

# Dificultades, trampas y tópicos en la planificación del personal médico

(Difficulties, pitfalls and stereotypes in physician workforce planning)

**E**n el mejor de los casos, los mercados de médicos están en un equilibrio inestable. Lo más habitual es el desequilibrio. Las piezas, que requieren mecanismos de relojería suiza, han de ser encajadas a ciegas –no sabemos cuántos médicos tenemos– en medio de una tormenta de intereses contrapuestos. A largo plazo, hay que conseguir los médicos necesarios, allí donde se requieran, para hacer lo que deban con una calidad probada y en buena avenencia con el resto de los profesionales sanitarios.

La planificación de médicos es una historia de fracasos, como se constata repasando las experiencias internacionales<sup>1</sup>. Sin embargo, incluso los países más liberales regulan numéricamente la entrada en la profesión<sup>2</sup>. En 1996, la Association of American Medical Colleges de Estados Unidos vaticinaba un superávit y proclamaba la necesidad de restringir el acceso a la carrera de medicina. Diez años más tarde reconoce haberse equivocado y recomienda aumentar las plazas en un 30%. Dieciocho informes previos realizados desde el año 2000 iban en la misma dirección<sup>3</sup>. El plan de choque de recursos humanos del Reino Unido, que aumentó las plazas de medicina un 40%, fue la causa de que en 2007 faltaran 1.300 plazas de residencia para acomodar a todos los nuevos licenciados<sup>4</sup>.

Es imposible predecir con precisión las necesidades a décadas vista, porque cuando llegan «el futuro ya no es lo que era»: la demografía, la tecnología y los cambios organizativos imponen cambios de necesidades. Algunos son exógenos e incontrolables, pero otros dependen de la dirección de las reformas organizativas que se emprenden (trabajo en equipo, integración asistencial, quién hace qué). Por el lado de la oferta, la feminización de la medicina y la tendencia a reducir las horas de trabajo hacen que descienda el número de médicos equivalentes a tiempo completo. En la ecuación hay demasiadas incógnitas e incertidumbres; lo único seguro es que será imposible acertar con seguridad.

Si llevar un rumbo equivocado es malo, peor es deambular sin rumbo. La planificación es necesaria porque hay que tomar decisiones, y se toman (¿cuántas plazas para estudiar medicina?, ¿cuántas plazas para MIR y dónde?). El inmovilismo, que también implica una

decisión, puede ser síntoma de falta de planificación, pero a la vez la planificación se emplea como excusa legitimadora de la inacción («no se debe aumentar el *numerus clausus* de medicina hasta que se tenga una planificación coherente y un completo conocimiento...»). Los grupos de interés ejercen presión en un mundo en que las opiniones ahogan la voz de los datos y muchos ciudadanos, médicos, políticos y usuarios de a pie se consideran capacitados para opinar sobre si faltan o sobran médicos. En este contexto es esencial aportar al debate argumentos fundamentados, explicitar los conflictos de intereses y buscar con honestidad el bien social. Para eso hace falta liderazgo, inteligencia institucional e información. Muchos países han creado grupos de planificación de recursos humanos para la salud y observatorios. Aunque también hay experiencias en España (destacamos la de Cataluña<sup>5</sup>), la falta de un registro de médicos en activo es un gran problema para la planificación, y también es un síntoma de las dificultades organizativas de nuestro Sistema Nacional de Salud para abordar estrategias coordinadas.

Ya que no podemos predecir el futuro, adaptémosnos. Contra el riesgo sísmico, los arquitectos perspicaces diseñan edificios flexibles. La mejor prevención contra los desajustes en los mercados de profesionales sanitarios, que inexorablemente se producirán aquí o allá, es ganar velocidad de reacción, adaptabilidad, flexibilidad, abrir los mercados... Ése fue el gran éxito de la industria mundial a finales del siglo xx. En España está ocurriendo lo contrario<sup>6</sup>, pues los mercados de médicos están segmentados profesional y geográficamente en 799 (47 especialidades por 17 comunidades autónomas), muchos de ellos estrechos y, por tanto, con una oferta inelástica a corto plazo y una escasa capacidad de reacción.

Las migraciones son grandes oportunidades de flexibilizar la oferta si se canalizan de forma inteligente, aunque pueden hipotecar el futuro y quebrar la calidad si se gestionan mal. No estamos solos. Hay una movilidad internacional de profesionales sanitarios sin precedentes en la historia, que globaliza y amplifica la gravedad de las crisis y preocupa a los organismos internacionales<sup>7-9</sup>.

