

---

## ¿Hacen falta más médicos? ¿Tan sutiles son las señales?

---

Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

### Las huellas de la historia

---

Desde los años ochenta, en los que se licenciaban casi 30.000 médicos al año en España hasta la actualidad, con 4.200 nuevos graduados anualmente en nuestras universidades, muchas cosas han cambiando.

La evidente sobreoferta de los setenta motivó que se impusiera un drástico *numerus clausus* en Medicina, que ahora se propone incrementar en un 40% a lo largo de los próximos 10 años, subida que ya se ha iniciado dos cursos académicos atrás. La población española, por su parte, aumentó en aproximadamente 8 millones de personas (un 20%) desde que se impuso el *numerus clausus*, y la renta *per capita* se incrementó más todavía, generando una gran demanda de servicios médicos ligados al bienestar, y puertas abiertas a la práctica de la Medicina privada lucrativa. La pregunta

lógica es si debería revisarse al alza el *numerus clausus* ante esas evidencias. Si el cerrojo de entrada a las Facultades de Medicina, impuesto hace ya 30 años y prácticamente inmutable desde entonces, ha sido un factor responsable de que actualmente haya necesidades no cubiertas de médicos ¿a dónde nos llevarán las medidas que se tomen ahora si vamos a necesitar otras tres décadas para volver a prestar atención a las señales del mercado?

La insuficiencia de médicos en nuestro país no es resultado de una situación coyuntural, sino de la inexistencia de acciones conjuntas y planificadas por parte de los múltiples agentes del sistema sanitario. Es cierto que también faltan médicos en muchos países occidentales, pero el mercado laboral de médicos en España tiene peculiaridades que requieren soluciones propias y específicas.

## Los desequilibrios numéricos en la formación de médicos

---

Actualmente no contamos con el número suficiente de médicos graduados para ocupar todas las plazas que se ofertan en el programa de Médico Interno Residente (MIR). La calidad académica de base de los adjudicatarios, antes tan exigente, se ha resentido con la sobreoferta de plazas MIR respecto al número de licenciados.

Se gradúan unos 4.200 nuevos médicos cada año y se necesitan en torno a 6.500 para ocupar las plazas de formación MIR que se convocan anualmente. El resultado es claramente deficitario. Los aproximadamente 4.000 títulos extranjeros de licenciatura reconocidos u homologados anualmente le han dado al mercado la flexibilidad necesaria para paliar el déficit. ¿Seguirá desempeñando la internacionalización el mismo papel en el futuro? ¿Hay dirección escenográfica para abordar de forma coordinada y planificada los desequilibrios actuales en los mercados de médicos, o habrá que temer la acción de las “patas de cefalópodo”, donde cada uno tome su rumbo y a medio plazo podamos vernos, de nuevo, en

un escenario que no habíamos diseñado? Es esencial aportar al debate argumentos fundamentados, explicitar los conflictos de intereses y buscar con honestidad el interés social. Para eso hace falta liderazgo, inteligencia institucional e información.

El desequilibrio numérico entre licenciados de las facultades de Medicina y plazas de formación MIR sólo admite tres opciones: a) aumentar el *numerus clausus* de Medicina; b) reducir (selectivamente) las plazas MIR; y c) regular y gestionar mejor los flujos inmigratorios médicos con políticas activas de reclutamiento de candidatos idóneos. España se especializaría internacionalmente en formación de especialistas médicos.

## Señal de desajuste entre oferta y demanda. La inmigración como elemento regulador

---

La ecuación que busca el equilibrio entre oferta y demanda de médicos tiene un componente nuevo debido a la internacionalización de la profesión médica y la emigración de profesionales. Los diferentes agentes y organismos implicados en las decisiones —compartidas— en este ámbito: las Administraciones Central y Autono-

micas, los distintos departamentos de la Administración (Educación y Sanidad) las asociaciones profesionales (sociedades científicas y colegios profesionales) sin embargo, no comparten un mismo enfoque sobre este tema.

