



5 Marzo, 2018

## ANÁLISIS

# ¿Faltan o sobran médicos en España?

La profesión pide más orden e incentivos contra el déficit de especialistas

Sindicatos, colegios y sociedades científicas opinan con carácter general que no faltan especialistas: lo que falta es orden para adecuar las plazas MIR a las ne-

cesidades futuras e incentivos para cubrir las plazas de difícil ocupación en ciertas localidades y tipo de hospitales. AP sí reclama más personal. **PÁGS. 19-22**



5 Marzo, 2018

Colegios, sociedades y sindicatos creen que en general no hacen falta más médicos sino más orden y más plazas MIR para evitar crear un embudo y con ello una bolsa de médicos sin especialidad que acabe siendo el nuevo colectivo 'mesto'

LA BOLSA DE MÉDICOS QUE NO HA CONSEGUIDO PLAZA MIR SUPERA LOS 7.000

# ¿Faltan o sobran médicos?

**H**ace tan sólo unos días que la ministra Dolors Montserrat anunció que había llegado a un preacuerdo con las autonomías, con trece líneas de trabajo, para paliar el déficit de médicos especialistas en España. El acuerdo aún no se ha presentado a los profesionales -el ministerio espera hacerlo este mismo mes- y no se sabe si tendrá carácter vinculante para las autonomías o sólo orientativo, pero sí se sabe ya que podría conllevar desde rotaciones por hospitales comarcales a una revisión de toda la política de incompatibilidades (ver página siguiente). Estos cambios surgen del temor compartido por profesionales y Administraciones a que el país no pueda afrontar en breve sus necesidades de médicos.

Pero en España, realmente, ¿faltan o sobran médicos? Una pregunta tan sencilla como ésta debería ser fácil de contestar y, sin embargo, tras formularla, hay que enfrentarse a una retahíla de respuestas (al menos a primera vista) contradictorias. Unos defienden que España tiene exceso, ya que cuenta con una de las tasas más altas de médicos por mil habitantes (3,9 frente a la media de 3,4 de la OCDE), con una bolsa de médicos sin especialidad por exceso de estudiantes que salen de las facultades respecto a las plazas MIR disponibles que ronda ya las 7.000 personas y que se incrementa año a año, y que la situación de exceso es tal que en los últimos 5 años 15.000 médicos españoles, el equivalente a casi tres promociones de residentes, han solicitado certificados para emigrar.

Otros, mientras tanto, se aferran a veces a las mismas cifras para argumentar todo lo contrario: el 31 por ciento de médicos es mayor de 55 años y se jubilará en breve sin que haya dado tiempo a formar a especialistas para sustituirlos porque no se convocan suficientes plazas MIR; los médicos siguen figurando día sí día también en el catálogo de ocupaciones de di-

fícil cobertura en algunas localidades; la carencia de especialistas es tal que se está recurriendo a contrataciones de médicos extranjeros no homologados...

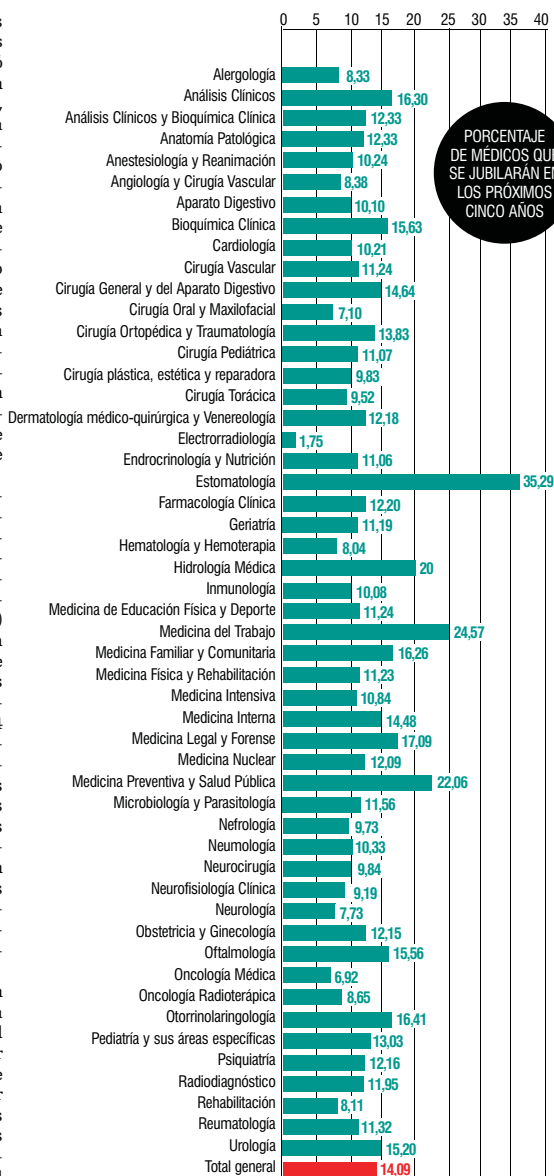
Entonces, ¿faltan o sobran? Una década después del primer informe prospectivo *Necesidades de médicos en España 2006-2030* (actualizado posteriormente en 2009 y 2011), sigue sin poder darse una respuesta rotunda a la cuestión, entre otras razones porque los datos ministeriales del prometido registro de especialistas no estarán disponibles hasta diciembre de este año. Dicho en plata: porque España aún no sabe con cuántos médicos cuenta de cada especialidad ni dónde ejercen.

