

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

¿HAY SUFICIENTES PROFESIONALES SANITARIOS EN ESPAÑA?

DESEQUILIBRIOS, DÉFICITS,
MOVILIDAD INTERNACIONAL
Y ACREDITACIÓN DE LOS MÉDICOS

*Patricia Barber Pérez
y Beatriz González López-Valcárcel*



Director: Prof. Mario Foz

N.º 23, Enero de 2008
ISSN: 1886-1601

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

N.º 23, Enero de 2008

Director

Prof. Mario Foz Sala

Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Consejo Asesor

Dr. Francesc Abel i Fabre

Director del Instituto Borja de Bioética (Barcelona)

Prof. Carlos Ballús Pascual

Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona

Prof. Ramón Bayés Sopena

Catedrático de Psicología. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Edelmira Domènech Llaberia

Catedrática de Psicología. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Sergio Erill Sáez

Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona

Dr. Francisco Ferrer Ruscalleda

Médico internista y digestólogo. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. Miembro de la Junta de Govern del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Dr. Pere Gascón

Director del Servicio de Oncología Médica y Coordinador Científico del Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas del Hospital Clínic de Barcelona

Dr. Albert Jovell

Médico. Director General de la Fundación Biblioteca Josep Laporte. Barcelona. Presidente del Foro Español de Pacientes

Prof. Abel Mariné

Catedrático de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona

Prof. Jaume Puig-Junoy

Catedrático en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu i Fabra. Miembro del Centre de Recerca en Ecomía i Salut de la Universitat Pompeu i Fabra de Barcelona

Prof. Ramón Pujol Farriols

Experto en Educación Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Prof. Celestino Rey-Joly Barroso

Catedrático de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital General Universitario Germans Trías i Pujol. Badalona

Prof. Oriol Romaní Alfonso

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

Prof. Carmen Tomás-Valiente Lanuza

Profesora Titular de Derecho Penal. Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia

Dra. Anna Veiga Lluch

Directora del Banco de Células Madre. Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona

COMENTARIO EDITORIAL

Jaume Puig-Junoy

Departamento de Economía y Empresa y Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra (UPF). Barcelona.

La conocida insuficiencia de médicos en nuestro país es un problema del sistema sanitario que ha venido para quedarse; no es resultado de una coyuntura particular del corto plazo, sino que es resultado de la insuficiencia en la visión de futuro de la planificación y de la omisión de acciones anteriores por parte de múltiples agentes de nuestro sistema sanitario. Aunque no puede servir de consuelo, éste es un problema que afecta, en mayor o menor medida, a la mayoría de sistemas sanitarios occidentales, si bien no pueden soslayarse las especificidades españolas.

Diseñar políticas adecuadas para hacer frente a esta denominada insuficiencia de recursos humanos en los servicios de salud requiere, por una parte, de un diagnóstico más preciso que las simples afirmaciones al uso que no van más allá de la identificación de un déficit cuantitativo y, por otro lado, se hace imprescindible examinar los factores cambiantes que tanto por el lado de la demanda/necesidad como por el de la oferta influyen en las necesidades futuras de profesionales sanitarios en cada una de sus profesiones y especialidades. A ambos aspectos contribuye de forma informada y documentada el artículo de Patricia Barber y Beatriz González.

En Inglaterra, los médicos prefieren otras especialidades a la medicina general y se prefieren también otras profesiones sanitarias antes que enfermería. Al igual que otros países europeos, la oferta de médicos y enfermeras se prevé también en Inglaterra insuficiente para hacer frente a la demanda futura: se necesitarán 62.000 médicos adicionales hasta el 2020 y 108.000 enfermeras¹. La capacidad de

retención del sistema de salud británico tampoco parece demasiado esperanzadora para hacer frente a la insuficiencia: entre el 15 y el 20% de los médicos ingleses abandonan el Sistema Nacional de Salud (NHS) poco tiempo después de conseguir la especialización.

Sería equivocado, no obstante, tratar de explicar la situación actual cargando las culpas únicamente a la planificación estática de recursos humanos o a la evolución demográfica. Lejos de una situación coyuntural, que se solventaría con medidas de corto plazo, nos encontramos con el resultado de la conjunción de diversas fuerzas estructurales que actúan tanto por el lado de la demanda como de la propia oferta de profesionales.

Desde el lado de la demanda, no resulta desdeñable el crecimiento de la población así como el cambio en la composición de la misma según edad (envejecimiento) y los desplazamientos de la población en el territorio. Sin embargo, la evolución de las tecnologías médicas modifica constantemente las habilidades y conocimientos que se requieren de los profesionales, además de contribuir, por lo general, a aumentar su número.

Desde el lado de la oferta, la elevada feminización del empleo en el sector sanitario contribuye a que sea necesario un mayor número de personas empleadas (preferencias por determinadas especialidades, mayor flexibilidad horaria y trabajo a tiempo parcial), las propias limitaciones de entrada a la profesión médica (*numerus clausus* poco dinámicos, por ejemplo), la escasa innovación organizativa en la asistencia con roles profesionales poco adaptados a la disponibilidad a corto plazo de profesionales, así como a la tendencia a la reducción en la productividad y en el tiempo efectivo de trabajo

¹Dawson S et al. *Engaging with Care. A Vision for the Health and Healthcare Force of England*. London: The Nuffield Trust, 2007.

La importancia de los desequilibrios estructurales de los profesionales sanitarios (más de uno y selectivos) resultante de estas fuerzas se hace y se hará sentir probablemente en España a corto plazo con incluso más intensidad que en otros sistemas sanitarios por varias razones.

En primer lugar, el aumento reciente de la población cubierta efectivamente por el Sistema Nacional de Salud se ha producido de forma rápida en un corto período de tiempo, después de bastantes años casi estancada. El patrón de morbilidad es cambiante y evoluciona por la propia afluencia de inmigrantes y por un patrón de morbilidad en el que, con el envejecimiento progresivo y muy notable de la población española en los próximos años, cada vez tienen más peso las enfermedades crónicas. Los currículos de las facultades de medicina y la formación continuada requieren formar profesionales adaptados a los cambios en el patrón de morbilidad.

En segundo lugar, el sistema sanitario español se caracteriza precisamente por una elevada intensidad de uso del tiempo de los médicos en relación con el empleo de otros profesionales sanitarios o incluso de administrativos. Tal como se indica en el artículo de Barber y González, por poner tan sólo un ejemplo cuantitativo, el número de enfermeras por cada médico en España es la mitad que en la media de los países de la Unión Europea, situación que es incluso más aguda en la atención primaria. La evidencia sobre la sustituibilidad de médicos por enfermeras y de enfermeras por otros profesionales es lo suficientemente alentadora como para merecer atención en el diseño de políticas de recursos humanos¹.

En tercer lugar, los desequilibrios entre especialidades médicas (elecciones de plazas MIR) y los des-

equilibrios geográficos están relacionados con limitaciones innecesarias que se ha auto-impuesto la propia gestión pública. La oferta de formación debe tener en cuenta la composición por edades de cada una de las especialidades, los cambios en la demanda y en la tecnología, así como las propias fuerzas del mercado laboral privado. La diferenciación de rentas salariales en la red pública se impone como una medida necesaria para una asignación eficiente de recursos humanos que, lejos de atender a la equidad, precisamente puede ir en la línea de mejorar la oportunidad de acceso a la atención. Y, en cuarto lugar, las últimas cifras conocidas sobre evolución de la remuneración media de los asalariados en el sector sanitario indican que, como ha ocurrido de forma general en el sector público español en los últimos años, se ha producido un estancamiento de la misma en términos reales², o incluso una reducción de más del 10% en Cataluña. Ello no contribuye precisamente a mejorar la capacidad de atracción del sector y resulta, además, en una ligera reducción de la productividad aparente de los empleos en el sector sanitario en España entre 1995 y 2004.