## ¿Mejor que sobren o que falten?

Los profesionales, y los que estudian para llegar a serlo, tienen interés en que haya barreras de entrada a la profesión que limiten la competencia y mantengan las oportunidades de empleo y los niveles retributivos. El planificador debe velar por los intereses de la sociedad en su conjunto, buscando el equilibrio óptimo, porque tanto los excesos como los defectos se pagan. La capacidad que tienen los médicos de crear demanda, particularmente en determinados contextos organizativos, podría causar una atención médica innecesaria. La asociación directa entre las tasas de médicos en activo y las tasas de intervenciones está bien documentada, pero una mayor densidad médica no implica más salud<sup>10</sup>. Los déficits se pagan, sobre todo en términos de desigualdades territoriales, cuando la gestión no tiene perspectiva social ni coordinación territorial<sup>11</sup>: terminan sufriendo los ciudadanos de las comarcas remotas e insulares.

Desde el punto de vista del sistema (público) de salud, es deseable contar con médicos capaces en número suficiente, incluso con cierta holgura, para afrontar las necesidades de los pacientes. Desde la perspectiva del sistema de salud global, garantizar trabajo a los jóvenes médicos es incompatible con la eficiencia<sup>12</sup>. Para pujar por la calidad de los proveedores, hay que tener proveedores donde elegir. Si el déficit de médicos obliga a los hospitales públicos a convertirse en tomadores pasivos de titulados, poco se podrá hacer. Pero el fantasma del paro médico, que vivió nuestro país en los años ochenta, sigue todavía traumatizando a la sociedad española y a muchos profesionales, así como el nuevo rico no se libra jamás del hambre sufrida en la infancia. La resistencia a los posibles excesos de médicos es más fuerte en España que la preocupación por los posibles déficits.

## La situación en España

Las ratio poblacionales de médicos, totales y por especialidades, en España son similares a las de otros países europeos y de la OCDE<sup>12</sup>. 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 (p. ej., no hay becarios de investigación) y las bolsas de empleo médico en internet ofrecen largas listas de ofertas de trabajo.

Pero la percepción de muchos médicos no es ésta porque, dado el arraigo de la cultura de lo público, definen «paro» como no tener plaza pública en propie-

dad (preferiblemente hospitalaria) y «médico» como facultativo asistencial. En el imaginario colectivo de la profesión, los médicos que se dedican a la investigación (para la que hay y habrá una demanda creciente, en el marco de la estrategia de Lisboa), la docencia, el trabajo en laboratorios farmacéuticos, la política, la gestión o la literatura (p. ej., guionistas de series de televisión sobre médicos) no son médicos, y el *numerus clausus* no debería dejar holgura para ellos.

Esto nos lleva a una segunda cuestión: la inadecuación numérica entre licenciatura y MIR. En España hay unos 4.200 nuevos licenciados en medicina al año, que pueden acceder al programa de residencia, en el cual se convocan unas 6.500 plazas. Se produce un desajuste numérico de más de 2.000 plazas (el 50% de nuestra producción de licenciados), y este desajuste es todavía mayor si consideramos que el MIR no debería ser el único destino posible de los licenciados en medicina. Actualmente, la inmigración, la «recirculación» de residentes (los que abandonan su plaza para examinarse de nuevo y cambiar de especialidad, proceso en el cual la medicina de familia es la gran perjudicada) y las residencias vacantes son las consecuencias del desajuste. Hay que decidir entre tres opciones: aumentar el *numerus clausus* de medicina, reducir (selectivamente) las plazas MIR, o regular y gestionar mejor los flujos migratorios médicos con políticas activas de reclutamiento de candidatos idóneos. España se especializaría en formar especialistas de diversos 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 «funcionarización» de los profesionales.

Sin embargo, da la impresión de que la red asistencial pública contrata médicos extranjeros como solución de urgencia para paliar crisis agudas, sin que la cualificación sea determinante. Se están configurando así dos clústers de médicos, los «excelentes» y los «deprimidos»<sup>13</sup>. Hay un riesgo de funcionarización indiscriminada que convertiría en error permanente lo que en su momento fue solución transitoria a una necesidad urgente. 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, que tiene una 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 los mercados europeos. Esta acumulación de circunstancias no persistirá; la creación de empleos hospitalarios se ralentizará cuando se terminen de abrir los nuevos hospitales; el Reino Unido ya no demanda médicos, y con la fase bajista del ciclo económico la demanda privada no crecerá tanto como en los últimos años. El *numerus clausus* de medicina aumentó en 2006-2007 por

primera vez desde la década de los setenta. Así pues, el desajuste con el número de plazas MIR se atenuará dentro de un lustro.