Pero también, porque la respuesta a si faltan o sobran médicos no es única. Depende de la especialidad, de la localidad, del tipo de hospital, del modelo asistencial que se vaya a adoptar, del comportamiento de la privada, del rol de la enfermería, de la troncalidad, de la convocatoria real de las OPE... Por eso, tal vez lo más prudente es quedarse de momento con el punto en común de las respuestas de los sindicatos, los colegios de médicos, las sociedades científicas y la propia Administración sanitaria: lo que seguro que falta es orden e incentivos.

Orden, sobre todo, para evitar que de las facultades salgan más titulados que los que puede absorber el sistema MIR con las plazas que está ofertando y para que esas plazas se adecúen a las necesidades futuras de especialistas en lugar de a las necesidades asistenciales actuales no cubiertas por especialistas o a los vaivenes presupuestarios.

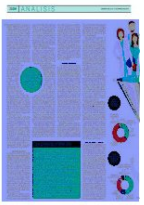
E incentivos, tanto para evitar que el talento ya formado emigre ante la inestabilidad laboral como para ayudar a cubrir las plazas de difícil ocupación en hospitales comarcales o pequeñas localidades que no terminan de resultar atractivas para los especialistas.

Así al menos lo cree Juan Manuel Garrote, secretario gene-



Fuente: OMC

MADRID  
 LAURA G. IBANES  
 laura.gutierrez@diariomedico.com



► **ral de la Organización Médica Colegial (OMC)** para quien "en principio el problema no es de falta de médicos sino de ordenar lo que hay. En los próximos años se jubilarán 42.000 médicos, un 25 por ciento de todos los especialistas, y hay que pensar que para conseguir una especialidad hacen falta 10 años de formación y, sin embargo, en sólo 5 años se jubilará un porcentaje altísimo de todos los médicos especialistas activos. Haría falta aumentar las plazas MIR para poder cubrir esas necesidades de especialistas y más aún si pensamos que hay 7.000 médicos que han optado al MIR y se han quedado sin plaza".

En su opinión, si no se produce esa adecuación entre necesidades futuras, los egresados de las facultades y las plazas MIR ofertadas "el peligro es que vuelva a ocurrir lo que pasó con los médicos especialistas sin título oficial (mestos). Desde luego que ese peligro está ahí, que el sistema utilice a médicos sin especialidad porque no hay suficientes plazas MIR para que puedan optar a una de ellas, para cubrir las necesidades de especialistas que va a tener por las jubilaciones y que luego, después de haberles utilizado, no les dé la especialidad", alerta Garrote.

Otra de las consecuencias posibles si no se pone freno al exceso de estudiantes y, a la vez, carencia de residentes, es que "tenamos que nutrirnos de especialistas de otros países, probablemente con una formación peor que la que se da en España durante la residencia y robando esos especialistas a otros países que los han formado, que los necesitan y que no pueden ofrecerles salarios que compitan con los de España... Esto ya está pasando. Y en ocasiones, sin las debidas garantías".

**MALAS CONDICIONES**

Con más dureza si cabe, Miguel Ángel García, responsable de Estudios del sindicato médico CESM, explica que "en principio no faltan médicos. Es cierto que puede haber dificultades para cubrir plazas de determinados lugares. Pero estamos en la situación prevista en los estudios de hace unos años, de ajuste aproximado entre oferta y demanda. Lo que ocurre es que el equilibrio se rompe cuando las condiciones de trabajo son mezquinas. Y siempre se quiere resolver el problema a gritos y a la fuerza, en lugar de plantear soluciones de medio plazo que incentiven determinados lugares de ejercicio".

