



**PLAN PARA LA MEJORA DE LA
PROFESIÓN MÉDICA Y LA
ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA
MUD 2020**



Preámbulo.

La Asociación de Médicos Unidos por sus Derechos (MUD) nació el pasado abril con un objetivo claro: mejorar las condiciones laborales de los médicos españoles y así poder ofrecer una mejor asistencia sanitaria a todos los ciudadanos.

Con ese objetivo propusimos unir las voces del mayor número de médicos de nuestro país para transformar las quejas en reclamos, compartir con la sociedad las condiciones precarias de los médicos que a diario repercuten en su salud y ejercer de altavoz en la comunicación con la autoridad en materia de derechos laborales del colectivo y su papel en la sanidad de este país.

Aportamos este documento reflejo de las propuestas directas de los médicos de este país. Profesionales dedicados principalmente a una labor asistencial, en contacto directo con la población y que bien conocen las necesidades sanitarias de cada centro, hospital y departamento.

Tras la realización de la Encuesta Nacional de MUD en la que participaron 3000 médicos de toda España, los objetivos de nuestra asociación han quedado definidos y se exponen a continuación.



MEDIDAS PARA LA EXCELENCIA SANITARIA Y ESTATUTO DEL MÉDICO

Desde nuestra asociación estamos trabajando para que todas las medidas que a continuación presentamos se recojan en la redacción de una ley estatal (“Estatuto del Médico”) que proteja nuestras condiciones laborales particulares y ponga soluciones definitivas a las irregularidades sufridas por nuestro colectivo hasta el momento: la estabilidad profesional del médico será garantía para la excelencia en la atención sanitaria. Para ello, hemos abierto una línea de comunicación con los diferentes grupos parlamentarios a nivel nacional para la creación de un grupo de trabajo entre legisladores y profesionales médicos.

Prioridades:

1. Ampliación de las plantillas de médicos del Sistema Nacional de Salud ajustándose a la demanda real, con ratio objetivo de 4.0 médicos por 1000 habitantes.
2. Consolidación directa en base a méritos de todos aquellos médicos que lleven más de 2 años en su puesto de trabajo como eventuales/interinos mediante la creación de plazas de personal estatutario fijo.
3. Procesos selectivos de personal (OPEs) con periodicidad anual, que comprenda el 100% de la tasa de reposición y plazas de nueva creación ajustadas al ratio europeo.
4. Equiparación al alza del sueldo base entre CCAA y a la media europea.
5. Cómputo del tiempo de las jornadas de atención continuada a efectos de tiempo trabajado para la jubilación.
6. Promoción de la autonomía de los médicos dentro del sistema privado de salud: independencia a la hora de fijar los honorarios.



1. MEDIDAS RELATIVAS A LOS TIPOS DE CONTRATO Y DERECHOS LABORALES: CONSTITUCIÓN DE LA “LEY DEL ESTATUTO DEL MÉDICO”.

1.1. Consolidación masiva con carácter urgente mediante proceso selectivo de personal basado en un concurso de méritos en los que prime el tiempo trabajado para dar solución a la situación de alta tasa contratación de larga temporalidad o la concatenación de contratos cortos durante largos periodos de tiempo que afectan a nuestro colectivo desde hace décadas.

1.2 Procesos selectivos de personal (OPEs) con periodicidad anual, que comprenda el 100% de la tasa de reposición y plazas de nueva creación ajustadas al ratio europeo.

1.3. Gestión transparente y eficaz de las bolsas de empleo, y creación de bolsa de trabajo nacional con baremo modificado y requisitos de transparencia.

(Desarrollo de las peticiones 1.1, 1.2 y 1.3: Según el Estatuto de los Trabajadores (ET) no es legal mantener con contratos temporales a un trabajador durante un periodo superior a dos años. En la profesión médica, está ampliamente establecida la sistemática de encadenar contratos precarios y temporales durante mucho más tiempo que el establecido por Ley, sin que se persiga este hecho en ningún caso, y dejando desamparado al médico, que con suerte encontrará la estabilidad laboral necesaria para poder asentar su vida personal ya avanzada la vida adulta.