La principal virtud del artículo de Patricia Barber y de Beatriz González que se publica en este número de la revista consiste en caracterizar de forma rigurosa y ponderada los principales desequilibrios estructurales del empleo en el sector sanitario, así como las distintas opciones políticas disponibles, todas ellas con resultados esperables sólo a medio y largo plazo, a la luz de la experiencia en el sistema comparado.

²Artís J et al. *L'aportació del sector sanitari a l'economia catalana*. Barcelona: Estudis Caixa Catalunya, 2007.



Patricia Barber Pérez

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Licenciada en Ciencias Económicas.

ACTIVIDAD ACADÉMICA Y PROFESIONAL

- Profesora titular de Universidad en el Departamento de Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de GC.
- Investigación en Economía de la Salud, con énfasis en la utilización de modelos de simulación aplicados a la planificación y gestión de sistemas, principalmente de recursos humanos.
- Los modelos estructurales de ecuaciones simultáneas y las aplicaciones empíricas en las áreas de tabaquismo, evaluación económica de nuevas tecnologías y equidad son otros temas de investigación de su interés.
 - Tiene dos sexenios de investigación reconocidos por la CNEAI.
 - Tiene experiencia de trabajo internacional en Costa Rica y Ecuador.

PUBLICACIONES

- Ha publicado en decenas de libros y revistas científicas sobre estos y otros temas.



Beatriz González López-Valcárcel

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Licenciatura con Grado en Ciencias Económicas por la Universidad de Santiago de Compostela (España).
- Doctorado en Ciencias Económicas por la Universidad de La Laguna (España).

ACTIVIDAD ACADÉMICA Y PROFESIONAL

- Es catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de GC y codirectora del Master Interuniversitario en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, de las Universidades de Las Palmas y La Laguna.
- Profesor visitante en las universidades de La Laguna, Barcelona, Oviedo y Santiago de Compostela; en el Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública; en la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada y en la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid; en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.
 - Consultora del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, de las Consejerías de Sanidad de diferentes Comunidades Autónomas y consultora internacional en México, Brasil Costa Rica, Chile y Mozambique.

ÁREAS DE INVESTIGACIÓN

- Sus investigaciones se centran en el campo de la Economía de la Salud, principalmente uso de medicamentos; recursos humanos y mercados laborales; economía del tabaco; nuevas tecnologías y salud.
- Tiene dos proyectos europeos de investigación en curso, uno sobre uso de antibióticos en atención primaria y otro sobre movilidad internacional de profesionales sanitarios.
 - Cuenta con cuatro sexenios de investigación reconocidos por la CNEI.

PUBLICACIONES

- Ha realizado decenas de publicaciones en libros y revistas científicas, nacionales e internacionales.

¿HAY SUFICIENTES PROFESIONALES SANITARIOS EN ESPAÑA?

DESEQUILIBRIOS, DÉFICITS, MOVILIDAD INTERNACIONAL Y ACREDITACIÓN DE LOS MÉDICOS

RESUMEN

En España, aunque el déficit de médicos es selectivo para algunas especialidades y para determinadas áreas geográficas, sus efectos y repercusiones han pasado de ser una preocupación exclusiva de los responsables institucionales a generar alarma social. Es previsible que el déficit actual se acentúe por factores que afectan tanto a la oferta como a la demanda de profesionales. Son factores que además refuerzan los desequilibrios ya existentes en el mercado laboral: desequilibrios entre tipos de profesionales sanitarios y entre especialidades médicas; desequilibrios geográficos en las dotaciones y segmentación regional de los mercados; generacionales; entre las redes públicas y privadas; en la transición de la universidad al MIR; y los desequilibrios relacionados con la inmigración de profesionales. El principal cuello de botella se produce en el tránsito entre la licenciatura en Medicina y la especialización MIR. Cada año terminan la licenciatura en España unos 4.200 médicos y se convocan casi 6.000 plazas MIR para médicos. Quedan plazas MIR sin cubrir, proliferan las renunciaciones y se importan médicos extranjeros. La movilidad internacional de médicos hacia y desde España se ha incrementado y es muy intensa. En 2006 se reconocieron en España 1.015 títulos de médicos especialistas de países de la UE y se homologaron 3.248 títulos más de países extracomunitarios, mientras que sólo 3.951 estudiantes terminaron los estudios de licenciatura en medicina ese año. La intervención pública sobre los profesionales sanitarios es muy intensa y de amplio espectro, desde la formación en todas sus etapas hasta el

empleo, pasando por la acreditación profesional y la homologación de títulos extranjeros. Sin embargo, la mayor parte de las decisiones son compartidas entre las administraciones central y autonómicas, entre distintos departamentos (Educación, Sanidad) y con asociaciones profesionales. El Ministerio de Sanidad conserva competencias de acreditación y formación, las comunidades autónomas, principales demandantes de profesionales sanitarios, sufren los desequilibrios en sus mercados laborales y culpan al Ministerio de Sanidad de falta de planificación. La coordinación no es fácil, con las rivalidades políticas metiendo ruido y con un diseño institucional del gobierno del Sistema Nacional de Salud basado en gobernar a fuerza de voluntarismo. La Unión Europea (UE) está haciendo esfuerzos por homogeneizar los planes de estudio, grados y titulaciones universitarias, como un paso más hacia la efectiva circulación de la mano de obra entre los países integrantes. En este contexto, la "licencia para curar" que se da en España a los médicos extracomunitarios responde más a criterios administrativos que profesionales y es incapaz de garantizar por sí misma ni los conocimientos ni la capacitación para ejercer una profesión en continuo dinamismo, en un sistema sanitario diferente, con perfiles epidemiológicos distintos, técnicas diagnósticas y procesos patológicos desconocidos. Hay un riesgo real de polarizar la profesión en dos extremos, los excelentes y los deprimentes. La reacreditación o recertificación periódica de todos los médicos es una alternativa a considerar en España, como lo han hecho otros países.

HAS SPAIN ENOUGH HEALTH PROFESSIONALS? UNBALANCES, DEFICITS, INTERNATIONAL MOBILITY AND MEDICAL ACCREDITATION



SUMMARY

In Spain, though the lack of medical practitioners remains selective, involving some specializations and geographical areas, its effects and repercussions being at first an exclusive concern of those in charge of institutions, have turned into an actual social alarm.

One can predict that the current deficit will be larger because of factors that affect both the offer and the demand of professionals. These factors strengthen the already existing imbalances within the labour market: imbalances among different types of healthcare professionals and medical specializations; geographical imbalances when it comes to resources and regional market segmentation; generation imbalances; those between public and private nets; those having place during the transition from the university to MR (Medical Residency); and those involving professionals immigration. The main bottleneck appears in the transition between the Medicine Bachelor Degree and the MR specialization. Each year, 4,200 medical students get their bachelor's degree in Spain, while 6,000 medical residents (MR) posts are called for physicians. MR vacancies remain uncovered, resignations spread and medical practitioners are imported. The international mobility of physicians from and to Spain has increased and is found to be very intense. In 2006, 1,015 degrees of specialized doctors from the European Union were recognized and 3,248 degrees from extracommunitarian countries were standardized, while only 3,951 students got their Medicine Bachelor's Degree. The public intervention over the healthcare professionals is very intense and embraces a broad spectrum, from every step of the medical education and training to the post achievement,

apart from the professional accreditation and standardization of foreign degrees. Notwithstanding, the main part of decisions are shared among the central and autonomous governments, different departments (Health and Education) and professional associations. The Health Ministry keeps competency on the accreditation and education; the autonomous communities, main solicitors of healthcare professionals, suffer the imbalances within their labour markets and put the blame on the Health Ministry for the lack of planning. Coordination is not easy, mainly due to political rivalries that aim to make some noise and an institutional design of the National Health System management that is based on governing on grounds of voluntarism. The European Union is making efforts to standardize the education programs and university degrees to make a further step towards an effective input-output movement of the labour force within the member countries. In this context, the "license to heal" that is accorded in Spain to extracommunitarian medical practitioners is more usually taken regarding administrative criteria rather than professional ones, and is incapable of guaranteeing by itself neither the knowledge background nor the capability of carrying out a continuously dynamic profession, within a different healthcare system, counting on different epidemiological profiles, diagnostic techniques and unknown pathological processes. There is an actual risk of polarizing the profession in two extremes: the excellent and the poor ones. The periodical reaccreditation or recertification of every medical doctor is an alternative to be considered in Spain, one that other countries have already assumed