En 2007 4.732 jóvenes comenzaron su formación en alguna de las 27 facultades públicas de Medicina (4.645 el curso anterior, más 261 en universidades privadas). Son muchos los que ven frustrada su ilusión y su vocación médica, a pesar de su esfuerzo y rendimiento en los estudios preuniversitarios. Las universidades españolas tienen un buen estándar de calidad académica. Por otra parte, en 2007 han homologado su título extranjero unos 4.300 médicos, muchos de los que han sido contratados para paliar el déficit y atender las necesidades del sistema a corto plazo. La calidad de la formación médica universitaria en algunos países es heterogénea, y podría estar degradándose debido al fuerte crecimiento de la oferta universitaria privada, particularmente en algunos países latinoamericanos como Colombia y Perú.

Los médicos extracomunitarios que quieren ejercer en España han de homologar el título de Licenciado en Medicina en el Ministerio de Educa-

ción, y posteriormente, en su caso, el título de especialista. La homologación del título de Grado requiere correspondencia entre planes de estudio (contenidos), pudiendo las universidades hacer una "prueba de conjunto" de las materias que no se cursaron durante la licenciatura en el país de origen. El ordenamiento actual establece que un médico, también los formados en España, han de acreditar capacidades y valores éticos, no sólo conocimientos. El grado de control de contenidos y capacidades se ha intensificado recientemente, al ser la de médico una profesión regulada (Real Decreto 1393/2007; Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero).

La homologación del título de especialista médico se resolverá positivamente si, como establece la Orden de 14 de octubre de 1991, modificada por la Orden de 16 de octubre de 1996, existe "una correspondencia entre los contenidos del programa formativo establecido oficialmente en España para la correspondiente especialidad y el realizado por el solicitante, valorando si este último capacita para la adquisición de los conocimientos y habilidades propios de la especialidad, así como de la responsabilidad del ejer-

cicio profesional (...)". En el caso de que no se considere documentada esta correspondencia entre contenidos "podrá formularse propuesta de realización de una prueba teórico-práctica que el solicitante deberá superar para obtener la homologación". Este procedimiento, puramente administrativo al menos en el primero de los casos, no puede por sí mismo garantizar ni los conocimientos ni la capacitación, especialmente en una profesión en continuo dinamismo, en un sistema sanitario diferente, con perfiles epidemiológicos distintos, técnicas diagnósticas y procesos patológicos desconocidos, etc.

El número total de plazas asignadas a licenciados extranjeros fue del 22% en la convocatoria MIR 2007. Algunos países están preparando a sus profesionales expresamente para el examen MIR español. En Perú, por ejemplo, hay tres academias con ese fin exclusivo. En la pasada convocatoria (2007) se inscribieron 385 médicos peruanos no afectados por el cupo y 562 afectados, lo que representa un 34% de los inscritos no comunitarios y un 9% del total de admitidos. A pesar de que muchos no obtuvieron el visado a tiempo para la fecha del examen, las cifras son elo-

cuentes: un 4,2% de las plazas MIR asignadas a ciudadanos peruanos.

España se está especializando internacionalmente en formar especialistas de múltiples países, lo cual no implica emplearlos de por vida. La opción de internacionalizar la formación médica posgraduada en España debería separarse de la tendencia a la funcionalización de los profesionales.

### **De la formación al empleo. Las soluciones de corto plazo que crean problemas a largo plazo**

---

Las ratios poblacionales de médicos, totales y por especialidades, en España están en línea con las de otros países europeos y de la OCDE. A pesar de ello, vivimos una crisis aguda de falta de médicos en determinadas especialidades y lugares que se manifiesta con síntomas claros en los mercados: las plazas poco atractivas no se cubren, no hay médicos jóvenes dispuestos a desempeñar trabajos no asistenciales (no hay becarios de investigación, por ejemplo) y las bolsas de empleo médico en internet ofrecen largas listas de ofertas de puestos de trabajo.