El responsable sindical apunta, entre otros factores determinantes de la carencia de especialistas,

a que "durante la crisis se optó por recortar la oferta de puestos de trabajo reduciendo la tasa de reposición y eso se ha traducido en un incremento de la sobrecarga asistencial y una proliferación absolutamente injusta y vil de contrataciones precarias" que habría motivado la emigración de especialistas, agravando el déficit de algunas especialidades.

Las cifras de la OMC al respecto hablan por sí solas: en los últimos 5 años se han solicitado 15.000 certificados de idoneidad de médicos españoles para poder ejercer en el extranjero, el equivalente a casi tres promociones completas de residentes.

**Fernando Carballo, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas (Facme)**, coincide en que la resolución del problema va mucho más allá de ampliar la oferta de plazas MIR: "Hay que reordenar en profundidad y

hay que hacerlo desde el Grado para dejar claro qué queremos que sean los médicos del futuro y explicarles a los estudiantes desde el Grado qué se espera de ellos y qué es realmente un médico, que no es sólo un superespecialista". Además, en su opinión, hacen falta "incentivos para cubrir las plazas [de los comarcales] y los incentivos no pueden significar obligar a ir a centros de difícil cobertura, sino comprender que deben hacerse atractivas estas plazas".

Desde atención primaria, la respuesta a si faltan o sobran médicos tiene diferente visión. Desde la presidencia de SEMG se recuerda que según Eurostat "había en España en 2014 7,5 mé-

cos de Familia por cada 10.000 habitantes, frente a los 17,2 de Alemania o los 15,4 de Francia. Además, las vocalías de primaria de la OMC estiman que para que los médicos de Familia tuvieran un cupo medio de 1.450 personas por médico, sería necesario incrementar la plantilla en 2.202 facultativos. Por ello, sólo podemos concluir que sí que faltan médicos de Familia en España (otra cosa es hablar del número total de médicos en España y de las amargas perspectivas de bolsa de no MIR que va engrosándose año a año)", afirman en SEMG.

**PRESIÓN ASISTENCIAL**

Con rotundidad contestan también que sí faltan médicos de primaria Zaira Correcher y Hans Abdon, del Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria de Semergen. Advierten de que sólo Aragón y Castilla y León tienen cupos medios por médico en línea con la recomendación de la OMS. Y van más allá detallando que "si relacionamos el cupo asignado con las cargas de trabajo resulta que, en situaciones normales, el 74,5 por ciento de los médicos atienden a más de 35 pacientes al día y, en situaciones especiales (periodo vacacional o incremento de demanda), el 91,9 por ciento atienden a más de 35 pacientes al día. Estas situaciones, por desgracia, se dan en miles de centros con plantillas insuficientes y escasez de sustitutos. La situación necesita una solución urgente. Los médicos de AP están al límite, en condiciones en las que resulta ya imposible mantener la calidad".

El presidente de Semfyc, Salvador Tranche, concluye a la luz de las cifras que la situación no es homogénea entre especialidades porque "en algunas ocupamos las primeras posiciones en número de médicos y en otras como es el caso

de la Medicina de Familia estamos por debajo de la media. Tenemos 7,5 médicos de Familia por 10.000 habitantes y la media europea es de 9,1. Necesitamos uno más por 10.000 habitantes".

El propio informe prospectivo de necesidades de médicos apuntaba ya situaciones muy diferentes según la especialidad, con un déficit previsto de especialistas en 2025 en Cirugía Ortopédica, Inmunología, Medicina del Trabajo, Ginecología, Oftalmología, Pediatría, Anestesia, Cirugía Plástica, Endocrinología y Medicina de Familia. Sin embargo se esperaba para la misma fecha cierto equilibrio en Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Neurología, Otorrinolaringología, Psiquiatría y Radiodiagnóstico. Y el resto de las especialidades tendrían superávit de especialistas leve o moderado.

Por ello, Tranche opina que la excusa de la urgencia de resolver la falta de especialistas no debería derivar en un incremento del número de estudiantes de Medicina. El otro fenómeno que no debería producirse "en ningún caso es una masiva homologación de extracomunitarios o que se contrate como ya está ocurriendo en alguna autonomía a médicos sin formación especializada".