¿HAY SUFICIENTES PROFESIONALES SANITARIOS EN ESPAÑA? DESEQUILIBRIOS, DÉFICITS, MOVILIDAD INTERNACIONAL Y ACREDITACIÓN DE LOS MÉDICOS*

PATRICIA BARBER PÉREZ Y BEARTIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL

*Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión. Campus de Tafira.
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria (España).*

INTRODUCCIÓN

La planificación de los recursos humanos para la salud se ha convertido en un problema de primer orden que ha sido el centro de interés del informe anual de la OMS de 2006^{1,2}. Determinar y conseguir el número adecuado de médicos en las especialidades adecuadas, en el lugar y en el momento preciso, es la difícil tarea de la planificación de recursos humanos para la salud. La “mano invisible” del mercado y la “mano dura” de la regulación administrativa son los instrumentos de los que se sirven los países, en mayor o menor grado, para alcanzar ese objetivo.

Es previsible que el déficit actual se acentúe por factores que afectan tanto a la oferta como a la demanda de profesionales. Son factores que además refuerzan los desequilibrios ya existentes en el mercado laboral: desequilibrios entre tipos de profesionales sanitarios y entre especialidades médicas; desequilibrios geográficos en las dotaciones y segmentación

regional de los mercados; generacionales; entre las redes públicas y privadas; en la transición de la Universidad al MIR; y los desequilibrios relacionados con la inmigración de profesionales.

Hasta ahora la vía de escape “natural” ha sido la inmigración de profesionales, que ayuda a paliar los cuellos de botella existentes; sin embargo, su incorporación en “cantidad” y “calidad” pueden generar nuevos desequilibrios que, si no se abordan con anticipación, producirán nuevos desajustes a medio plazo.

¿CÓMO SABER CUÁL ES EL “NÚMERO IDEAL”: DEMANDA O NECESIDAD?

No hay método perfecto de planificación de recursos humanos para la salud. Los cambios tecnológicos que inducen modificaciones radicales en los perfiles de práctica, las fronteras difusas y móviles entre especialidades, o los procesos de automatización son sólo algunos de los elementos que cambian radicalmente la función de producción en salud.

Los métodos de planificación de médicos se suelen clasificar según se basen en la oferta, en la demanda, en la necesidad o en la comparación o *benchmarking*.

*Este artículo se basa en otras publicaciones previas de las autoras, que aparecen reseñadas en las referencias bibliográficas.



El enfoque según la predicción de la oferta estima el personal en un momento base, y se proyecta en el tiempo hacia el futuro. Se parte de la ratio actual de profesionales respecto a población, que implícitamente se considera “suficiente”, y se hace evolucionar el sistema en el tiempo, con ciertas hipótesis sobre los niveles de recursos y sus determinantes.

La predicción de la demanda o utilización intenta confrontar las dotaciones existentes con algún grado deseado de demanda a satisfacer. Determinan el volumen del recurso en función de la utilización de su consumo o “demanda” actual, proyectando estos patrones hacia el futuro.

En la planificación basada en la necesidad se evalúa la información demográfica y de riesgos de salud y los recursos necesarios para afrontarlos, generalmente en términos de ratios de profesionales respecto a la población, o en términos de tasas necesarias de crecimiento de los médicos en el futuro.

Los métodos basados en *benchmarking* buscan un referente de buen funcionamiento al que se pueda considerar como ejemplo a imitar; esas zonas definen el “*gold estandar*” o paradigma del bien hacer.

Todos tienen sus ventajas e inconvenientes a los que hay que añadir las dificultades propias de un mercado en el que la movilidad internacional resta poder monopolista a los gobiernos nacionales.

Analizar las experiencias planificadoras de otros países para “aprender en cabeza ajena” puede ayudar a evitar errores tan sonados como los de los años ochenta en EEUU, que vaticinaban fuertes superávits para la década siguiente que, sin embargo, llegó con déficit de médicos, en parte provocado por el propio ejercicio de planificación y medidas subsiguientes. También sirve el *benchmarking* para imitar experiencias exitosas, como la estrategia reciente del Reino Unido donde, tras una situación de déficit de médicos ampliamente reconocido, en marzo de 1999 se puso en marcha un plan de acción³ con horizonte temporal de 10 años. Hoy se considera que su staff médico está en equilibrio.

LOS DESEQUILIBRIOS ESTRUCTURALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN ESPAÑA

Hay desequilibrios estructurales de distintos tipos que no responden a una sola causa y podrían ser mitigables con políticas adecuadas de Recursos Humanos. Desequilibrios entre tipos de profesionales sanitarios y entre especialidades médicas; desequilibrios geográficos en las dotaciones y segmentación regional de los mercados; generacionales; entre las redes públicas y privadas; en la transición de la Universidad al MIR; y los desequilibrios relacionados con la inmigración de profesionales, problema éste que abordaremos más abajo.

Desequilibrios entre tipos de profesionales: médicos frente a enfermeras

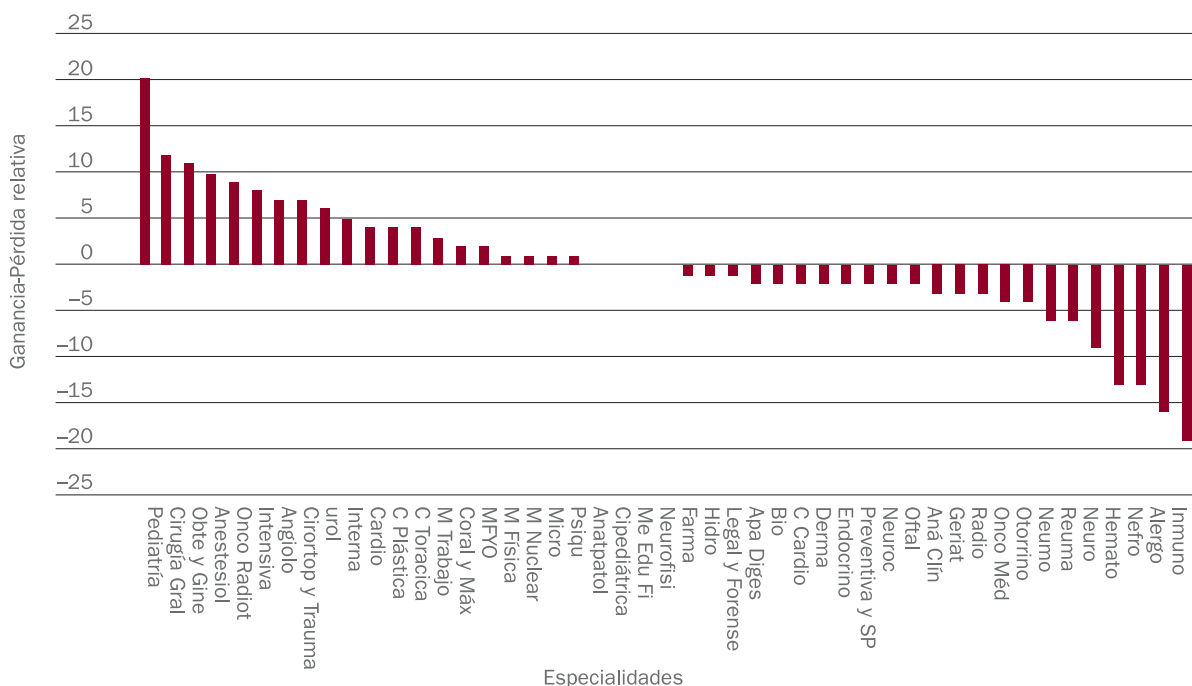
En España hay menos enfermeras por médico que en la mayor parte de los países desarrollados: ocupamos el puesto número 22 respecto a la ratio de enfermera/médico de todos los países europeos⁴. Esta ratio en la UE es de 2,4, mientras que en España es de 1,2.