La inmigración de médicos alivia el déficit a corto plazo y flexibiliza unos mercados profesionales excesiva-

mente rígidos, por su segmentación profesional y geográfica. Bienvenida sea, pues. Pero la red asistencial pública contrata médicos extranjeros como solución de urgencia paliativa de crisis agudas, sin que la cualificación sea determinante. Se están configurando así dos clústers de médicos, los “excelentes” y los “deprimentes”, con riesgo de funcionarización indiscriminada que convierta en error permanente lo que en su momento fue solución transitoria a una necesidad urgente, porque el déficit actual es agudo, y posiblemente no persistirá durante muchos años. Es consecuencia de un shock de demanda provocado por tres factores simultáneos: la demanda privada de servicios ligados al bienestar, de alta elasticidad renta (cirugía electiva, consultas de algunas especialidades), la fiebre inversora de las Comunidades Autónomas que recibieron transferencias en 2002 y la atracción de mercados europeos. Este cúmulo de circunstancias no persistirá.

### **Señales de prestigio. La crisis de Atención Primaria**

---

No faltarán médicos digestólogos dispuestos a trabajar en el Hospital

Clínico de Barcelona. El déficit es selectivo, para determinadas zonas y especialidades. Lo sufren los hospitales comarcales y las zonas remotas y periféricas y algunas especialidades.

En particular, la Atención Primaria sufre como ninguna la falta de profesionales. Casi un 14% de las plazas MIR ofertadas de Medicina Familiar y Comunitaria han quedado vacantes en 2007, representando el 85% del total de vacantes. Otras especialidades podrían estar en riesgo de vacantes MIR: Análisis Clínicos, Bioquímica Clínica, Farmacología Clínica, Inmunología, Medicina Preventiva y Salud Pública y Neurofisiología Clínica.

La alta incidencia de “trasfuguismo” desde la Medicina de Familia hacia especialidades hospitalarias suscita dudas: ¿cómo se podría construir un sistema sanitario de calidad sobre un pilar tan débil y precario? No se ha mejorado su reconocimiento social y profesional, y hacen falta instrumentos laborales y salariales, incentivos en definitiva, suficientes para evitar la fuga de Medicina de Familia hacia otras especialidades.

La demanda de plazas MIR es un termómetro preciso del “prestigio”

de las especialidades. Los candidatos se decantan por las especialidades más deficitarias (perspectiva de maximizar probabilidad de empleo) y por las que tienen un mercado privado más activo, por ejemplo Pediatría era elegida en el puesto 27 de las 47 analizadas en la convocatoria MIR de 1990, según el ranking de puntuaciones medianas de elección, mientras que en 2007 ocupa el puesto número 7, por lo que ha elevado considerablemente su posición en el ranking en las dos últimas décadas (fig. 1). Por el lado opuesto, Alergología e Inmunología en aquel momento eran especialidades relativamente demandadas, y en la actualidad se sitúan por encima del puesto 35 en el ranking. Anestesiología, Cirugía General, Obstetricia y Ginecología, Cardiología o Cirugía Estética y Reparadora o Traumatología han mejorado sustancialmente su cotización en el mercado de las especialidades.

La única forma de “llevar” profesionales a los destinos menos atractivos es la flexibilidad salarial, el desarrollo de incentivos a la captación y retención de profesionales: prestigio y reconocimiento profesional, mejoras económicas, condiciones laborales y de vida. Negociar colecti-

vamente las retribuciones y condiciones de trabajo de todos los médicos y obligarse a la uniformidad salarial para todas las plazas supone renunciar al instrumento más efectivo en el juego entre oferta y demanda, que es la negociación del precio (retribución) y de las condiciones de trabajo.

### **Señales de ineficiencia del sistema de asignación**

---

La recirculación de residentes es otro de los desajustes actuales de nuestro sistema formativo. Algo está fallando, dice el mercado. En la convocatoria 2006/2007 se asignaron un total de 2.481 plazas a candidatos que en alguna convocatoria anterior ya habían aceptado otra plaza, lo que implica que un 41% de las plazas de formación convocadas se adjudican a “repetidores” que cambian de especialidad o de centro.

Aunque el abandono de especialidades iniciadas está infligiendo 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.