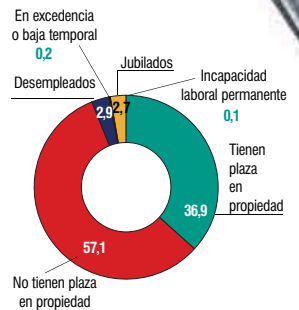
Con perspectiva global, Alberto Giménez, presidente de la Fundación Economía y Salud, concluye que "salvo algunas especialidades, no tendremos problemas en los próximos años. No obstante, debemos retener y cuidar el gran talento de los que tenemos. La profesión médica es vocacional y está claro que en España no podemos competir vía salarios con países como Alemania, Francia o Reino Unido, pero se deben impulsar incentivos ligados a resultados y a medidas no económicas sin olvidar una necesaria evolución de su trabajo hacia una visión de la atención postaguda y crónica".

**EFFECTOS SOBRE LA PRIVADA**

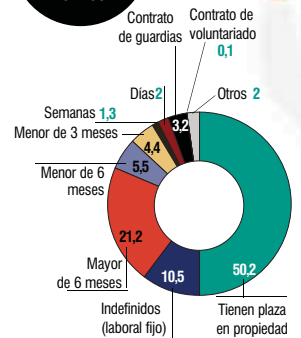
La carencia de especialistas y la necesidad de planificación global afecta no sólo al sector público sino también al privado, que ha incrementado su plantilla durante los años de la crisis en los que la ha recortado el sector público. En este sentido, Manuel Vilches, director general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), que aglutina a hospitales privados y aseguradoras sanitarias, añade a las reflexiones del sector que "en el contexto laboral lo que no es de recibo es que tengamos médicos y profesionales sanitarios que se vean abocados a emigrar a otros países por las condiciones existentes en el nuestro o ideas como la de que los estudiantes de Medicina que cursan sus estudios en facultades de titularidad privada no puedan realizar su periodo de prácticas en el sistema público: son dos anacronismos evidentes".

EN 5 AÑOS SE HAN SOLICITADO 15.000 CERTIFICADOS PARA EJERCER EN EL EXTRANJERO

SITUACIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS EN ESPAÑA



TIPO DE CONTRATOS ENTRE LOS MÉDICOS DEL SISTEMA PÚBLICO



Fuente:

**Trece propuestas ministeriales**

1. Identificación de plazas, especialidades deficitarias y puestos que más cuesta cubrir en cada comunidad.
2. Ministerio y autonomías incentivarán a los especialistas en plazas deficitarias o de difícil cobertura.
3. Mejorar la información que las autonomías hacen llegar al Ministerio sobre el número de contratos y plazas.
4. Facilitar la realización de las prácticas necesarias para la homologación de extracomunitarios.
5. Actualizar datos autonómicos para desarrollar la OPE.
6. Coordinación de las diferentes categorías profesionales para evitar fugas entre autonomías.
7. Realizar un estudio de necesidades de especialistas.
8. Flexibilizar y agilizar la acreditación de unidades docentes para la formación sanitaria especializada.
9. Valorar la situación de las incompatibilidades.
10. Estudiar la flexibilización de la vinculación de los profesionales a su centro para atender necesidades de varios dispositivos.
11. Restablecer el modelo de formación troncal.
12. Valorar la ampliación moderada de la oferta MIR.
13. Revisar los planes de ordenación de recursos humanos a 5-10-15 años vista.



5 Marzo, 2018



# ‘Sí’ a incentivar y ‘no’ a obligar a rotar por los comarcales

Sanidad plantea la vinculación del médico a varios centros para ocupar las plazas de difícil cobertura en los hospitales y centros comarcales

La batería de propuestas para paliar el déficit de especialistas que debatirán este mes autonomías y ministerio en el Consejo Interterritorial ha sido recibida con cautela por los profesionales, que aspiran a ser consultados (Sanidad ha prometido “una gran cumbre” con ellos). Pero, sobre todo, por la polémica que despiertan ya algunas de las medidas, como la vinculación de los médicos a varios centros para que atiendan tanto en comarcales como en hospitales de referencia o la revisión de la política de incompatibilidades.

Sobre la primera cuestión, el Ministerio de Sanidad se ha apresurado ya a aclarar, que no habrá obligación de rotar por comarcales, sino que se tratará de incentivos para cubrir esas plazas de difícil cobertura “siempre como derecho y no una obligación, de forma que la adhesión será siempre voluntaria” tanto para los residentes como para los ya especialistas, según ha detallado Carlos Moreno, director de Ordenación Profesional.