Convendría flexibilizar, tanto al alza como a la baja, el número de plazas en función de las previsiones de necesidad. Es preocupante la altísima sensibilidad de estos mercados. En España hemos pasado del paro médico al déficit en muy poco tiempo, y la percepción del signo del desequilibrio se resiste a cambiar aunque la realidad haya cambiado. Recordemos que en el año 2000 la Fundación CESM publicaba un informe que estimaba la cifra de 24.000 licenciados en medicina en paro, y predecía que en 2008 los médicos desempleados podrían superar los 42.000<sup>12</sup>. ¿Hemos pasado en apenas 8 años de un extremo a otro, o es que la percepción de los desequilibrios exagera la realidad?

En España, el déficit de médicos lo sufren los hospitales comarcales y las zonas remotas, las islas periféricas en particular, que sin posibilidad de discriminación salarial que siga las tendencias del mercado no cubren plazas<sup>13</sup>. Nunca faltarán digestólogos dispuestos a trabajar en el Hospital Clínico de Barcelona. Negociar colectivamente las retribuciones y condiciones de trabajo de todos los médicos, y obligar a la uniformidad salarial para todas las especialidades hospitalarias («un FEA es un FEA») supone renunciar al instrumento más efectivo en el juego entre oferta y demanda, que es la negociación del precio (retribución) y las condiciones de trabajo.

La recertificación periódica de los médicos, a cargo de las asociaciones profesionales, con evaluación de capacidades, podría reducir la heterogeneidad de cualificaciones y, a la vez, garantizar la disponibilidad de información sobre el número de médicos en activo<sup>14</sup>.

Contra la miopía del planificador local, que en su afán de controlarlo todo trata de limitar la planificación a las necesidades del microsistema público de salud de su comunidad autónoma, sería conveniente abrir los mercados geográficamente, fomentando la movilidad entre comunidades autónomas, y flexibilizar el perfil formativo de los especialistas promoviendo la troncalidad por grupos de especialidades, los pasillos transitables entre ellas y las áreas de capacitación específica transversales.

**Beatriz González López-Valcárcel /  
Patricia Barber Pérez**

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

## Bibliografía

1. Mable A, Marriott J. Steady State. Finding a sustainable balance point. International Review of Health Workforce Planning Health Human Resources Strategies Division. Health Canada, 2001. (Acceso el 10 de septiembre de 2008.) Disponible en: [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrrhs/2002-stedystate-etatstable/index-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrrhs/2002-stedystate-etatstable/index-eng.php)
2. COGME. Physician Workforce Policy Guidelines for the United States, 2000-2020. Council on Graduate Medical Education. Sixteenth Report, 2005. (Acceso el 10 de septiembre de 2008.) Disponible en: [www.cogme.gov/report16.htm](http://www.cogme.gov/report16.htm)
3. Iglehart JK. Grassroots activism and the pursuit of an expanded physician supply. N Engl J Med. 2008;358:1741-9.
4. Winyard G. Does it matter that medical graduates don't get jobs as doctors? Yes. BMJ. 2008;336:990.
5. Bruguera M. La necessitat de metges en el sistema sanitari catalá. Causes i solucions. Barcelona: Comissió d'Ordenació de la Profesió Mèdica. Informe final, 6 de febrero de 2007. (Acceso el 10 de septiembre de 2008.) Disponible en: [www.gencat.net/salut/depsalut/pdf/casfinal2007.pdf](http://www.gencat.net/salut/depsalut/pdf/casfinal2007.pdf)
6. González López-Valcárcel B, Barber P. El programa MIR como innovación y como mecanismo de asignación de recursos humanos. En: Meneu R, Ortún V, Rodríguez Artalejo F, editores. Innovaciones en gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2005. p. 101-26.
7. WHO. The World Health report 2006. Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2007.
8. WHO. Global Atlas of the Health Workforce. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. Simoens S, Hurst J. The supply of physician services in OECD countries. Paris: OECD; 2006. Health Working Papers n.º 21.
10. Fisher ES. Medical care: is more always better? N Engl J Med. 2003;349:1665-7.
11. Goodman DC, Fisher ES. Physician workforce crisis? Wrong diagnosis, wrong prescription. N Engl J Med. 2008;358:1658-61.
12. CESM. El número de médicos en España. Análisis de una situación crítica. 2.ª ed. Madrid: Fundación CESM; 2000.
13. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España, 2006-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
14. Ortún V, González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Determinantes y manejo de las retribuciones médicas. Med Clin (Barc). En prensa 2008.