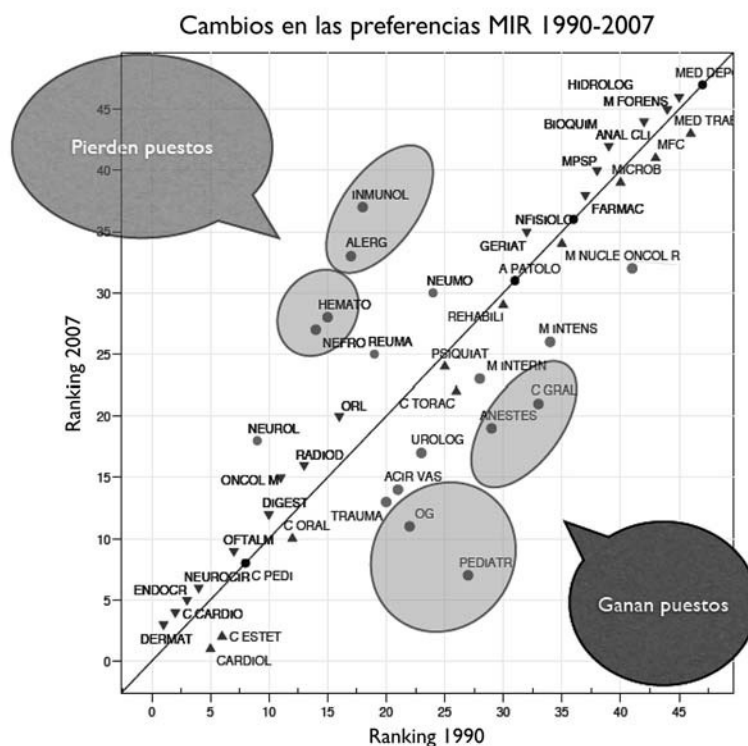


Figura 1. El mercado de plazas Médico Interno Residente (MIR).

## Las soluciones

Nuestro sistema emite señales sobre desajustes que requieren abordaje y tratamiento conjunto: la diferencia entre el número de estudiantes formados cada año y la demanda de las Comunidades Autónomas, las características y el número cada vez mayor de plazas MIR anuales no cubiertas, la

“especialización” de nuestro sistema en formación para licenciados extranjeros y la recirculación de médicos que, habiendo iniciado su formación en una especialidad, la abandonan para cambiar en una convocatoria posterior a otra plaza mejor, imponiendo un altísimo coste al sistema.

La reforma del sistema formativo, que tendrá que implementarse antes

de 2010 según la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias, prevé dos años comunes para grupos de especialidades según la troncalidad (médica, quirúrgica y médico-quirúrgica). Este periodo común hará que la posterior elección sea más informada, lo que previsiblemente reducirá la frecuencia de los cambios de especialidad. Además, el coste de oportunidad de esos cambios será menor, pues no significará un reinicio desde el primer curso, sino a partir del final del periodo de troncalidad.

La búsqueda de soluciones requiere una perspectiva amplia: cambiar la

organización, descolectivizar las negociaciones de las condiciones de trabajo, abrir mercados recuperando su dimensión estatal, mayor versatilidad de las especialidades, una estrategia internacional coherente con una política de inmigración de calidad, políticas activas de reclutamiento y retención, registro de profesionales y mecanismos de certificación. Un gran reto, imprescindible, es potenciar la Atención Primaria, aumentando su prestigio social y profesional mediante la integración asistencial, dotándola de mayor categoría investigadora y universitaria.



## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

---

- Barber P, González López-Valcárcel B. ¿Hay suficientes profesionales sanitarios en España? Humanitas. Humanidades Médicas. 2008;23:11-24.
- Bruguera M, et al. La necessitat de metges en el sistema sanitari Catalan. Causes i solucions. Comissió d'Ordreació de la Profesió Mèdica. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Barcelona. 2006.
- González B, Barber P. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. Gac Sanitaria; 2006; 20 Supl I:103-9.
- González B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- González López-Valcárcel B, Barber P. Dificultades, trampas y tópicos en la planificación del personal médico. Gac Sanit. 2008;22:393-5.
- González López-Valcárcel B, Barber P. El programa MIR como innovación y como mecanismo de asignación de recursos humanos. En: Rodríguez F, Ortún V, Meneu R, editores. Innovaciones en Gestión Clínica y Sanitaria. Barcelona: Masson; 2005.
- Hidalgo Vega A, et al, editores. Recursos Humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Masson; 2007.
- Ortún V, González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Determinantes y manejo de las retribuciones médicas. Med Clin (Barc). 2008;131:180-3.

