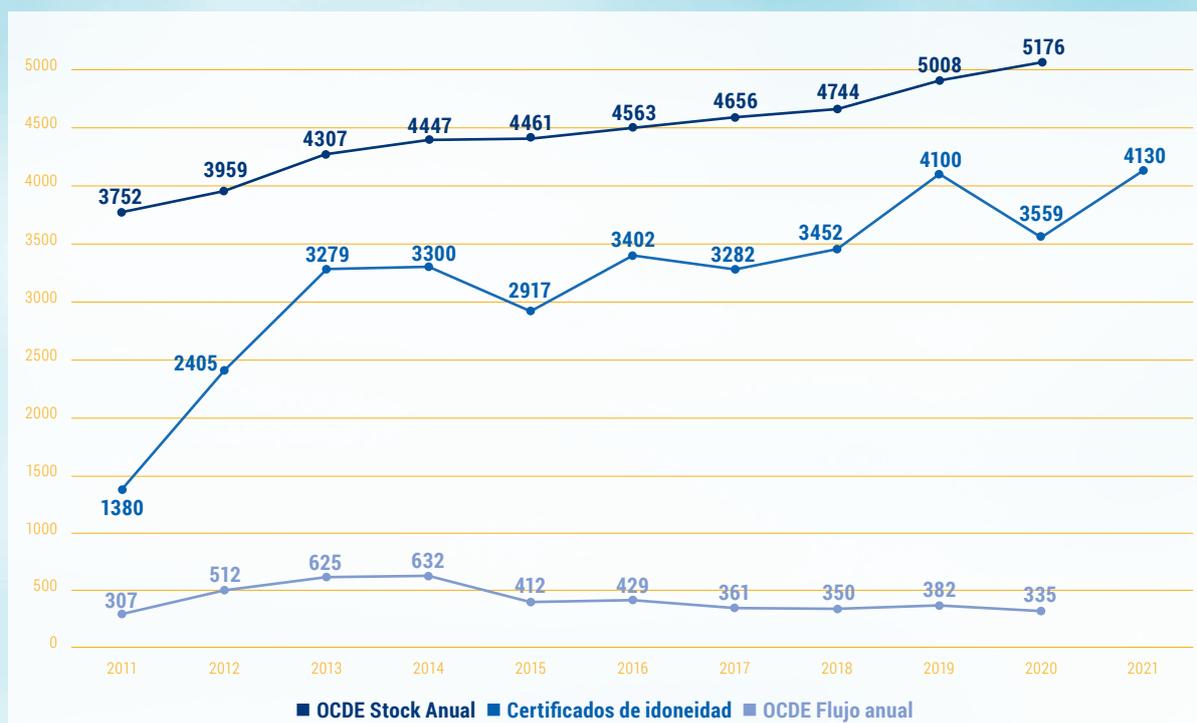
La salida de médicos especialistas de medicina familiar y comunitaria (MFyC) formados en España a países extranjeros es un hecho preocupante debido a la necesidad actual de especialistas en el Sistema Nacional de Salud. No es posible dar una cifra exacta del éxodo de MFyC, pero disponemos de estimaciones.

En la última década (2011-2021), el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha expedido un total de 35.206 certificados de idoneidad profesional. De los cuales, se estima que un 70% (24.644) se solicitaron para trabajar o estudiar en el extranjero y que aproximadamente un 12% (2.957) fueron para MFyC. Sin embargo, no todos los especialistas que solicitan el certificado acaban yéndose y pueden emitirse varios certificados por solicitante (ya que caducan a los 3 meses y se debe solicitar uno por cada país al que se pretende emigrar), por lo que dichas estadísticas podrían reflejar más bien la intencionalidad y no tanto el éxodo real de MFyC. Si atendemos a los datos



publicados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), cuya fuente primaria son los países receptores, se estima que en la última década (2011-2020) han emigrado un total de 4.363 especialistas formados en España. En el 2020 habría un total de 5.176 de estos profesionales colegiados en el extranjero, de los cuales un 12% (621) podrían ser MFyC. La [Figura 1](#) muestra el stock anual de médicos formados en España colegiados en el extranjero, el flujo migratorio anual y el número de certificados de idoneidad emitidos por el CGCOM.

[Figura 1] Stock anual de médicos formados en España colegiados en el extranjero, flujo migratorio anual y número de certificados de idoneidad emitidos por el CGCOM.



Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y OCDE Health Data File.
La OCDE carece de datos definitivos para 2021 y se han omitido por ese motivo.



¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



La salida de MFyC contribuye a agravar una situación de falta de estos especialistas en España. Las proyecciones publicadas en relación con la oferta y la necesidad de profesionales médicos pronostican un déficit del 10% para la MFyC (en 2028 podrán faltar unos 10.000 MFyC en el sistema), al tratarse de una especialidad con un perfil de alta necesidad (en lo que a demanda se refiere) y una pirámide etaria bastante envejecida (el 60,2% de los profesionales tiene 50 o más años)¹. Aunque la salida de profesionales desde España es un hecho relativamente infrecuente, es un indicador de la insatisfacción laboral y profesional de sus médicos. La literatura disponible identifica una combinación de factores “push” (o de empuje) en relación con posibles carencias en el país de origen, y factores “pull” (o de atracción) relacionados con las mejores condiciones y oportunidades en los países de destino. Con frecuencia, los factores son múltiples e incluyen desde motivos personales, hasta económicos, relacionados con el desarrollo profesional, la gestión y la organización del sistema sanitario, o el prestigio y reconocimiento social de los profesionales².