En Atención Primaria la situación es más grave: según el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP, 2006)*, en el primer nivel asistencial hay 1,03 enfermeras por cada médico para todo el país, mientras que en los hospitales españoles la ratio es 1,8 según la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 2005.

Esta relativa escasez de enfermeras (o abundancia relativa de médicos) ha hecho que tareas que tradicionalmente en otros países están a cargo de las enfermeras, en particular en atención primaria, se realicen en España por otro tipo de personal sanitario.

* Datos del SIAP para 2006: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Figura 1. Cambio de cotización especialidades 1990-2007



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos no publicados.

Desequilibrios entre especialidades

Las elecciones de plazas MIR reflejan el mercado de la especialización médica, que a su vez es el resultado de las preferencias reveladas por los candidatos. Entre 1991 y 2007, algunas especialidades han ganado posiciones en las preferencias de los médicos jóvenes (Pediatría, Cirugía General, Ginecología o Anestesiología), mientras que otras han perdido (Inmunología, Alergología o Nefrología). La figura 1 ilustra estos cambios. En ella se representa la diferencia entre 1991 y 2007 en el puesto que ocupa cada especialidad en las preferencias declaradas por los MIR. Han ganado puestos las especialidades “femeninas” (Obstetricia y Ginecología, Pediatría) y las que ofrecen potencial de práctica privada. También han ganado las que presentan mayor déficit (por ejemplo, Anestesiología).

También puede constatarse la preferencia de las especialidades quirúrgicas sobre las médicas y éstas sobre las de diagnóstico. La Medicina de Familia ocupa un puesto de baja preferencia en el ranking de elección, y no ha mejorado en los últimos quince años.

Desequilibrios geográficos

El déficit y su agravamiento también serán desiguales por áreas geográficas. En ausencia de mecanismos de diferenciación de rentas, ya que los salarios de la red pública son más o menos fijos -independientes de la gravedad del déficit y del grado de atractivo de los puestos de trabajo- no es de extrañar que se cubran primero los puestos con mayor atractivo profesional y del entorno: en los grandes hospitales docentes con tecnología avanzada antes que en pequeños hospitales



comarcales; en las ciudades más que en los pueblos remotos. Las islas y las zonas rurales aisladas del interior tienen problemas muy serios de recursos humanos, que se agravan por la restricción autoimpuesta de la “igualdad” salarial. La única forma de captar recursos escasos por parte de demandantes en competencia es ofreciendo mejores condiciones económicas y laborales, mediante incentivos a la captación y retención de profesionales: prestigio y reconocimiento profesional, dinero, condiciones laborales y de vida.

Segmentación regional de los mercados

La segmentación geográfica de los mercados de médicos en España es muy acusada y va en aumento. Las elecciones de plazas MIR son un síntoma evidente de este fenómeno. En torno al 70-75% de los candidatos se quedan en su comunidad autónoma, y muchos de los desplazados son forzosos. La descentralización de la sanidad es sin duda una causa subyacente de la segmentación. Los mercados de trabajo de profesionales sanitarios configuran un conjunto de micromercados, segmentados por especialidades. En España, estamos superponiendo una segmentación geográfica a la segmentación profesional.

Desequilibrios generacionales

Según las estimaciones realizadas para 2006⁵, el análisis de la estructura etaria y de los indicadores demográficos pone de relieve grandes diferencias entre las especialidades, que impiden abordar el déficit de médicos desde una perspectiva global, ya que las especialidades con pirámides más envejecidas tienen una velocidad de retiro mucho más alta que el resto.

Las pirámides etarias son en gran medida responsables de la evolución y caracterización demográfica futura. Hay especialidades “jóvenes” con una mayor proporción de efectivos en las edades inferiores (Bioquímica, Farmacología, Inmunología, Oncología Médica, etc...); especialidades “adultas” con su fuerza laboral

concentrada, en términos relativos, en los intervalos de edad superiores (varias especialidades quirúrgicas, Neumología, Oftalmología, Cardiología, etc...); y especialidades distribuidas uniformemente o con forma de campana alrededor de los intervalos centrales (por ejemplo, Anestesiología, Anatomía Patológica o Angiología).

Desequilibrios entre sector público y sector privado

El sector de provisión privada de asistencia sanitaria ha crecido sustancialmente en la última década y demanda médicos en competencia con la red asistencial pública. Según los datos del Registro Mercantil, recogidos en la base de datos Sistema de Análisis de Balances Ibéricos SABI, entre 1999 y 2005 el empleo de las empresas del sector 622 (“Hospitales”, en la clasificación NAICS 2002) creció en un 61% y los ingresos de explotación aumentaron en un 69%.

La fuerte demanda de trabajo por parte del sector privado, con la que no se contaba, es una fuente de déficit. Hay competencia de los centros públicos y privados por contratar médicos, con fuertes tensiones al alza de las remuneraciones de equilibrio del mercado. Bajo el argumento de que el sector público no puede “discriminar”, los salarios son homogéneos por categorías, negociados colectivamente, y hay una dinámica de emulación entre comunidades autónomas (CCAA) que lleva a igualar en los máximos. Actualmente algunas CCAA están estudiando la mejor fórmula de pago a los médicos para atraer buenos profesionales y estimular a la vez el trabajo bien hecho, alineando los objetivos del médico y los de la organización. Este es, a nuestro juicio, uno de los grandes retos del Sistema Nacional de Salud.

Transición del mercado educativo al laboral: *numerus clausus* y MIR

El principal cuello de botella se produce en el tránsito entre la licenciatura en Medicina y la



especialización MIR. Cada año terminan la licenciatura en España unos 4.200 médicos y se convocan casi 6.000 plazas MIR para médicos. Por tanto, habría una plaza de especialización MIR para cada médico recién graduado y aún sobrarían unas 1.800 plazas ¿Cómo se resuelve este desequilibrio? Quedan plazas sin cubrir. La primera vez que ocurrió esto fue en 2005-2006, y se ha agudizado en 2007. El segundo mecanismo de absorción del desequilibrio es la “recirculación” de residentes, que se examinan de nuevo para cambiar de especialidad, dejando tras de sí una nueva vacante. Los datos son preocupantes. En la convocatoria 2006-2007, 2.128 aspirantes admitidos a examen ya habían conseguido una plaza MIR en el año 2000 o posteriormente. El 58% de estas plazas de formación “abandonadas” son de Medicina de Familia. La tercera vía ha sido la importación de médicos extranjeros, a la que dedicamos un análisis específico más abajo.

LAS RIGIDECEZ DEL MARCO INSTITUCIONAL

La regulación y el alcance de la intervención pública sobre los profesionales sanitarios son muy intensos y de amplio espectro, desde la formación en todas sus etapas hasta el empleo, pasando por la acreditación profesional y la homologación de títulos extranjeros. Sin embargo, la mayor parte de las decisiones en ese ámbito son compartidas entre las Administraciones central y autonómicas, entre distintos departamentos de la Administración (Educación, Sanidad) y entre ésta y las asociaciones profesionales (sociedades científicas, colegios profesionales).