En MUD exigimos por Ley de una periodicidad mínima anual de Oferta Pública de Empleo (OPE), en la que se cubran, tanto las bajas, jubilaciones como los traslados, con una tasa de reposición que tenga en cuenta la jubilación masiva que está por llegar. En otros sectores como el de Educación, la convocatoria se realiza sistemáticamente cada 1 o 2 años, mientras que en el sector sanitario médico pueden pasar hasta 8 y 10 años sin convocarse plazas, lo que ha dejado a más de ocho generaciones de médicos sin la oportunidad de consolidar su puesto de trabajo.)

1.4. Declaración del ejercicio de la medicina como profesión de riesgo.

(Desarrollo de la petición: Durante la pandemia COVID-19, y en lo que respecta al ejercicio de la medicina, se han incumplido en los centros sanitarios todos y cada uno de los epígrafes que se pueden leer en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).



Este es solo uno de los ejemplos más sangrantes a los que los médicos tenemos que hacer frente en la práctica clínica diaria, sabiéndonos responsables directos de la suerte de los pacientes, trabajamos en un entorno hostil por los riesgos de exponernos sin medios tanto a la enfermedad que intentamos curar, como a los pacientes que intentamos ayudar que, en muchas ocasiones, también experimentan los efectos de la precariedad y presión de la asistencia sanitaria con la persona más inmediata, nosotros.

Dado que no se han llevado a cabo las correcciones necesarias para cumplir la Ley para la seguridad de los médicos en su puesto de trabajo, la Medicina debería ser considerada como oficio de riesgo, a todos los efectos oportunos, e insistimos en el incumplimiento, tanto previo como concomitante a la COVID-19, de muchas de las situaciones que en la LPRL se detallan.

Recordamos que durante la crisis sanitaria han fallecido por COVID-19 más de 100 sanitarios, siendo el 60% médicos, la profesión más castigada por el riesgo inherente a su actividad diaria y aún no se considera la enfermedad por SARS-COV-2 enfermedad profesional para nuestro colectivo. Urge un cambio en esta consideración.

1.5. Blindaje de los contratos a médicas embarazadas y máximo fomento de la conciliación familiar.

(Desarrollo de la petición: Aplicación real del estado de “situación protegida” a médicas embarazadas, con medidas de vigilancia efectiva y penalización para los hospitales que atenten contra la conciliación familiar, o no la respeten. Las médicas embarazadas sufren unas condiciones laborales diarias de estrés, bipedestación constante durante más de 7 horas seguidas y largos periodos de tiempo sin descansar, deshidratación oral y exposición física a agentes teratogénicos como radiación, medicaciones inhaladas, infecciones, impactos físicos por pacientes, acompañantes y gestos quirúrgicos rudos.

Todo ello conlleva un riesgo de acortamiento cervical, hipertono uterino, desprendimiento de placenta, amenaza de aborto, hipertensión y potencial preeclampsia, retraso de crecimiento intrauterino y síncope vasovagal recidivante en contexto de bipedestación y compresión de vena cava inferior. La administración debe vigilar el estricto cumplimiento de la protección laboral y la facilitación de la conciliación de la vida familiar. Se facilitará la incapacidad temporal con retribuciones íntegras desde el inicio del embarazo a toda médica que así lo desee o, en su defecto, medidas de flexibilización de la jornada.)

Establecimiento de medidas efectivas que promocionen y protejan la conciliación familiar independientemente del tipo de contratación del profesional médico.

1.6. Derecho efectivo de huelga.

(Desarrollo de la petición: se trata de un derecho fundamental que, tal y como estamos presenciando durante la huelga convocada por los médicos residentes de la Comunidad de Madrid, no queda garantizado. Los médicos deben disponer, al igual que el resto de trabajadores, de los derechos más básicos de los ciudadanos españoles.)



1.7. Carrera profesional efectiva y computable desde el inicio de la formación sanitaria especializada del Médico Interno Residente (MIR).

(Desarrollo de la petición: los años que el médico dispone formándose son años en los que también se trabaja, en muchas ocasiones, a un ritmo superior al correspondiente a un contrato de “formación”.

Los años trabajados durante la residencia deberían computar igualmente para carrera profesional, para ahorrar perjuicio con respecto a otros profesionales que, durante ese periodo, ya contabilizan experiencia profesional.)

1.8. Garantía del derecho de excedencia en el puesto de trabajo.

(Desarrollo de la petición: Debe garantizarse el derecho de excedencia para todos los contratos de duración superior a un año.)