La migración internacional de profesionales sanitarios permite también investigar la experiencia asistencial y profesional de médicos que han trabajado en (al menos) dos sistemas de salud diferentes. Esto supone una oportunidad para establecer comparaciones internacionales, identificar buenas prácticas asistenciales y organizativas en países extranjeros que sean relevantes para el sistema sanitario español y desarrollar recomendaciones. Sin embargo, la mayor parte de los estudios que investigan la migración de profesionales sanitarios no hacen distinción por especialidades, como, por ejemplo, la MFyC. Tampoco existen estudios que analicen la situación y las motivaciones específicas de los MFyC formados en España. El presente estudio, cuyo resumen se ofrece a continuación, contribuye a esta finalidad.

OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO

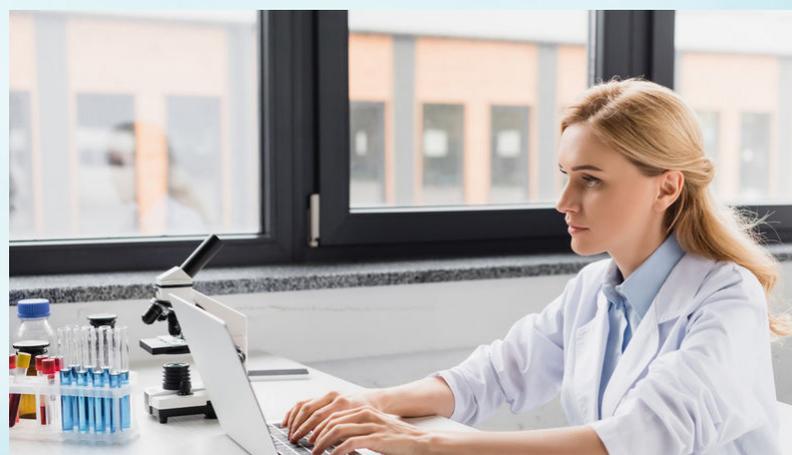
El estudio pretende, por una parte, conocer las razones por las cuales los MFyC formados en España deciden emigrar al extranjero y los factores que influyen en la elección del país de destino; y por otra parte, identificar recomendaciones para la mejora de la retención y el posible retorno de MFyC a España.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó entre mayo y septiembre de 2022 mediante cuestionarios y entrevistas dirigidos a MFyC que completaron la especialidad en España y ejercían en el extranjero en el momento de la evaluación. El estudio obtuvo la aprobación ética en Ámsterdam UMC y se realizó en conformidad con la normativa vigente de protección de datos (Reglamento UE 2016/679 y L.O. 3/2018). A continuación, se ofrece más información sobre las técnicas de recogida de información utilizadas:

1. CUESTIONARIOS ONLINE

Se diseñó un cuestionario online a partir de estudios previos, la adaptación tras un pilotaje con 4 participantes y las observaciones de profesionales e investigadores expertos. Su contenido comprendió tres apartados: a) características sociodemográficas; b) los motivos de emigración y permanencia en el país de destino; y c) su predisposición y posibles condicionantes para regresar a España. La difusión se realizó por tres vías complementarias:



¹ Pérez PB, López-valcárcel BG. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. EcoSalud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2022

² Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremner J. Health Professional Mobility in a Changing Europe. New dynamics, mobile individuals and diverse responses. European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.



¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



- El CGCOM envió el cuestionario por correo electrónico a 650 MFyC que habían solicitado el certificado de idoneidad para trabajar o estudiar en el extranjero desde 2010. El menor número de envíos en comparación con el total de MFyC solicitantes es debido a la falta de disponibilidad de direcciones de correo electrónico en muchos de los certificados emitidos antes del 2015, así como su tramitación desde colegios provinciales.
- El cuestionario fue enviado a agencias de reclutamiento, organizaciones profesionales y sociedades científicas nacionales e internacionales vía correo electrónico y redes sociales (tales como SemFYC, SEMERGEN, SEMG, WONCA Europe, EURACT, EGPRN, EFPC).
- Se invitó a los participantes a difundir el cuestionario entre sus contactos y/o redes profesionales.

2. ENTREVISTAS CUALITATIVAS INDIVIDUALES, TRIANGULARES Y GRUPALES ONLINE

Se realizaron dos entrevistas individuales, una triangular (compuesta por dos participantes) y cuatro grupales online con aquellos MFyC que habían cumplimentado el cuestionario y mostraron interés y disponibilidad en participar. Se persiguió una muestra variada con respecto al género, edad, país de residencia y oficio de los participantes (muestreo intencional). Las preguntas estuvieron dirigidas a explorar posibles diferencias entre los sistemas de atención primaria de origen y de destino,



así como recomendaciones para la mejora de las condiciones laborales y oportunidades profesionales en España y su posible retorno. Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas.

3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información proveniente de los cuestionarios se analizó de forma estadística (estadísticos descriptivos, test de correlación y modelos de regresión) a fin de identificar los principales motivos de emigración y factores asociados. Se excluyeron del análisis los cuestionarios con menos del 50% de las secciones cumplimentadas.