Ésta es precisamente una de las peticiones que hacen las sociedades que, en boca del presidente de Facme, Fernando Carballo, re-

claman que cualquier cambio “sea un incentivo, no una obligación” y tenga “carácter bidireccional, que un especialista de un centro de referencia pueda acudir a un comarcal y el del comarcal al de referencia”. Carballo advierte además de que, en el caso de los MIR, “cualquier rotación o estancia se hará si tiene sentido para su formación”. En su opinión, además de incentivar hará falta “hacer entener a los estudiantes desde el Grado que un médico no es sólo un superespecialista. Hacen falta incentivos, pero también explicar qué es un médico y qué se espera de él”.

Serafin Romero, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), pone nombre a esos incentivos: “La solución probablemente implica adoptar medidas para que sean puestos más atractivos, que tengan una puntuación diferente en las OPE, una retribución distinta y que se convoquen concursos de traslados anuales para

evitar uno de los mayores temores de los profesionales sobre estos hospitales: el no poder moverse de allí una vez están en uno de ellos”.

A los incentivos se aferra también el responsable de Estudios de CESM, Miguel Ángel García que advierte, con todo, de cómo se está empezando a hacer la casa por el

tejado porque “por ejemplo, en España aún no se ha definido qué es una plaza de difícil cobertura (para dotarlas de incentivos) y ya se han empezado a barajar medidas coercitivas dirigidas a los más jóvenes” para que las cubran de forma obligatoria.

En cuanto a la revisión de la política de incompatibilidades, el ministerio ha calmado ánimos incluso antes de empezar: Moreno ha afirmado que no habrá grandes cambios porque el grupo de estudio del déficit médico ha visto que permitir compatibilizar la pública con la privada no afecta al déficit de especialistas.

SANIDAD RECONOCE QUE LA COMPATIBILIDAD CON LA PRIVADA NO AFECTA AL DÉFICIT DE ESPECIALISTAS

## MUY PERSONAL

### IÑAKI AMUNATEGUI

Cirujano en el Hospital Gregorio Marañón (Madrid)

Hace apenas seis meses que se convirtió en interino, “que lo único que significa es que tengo contrato indefinido y que me iré a la calle cuando llegue alguien que saque plaza propia”. Con todo, Iñaki Amunategui, cirujano del Hospital Gregorio Marañón, reconoce el salto que este paso a interino ha representado “tras una década de ilegalidades encadenando contratos de un mes, de tres, de seis meses...”. A sus 42 años y con 3 hijas, dice que “lo bueno de ser médico es que siempre tendrás trabajo, con unas guardias aquí o allá; lo malo, que me embarqué hace 10 años en una hipoteca que ahora no puedo pagar porque cobro un 50 por ciento menos que cuando compré mi casa”. Así que compatibilizar su puesto “con una o dos tardes en la privada, que es un complemento, aunque no mucho”. Por contradictorio que parezca, su temor ahora “es aprobar la plaza en propiedad porque si lo hago probablemente tendré que irme a otro hospital y perder toda la especialización que he conseguido. Así de absurdo es el sistema. Nuestro grupo del Marañón es pionero y referencia nacional en un tipo específico de cirugía de tiroides y si apruebo me tendré que ir a otro hospital y a su vez desplazar en el nuevo centro a otro cirujano, probablemente, rompiendo también su grupo que, seguro, es referencia nacional en otra cirugía distinta”.



### ISMAEL MALDONADO

Médico de Familia (Canarias)

Acaba de cambiar el gélido frío de Suecia por la playa canaria. Ismael Maldonado, médico de Familia de 45 años, casado con una enfermera y padre de tres hijos, emigró en 2013 “más por filosofía que por necesidad”. En aquel momento aceptó una oferta de trabajo en la impronunciable Närhälsan Dalaberg Vårdcentral en Uddevalla porque “estábamos cansados de que las administraciones recortaran en personal, en salario y nos pidieran comprensión y apoyo. Ambos éramos interinos, pero no estábamos contentos, veíamos que nuestro trabajo no era apreciado, teníamos un sueldo cada vez más bajo y un futuro profesional estancadísimo”. La familia hizo las maletas aceptando una oferta que incluía “asesoría para buscar casa, colegio y trabajo para la pareja, altas prestaciones sociales, un buen sistema educativo que permitiría a nuestros hijos saber inglés...”. Y la experiencia “ha sido única”. Con todo, la familia ha vuelto ahora a España porque “aprobé las oposiciones de Atención Primaria de Canarias y, o me incorporaba, o perdía la plaza. Laboralmente Suecia ofrece muchas oportunidades con buen salario y reconocimiento pero echábamos de menos las relaciones sociales. No teníamos amigos suecos, sólo nos relacionábamos con españoles y la vida se hacía en casa. Las perspectivas laborales de España, además, son mucho mejores ya”.

