

Informe SESPAS

Experiencias de planificación de recursos humanos para la salud. El caso de los médicos. Datos y modelos. Informe SESPAS 2024

Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel*

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Campus de Tafira, Las Palmas de Gran Canaria, España

R E S U M E N

Palabras clave:
Fuerza laboral en salud
Técnicas de planificación
Especialización

Prácticamente todos los países desarrollados hacen ejercicios de planificación de médicos. Podemos aprender de las experiencias exitosas. La modelización y proyección de la oferta es técnicamente compleja, pero es solo una cuestión técnica, mientras que la evaluación de la demanda o necesidad, y por tanto el resultado en términos de déficit o superávit, requiere estándares, generalmente en ratios poblacionales, que se basan en juicios de expertos y pertenecen al universo normativo. Un tipo de problema técnico no del todo resuelto es el de convertir «cabezas» en equivalentes a tiempo completo. Afortunadamente, se está avanzando en la dirección correcta. Necesitamos más y mejor información, en particular el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, pero aun con las limitaciones y servidumbres de los datos, hay que planificar. El Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas y otras organizaciones profesionales y sindicales realizan regularmente ejercicios de planificación. Tenemos altas tasas de médicos y de graduados, y bajas de enfermeras, un pluriempleo creciente simultaneando la práctica pública y la privada, y déficits a corto plazo en algunas especialidades, en particular en medicina de familia, que necesita urgentemente incentivos específicos para estimular vocaciones. Los números cuentan solo una parte de la historia. Los desequilibrios en los mercados educativo y laboral no se resuelven convocando plazas, sino reformando el marco regulatorio, los sistemas de incentivos y la holgura de la gestión pública para competir con la privada por la atracción y la retención de talento.

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Experiences in human resources planning for health: The case of physicians. Data and models. SESPAS Report 2024

A B S T R A C T

Keywords:
Health workforce
Planning techniques
Specialization

Virtually all developed countries conduct physician planning exercises. We can learn from successful experiences. The modeling and projection of supply is technically complex, but it is a technical matter, whereas the assessment of demand or need, and therefore the outcome in terms of deficit or surplus, requires standards, usually in population ratios, which are based on expert judgments and belong to the normative universe. One type of technical problem insufficiently solved is that of converting “heads” into full time equivalents. Fortunately, progress is being made in the right direction. We need more and better information, in particular the State Register of Health Professionals, but even with the limitations of the data, it is necessary to plan. The Ministry of Health, the Autonomous Regions and other professional and union organizations regularly carry out planning exercises. We have high rates of physicians and graduates, and low rates of nurses, a growing number of physicians in both public and private practice, and short-term deficits in some specialties, particularly family medicine, which urgently needs specific incentives to stimulate vocations. The numbers tell only part of the story. The imbalances in the educational and labor markets are not resolved by creating vacancies, but rather by reforming the regulatory framework, incentive systems and public management slack to compete with the private sector in attracting and retaining talent.

© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La planificación de recursos humanos para la salud necesita datos, modelos y saber que los mercados de profesionales sanitarios

son cada vez más globales, y que las migraciones internacionales limitan la capacidad planificadora de los países, suscitando, además, cuestiones éticas¹. Muchos países de nuestro entorno tienen problemas comunes, y se buscan soluciones compartidas². En este capítulo empezamos revisando las variadas experiencias de planificación de recursos humanos para la salud en los países de los que tal vez podríamos aprender. Un aspecto crucial de la planificación es la capacidad de prever la necesidad. Se presentan las opciones y

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es
(B. González López-Valcárcel).

Puntos clave

- Muchos países de nuestro entorno tienen problemas comunes de planificación de médicos y se buscan soluciones compartidas.
- La preocupación por las tensiones en los mercados laborales del sector sanitario ha potenciado el desarrollo de modelos de planificación y de herramientas técnicas de planificación de recursos humanos.
- España, desde 2006, es uno de los países europeos que cuenta con un modelo de planificación de médicos sobre cuyos resultados se sustentan decisiones relevantes en las políticas de recursos humanos en el sector.
- Necesitamos más y mejor información, en particular el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.
- Los recursos humanos para la salud deben estar en la agenda política y abordarse con perspectiva de largo plazo.

algunos estándares internacionales. A continuación, nos centraremos en España, primero en los problemas y la potencialidad de los datos, y luego revisando los modelos y las experiencias de planificación de médicos tanto de la Administración central como de las comunidades autónomas, y para especialidades concretas. Resumimos lo que sabemos sobre la situación actual y lo que deberíamos saber. Y por último, se hacen propuestas de acción.