La información proveniente de las transcripciones de las entrevistas cualitativas y notas de campo fue analizada conforme al modelo de análisis temático. Se buscaron casos divergentes y el contraste de los hallazgos (triangulación) entre investigadores y con los propios participantes para garantizar el rigor y la validez durante el proceso de análisis.

RESULTADOS

Los resultados se dividen en dos partes. La primera hace referencia a los cuestionarios, con detalle de las características de los encuestados, los motivos por los cuales decidieron emigrar y su intención de regresar a España. En la segunda, se ofrecen los resultados de las entrevistas, incluyendo las características de los entrevistados y sus recomendaciones para la mejora de la retención y posible retorno de MFyC a España.

1. POR QUÉ EMIGRAN LOS MFyC Y CUÁL ES SU INTENCIÓN DE RETORNO (Resultados de la encuesta)

158 MFyC cumplimentaron el cuestionario, lo que supone una tasa de respuesta del 25% respecto de la población diana estimada (621, atendiendo a las estadísticas publicadas por la OCDE). El 52% eran mujeres y la media de edad era de 41.9 años. El 85% de los encuestados eran españoles, de los cuales un 9% tenían doble nacionalidad (europea o latinoamericana) [Tabla 1].



¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



[Tabla 1] Género, edad y nacionalidad de los encuestados

GÉNERO	NÚMERO	%
Hombre	63	39.87
Mujer	82	51.9
No-binario	1	0.63
No disponible	12	7.59
EDAD MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	VALOR MIN – MAX
41.9	8.85	30-69
NACIONALIDAD	NÚMERO	%
Solo española	120	75.95
Mixta española - latinoamericana	10	6.33
Mixta española - europea	5	3.16
Latinoamericana	1	0.63
Otra	10	6.33
No disponible	12	7.59

El 76% habían completado el grado de medicina en España y un 16% en Latinoamérica. Si bien todos los encuestados se habían especializado en España, puesto que era un requisito para la inclusión en el estudio, la mayoría provenían de Madrid (25%), Cataluña (16%) o Andalucía (15%) [Tablas 2 y 3].

[Tabla 2] ¿En qué país cursó la carrera de Medicina?

PAÍS	NÚMERO	%
España	116	73.42
Latinoamérica	25	15.82
Otro país europeo	4	2.53
No disponible	13	8.23





¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



[Tabla 3] ¿En qué CCAA completó su formación MIR en MFyC?

CCAA	NÚMERO	%
Madrid	39	24.68
Cataluña	26	16.46
Andalucía	24	15.19
Castilla la Mancha	9	5.7
Aragón	8	5.06
Castilla y León	8	5.06
Euskadi	7	4.43
Asturias	6	3.8
Valencia	6	3.8
Murcia	4	2.53
Baleares	3	1.9
Extremadura	3	1.9
Galicia	2	1.27
Melilla	1	0.63
No disponible	12	7.59

La gran mayoría de los médicos encuestados se encontraban en la fase inicial de su trayectoria profesional (el 90% había completado la especialidad de MFyC en los últimos 12 años) y empezaron a considerar la posibilidad de emigrar al extranjero una vez finalizado el MIR. La [Tabla 4] muestra una creciente intención de emigrar conforme aumenta el contacto profesional con la atención primaria, lo cual vendría a sugerir que los principales motivos (factores “push” o disuasores) están relacionados con las condiciones y oportunidades laborales, y no tanto con los itinerarios formativos.

[Tabla 4] ¿Cuándo empezó a considerar la posibilidad de emigrar?

PERIODO	NÚMERO	%
Durante la facultad de medicina	18	11.39
Durante la formación MIR	59	37.34
Después de finalizar el MIR	69	43.67
No disponible	12	7.59

El 75% de los encuestados había emigrado en los últimos 7 años, principalmente a Reino Unido (28%), Francia (21%), Irlanda (18%) o Suecia (11%) (tablas 5 y 6). La mayoría (un 78%) se encontraba ejerciendo en atención primaria y un 12% en servicios de Urgencias o Emergencias. Entre un 10 y 11% de los encuestados había desarrollado una formación especializada adicional, eran docentes universitarios o tutores de estudiantes de medicina o de médicos residentes. Entre un 7 y 8% se dedicaban al ámbito de la investigación, la gestión de servicios sanitarios u otras especialidades diferentes a la MFyC. Un 28% combinaba diferentes roles profesionales de entre los expuestos anteriormente [Tabla 7].



[Tabla 5] ¿En qué año emigró?

PERIODO	NÚMERO	%
< 2009	16	10.13
2010-2014	23	14.56
2015-2019	70	44.3
> 2020	49	31.01

[Tabla 6] ¿En qué país trabaja actualmente?

PERIODO	NÚMERO	%
Reino Unido	45	28.48
Francia	33	20.89
Irlanda	29	18.35
Suecia	18	11.39
Alemania	6	3.8
Suiza	4	2.53
Otros*	23	14.56

*En esta categoría se incluyen países con menor representación (<3): Suiza, Portugal, Noruega, Andorra, Australia, Bielorrusia, Camerún, Canadá, Colombia, Emiratos Árabes, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, EEUU, Italia y Dinamarca.