2. MEDIDAS RELATIVAS A LAS CONDICIONES DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

2.1. Ampliación inmediata de todas las plantillas de médicos del Sistema Sanitario Español ajustándose a la demanda real, con ratio objetivo de 4.0 médicos por 1000 habitantes.

(Desarrollo de la petición: En los próximos 13 años, se prevé una jubilación masiva que alcance los 70.000 médicos en España. El propio Ministerio de Sanidad publicó hace menos de un año el estudio de “Estimación de la oferta y demanda de especialistas médicos”. Se explica, como puede intuirse, que la oferta es eminentemente inelástica, pues tardamos en formar a un médico entre 10 y 12 años. Es decir, sin una previsión y un plan estructurado previo, a 12 años vista, no puede aumentarse el número de médicos disponibles, lo que significa que en España, ya llegamos tarde a subsanar la carencia de especialistas que se avecina.

A partir de un déficit global actual (2018), estimado en el 2,9%, el último modelo publicado por el Ministerio de Sanidad en enero de 2019 predice que en 2020 el déficit será superior al 5%. Posteriormente, a partir de 2025, este déficit de especialistas se estabilizará y se mantendrá deficitario en torno a cifras del 12% entre 2025 y 2030. Según el último informe de la ONU (*World Health Statistics*) existen 38,7 médicos por cada 10.000 personas en España, aunque como veremos, este dato no es homogéneo entre las distintas comunidades autónomas (CCAA). En la Comunidad Valenciana, existen 3 médicos / 1000 habitantes. La ratio apropiada para garantizar una asistencia mínima de calidad en este país sería de 4.0 médicos por cada 1000



habitantes, reflejando con ello la necesidad de un aumento del 30% de las plantillas en función de la ratio particular actual.¹

En la actualidad, la media de tiempo que dispone un médico en la asistencia de sanidad pública es de 7 minutos por paciente, lo que unido al déficit de profesionales médicos, genera un aumento de las listas de espera peligroso para los pacientes, y una disminución de la eficiencia para el sistema.

Desde MUD proponemos un ratio objetivo de 4.0 médicos por cada 1000 habitantes. Esto debe conseguirse a través de la fidelización y la regulación de las condiciones laborales de los médicos eventuales e interinos, regularización de los contratos “basura”, endurecimiento para los contratos en fraude de ley, etc. Tal y como muestra el último informe del ministerio, el déficit y la mala distribución de profesionales en las distintas CCAA pueden explicarse por las malas condiciones laborales que hacen poco atractivos determinados puestos dentro de la sanidad. Cada departamento de Salud de la comunidad debería ser evaluado por una auditoría externa que refleje objetivamente el número de médicos con contratos fijos, así como establecerse un registro de especialistas nacional, con lo que se pueda hacer una estimación veraz de las necesidades en cada especialidad. Si la información se obtiene desde los propios servicios siempre existirá un sesgo. Es urgente determinar por departamento de Salud la ratio de especialistas por habitante y Servicio. Una vez determinados, vía auditoría externa, las ratios de especialista por departamento de salud, aumentar proporcionalmente las plazas en esas áreas en concreto. Siempre teniendo en cuenta las necesidades de cada área y sus demandas concretas.)

2.2. Establecimiento de mayor tiempo mínimo por consulta y otros procesos.

(Desarrollo de la petición: Según el modelo actual de distribución de las citas a los pacientes, podemos afirmar que los médicos cuentan con unos tiempos muy reducidos para realizar un proceso complejo como es la realización de una adecuada historia clínica, que consta de anamnesis, diagnóstico, el correspondiente tratamiento y la información al paciente. Todo ello sin tener en cuenta incidencias de la práctica clínica diaria que entorpecen la tarea, retrasándola ineludiblemente.

Es por ello que, para poder cumplir con su jornada, acuciados por el burn-out, las quejas de los pacientes demandantes y la presión por parte del gerente, en muchos casos terminan haciendo de meros administrativos, cediendo a exigencias no justificadas de los pacientes, que pueden poner en peligro su salud y que, además, generan aún más gasto sanitario a medio plazo y un mayor engrosamiento de las listas de espera.