Experiencias internacionales recientes de planificación de recursos humanos para la salud

Organismos internacionales, gobiernos nacionales y regionales, sociedades científicas y colegios profesionales muestran constantemente su preocupación por las frecuentes tensiones en el mercado laboral sanitario. Consecuencia de esta preocupación ha sido el desarrollo de modelos de planificación de recursos humanos para la salud y de herramientas técnicas de planificación. Tanto los modelos como las herramientas difieren entre países, como destacan las revisiones publicadas por Ono et al.³ en 2013, Kinsella y Kiersey⁴ en 2016 y Parzonka et al.⁵ en 2023.

Ono et al.³ analizaron los modelos de proyección de la fuerza laboral en diversas ramas sanitarias en 18 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Kinsella y Kiersey⁴ estudiaron en profundidad las características de los modelos en cinco países, por las similitudes con el modelo en Irlanda, promotor de la investigación: Australia, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Escocia y Gales. Parzonka et al.⁵ realizaron una revisión de los métodos y de las herramientas de estimación de los desequilibrios en el personal médico en Europa entre 2002 y 2022. Existen otras revisiones similares de carácter nacional, pero circunscritas a ámbitos sanitarios concretos, como salud mental, salud bucal o salud infantil y maternal^{6,7}.

Con frecuencia son las instituciones internacionales (OCDE, Organización Mundial de la Salud [OMS], Banco Mundial), los gobiernos o los ministerios de salud, y las organizaciones, las asociaciones o los colegios profesionales, los que patrocinan o promueven las experiencias de planificación, que realizan directamente o externalizan en agencias o entidades independientes. Según su objetivo, los modelos se clasifican en tres tipos: de necesidad, de demanda o de oferta prospectiva. Los modelos de necesidad determinan las necesidades de recursos humanos para la salud independientemente de la provisión que se realiza de ellos en el mercado; los de demanda describen la provisión que se realiza, pero que no necesariamente es la necesaria; y los de oferta se refieren a la capacidad real para ofrecer un determinado servicio⁸. En ocasiones, esta elección está determinada, más que por el objetivo deseado,

por la información disponible. Los modelos de planificación son grandes demandantes de datos. La decisión sobre el método no es intrascendente, pues los resultados pueden ser muy diferentes⁹. El abordaje metodológico en cualquiera de las tres aproximaciones puede ser cualitativo, cuantitativo o una combinación de ambos. Los modelos se categorizan también por ser monoprofesionales o multiprofesionales, y por su nivel de desagregación. El 31,1% de los estudios revisados por Parzonka et al.⁵ tienen como objetivo modelizar específicamente el mercado de médicos. El Health Workforce Australia desarrolla un modelo conjunto para médicos, enfermeras y comadronas, con un alto nivel de desagregación y todas las especialidades médicas y de enfermería¹⁰. El modelo belga incluye solo médicos (ha desarrollado de forma independiente modelos similares para otras profesiones sanitarias), desagregando por especialista o médico de atención primaria, y por comunidad francesa o flamenca¹¹. El modelo de Holanda tiene larga tradición y suele tomarse como referencia¹². Incluye múltiples profesiones y las combinaciones existentes y deseables de profesionales. Pocos modelos consideran la distribución geográfica de los recursos humanos dentro del país. Los que lo hacen, o bien utilizan un esquema de planificación descentralizada, basada en estándares nacionales (Alemania), o bien una planificación central que considera la movilidad territorial de los profesionales (Francia¹³, los Estados Unidos). El modelo del Reino Unido es un buen ejemplo de utilización del modelo para definir las políticas. Utiliza simulación y el propio modelo se integra en un proceso de cuatro pasos: escaneado del horizonte, generación de escenarios, modelo de los recursos humanos para la salud y análisis de políticas¹⁴. El horizonte de predicción suele ser a largo plazo, entre 10 y 20 años, y por su importancia, prácticamente todos definen escenarios de proyección alineados a un escenario base sobre el que pivotan las previsiones de evolución «optimistas» y «pesimistas», o simplemente según niveles alternativos de los objetivos. Francia analiza trayectorias de evolución ante cambios en el *numerus clausus* y en la edad de retiro de los profesionales. El modelo español permite proyectar diferentes escenarios según las previsiones de crecimiento de la demanda y los cambios en el *numerus clausus* o en las plazas de formación médica especializada.