[Tabla 7] ¿Cuál es su oficio actual?

PERIODO	NÚMERO	%
MFyC en Atención Primaria	108	68.35
MFyC en Servicios de Urgencias o Emergencias	19	12.03
MFyC con interés especial o especialización adicional	18	11.39
Tutor de estudiantes de medicina/docente universitario	18	11.39
Tutor de médicos residentes	17	10.76
Investigador	14	8.86
Otra especialidad	13	8.23
Gestor de Servicios Sanitarios	12	7.59
> 1 oficio	45	28.48

En la **[Figura 2]** se resumen los principales motivos por los cuales los MFyC encuestados decidieron emigrar de España. El 93% (147) reportó más de un factor, de los cuales predominan los de índole económico y laboral. El salario, la no retribución por algunas actividades profesionales (tales como la docencia, investigación o gestión), la inestabilidad laboral asociada a los contratos temporales, la excesiva carga de trabajo debido a la falta de personal, la insatisfacción con la gestión de la atención primaria, así como la falta de flexibilidad en el horario y las condiciones laborales fueron los principales motivos referidos por los MFyC encuestados. Al valorar la posible asociación entre los motivos de emigración y las características sociodemográficas de los encuestados, se observa que los profesionales más jóvenes eran más proclives a señalar la temporalidad (OR 0.94 [IC95%



0.90-0.98]) y la excesiva rigidez de los contratos laborales (OR 0.96 [IC95% 0.92-0.99]) como factores determinantes. Aquellos MFyC que habían emigrado hace menos de 7 años reportaron mayor insatisfacción con el salario (OR 3.41 [IC95% 1.56-7.46]), la carga de trabajo (OR 2.23 [IC95% 1.06-4.71]) y la gestión (OR 2.20 [IC95% 1.05-4.49]) en comparación con los MFyC emigrados antes del 2015. Los profesionales emigrados a RU y Suecia atribuyeron mayor relevancia a la falta de flexibilidad (OR 2.63 [IC95% 1.02-6.77] y 3.61 [IC95% 1.08-12.05], respectivamente), mientras que los MFyC en Francia e Irlanda mostraron mayor probabilidad de emigrar por motivos económicos (OR 3.64 [IC95% 1.12-11.85] y 5.63 [IC95% 1.41-22.48], respectivamente) [Tabla A1, Anexo 1].

[Figura 2] ¿Qué le hizo emigrar de España?



Tal y como se muestra en la [Tabla 8], aproximadamente un 50% (77) de los profesionales encuestados consideraría regresar a España si las condiciones laborales mejorasen, lo cual indica la importancia y el potencial de implementar políticas de retención y retorno dirigidas a MFyC. La intención de retorno no varió de forma significativa entre profesionales de distinto género, edad, nacionalidad, país de destino o por fecha de emigración [Tabla A2, Anexo 1].

[Tabla 8] ¿Consideraría volver a España a trabajar?

INTENCIÓN DE RETORNO	NÚMERO	%
Volvería si las condiciones laborales mejorasen	77	48.73
No, en absoluto	45	28.48
Sí, estoy planeando volver	27	17.09
No disponible	9	5.7

2. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA RETENCIÓN Y EL POSIBLE RETORNO DE MFyC A ESPAÑA

(Resultados de las entrevistas)

Entrevistamos a un total de 24 MFyC atendiendo a su diversidad de género, edad, país de residencia y oficio. De



¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



los cuatro grupos focales, uno estaba compuesto por MFyC ejerciendo en Reino Unido, otro por MFyC dedicados a la investigación y otros dos por MFyC ejerciendo en diversos países. Realizamos una entrevista triangular con dos MFyC ejerciendo en Suecia y dos entrevistas individuales con profesionales que reportaron combinar la labor asistencial con la docencia y la investigación. En las [Tablas B1-7, Anexo 2], se ofrece más información sobre la composición de los grupos y las características de los entrevistados.

Se identificaron los siguientes cuatro ámbitos de especial relevancia para la mejora de la retención y el retorno de profesionales:

2.1. Contratos laborales: estabilidad, flexibilidad y remuneración

Los MFyC entrevistados subrayaron la importancia de la estabilidad laboral para la adecuada práctica asistencial, la integración en el lugar de trabajo y la conciliación con la vida privada: *“para poder hacer nuestra profesión bien necesitas estabilidad. O sea, tú no puedes dar continuidad asistencial a un paciente si estás moviéndote en un sitio para otro cada dos por tres. Entonces, eso no sólo ya es un beneficio personal, de seguridad laboral, de saber que puedes tener cierta posibilidad de planificación familiar y de desarrollo personal, sino que además es que a la hora de hacer tu profesión tu necesitas cierta estabilidad para poder hacer buena medicina de familia. Si no, estás haciendo, pues eso, medicina de urgencia o medicina de un poco más de parches”* (MFyC B1.3 en RU).

Así mismo, valoraron poder *“elegir”* sus condiciones laborales, incluyendo dónde, cuándo y cuánto trabajar. La flexibilidad resultó clave para adaptar los contratos de trabajo a las circunstancias específicas (y cambiantes) de cada MFyC y permitirles compaginar diferentes ambiciones e intereses profesionales (tales como la docencia, la gestión, la investigación o formaciones adicionales con la práctica asistencial).