Algunos dirigentes de los servicios regionales de salud persiguen un oasis de autonomía, independencia y autosuficiencia. Piensan que las plazas de Medicina que deberían ofertarse en las universidades de la región han de ser para formar a los futuros médicos que ejercerán allí, y que el número de plazas MIR a convocar cada año son para cubrir las necesidades de

especialistas en la región. Algunos incluso limitan esas necesidades a las de la propia red pública. Ese planteamiento corto de miras, además de tener mucho de espejismo, alimenta el déficit. Por ejemplo, dos de las especialidades más cotizadas en la elección MIR –Dermatología y Cirugía Plástica– tienen excelentes expectativas de demanda privada, y precisamente ese es el motivo por el que las preferencias de los médicos jóvenes se orientan hacia ellas.

El Ministerio de Sanidad conserva bastantes competencias en materia de recursos humanos, básicamente de acreditación y formación, mientras que las Comunidades Autónomas, principales demandantes de profesionales sanitarios, sufren los desequilibrios de los mercados laborales y culpan de ello a los fallos de planificación del Ministerio de Sanidad. La coordinación no es fácil. Las rivalidades políticas meten ruido y las organizaciones encargadas de coordinar el sistema son muy débiles en cuanto a capacidad resolutoria. El voluntarismo no es suficiente para coordinar un sistema de salud complejo, fragmentado y altamente descentralizado.

La rigideces se advierten en varios frentes de gran importancia, actualmente inmersos en enormes dificultades prácticas, de orden político y profesional. La definición de especialidades médicas y de las fronteras entre especialidades, la definición de subespecialidades y áreas de capacitación, la reforma del sistema MIR, etc...

¿FALTAN MÉDICOS EN ESPAÑA? SITUACIÓN ACTUAL DEL DÉFICIT Y TENDENCIAS DE FUTURO

Según un informe de la OCDE⁶ hay una clara tendencia alcista de la demanda de médicos para los próximos veinte años, que agravará el déficit actual. Como reacción, muchos países están aumentando su *numerus clausus*. Los pronósticos de varios países de nuestro entorno son de un horizonte deficitario, por lo que recomiendan aumentar el número de plazas en facultades de medicina (Francia, Reino Unido) o en programas MIR (el último informe del COM-



GE recomienda aumentar 27.000 plazas anuales para la formación de especialistas médicos en EEUU). En un contexto de movilidad internacional y globalización creciente, el déficit de médicos en otros países afecta a España y crea tensiones que agravan el déficit en el interior del país por el efecto “pull”.

En España hay síntomas de déficit de médicos, selectivo, por especialidades y zonas⁵. Hay problemas para cubrir plazas de ciertas especialidades y también para cubrirlas en determinadas zonas poco atractivas, sobre todo en pequeñas localidades sin hospitales docentes.

La tasa poblacional de médicos, que había experimentado fuertes crecimientos en los años setenta y ochenta del pasado siglo, está prácticamente estancada y no cae gracias, sobre todo, a la entrada neta de médicos extranjeros, ya que el *numerus clausus* de Medicina se ha mantenido estable y sólo en los últimos dos años ha aumentado ligeramente.

Las **tendencias de futuro** son de agravamiento a corto plazo del déficit, debido a cambios en las tendencias tanto de la demanda como de la oferta.

Por el lado de la demanda, las causas subyacentes que hacen previsible cambios en las necesidades de especialistas incluyen las siguientes:

1.- Crecimiento demográfico, y composición de la población (envejecimiento), particularmente en algunas especialidades, por ejemplo Geriátrica, Urología o Medicina de Familia. Despoblación de zonas rurales que requerirán, sin embargo, un número mínimo de médicos por motivos de equidad, mientras que en las ciudades las economías de escala permiten aumentar la dotación de médicos en una proporción inferior a la del crecimiento poblacional.

2.- La tecnología médica amplía el ejercicio profesional con nuevos procedimientos. Por lo general, la nueva tecnología crea nuevas demandas de médicos. Aunque la tecnología sustituye en ocasiones el trabajo humano, automatizando los procesos, en general los avances tecnológicos en sanidad han sido intensivos en mano de obra.

3.- Los cambios de patrón de morbilidad (por ejemplo, con la afluencia de inmigrantes aumentará la necesidad de especialistas en otras enfermedades de baja prevalencia en España).

4.- Cambios en el dispositivo asistencial y en la oferta hospitalaria: muchas CCAA amplían su oferta con inversiones en nuevos centros asistenciales para mejorar la accesibilidad de la población.

Por el lado de la oferta, las causas subyacentes que hacen previsible un agravamiento del déficit de médicos son las siguientes:

1.- La feminización de la profesión. La medicina se ha feminizado: el 43% de los médicos activos y dos de cada tres nuevos médicos son mujeres, que tienen preferencias por determinadas especialidades. Demandan más flexibilidad horaria y trabajo a tiempo parcial para conciliar la vida personal y familiar con la profesión. Según una encuesta a médicos colegiados de Barcelona, los médicos varones trabajan 8,1 horas diarias de promedio, y las mujeres 7,7 horas.

2.- Las barreras de entrada a la profesión médica, entre ellas la cortedad de los *numerus clausus* y los cuellos de botella entre la licenciatura y la entrada a la formación MIR, que ya comentamos más arriba.

3.- Los cambios organizativos de la asistencia: delegación en otros profesionales, trabajo en equipo, etc., que deberían emplearse inteligentemente para adaptar los centros a la disponibilidad a corto plazo de profesionales.

4.- Cambios en la productividad y en el tiempo efectivo de trabajo. La reducción del tiempo efectivo de trabajo médico es un patrón común en algunos países europeos, bien sea por razones sociológicas o legales. En España, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud establece la obligación de aplicar en los centros sanitarios un límite máximo de 150 horas anuales de exceso de jornada sobre las 48 horas de promedio semanal que establece como límite la normativa europea. La aplicación de esta norma, para la que se ha fijado un período



transitorio máximo de diez años, hasta 2013, va a requerir aumentar el número de profesionales sanitarios contratados y, por consiguiente, será un factor adicional de agravamiento del déficit.

LA INTERNACIONALIZACIÓN Y MOVILIDAD DE LA PROFESIÓN MÉDICA

Aunque no hay cifras oficiales, el “saldo migratorio” sigue siendo positivo para España. Se estima que en la actualidad entre 6.000 y 7.000 médicos especializados españoles han preferido ejercer su profesión en otros países europeos, principalmente Portugal, Reino Unido y Alemania, motivados, sobre todo, por la importante brecha salarial favorable a estos países y por mejores condiciones laborales. En comparación con los diez principales países europeos, el sector sanitario español ocuparía el séptimo lugar en cuanto a sus retribuciones tomando como base el sueldo medio bruto anual⁷.

Respecto a la entrada de profesionales procedentes de otros países existen dos, o mejor, tres corrientes que debemos distinguir. El flujo procedente de los países de la antigua Unión Europea (UE) compuesta por 15 países, el procedente de las ampliaciones recientes de dicha UE y el de los países sudamericanos.

Aunque la información disponible es fragmentada, ilustra sobradamente la situación. En 2006, se reconocieron en España 1.015 títulos de médicos especialistas de países de la UE y se homologaron 3.248 títulos de países extracomunitarios, un total de 4.263 nuevos profesionales activos. Según cifras del INE, el número de alumnos que finalizó los estudios de medicina en 2006 en las universidades españolas fue de 3.951.

Según el “Estudio demográfico de los médicos del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB)”⁸, a primeros de enero de 2007 un 11% de los colegiados en esa provincia no habían nacido en España, y de ellos el 53,4% se habían formado íntegramente en el extranjero. Los médicos extranjeros con formación extranjera

proviene mayoritariamente de América Latina. Los tres países con efectivos más numerosos (Argentina, 30,5%; Colombia, 10,8%; Cuba, 10,2%) representaban prácticamente la mitad del colectivo.