Un aspecto que plantea dificultades en los procesos de modelización es definir y elaborar indicadores homogéneos de «intensidad» laboral: las plantillas equivalentes a tiempo completo, que permiten conocer la productividad y evitar sesgos en las comparaciones. Hay diferencias entre países, territorios, especialidades, edad, sexo, hijos o dependientes a cargo, profesión, estatus laboral, etc. Por ejemplo, se suele asumir que los médicos tienden a trabajar más horas que las médicas en todos los grupos de edad, pero especialmente durante los años fértiles, o que los médicos tanto hombres como mujeres comienzan a reducir sus horas de trabajo a mediados de los cincuenta años. Sin embargo, son simples asunciones que muchos modelos utilizan con conversiones arbitrarias, no suficientemente detalladas o provenientes de otros contextos^{3,15}.

Otras de las tareas que añaden dificultad al proceso de modelización son la evaluación de la situación de partida, en términos de déficit o superávit, y la fijación de hipótesis para las proyecciones a futuro. La mayor parte de los países asumen un equilibrio en el momento inicial. Otros, como Chile, se basan en estándares (*benchmark*, por especialidades) o en el recuento de las plazas sin cubrir para médicos en los hospitales (Dinamarca, los Países Bajos). Japón obtiene información de una encuesta a empleadores sobre las dificultades para cubrir puestos vacantes, y España utiliza métodos cualitativos para estimar la situación actual valorada por expertos. Las hipótesis para las proyecciones a futuro, afectadas por la evolución demográfica, los factores económicos, los perfiles epidemiológicos, el desarrollo tecnológico o los modos de gestión y organización, incorporan dificultades.

Tabla 1
Principales fuentes de información para la planificación de médicos en España

Qué se mide	Variable	Flujo/Stock	Periodicidad	Fuente
Acreditación (derecho a ejercer)	Número de títulos (egresados en medicina)	F	Curso académico	Ministerio de Universidades
	Títulos de especialista	S/F	Continua	Ministerio de Universidades
	Homologaciones/convalidaciones de títulos extranjeros	S/F	Anual	Ministerio de Universidades
Empleo y práctica profesional	Médicos contratados (nóminas pagadas) en un mes de referencia	S	Puntual ^a	Departamentos de recursos humanos de las comunidades autónomas y otras administraciones públicas
	Médicos colegiados en situación de alta para ejercicio profesional	S	Anual (31 diciembre)	Colegios oficiales de médicos (datos recogidos por el INE dentro del Inventario de Operaciones Estadísticas)
	Médicos afiliados a la seguridad social	S/F	Continua	INSS
	Médicos en busca de empleo, médicos contratados	F	Mensual	SEPE
	Médicos que ejercen la profesión en centros asistenciales del SNS y privados	S	Anual	Datos recogidos en el SIAP y en el SIAE, Ministerio de Sanidad

INE: Instituto Nacional de Estadística; INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social; SEPE: Servicio Público de Empleo; SIAE: Sistema de Información de Atención Especializada; SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria; SNS: Sistema Nacional de Salud.

^a Estudios para la planificación de profesionales sanitarios. <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionessanitarias/profesionessanitarias/necesidadEspecialistas/home.htm>.

En definitiva, no existe un modelo *prêt-à-porter* que sirva para todos los países¹⁶.

Cómo evaluar la necesidad de recursos humanos para la salud. De los estándares al *benchmarking*

En un ejercicio de planificación de recursos humanos para la salud, la proyección de la oferta pertenece al mundo positivo; la de la demanda/necesidad entra de lleno en el normativo. Para saber cuántos médicos hacen falta, y cuántos harán falta en el horizonte de proyección, básicamente hay dos opciones: aceptar unos estándares de necesidad, en ratios de médicos por población, definidos por «expertos» (por ejemplo, en el contexto de los Objetivos del Milenio, la OMS definía una ratio de médicos por población de 1/1000 habitantes), o bien observar las ratios de los países o áreas que parece «que lo hacen bien» y aceptarlos.