Desde MUD proponemos el establecimiento de unos tiempos mínimos por consulta, especialmente en los servicios de Atención Primaria, la puerta de entrada a la asistencia sanitaria y la mejor herramienta de la que dispone el sistema para aumentar su eficiencia.

2.3. Consolidación de la figura del médico como autoridad pública en caso de agresión/amenazas en todo el ámbito estatal, independientemente del



ámbito de su ejercicio (público o privado), cuando se halle en el ejercicio de las funciones de su cargo.

2.4. Persecución efectiva de los agresores y medidas para combatir amenazas y coacciones.

(Desarrollo de la petición: En los últimos años hemos asistido a un incremento de agresiones y amenazas a médicos en el ejercicio de sus funciones por parte de los pacientes. Desde el nacimiento de MUD, hemos denunciado este hecho sistemáticamente, que atenta contra la figura del médico y perjudica su imagen de cara a la sociedad. Establecemos que deberían aportarse las herramientas necesarias por parte de la Administración para que los profesionales médicos puedan ejercer sus funciones con las mayores garantías de seguridad.)

2.5. Establecimiento de límites máximos de jornada dedicada a la atención directa del paciente.

(Desarrollo de la petición: para poder dedicar el tiempo necesario a labores tan imprescindibles como asuntos relacionados con la documentación clínica, realización de informes, autogestión de agendas, reuniones con el resto de los miembros del equipo y jornadas de teletrabajo. Estas labores son indispensables para el correcto funcionamiento del sistema sanitario, y solo pueden ser realizadas por el médico. Estas horas no se incluyen en la agenda diaria de los médicos, siendo ésta con dedicación exclusiva a la atención asistencial directa del paciente, acarreando o bien la realización de horas extras, o bien la disminución del tiempo dedicado al paciente para realizar estas otras actividades.

Las horas dedicadas a investigación deberían incluirse igualmente dentro de la jornada laboral pues en la actualidad la investigación en medicina se desarrolla prácticamente en la totalidad de los casos fuera del horario laboral impidiendo la conciliación familiar. .)

2.6 Articulación de los mecanismos administrativos y de digitalización para la reducción significativa de la burocracia en la vida laboral del médico.

Desarrollo de la petición: Según un informe publicado en Medscape la burocracia genera más burn-out que la realización de horas extra.² El tiempo dedicado a la realización de labores burocráticas a la semana es mayor a 10 horas en el 65% de los profesionales. Estas labores, que podrían automatizarse o ser llevadas a cabo por otros profesionales, disminuyen significativamente la calidad de la atención dedicada al paciente.³ Debe articularse un plan de medidas y de inversión para la disminución de la burocracia en la atención médica.



3. MEDIDAS RELATIVAS A LA ATENCIÓN CONTINUADA.

3.1. Instauración de un descanso obligatorio de mínimo 48 horas tras cada jornada de 24h de atención continuada. // Cumplimiento estricto del máximo semanal de 48 horas trabajadas.

(Desarrollo de la petición: La base de la productividad del médico radica en el descanso.. Realizamos turnos de 24 horas seguidas que suponen la extenuación de nuestras capacidades físicas y mentales. Teniendo en cuenta que se trata de tres jornadas laborales en una, se deberían librar como mínimo 2 días para el descanso (al igual que ya se aplica a otros compañeros con horarios de guardias) y no las escasas 24 horas que estamos librando en la actualidad, y que aún cuesta trabajo respetar en muchos centros, poniendo en peligro gravemente la salud de los pacientes por las precarias condiciones y el agotamiento general al que se nos somete que, indiscutiblemente, merma nuestras facultades.)

3.2. Cómputo del tiempo de las jornadas de atención continuada a efectos de tiempo trabajado para la jubilación.

(Desarrollo de la petición: En la actualidad, las horas de guardia no cotizan a la Seguridad Social (SS), y no constituyen tiempo productivo para la jubilación, puesto que se trata de horas adicionales (extra) a la jornada ordinaria y el importe de las mismas supera el tope máximo de cotización establecido, alcanzando además su tramo fiscal hasta el 45% en el IRPF.

Este sistema de fiscalidad que se nos aplica es discriminatorio para nuestro colectivo, con injustas retenciones, debido al componente de progresividad, que no reflejan el esfuerzo y las horas de trabajo que implican

3.3. Cómputo de las jornadas localizadas como tiempo trabajado a efectos de prestación por desempleo, cotización y jubilación.