En la última convocatoria MIR 2006-2007*, el 15,8% de los estudiantes que obtuvieron plaza para iniciar la formación eran de nacionalidad no española. La distribución no es uniforme entre las CCAA: en Cataluña un 25,4% de los nuevos MIR tiene nacionalidad extranjera y en Madrid el 20%.

Otros países de nuestro entorno han vivido procesos similares de déficit y llegada de profesionales. En el Reino Unido, entre 1999 y 2005 se colegiaron 60.000 nuevos médicos, de los que más de la mitad (53%) se formaron fuera de la UE y el 69% fuera del Reino Unido. En 2005 los médicos extranjeros representaban el 33,5% de los efectivos totales⁹.

La normativa europea reconoce directamente la titulación de médico y la especialidad a los provenientes de la UE y de Estados a los que les sea de aplicación la libre circulación de trabajadores, siempre que la especialidad en cuestión tenga equivalencia internacional (véase más adelante en el epígrafe “Licencia para curar”).

El acceso a la especialización y las equivalencias entre especialidades en la UE

Si normalizar y armonizar la situación de la formación médica de grado española con el resto de Europa es un importantísimo reto, no lo es menos eliminar las diferencias que aún persisten en la forma de acceder y realizar la especialización, específicamente en el período de residencia, desde 2 hasta 6 años, en la lista de

* Existe un cupo máximo de plazas para los nacionales de aquellos países que no sean miembros de la Unión Europea ni de Estados a los que les sea de aplicación la libre circulación de trabajadores que en la convocatoria 2006-07 fue de 572 plazas y en la de 2007-08 de 617 plazas.

Tabla 1. Duración formación médica y acceso al título de especialista

	Duración formación médico general	Duración formación especialidad	Forma acceso especialidad
Alemania	3 años	De 4 a 6 años	Entrevista personal y currículum
Italia	2 años	De 4 a 5 años	Examen de acceso
Portugal		De 4 a 6 años	Examen MIR
Reino Unido	3 años	2 etapas, una de 2 años y otra de 4 a 6 años	Entrevista personal

González López-Valcárcel y Barber (2007)¹⁰, elaborada a partir de información recogida en Libro Blanco titulación en medicina. Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas. 2005.

especialidades y en la especificación de competencias de las distintas especialidades.

En el Reino Unido, para obtener el título de especialista es necesario un plazo de entre 6 y 8 años de formación práctica, dos años como *Senior House Officer* (SHO) y de 4 a 6 como *Specialist Registrar* (SpR). Las facultades de medicina y los *Royal Colleges* de la especialidad controlan la oferta de plazas SHO, que son remuneradas, y se accede a ellas mediante la presentación del currículum vitae y tras una entrevista personal. Una vez finalizado este período, para acceder a la segunda parte de la formación es necesario superar un examen específico realizado por el *Royal College* de la especialidad. Una vez obtenido el *Registrar* se realiza la segunda parte de la formación práctica de 4 a 6 años de duración, que culmina con la obtención del *Certificate of Completion of Specialist Training* (CCST), expedido por la *Specialist Training Authority*, proceso en el que participan los distintos *Royal Colleges*).

En Alemania se realizan cuatro pruebas estatales para recibir la licenciatura de grado. Tras ello, se realiza el *Arzt im Praktikum* (AiP) mediante contrato con un hospital, con una duración aproximada de 18 meses y con el que se recibe el *Approbation*. A partir de aquí se desarrolla la formación especializada en los hospitales universitarios durante un período aproximado de seis años que finaliza con un examen, en ocasiones oral, tras el cual el colegio de médicos de la provincia otorga el título de especialista.

El sistema francés es más parecido al español; no hay un período previo al estilo AIP alemán o SHO inglés, sino que tras un examen tipo MIR se inicia la residencia guiada, en este caso desde las propias facultades de medicina.

Las diferencias en el catálogo de especialidades médicas también son relevantes. Tomando como referencia el Real Decreto 326/2000, que incorpora las directivas de la Comisión Europea destinadas a facilitar la libre circulación de los médicos y equiparaciones entre títulos de médicos especialistas españoles y del resto de la UE, de las 48 especialidades médicas reconocidas en España, 16 son comunes a todos los Estados miembros y 24 son comunes a dos o más Estados. Quedan totalmente excluidas de la homologación europea ocho especialidades españolas, de las que tres son hospitalarias (Cirugía Cardiovascular, Oncología Médica y Medicina Intensiva).

Algunos países, como Alemania, tienden a concentrarse en pocas especialidades, sin dividir la Medicina Interna en especialidades médicas, mientras que otros como Italia y España son los que tienen una lista más amplia de especialidades.

“LICENCIA PARA CURAR”. RECONOCIMIENTO Y HOMOLOGACIÓN DE TÍTULOS

Los esfuerzos desde la UE por homogeneizar los planes de estudio, grados y titulaciones universitarias, como un paso más hacia la efectiva cir-



culación de la mano de obra entre los países integrantes, se inicia con la Declaración de La Sorbona (1998), que se desarrolla y amplía con la Declaración de Bolonia (1999) y cuya fecha de consolidación está prevista para 2010, con el denominado Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). La adopción de un sistema comparable de titulaciones en el espacio europeo, la ordenación de los programas de estudios en dos ciclos principales, el crédito europeo como unidad de medida en lo académico, la cooperación europea para garantizar la calidad y el desarrollo de unos criterios y unas metodologías educativas comparables, son los grandes pilares de este proceso, que permitirá dotar a los títulos universitarios de carácter oficial con el Suplemento Europeo al Título.

Para abordar este proceso con las máximas garantías, la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Española elaboró y publicó en 2005 el Libro Blanco de Medicina¹¹. En él se hace una profunda revisión de la situación actual comparada de los estudios de medicina entre las universidades españolas, y con los países europeos, para finalmente fijar las directrices de los futuros planes de estudio de esta licenciatura. Actualmente, los planes de estudio de los países de la UE-15 se parecen en los contenidos, aunque difieren en métodos docentes y en el balance entre teoría y práctica.

Otra aportación de gran importancia en este ámbito ha sido la realizada por las universidades catalanas: “Competencias profesionales de los licenciados en medicina formados en las Universidades Catalanas”¹².

En el ámbito europeo, la declaración conjunta de la AMEE (*Association for Medical Education in Europe*) y la WFME (*World Federation for Medical Education*)¹³, así como los trabajos realizados por MEDINE (*Medical Education in Europe*)¹⁴ han profundizado y debatido sobre la aplicación del sistema europeo de créditos (ECTS), la estructura de la formación, el establecimiento de titulaciones, la promoción y desarrollo de garantías de movilidad y de reconocimiento internacional; la formación continuada

y, en general, sobre todos aquellos aspectos vitales para la convergencia europea de los estudios de medicina^{15, 16}.

Sin embargo, los médicos extracomunitarios que quieren ejercer en España han de homologar el título en el Ministerio de Educación. Éste 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 ejercicio 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.

¿HACIA LA RECERTIFICACIÓN?

En la década de los 90 del pasado siglo se generalizó en EEUU la recertificación, renovación periódica de la autorización para el ejercicio de una especialidad profesional basándose en el cumplimiento de los requisitos establecidos por los *Boards* de diferentes especialidades. En la actualidad, el *American Committee for Continuing Medical Education* (ACCME) elabora un programa para todas las especialidades, excepto para los médicos de familia que tienen su propio sistema, con actividades voluntarias y necesarias para la recertificación, clasificadas en dos categorías: a) “actividades formalmente progra-



madras” y b) “enseñanza autodirigida”. En esta segunda fórmula es el especialista el que realiza su propio programa, adecuado a su desarrollo personal.