En 2018 se publicó un Libro blanco para los Estados Unidos que revisaba los estándares para las distintas especialidades y los ejercicios de planificación desde 1980¹⁷. Los estándares han ido evolucionando en el tiempo con una tendencia creciente. Así, en 1980 se consideraba necesaria una tasa de 25,2 médicos de familia por 100.000 habitantes, mientras que en 2007 la ratio ascendió a 40,5 por 100.000 habitantes. En cualquier caso, las predicciones son de déficits importantes para 2034, de entre 17.800 y 48.000 médicos en atención primaria y entre 21.000 y 77.100 en otras especialidades. De hecho, la mayor parte de los modelos en los países desarrollados predicen déficits, más frecuentemente que superávits. Muchas veces, llegado el horizonte de predicción se descubre el enorme sesgo cometido. Así, la revisión de Wang y Carnahan¹⁷, de 2018, informa sobre las proyecciones de ratios de especialistas para 2020 de Lifton¹⁸, y están sesgadas al alza. Por ejemplo, proyecta 40,5 médicos generales para 2020, pero según la base de datos de la OCDE en 2020 había 30 (sesgo del 35%). El estudio ya no se puede encontrar en la web de la consultora que lo realizó (<https://www.liftonassociates.com/>). En el último informe de la Association of American Medical Colleges¹⁹, que ya incorpora escenarios COVID-19, no se ofrecen estándares comunes, sino diferenciando según zonas geográficas y grupos de población.

La situación en España

El puzzle de los datos: ¿qué tenemos y qué deberíamos tener?

Para planificar, en el caso particular de los médicos, necesitamos datos, que podrán ser nominativos o de recuento, de flujo o de

stock. Los datos necesarios dependen de qué queremos medir: el derecho a ejercer la profesión (datos de personas acreditadas como médicos) o el ejercicio profesional activo. A su vez, ¿consideramos únicamente la actividad asistencial o contaremos también a los médicos que trabajan en otras funciones o sectores, como los dedicados en exclusiva a la docencia, la investigación, la gestión u otras tareas que podrían desarrollar personas no tituladas en medicina? Una pregunta muy relevante en el caso de los médicos es la unidad de medida: ¿personas, puestos o equivalentes a tiempo completo? Si los datos son nominativos, será posible diferenciar, pero no si son de recuento. Por ejemplo, sumando títulos de especialista, o recuentos de profesionales que trabajan en las redes pública y privada, sobrestimaremos el número de médicos (algunos tienen más de una especialidad o trabajan en varios centros). Los datos nominativos permiten agregar con distintos criterios: por sexo, edad, especialidad o localización.

El Registro Estatal de Profesionales Sanitarios²⁰, aprobado por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, recogerá información nominativa en tiempo real de todos los profesionales sanitarios acreditados que ejercen en las redes pública y privada: titulación y centros de prestación de servicios. Lamentablemente, todavía no está disponible. Mientras las comunidades autónomas, a distintos ritmos, van aportando información, las fuentes disponibles más relevantes se resumen en la [tabla 1](#). Aunque la información de base en todos los casos es nominativa, solo están accesibles públicamente o mediante consulta *ad hoc* datos agregados de recuento. Por ejemplo, los departamentos de recursos humanos de las comunidades autónomas recogen de manera estándar datos de nóminas pagadas a médicos en un mes de referencia, agregados por sexo, edad y especialidad, específicamente para los informes de planificación que publica regularmente el Ministerio de Sanidad²¹. También para ese ejercicio, el Ministerio de Universidades cuenta el número de títulos de especialista médico, por especialidad, emitidos a personas que en una fecha de referencia tienen determinada cota de edad.

Esas fuentes de información recogen parcialmente datos de profesionales sanitarios, desde distintas perspectivas: formación de grado y médicos internos residentes (MIR), colegiación y empleo. Constituyen piezas de un puzzle que hay que montar con paciencia.

Desde que en 2010 Blanco y Adiego²² repasaron las fuentes de información sobre recursos humanos en salud en España, diferenciando entre los 16 registros administrativos incluidos en el Plan Estadístico Nacional y las cuatro fuentes procedentes de la recogida directa de datos, se han hecho avances sustanciales. Específicamente, a partir de la Encuesta de Inserción Laboral de Titulados

Universitarios, enlazada con los registros de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de Estadística (INE) publica información que permite el seguimiento de los médicos (y demás titulados) en sus primeros años de participación (por cuenta ajena) en el mercado laboral²³.

Otro avance es la creciente desagregación, por especialidades, de los profesionales que trabajan en centros públicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) y privados, datos procedentes de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada, operación estadística incluida en el inventario que se puede consultar *on line* en el Ministerio de Sanidad (Sistema de Información de Atención Especializada).