El salario también se destacó como un incentivo relevante, y muestra de un mayor reconocimiento profesional. Los MFyC valoraron no tener que hacer guardias u horas extra para alcanzar un ingreso satisfactorio, y que la asunción de responsabilidades adicionales (p. ej., docencia a residentes y a estudiantes, la provisión de servicios o técnicas adicionales, participación en investigación) estuviera incentivada con una retribución económica tanto al profesional como al centro de salud.

“Bueno, aquí para empezar, el médico de familia es el especialista con más estatus, diría de todos. O sea, es el especialista que más cobra. Se tiene en cuenta que es el que más abarca y el que más conocimientos tiene. [...] o sea, no partimos de la base de que el médico de familia está abajo porque primaria está en la base, sino que es arriba, es el especialista más amplio y por lo cual el sueldo es bastante más alto que cualquier especialista. O sea, y el resto los saben... O sea, muchas veces mandan [los pacientes] a primaria, no porque los protocolos del hospital digan que hasta aquí, sino simplemente porque nosotros somos los únicos capaces de compactar todo lo del paciente y ser capaces de hacer el seguimiento de todo” (MFyC B5.2 en Suecia).

2.2. Condiciones laborales: disponibilidad de tiempo y capacidad resolutive

Los MFyC entrevistados resaltaron la importancia de disponer de suficiente tiempo en consulta, incluida la posibilidad de adaptar la duración de las citas a las necesidades y características específicas de cada paciente. Ello parecía contribuir a una mayor calidad asistencial y satisfacción laboral: *“de estar viendo todos los días 40, 50 pacientes por día, aquí estás viendo a 15... cada paciente tiene mínimo 15 minutos o incluso a veces media hora”* (MFyC B2.4 en Irlanda). Así mismo, valoraron tener tiempo reconocido (y protegido) en su agenda para tareas no asistenciales, tales como la enseñanza, la formación





¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



profesional o el trabajo administrativo (revisar resultados, recetas, derivaciones, etc.): *“sobre todo para mí, lo fundamental es el tema de la agenda, de que todo lo que signifique docencia, todo lo que signifique algo de trabajo está dentro. No te tienes que quedar como en España horas extra [...] si te actualizan el sistema informático y tienes que hacer un curso [...], te lo ponen en horario de trabajo”* (MFyC B5.1 en Suecia).

También se destacó la necesidad de aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria mediante la ampliación de los equipos, fortaleciendo la coordinación con el segundo nivel asistencial (p. ej., línea directa con especialistas hospitalarios, reuniones periódicas para la presentación y discusión de casos) y aumentando el acceso a pruebas y tratamientos complementarios con protocolos (consistentes y de fácil acceso) sobre cómo (y cuándo) solicitarlos:

“aquí se deriva muy poco a los especialistas. O sea, es verdad que a lo mejor tienes una hora o tienes 40 minutos por paciente, pero que yo estoy, o sea, estás viendo diagnósticos y seguimientos de patologías que a lo mejor en primaria en España no ves. [...] Hay veces que según dónde sea en España por ejemplo no [...] puedes pedir una resonancia [...] entonces no puedes hacer ni siquiera un diagnóstico. En cambio, aquí yo tengo los protocolos que es la salvación... y miras pues qué requisitos tienes antes de mandar a un paciente, qué le tienes que pedir a dónde tiene que ir”. “Diría que el 80% de las patologías se ven en atención primaria o más [...] Luego tenemos la facilidad de llamarles [a los especialistas hospitalarios]. Tienen un espacio de una hora cada día donde uno puede llamar, discutir pacientes con ellos y luego, si quieres algo muy urgente puedes llamar al que está de guardia y te contestan encantados. Esporádicamente, porque está todo muy claro” (MFyC B3.2 en Suecia).

2.3. Desarrollo profesional: formación, docencia e investigación

La formación médica continuada fue considerada condición de calidad y de prestigio para la atención primaria. Los MFyC entrevistados destacaron la importancia de incentivar y exigir una adecuada capacitación profesional con recursos, tiempo y sistemas de reacreditación. Además de la formación reglada, se valoraron los espacios de reflexión y de aprendizaje entre pares, así como tutorías para explorar y promover las inquietudes de cada profesional: *“La oportunidad de sentarte con uno de tus colegas que tiene más experiencia, que conoce otras cosas, decirle lo que te pasa, cómo te ves tú profesionalmente, a dónde quieres ir. Aparte de que ellos se aseguran de que obviamente eres competente, pero aparte de eso, es como una oportunidad”* (MFyC B1.2 en RU).



Aquellos MFyC con vocación (y trayectoria) docente e investigadora reconocieron la importancia de aumentar la presencia de la MFyC en las facultades de medicina, así como la colaboración con los especialistas hospitalarios en la impartición de asignaturas clínicas: *“Y yo creo que hay una diferencia muy grande y es que la enseñanza de la medicina, ya desde los primeros años, la llevan médicos de familia, entonces no es esto de que a ti sólo te da el cardiólogo cardiología.*

No, no, es que si tienes que hacer auscultación o si tienes que hacer un examen neurológico, te lo enseña un médico de familia que trabaja para la universidad, que también es clínico y que también tiene su programa de investigación o que hace sus cosas” (MFyC B4.3 en Australia). La participación de MFyC en la enseñanza de grado se consideró que contribuía a promover la especialidad entre los estudiantes, otorgarle prestigio y fortalecer los vínculos con el segundo nivel asistencial. En cuanto a la formación práctica, se destacó la importancia de configurar redes de centros de salud universitarios donde los estudiantes pudieran rotar, con incentivo a los profesionales y centros docentes implicados.



¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



Los MFyC entrevistados señalaron también la necesidad de disponer de financiación específica y departamentos universitarios de atención primaria multidisciplinares para iniciarse en la investigación: *“Lo fundamental es el papel que tiene la atención primaria en la academia. Aquí se pueden hacer doctorados en las cuatro facultades de Medicina que todas tienen departamento de Atención Primaria [...] y además el colegio de médicos tiene como una bolsa de fondos con becas especiales solo para los que quieran hacer doctorados de medicina de familia, porque si no es muy difícil entrar por las becas del hospital”* (MFyC B6 en Noruega). Que la investigación estuviera comprendida en la jornada laboral y, por tanto, remunerada fue también considerado un factor determinante: *“todo eso lo haces en tu jornada laboral, no como siempre lo hemos hecho en España, que es que tú tienes por un lado tu jornada laboral y luego tienes que sacar tiempo extra si quieres hacer un máster, si quieres hacer la tesis, si quieres hacer un curso, si quieres hacer lo que quieras. Aquí no, aquí tienes tu contrato con todo incluido”* (MFyC B4.1 en RU).

2.4. Participación en la innovación y gestión de los servicios

Los MFyC entrevistados destacaron la importancia de tener cierto grado de autonomía a nivel de centro de salud para gestionar su funcionamiento y organización interna en lo relativo, por ejemplo, a la distribución de tareas o la priorización de programas e intervenciones. Se consideró que ello contribuía a mejorar la adecuación de los centros a las necesidades y poblaciones locales, y a fomentar el sentido de pertenencia e implicación de sus profesionales: *“para mí es determinante el hecho de tener la libertad de poder gestionar, de tener un poder de decisión sobre mi trabajo, sobre cómo lo queremos hacer, sobre la filosofía del centro de salud, todo eso para mí es fundamental. Ya no puedo renunciar a eso”* (MFyC B3.4 en Bélgica).



Aquellos MFyC implicados en la gestión y la política sanitaria destacaron la importancia de poder combinarlo con la práctica asistencial, a fin de garantizar modelos de gestión más receptivos y responsables para con las necesidades y demandas de sus profesionales: *“que la gestión la hagan clínicos, que ahí, mientras hacíamos la residencia en Madrid solíamos decir ‘bueno, es que estos nunca han estado en la trinchera y si estuvieron en un momento ya no se acuerdan’. Es que aquí están trabajando en la clínica, son profesionales sanitarios que son clínicos”* (MFyC B1.5 en RU).

También se señaló la importancia de disponer de (y participar en) órganos de representación consolidados y fortalecidos que velen y aboguen por los intereses de la MFyC (colegios, sociedades científicas, sindicatos, comités de atención primaria, think tanks, entre otros). Destacaron su responsabilidad y potencial para sensibilizar a la ciudadanía, incidir en los medios de comunicación e informar (o cuestionar) las políticas sanitarias en el mejor interés de la atención primaria y el sistema sanitario: *“Hay muchos cuerpos de colegios de médicos de familia, y que son lobbies, o sea que tienen una función, que ejercen presión para mejorar el sistema de atención primaria. El Royal College of GPs, LMC, BMA, etc. tienes muchas entidades que, desde el punto de vista legal, pero también desde el punto de vista profesional digamos que [...] velan por la medicina de familia y eso me parece vital”* (MFyC B1.3 en RU); *“Yo creo que el papel tan, tan fuerte que tiene, tanto en este país como en el Reino Unido, el Colegio de Médicos de Familia, o sea, es una cosa que es que lo ves en la prensa, lo ves...”* (MFyC B4.3 en Australia).



¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los principales motivos por los cuales los MFyC encuestados emigraron de España son el salario, la no retribución por algunas actividades profesionales (tales como la docencia, investigación o gestión) y su difícil conciliación con la asistencia, la inestabilidad laboral asociada a los contratos temporales, la excesiva carga de trabajo debido a la falta de personal, la insatisfacción con la gestión de la atención primaria, así como la falta de flexibilidad de los contratos laborales.
- Aproximadamente un 50% de los profesionales encuestados consideraría regresar a España si las condiciones laborales mejorasen, lo cual revela la importancia y el potencial de implementar políticas de retención y retorno eficaces dirigidas a MFyC.
- Se identifican las siguientes recomendaciones para la mejora del prestigio de la especialidad y la retención y el retorno de MFyC a España:
 - ✦ Contratos laborales que garanticen la vinculación de MFyC a centros de salud de referencia de forma indefinida, la adecuación a sus intereses e inquietudes profesionales y una suficiente y proporcionada remuneración.
 - ✦ Condiciones laborales que permitan disponer de tiempo suficiente para atender a los pacientes y conciliar la labor no asistencial (trabajo administrativo, actividades comunitarias, docencia, investigación, gestión).
 - ✦ Mejora de la capacidad resolutoria de la atención primaria mediante la ampliación de los equipos, el acceso a pruebas y tratamientos complementarios con indicación protocolizada y el fortalecimiento de la coordinación con el segundo nivel asistencial.
 - ✦ Estrategias de desarrollo profesional destinadas a incentivar la formación médica continuada, incluyendo los espacios de reflexión y aprendizaje entre pares, la investigación en atención primaria y la implicación transversal de la MFyC en la formación de los estudiantes de medicina y médicos residentes.
 - ✦ Promoción de la participación y mayor autonomía de MFyC en la innovación y la gestión del funcionamiento y la organización interna de los centros de salud.
 - ✦ Fortalecimiento de los órganos de representación en pro de la MFyC y la atención primaria (colegios de médicos de familia, sociedades científicas, sindicatos, comités de atención primaria, *think tanks*, entre otros).