(Desarrollo de la petición: los médicos que realizan guardias en la modalidad de localizada se ponen a disposición de sus centros de trabajo durante todo el tiempo que dura la jornada extraordinaria, teniendo que realizar funciones de “teletrabajo” en gran cantidad de ocasiones e incluso acudir al centro sanitario correspondiente en muchos casos. Durante la actual pandemia por COVID-19 estamos asistiendo a un cambio de paradigma en el modelo de trabajo de los españoles que, en la actualidad, ya vienen realizando las funciones de sus respectivos puestos de manera telemática. A estos trabajadores se les retribuye y contabiliza el tiempo trabajado como jornada ordinaria a efectos de cotización, sin embargo, no es este el caso de las guardias médicas en esta modalidad.



Demandamos, al igual que con las guardias de presencia física, que esta modalidad también reciba el tratamiento correspondiente a efectos de cotización por los mismos motivos expuestos en el apartado de las guardias de presencia física.)

4. MEDIDAS RELATIVAS A LAS RETRIBUCIONES.

4.1. Urgente equiparación del sueldo base al alza entre CCAA y a la media europea.

(Desarrollo de la petición: Ni siquiera hay una equiparación al alza en las diferentes autonomías con respecto a las retribuciones del sueldo base y guardia/asistencia continuada. Somos conocedores de la dependencia autonómica de las diferencias retributivas, pero también sabemos que esta desigualdad resulta absurda y obsoleta en un país en el que todos sus ciudadanos son reconocidos como iguales. No se entiende entonces que un médico de Madrid o Barcelona reciba una menor retribución que su igual de Bilbao.

Por ello, instamos al Gobierno a incluir en el Estatuto una regulación de las retribuciones para equipararlas al alza en todo el territorio nacional con un incremento que asemeje los sueldos españoles a la media europea.)

4.2. Complemento salarial fijo por peligrosidad y obligatorio en todos los ámbitos asistenciales y especialidades médicas.

4.3. Aumento de las retribuciones por hora extraordinaria, superando al percibido con respecto a las ordinarias.

(Desarrollo de la petición: Es inadmisibles que, para un desempeño que implica una formación y una responsabilidad como la nuestra, se cobre la hora extraordinaria a un precio inferior al que corresponde a las realizadas en jornada ordinaria, mientras que las horas extraordinarias se abonan al 175% de la hora ordinaria en cualquier otro sector según el ET. Además, son obligatorias, se realizan en su mayor parte en horario nocturno y su número de horas no está limitado. Deben tomarse medidas con efecto inmediato para ejecutar los pagos correspondientes que, por Ley, les corresponden a los médicos que trabajan en estas circunstancias.)

4.4. Complemento salarial para puestos de difícil cobertura en el SNS.

(Desarrollo de la petición: tal y como el mismo Ministerio de Sanidad reconoce en sus informes anuales sobre la profesión médica, en España estamos asistiendo a una merma del número de médicos disponibles para la atención sanitaria. Este hecho, resulta de especial gravedad cuando se pone de manifiesto el grave problema de la dificultad para cubrir vacantes en zonas poco atractivas para los profesionales. Se trata de zonas periféricas, rurales, poco estimulantes y con escasas retribuciones.



Desde MUD, animamos al Gobierno a poder implantar el complemento para puestos de difícil cobertura y estimular así la contratación de médicos en estas zonas, cuyos ciudadanos tienen el mismo derecho que el resto a recibir la atención sanitaria con las mayores garantías.)

5. MEDIDAS RELATIVAS A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO.

5.1. Promoción de la Salud Pública y la prevención sanitaria, con potenciación de la Atención Primaria como base de nuestro Sistema Nacional de Salud.

5.2. Establecimiento de un mínimo de médicos con experiencia clínica acreditada en puestos de responsabilidad ejecutiva en la administración sanitaria.

(Desarrollo de la petición: Consenso por Ley con los profesionales médicos en ejercicio activo para la creación de programas sanitarios. Creación de una mesa de trabajo médica en los gobiernos autonómicos y central con profesionales en activo.

5.3 Consenso con los profesionales médicos en ejercicio para la creación de programas sanitarios.

5.4. Instauración de contenidos obligatorios de educación en salud y uso correcto del sistema nacional de salud en toda la enseñanza obligatoria.