Son avances significativos, pero no suficientes. Los datos de los colegios de médicos son sumamente valiosos, pues abarcan a todo el colectivo acreditado y no duplican con dobles recuentos a los que ejercen en distintos centros, pero carecen del grano fino de la especialidad médica, que no siempre se registra, y sesgan al alza la actividad (médicos que no ejercen, pero conservan la colegiación). Los datos de acreditación (titulados, homologados) también están sesgados al alza, pues no se da de baja a las personas que abandonan por fallecimiento, retiro, migración u otro tipo de atrición. Una laguna importante de los datos es la movilidad de médicos, españoles o extranjeros, hacia otros países. Los certificados perceptivos de los colegios de médicos sobrestiman el número y han dado lugar a «leyendas» de rápida difusión²⁴.

La OCDE, y en menor medida otros organismos internacionales, aportan datos de migraciones, condiciones laborales, tasas de graduación y dotación de profesionales médicos y enfermeros a partir de la información enviada por los países. Aunque no siempre son definiciones homogéneas, hasta cierto punto permiten hacer comparaciones internacionales.

Experiencias de planificación de médicos en España

En nuestro país, los desequilibrios en el mercado laboral de profesionales sanitarios han sido objeto de debate político y social desde hace décadas. La alta demanda de estudiantes de medicina y el *numerus clausus* implantado, la obligatoriedad de especialización tras el título de grado y la oferta de plazas anuales de formación MIR, los desequilibrios regionales y el papel de España como receptora de médicos del extranjero plantean tensiones de forma recurrente, y por momentos de alta intensidad.

El Ministerio de Sanidad, consciente de estos desajustes, promovió ya en 2006 el desarrollo de un modelo de planificación de médicos especialistas para España. Desde ese momento, las acciones han sido continuas y son ya cinco los informes, el último de 2022, a la vez que ha ido incorporando análisis sobre recursos humanos en otras profesiones sanitarias²¹.

El modelo de planificación de médicos especialistas en España es de ámbito nacional y se estructura en tres submodelos: de oferta (especialistas de 44 especialidades según sexo y edad), de demanda/necesidad (basado en proyecciones demográficas y juicios de expertos) y de brechas entre ambos. Utiliza simulación mediante dinámica de sistemas²⁵ y permite conocer la evolución bajo diferentes escenarios según los cambios en el *numerus clausus* de grado, en la oferta de plazas MIR o en la demanda. Obtiene un conjunto de indicadores de resultados globales y por especialidad en un horizonte temporal determinado.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que aprueba el Estatuto Marco del personal estatuario de los servicios de salud²⁶, contempla como instrumento clave en materia de personal el Plan de Ordenación de Recursos Humanos, al que define como «el instrumento básico de planificación global de los mismos dentro de los servicios de salud, en el que se han de especificar los objetivos a conseguir en materia de personal, los efectivos y la estructura de recursos humanos que se consideren adecuados para cumplir tales objetivos».

Algunas comunidades autónomas realizan ejercicios de planificación y modelización, aunque no suelen publicarlos. En general, son informes de carácter interno articulados sobre una dinámica de reemplazamiento de entradas vía MIR y salidas por retiros y jubilaciones, y por el lado de la demanda, incorporando las tendencias demográficas básicas de la región.

También los colegios médicos, como el Colegio de Médicos de Bizkaia²⁷, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona^{28,29} y el Consejo Andaluz de Colegios Médicos³⁰, entre otros, la Organización Médica Colegial de España³¹⁻³³ y organizaciones sindicales³⁴ estudian la demografía del sector con informes con mayor o menor vocación predictiva, pero en todo caso dirigidos a encontrar soluciones que garanticen la calidad y la suficiencia asistenciales.

Algunas sociedades médicas han promovido estudios sobre el mercado laboral. La Sociedad Española de Cardiología fue pionera. Ya en 2006 quiso disponer de una hoja de ruta para guiar las acciones en materia de recursos humanos, con la cual dar respuesta a las necesidades de salud de la población³⁵. En 2023 ha actualizado la investigación, incorporando al modelo de planificación la perspectiva de necesidad a partir de los datos de prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y las proyecciones oficiales de población por grupos de edad y sexo. Por el lado de la oferta, lo ha hecho con los registros de la sociedad y una encuesta de gran cobertura, que estima la productividad en términos de equivalentes a tiempo completo, con resultados de gran interés por lo novedoso de este tipo de investigaciones, no solo en España.