ANEXO 1. RESULTADOS DEL ANÁLISIS MULTIVARIANTE

[Tabla 1A] Distribución de los principales motivos de emigración según las características sociodemográficas de los MFyC encuestados

	ECONOMICO		FALTA DE ESTABILIDAD		CARGA DE TRABAJO		MALA GESTION		FALTA DE FLEXIBILIDAD	
	OR (95% CI)	OR (95% CI)*	OR (95% CI)	OR (95% CI)*	OR (95% CI)	OR (95% CI)*	OR (95% CI)	OR (95% CI)*	OR (95% CI)	OR (95% CI)*
Género										
Hombre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mujer	0.56 (0.20-1.04)	0.45 (0.18-1.14)	1.67 (0.82-3.41)	1.47 (0.67-3.23)	0.75 (0.37-1.55)	0.73 (0.34-1.57)	0.59 (0.30-1.16)	0.60 (0.29-1.22)	0.95 (0.49-1.83)	0.82 (0.41-1.66)
Edad										
	1.04 (0.99-1.09)	1.07 (1.01-1.15)	0.94 (0.90-0.98)	0.95 (0.90-0.99)	0.99 (0.95-1.03)	1.01 (0.96-1.06)	1.01 (0.97-1.05)	1.02 (0.97-1.07)	0.96 (0.92-0.99)	0.96 (0.92-1.01)
Nacionalidad										
Española	2.07 (0.56-7.60)	2.40 (0.55-10.40)	1.19 (0.33-4.30)	1.43 (0.35-5.80)	1.33 (0.37-4.84)	1.99 (0.50-8.02)	2.63 (0.73-9.46)	2.63 (0.68-10.12)	1.05 (0.30-3.63)	1.08 (0.29-4.00)
Española-mixta	1.57 (0.29-8.42)	2.16 (0.31-15.24)	3.71 (0.54-25.59)	5.17 (0.66-40.56)	1.14 (0.22-5.84)	1.67 (0.28-9.85)	2.00 (0.41-9.84)	2.11 (0.39-11.54)	1.05 (0.22-5.00)	1.27 (0.24-6.82)
Otra	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
País										
RU	1.44 (0.56-3.69)	2.75 (0.86-8.76)	2.00 (0.72-5.59)	3.43 (1.00-11.76)	0.46 (0.18-1.23)	0.56 (0.19-1.66)	1.64 (0.66-4.06)	2.10 (0.75-5.91)	2.63 (1.02-6.77)	2.98 (1.04-8.50)
Francia	3.64 (1.12-11.85)	2.40 (0.63-9.20)	0.77 (0.28-2.20)	1.21 (0.38-3.84)	1.17 (0.28-3.54)	0.99 (0.29-3.34)	2.10 (0.78-5.63)	1.69 (0.56-5.08)	1.50 (0.54-4.14)	1.46 (0.48-4.41)
Irlanda	5.63 (1.41-22.48)	6.97 (1.22-39.62)	0.54 (0.19-1.50)	0.88 (0.26-2.97)	0.71 (0.24-2.10)	0.70 (0.21-2.41)	1.48 (0.54-4.02)	1.58 (0.50-5.01)	1.41 (0.49-4.04)	1.49 (0.47-4.77)
Suecia	2.28 (0.61-8.45)	4.39 (0.87-22.08)	1.75 (0.46-6.59)	3.80 (0.68-21.14)	1.31 (0.34-5.06)	2.79 (0.50-15.74)	1.50 (0.47-4.76)	2.23 (0.60-8.30)	3.61 (1.08-12.05)	4.03 (1.06-15.24)
Otros	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Año de emigración										
Pre2015	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Post2015	3.41 (1.56-7.46)	7.52 (2.35-24.09)	1.44 (0.68-3.06)	1.72 (0.60-4.92)	2.23 (1.06-4.71)	2.31 (0.88-6.06)	2.20 (1.05-4.49)	2.66 (1.04-6.85)	1.33 (0.63-2.78)	1.27 (0.50-3.26)

OR Odds Ratio; RU Reino Unido; *OR ajustada por el resto de variable sociodemográficas incluidas en la tabla.



¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



[Tabla 2A] Intención de retorno según las características sociodemográficas de los MFyC encuestados

	INTENCION DE RETORNO	
	OR (95% CI)	OR (95% CI)*
Género		
Hombre	1	1
Mujer	2.04 (0.96-4.35)	1.95 (0.87-4.38)
Edad		
	0.97 (0.93-1.01)	0.98 (0.93-1.03)
Nacionalidad		
Española	1.06 (0.28-4.02)	0.87 (0.21-3.61)
Española-mixta	2.22 (0.36-13.54)	2.09 (0.30-14.42)
Otra	1	1
País		
RU	3.27 (0.99-10.77)	5.92 (1.52-22.97)
Francia	0.63 (0.21-1.88)	0.79 (0.24-2.62)
Irlanda	1.47 (0.46-4.73)	1.50 (0.42-5.40)
Suecia	1.73 (0.46-6.47)	1.64 (0.41-6.57)
Otros	1	1
Año de emigración		
Pre2015	1	1
Post2015	1.29 (0.52-3.20)	1.93 (0.62-6.04)

OR Odds Ratio comparando aquellos que regresarían si las condiciones mejorasen con aquellos sin intención de regresar (categoría de referencia); RU Reino Unido; *OR ajustada por el resto de variable sociodemográficas incluidas en la tabla.



¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



ANEXO 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS

[Tabla B1] Entrevista grupal con MFyC ejerciendo en Reino Unido

PARTICIPANTE	GÉNERO	EDAD	PAÍS	ROL Y OFICIO ACTUAL	AÑO DE EMIGRACIÓN
B1.1	Mujer	30-35	RU	Asalariada en AP	> 2020
B1.2	Mujer	30-35	RU	Asalariada en AP , cursando un programa de formación remunerado	2015-2020
B1.3	Mujer	40-45	RU	Asalariada en AP, implicación en gestión	2015-2020
B1.4	Hombre	50-60	RU	MFyC socio/propietario del CS	< 2010
B1.5	Mujer	30-35	RU	Asalariada en AP, cursando un programa de formación remunerado	> 2020

[Tabla B2] Entrevista grupal con MFyC ejerciendo en múltiples países

PARTICIPANTE	GÉNERO	EDAD	PAÍS	ROL Y OFICIO ACTUAL	AÑO DE EMIGRACIÓN
B2.1	Hombre	35-40	Irlanda	MFyC independiente/ sustituto	2010-2015
B2.2	Hombre	30-35	RU	MFyC independiente/ sustituto	> 2020
B2.3	Hombre	40-50	Francia	MFyC socio/propietario del CS	2015-2020
B2.4	Mujer	35-40	Irlanda	Asalariada en AP	> 2020
B2.5	Mujer	30-35	Alemania	MFyC con interés o especialización adicional	2015-2020
B2.6	Hombre	30-35	Francia	Asalariado en AP y MFyC en urgencias	> 2020
B2.7	Mujer	30-35	Canadá	MFyC dedicada a la investigación	> 2020

[Tabla B3] Entrevista grupal con MFyC ejerciendo en múltiples países

PARTICIPANTE	GÉNERO	EDAD	PAÍS	ROL Y OFICIO ACTUAL	AÑO DE EMIGRACIÓN
B3.1	Hombre	50-60	Francia	MFyC socio/propietario del CS	>2020
B3.2	Hombre	35-40	Suecia	Asalariado en AP, tutor de estudiantes y residentes	>2020
B3.3	Hombre	30-35	Suiza	MFyC con interés o especialización adicional	2015-2020
B3.4	Mujer	40-45	Bélgica	MFyC socia/propietaria del CS, tutora de estudiantes y residentes	2010-2015



¿POR QUÉ EMIGRAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA?



[Tabla B4] Entrevista grupal con MFyC ejerciendo en investigación

PARTICIPANTE	GÉNERO	EDAD	PAÍS	ROL Y OFICIO ACTUAL	AÑO DE EMIGRACIÓN
B4.1	Mujer	45-50	RU	MFyC compaginando asistencia e investigación	2015-2020
B4.2	Mujer	40-45	Luxemburgo	MFyC dedicada a la investigación	2010-2015
B4.3	Hombre	30-35	Australia	MFyC dedicado a la investigación	2015-2020
B4.4	Mujer	35-40	RU	MFyC dedicada a la investigación	2015-2020

[Tabla B5] Grupo triangular con MFyC ejerciendo en Suecia

PARTICIPANTE	GÉNERO	EDAD	PAÍS	ROL Y OFICIO ACTUAL	AÑO DE EMIGRACIÓN
B5.1	Mujer	35-40	Suecia	Asalariada en AP, tutora de estudiantes y residentes	2015-2020
B5.2	Mujer	30-35	Suecia	Asalariada en AP, tutora de estudiantes y residentes	2015-2020

[Tabla B6] Entrevista individual a MFyC ejerciendo en investigación y docencia

PARTICIPANTE	GÉNERO	EDAD	PAÍS	ROL Y OFICIO ACTUAL	AÑO DE EMIGRACIÓN
B6	Mujer	40-50	Noruega	MFyC dedicada a la investigación, docente y experiencia asistencial en AP en Noruega	< 2010

[Tabla B7] Entrevista individual a MFyC combinando clínica, investigación y docencia

PARTICIPANTE	GÉNERO	EDAD	PAÍS	ROL Y OFICIO ACTUAL	AÑO DE EMIGRACIÓN
B7	Mujer	35-40	Suecia	Asalariada en AP, compagina con la investigación, tutora de estudiantes y residentes	2015-2020