(Desarrollo de la petición: promoción del buen uso del Sistema Nacional de Salud y el respeto a la profesión médica.)

5.5. Regulación y transparencia del sistema de elección de jefes de servicio y demás cuerpo gerente de los centros sanitarios.

(Desarrollo de la petición: debe garantizarse la mayor representatividad de los médicos que formen parte del cuerpo asistencial del servicio o centro sanitario, con garantías de una elección basada en méritos de gestión y de experiencia clínica asistencial.)

5.6. Aumento de las dotaciones para investigación independiente, con asignaciones específicas para jóvenes médicos.



5.7. Medidas de vigilancia contra el intrusismo interprofesional.

5.8. Presupuesto en sanidad con carácter finalista.

(Desarrollo de la petición: Además del incremento del presupuesto relativo destinado a sanidad, este presupuesto debe ser dedicado, por ley, a los fines para los que ha sido destinado.)

6. MEDIDAS RELATIVAS A LA SANIDAD PRIVADA Y LOS MÉDICOS EN EJERCICIO LIBRE.

6.1. Promoción de la autonomía de los médicos dentro del sistema privado de salud.

(Desarrollo de la petición: el médico debe recuperar de manera inmediata su autonomía en lo que al ejercicio libre de la medicina respecta. El constante abuso por parte de aseguradoras, mutualidades y grupos hospitalarios, con porcentajes retributivos insignificantes, repercute de manera indiscutible en la atención al paciente, y merma la calidad de la práctica clínica. Los honorarios que cobra el médico en el ejercicio de su profesión deben ser establecidos por el médico.)

6.2. Revisión periódica de baremos con ajuste retroactivo inmediato a la subida del IPC de los últimos 30 años.

(Desarrollo de la petición: Aplicación de un mínimo exigido por Ley dentro del Estatuto. Actualización de manera retroactiva de la subida del IPC que no ha sido actualizada en los baremos durante décadas. Este aumento retroactivo supondría un incremento de, al menos, un 130%)

6.3. Inclusión de la actividad privada dentro del Estatuto del Médico.

(Desarrollo de la petición: que el estatuto propuesto sea aplicable a la actividad privada en todas sus categorías, para garantizar la equidad con respecto a los contratos en la actividad pública y evitar los agravios comparativos.)

7. MEDIDAS RELATIVAS A LA DOCENCIA / FORMACIÓN DURANTE LA RESIDENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA.



7.1. Auditoría anual o bienal de las Unidades docentes por parte de las Comisiones Nacionales de Especialidad: seguimiento del cumplimiento de la legislación, incluyendo descansos y objetivos docentes dispuestos en el BOE para cada especialidad.

(Desarrollo de la petición: Auditoría del cumplimiento por parte de las unidades docentes del cumplimiento de los programas formativos establecidos en el Boletín Oficial del Estado. Se propone la realización de una clasificación ministerial de la calidad de las diferentes unidades docentes en base a encuestas realizadas a los propios residentes y tutores de residentes. En los próximos años van a aumentar las plazas de formación MIR, la ampliación debe darse en base a criterios objetivos basados en la capacidad formativa de cada unidad. Se evitará así la expedición de títulos de especialista por parte de unidades docentes donde no se cumplen los mínimos establecidos por el B.O.E., donde los residentes forman parte de la plantilla asistencial del servicio pero no se asegura su adecuada formación. Sobre todo en las especialidades quirúrgicas, donde muchos residentes deben dejar de librar las guardias para poder alcanzar unos mínimos en formación quirúrgica, poniéndose de relieve que esa unidad docente no está preparada para la formación adecuada de residentes. .)

7.2. Financiación anual obligatoria de cursos, reuniones científicas periódicas y actividades formativas remuneradas y liberadas de actividad asistencial.

Los médicos, incluyendo a los MIR, tendrán derecho a un mínimo de 10 días al año para asistencia a cursos y congresos, excluyendo aquellos que sean de obligatorio cumplimiento

7.3 Deducción fiscal de gastos propios derivados de la formación médica.



REFERENCIAS:

1. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>
2. https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460?src=ban_burnout2020_desk_mscpmrk_hp
3. <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000110#6>