También Canadá tiene una amplia experiencia en sistemas de recertificación médica: en la actualidad todos los profesionales deben obtener una recertificación basada en un sistema obligatorio en acreditación de Formación Médica Continua diseñado por una organización que aglutina a las sociedades profesionales, asociaciones médicas y organismos gubernamentales.

En Europa, mientras los países del Este tienen larga tradición y disponen en su mayoría de sistemas de reacreditación, tutelados funda-

mentalmente por órganos gubernamentales, son pocos los países de la Europa occidental que cuentan con un sistema de reacreditación propiamente dicho.

La tabla 2 muestra el resultado de un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud¹⁷ en el que se analizan las similitudes y diferencias entre los sistemas de acreditación y reacreditación en 39 países europeos con información recogida en 2003 y completada para algunos países en 2005. De los 39 países estudiados, sólo 18 tenían implantado en ese momento algún tipo de sistema de reacreditación, en su mayoría países del Este de Europa recientemente integrados en la UE.

Tabla 2. Sistemas de acreditación y reacreditación en Europa

País	Tiempo entre cada reacreditación para renovar la licencia	Requisitos exigibles de de formación médica continua
Albania	2	
Azerbaiyán	3	
Bulgaria		
Croacia	6	X
República Checa	5	
Francia		X
Georgia	5	
Alemania		X
Hungría	5	
Kazajstán		X
Kirgizistán	2-3	
Letonia	5	
Lituania	5	
Países Bajos	5	
Noruega	Después de los 75 años	
Polonia	Si se está 5 años sin ejercer	
Rumania	Si se está 5 años sin ejercer	
Rusia	5	
Eslovaquia	4 después de los 70 años	
Eslovenia	7	
Suiza	Después de los 70 años	X
Reino Unido	5	X

Fuente: Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region. WHO (2005)



Sin embargo, en los últimos años hay una importante corriente hacia la consolidación de algún sistema de reacreditación, por la evidencia de que ningún sistema académico puede asegurar una adecuada competencia profesional de modo indefinido en una profesión en continua evolución. Este movimiento es especialmente dinámico y radical en el Reino Unido, país que desde abril de 2005, no sin varios años previos de polémica¹⁸, impone un sistema de “revalidación” para todos los médicos que incluye una evaluación anual basada en resultados propios y en una entrevista estructurada con un especialista evaluador. Los resultados son a su vez evaluados por el *General Medical Council* cada 5 años.

En nuestro país, la primera experiencia de recertificación, voluntaria, tuvo lugar en 2004, realizada por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña¹⁹ a partir de los créditos obtenidos por los participantes en actividades de formación médica continuada (FMC) evaluados por el sistema de acreditación del CCFMC (Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada) y de la CFCSNS (Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud), o por otros sistemas de acreditación formales existentes en España o en el extranjero. El gran reto, sin embargo, es sustraer a la industria farmacéutica y de productos médicos su capacidad práctica -quien paga, manda- para definir contenidos de la formación médica continuada de los médicos -y en un futuro inmediato también de las enfermeras prescriptoras- en España.

Las ventajas e inconvenientes de que la obligatoriedad de la formación médica continuada finalice en un proceso de reacreditación se han debatido ampliamente desde sus inicios en los años setenta del pasado siglo. Las resistencias y/o controversias no han sido escasas, pero precisamente los países con mayor cultura de evaluación profesional -USA, Canadá y Reino Unido- han demostrado que las dificultades y las reticencias a su implantación no son insalvables, que contribuye poderosamente al prestigio social de los profesionales, que incrementa la autoestima de éstos y que la profesión se mues-

tra cohesionada y decidida a evitar intromisiones de las autoridades en su ámbito competencial²⁰.

En el I Congreso de la Profesión Médica en Cataluña, realizado en 2004, se llevó a cabo una encuesta a 1.200 profesionales de la medicina con el objetivo de valorar su opinión acerca de la formación médica continuada, la evaluación de la competencia y la recertificación¹⁹. El 91% de los médicos opinaba que sería conveniente introducir algún sistema de evaluación de la competencia, exigible para mantener el derecho al ejercicio profesional, y el 90% creía que con esto, junto con la exigencia del currículo de formación médica continuada, se podría combatir mejor la incompetencia. El 23% opinaba que dicho sistema de evaluación de la competencia debía ser obligatorio de entrada y el 25% tras un cierto período de voluntariedad. También era mayoritaria (50%) la opinión a favor de la introducción de la recertificación en la práctica “como medida de profundización en la autorregulación profesional, para legitimar el nuevo contrato social de la profesión con el Estado y para contribuir a mejorar la imagen de aquella”²¹.

El movimiento más reciente en este sentido, promovido por nueve sociedades científicas, es el Proyecto ARA (Plan Estratégico de Procesos de Acreditación y Reacreditación, 2007), el cual propone a los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia la puesta en marcha de un programa anual para la acreditación de los médicos residentes, que incluirá además procesos para la reacreditación voluntaria de los profesionales en ejercicio. El objetivo es generar procesos de acreditación y reacreditación periódicos desde las Sociedades Científicas para cada uno de los colectivos de especialistas.

La reacreditación puede erigirse no sólo en un elemento básico de regulación de la profesión médica, sino también en una herramienta de gran utilidad para algunos de los retos que tiene planteados nuestro sistema sanitario.

En primer lugar, actuaría como garante de la competencia profesional, de la promoción y actualización del conocimiento y para evitar la



mala praxis. El desarrollo profesional continuo inherente a una correcta práctica médica debe ser contrastado, especialmente cuando no son aislados los casos en los que la acreditación de grado alcanzada (generalmente relacionada por las instituciones educativas) se ha realizado en otros países con diseños curriculares y carreras profesiones diferenciadas.

En segundo lugar, permitiría disponer de un registro vivo de profesionales en ejercicio, fomentando la constitución y afiliación a los colegios de profesionales.

Además, contrarrestaría en alguna medida la tendencia a la funcionarización de la profesión médica, porque el personal estatutario, como parte de la profesión médica, también tendría que reacreditarse.

Otra ventaja es que las propias organizaciones profesionales podrían asumir la tarea de evaluar la calidad de sus miembros en lugar de dejarlo en manos de órganos o procedimientos administrativos.

Existen diversos sistemas de recertificación, reacreditación o revalidación, utilizados frecuentemente como sinónimos de la renovación periódica de la autorización para el ejercicio de una especialidad profesional previo cumplimiento de determinados requisitos. Incorporar diversos elementos, desde el currículo de la formación continuada a exámenes orales o escritos, pasando por la evaluación de la competencia mediante métodos estructurados o, incluso, auditorías en el lugar de trabajo. También suelen diferir en la periodicidad: 3, 5, 10 años. Otro elemento esencial que define el formato final de un sistema de reacreditación es el órgano responsable de ejecutarla: colegios profesionales, sociedades científicas, órganos gubernamentales, universidades.

La Ley 44/2003 del 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), si bien no se refiere a la acreditación de forma expresa en su articulado, introduce en su seno aspectos relevantes para el desarrollo de un futuro sistema de reacreditación o competencia profesional a lo largo del ejercicio profesional, refiriéndose, entre otras, a la necesidad de eva-

luar conocimientos, experiencia en tareas asistenciales, docencia, investigación y cumplimiento de objetivos asistenciales (art. 38), o a la acreditación regular de la competencia profesional (art. 4.6).

Superadas las etapas de grado y de especialización en las que la Administración tiene un papel importante y suficientemente definido, queda por clarificar quién puede y debe asumir la re-colegiación y la recertificación.

Son varias las instituciones con capacidad, técnica y logística, para revalidar. La Administración, especialmente la sanitaria, encabezaría seguramente la lista, seguida de las administraciones autonómicas, los colegios profesionales, las asociaciones o sociedades científicas, la universidad, las fundaciones públicas y privadas, diferentes organismos autónomos, y los organismos especializados en evaluación. Aún se podría considerar otras si incluimos organismos o instituciones internacionales. Frente a tanto organismo revalidador deberíamos formularnos la siguiente pregunta: ¿Quién, teniendo el conocimiento, la capacidad técnica y logística, la voluntad y la motivación para revalidar, es capaz de hacerlo con el menor costo social, humano y económico? ¿Quién es el más cercano al profesional? No hay duda de que los organismos o instituciones más cercanos al médico son los colegios profesionales y en el caso del especialista las asociaciones o sociedades científicas. Son ellas las que mejor podrían hacerlo, y al menor coste social, si demostraran tener el conocimiento y la capacidad técnica y logística, y la voluntad y motivación para asumir la tarea.

Para las sociedades científicas tal vez ha llegado el momento de reclamar a la Administración sanitaria la delegación del proceso, garantizando a la sociedad su capacidad para cumplir los estándares internacionales de calidad y su disposición a mantener la máxima transparencia social.

Tanto los colegios profesionales como las sociedades científicas deberían asumir cuanto antes responsabilidades que facilitarían no solo una formación continuada de calidad, sino los procesos para mantener el grado de competen-



cia o estatus o incluso de promoción de sus miembros al estilo de los *boards* norteamericanos y de algunas sociedades científicas de diversos países europeos. Igualmente, los agentes empleadores, tanto públicos como privados, deberían introducir iniciativas de desarrollo profesional continuo que permitieran desarrollar criterios responsables y homogéneos en los diferentes procesos como la carrera profesional, los baremos de provisión de plazas, o la movilidad de profesionales. Iniciativas en este sentido desde las administraciones sanitarias facilitarían la cohesión del sistema nacional de salud y favorecerían su calidad.

CONCLUSIONES

No hay método perfecto de planificación de recursos humanos, especialmente en el sector sanitario, dinámico por excelencia. Moverse hacia la senda del equilibrio requiere planificación y coordinación. Las soluciones al déficit actual de médicos en España, que tenderá a acentuarse en los próximos años, pasan por la utilización de instrumentos y acciones que, a corto plazo, pueden ayudar a reajustar el mercado, pero también por otras que, en su mayoría, requieren una previsión a largo plazo.

Reducir la segmentación geográfica sentando las bases para la movilidad interregional, aumentar la permeabilidad entre especialidades con el diseño de la troncalidad y las áreas de capacitación profesional, aumentar el *numerus clausus*, o variar la oferta de plazas MIR de acuerdo a las previsiones, aportaría flexibilidad al mercado, pero únicamente más allá del medio plazo.

De hecho, los desequilibrios actuales, geográficos y generacionales; entre tipos de profesionales sanitarios y entre especialidades médicas; entre las redes públicas y privadas; en la transición de la universidad al MIR; o los relacionados con la inmigración de profesionales, no son fruto del azar, sino más bien de la omisión de acciones anteriores.

La tasa poblacional de médicos, que había experimentado fuertes crecimientos en los años

setenta y ochenta del pasado siglo, está prácticamente estancada y no cae gracias, sobre todo, a la entrada neta de médicos extranjeros. Esta inmigración de profesionales, cauce por el que se ha amortiguado el déficit existente en España, importa, a su vez, nuevos retos: abordar la magnitud del número de títulos reconocidos u homologados y la diversidad de planes de formación de grado y de especialización.

El número de títulos de medicina reconocidos u homologados cada año en nuestro país es superior al de nuevos licenciados en nuestras universidades. Si no se añade esta suma a la ecuación de la planificación, sin duda provocará nuevos desajustes a medio plazo.

El reconocimiento de los títulos europeos está avalado por los esfuerzos de la UE por homogeneizar los planes de estudio, grados y titulaciones universitarias, como un paso más hacia la efectiva circulación de la mano de obra entre los países integrantes. Sin embargo, los médicos extracomunitarios que quieren ejercer en España han de homologar el título en un proceso que tiene más de acto administrativo que de profesional, de garantía de conocimientos y de capacitación profesional. Fórmulas que garanticen una adecuada competencia profesional de forma periódica basadas en la formación médica continua y en sistemas de reacreditación son algunos de los mecanismos utilizados en otros países para abordar este problema.

Agradecimientos: A Vicente Ortún, por sus ideas y sugerencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO The World Health Report 2006. *Working together for Health*. http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
2. Dubois CA, McKee M y Nolte E (eds.). *Human Resources for Health in Europe 2006. European Observatory on Health Systems and Policies Series 2006*. http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/pdf/human_resources_for_health_in_europe.pdf
3. Commitee Health Reports. *Committee report Future NHS Staffing Requirements*. London: House of Commons, 2007.



4. Gabinete de Estudios del Consejo General de Enfermería en España. *Informe sobre Recursos Humanos Sanitarios en España y la Unión Europea*. Madrid: Consejo General de Enfermería 2007. http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_noticias/INFORME_RECURSOS_HUMANOS_SANITARIOS_EN_ESPANA-Y-UE.pdf
5. González López-Valcárcel B, Barber P. *Oferta y necesidad de especialistas en España 2007-2030*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
6. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. *Estudio de las condiciones de trabajo retribuciones y carrera profesional de los médicos en España*. 2006.
7. Adecco Medical & Science. *Ránking salarial de los profesionales sanitarios*. 2007. http://www.adecco.es/_data/NotasPrensa/pdf/61.pdf.
8. Solsona M, Treviño R, Merino MFL. *Demografía de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionalss sanitaris*. Centro de Estudios Demográficos, 2006.
9. González López-Valcárcel B, Barber P. *Caracterització dels principals desequilibris entre oferta i demanda de metges. Disponibilitat de Professionals a la Unió Europea, lliure circulació, fluxes i tendències. Impacte de la feminització. Anàlisi per especialitats*. Informe para la Comissió d'Exercici Professional de Catalunya, noviembre 2007.
10. González López-Valcárcel B, Barber P. Planificación y formación de médicos en España. Una perspectiva Europea. En: Hidalgo.A, del Llano J, Pérez S (eds). *Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora*. Barcelona: Masson, 2007.
11. Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina. *Libro Blanco: Título de Grado en Medicina. Diseño de planes de estudio y título de grado*. 2005.
12. Facultades de Medicina de la UB, UAB, UDL y URV y AQU Catalunya. Competencias profesionales de los Licenciados en Medicina, formados en las Universidades Catalanas, 2004. www.aqu-catalunya.org/scripts/web/llistat.asp?cid=Esp&cat=publ&id=2409&res=10
13. WFME, AMEE. Statement on the Bologna process and medical education. 2005.
14. Universidad de Bristol. Medical Education in Europe (MEDINE). <http://www.bris.ac.uk/medine/> (acceso 5 diciembre 2007)
15. Palés JL, Rodríguez de Castro F. Retos de la formación médica de grado. *Educación Médica* 2006; 9(4a): 159-72.
16. González Leyte M. El nuevo médico. La reforma de la formación de los profesionales de la salud. Informe SESPAS 2008, capítulo 1.4 (en prensa).
17. Rowe A, García-Barbero M. *Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region*. Denmark, 2005.
18. Buckley G. Revalidation is the answer. *BMJ* 1999; 319: 1145-6.
19. Pardell H, Ramos A, Aliaga J, et al. Utilización de los créditos de formación médica continuada para la recertificación-relicencia profesional. Descripción de la primera experiencia española de recertificación-relicencia colegial voluntaria. *Educación Médica* 2003; 6(4): 127-33.
20. Lowenstein E. The US Attorney General's intrusion into medical practice. *N Engl J Med* 2002; 346: 447-8.
21. Pardell H, Gomar C, Gual A, y Bruguera, M. ¿Qué opinan los médicos sobre la formación continuada, la evaluación de la competencia y la recertificación?" *Educación Médica* 2005; 8(2): 41-48