En 2009, con registros de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica y de otras fuentes, Freixenet et al.³⁶ analizaron la situación de los profesionales de la especialidad con un modelo de oferta demográfico que tiene la singularidad de ofrecer resultados de carácter regional.

La Sociedad Española de Neurocirugía abordó la predicción de la evolución de la oferta y la demanda de neurocirujanos para los periodos 2008-2012 y 2013-2017³⁷. Como conclusión, alertaba sobre el previsible y creciente exceso de neurocirujanos, que se acentuaría y generaría una alta tasa de desempleo y una importante cantidad de empleo precario en la especialidad.

En 2016, la Sociedad Española de Oncología Médica elaboró su propio escenario de necesidades de profesionales³⁸. A partir de una encuesta dirigida a centros hospitalarios públicos y privados, estimó tareas y tiempos de actividad con los que proyectar la necesidad de oncólogos médicos en España para 2015-2035. Con una metodología bastante similar, basada en la definición de procesos y tareas, y en sus tiempos estimados de ocupación, expresados en porcentaje de actividad de un intensivista, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias desarrolló una herramienta de gestión para fundamentar recomendaciones sobre la necesidad de especialistas en los servicios de medicina intensiva³⁹. Ante la falta de un registro poblacional, la Sociedad Española de Reumatología estimó el número de reumatólogos disponibles en España por 100.000 habitantes⁴⁰.

¿Qué sabemos y qué nos falta por saber acerca de la situación actual y las perspectivas de futuro?

Los estudios mencionados en el apartado anterior describen la situación actual en España, que podemos resumir en los siguientes puntos:

- En España hay unas tasas poblacionales elevadas de médicos activos, en comparación con otros países desarrollados. Según el INE, en diciembre de 2022 había 504,83 médicos colegiados no jubilados por 100.000 habitantes. La ratio de médicos especialistas en activo en 2021 estaba en torno a 480 por 100.000 habitantes, ocupando la séptima posición en la OCDE⁴¹.

- Las tasas de enfermeras, por contra, son bajas; en 2021, la tasa era de 631 por 100.000 habitantes, de las más bajas de los países europeos⁴¹.
- En cuanto a tasas de graduación en la zona europea, en 2021 se graduaron 6718 médicos, 14,2 por 100.000 habitantes (en Portugal 16,2, en Italia 18,2, en el Reino Unido 13,12 y en Alemania 12,4); casi el doble que en 2007, cuando se inició el proceso de ampliación del *numerus clausus* (8,49 por 100.000 habitantes).
- La tasa de especialización es muy alta, debido a que para ejercer la medicina en atención primaria en la red pública se exige el título de especialista (en medicina familiar y comunitaria), a diferencia de otros países.
- En el mes de febrero de 2021, la red pública del SNS había pagado nómina a 136.344 médicos especialistas, de los que el 31% eran asignados a atención primaria, el 21% tenían más de 60 años (el 31,8% en atención primaria y el 16,3% en hospitales), y el 61,1% eran mujeres (el 65,2% en atención primaria y el 59,3% en atención hospitalaria). El 5,2% tenían nacionalidad extranjera²⁴.
- España es un país importador neto de médicos. La inmigración de médicos no especialistas, que mayoritariamente proceden de Latinoamérica, es un fenómeno procíclico; aumenta con el ciclo económico y con el gasto sanitario público. Hay una demanda relevante en el sector privado de médicos no especialistas. En la red pública se les puede contratar y se les contrata, con carácter excepcional, cuando hay necesidad extrema. El 54% de los nuevos colegiados en 2022 en el Colegio de Médicos de Barcelona son extranjeros⁴². La velocidad en resolver el proceso de homologación de títulos de medicina se ha convertido en un instrumento estatal de política de recursos humanos para la salud.
- El reclutamiento internacional de médicos de países de renta media y baja plantea problemas éticos, según el código de la OMS⁴³. La movilidad internacional de médicos formados en España es reducida de acuerdo con los datos de la OCDE de migraciones internacionales de médicos⁴¹. Países como el Reino Unido, que fueron grandes atractores de médicos en el pasado, han dejado de serlo.
- Los mercados educativo y laboral deben estar bien ajustados, en particular el número de egresados y el de plazas MIR, en un país como España donde para ejercer la profesión en la red pública es necesario ser especialista. La ratio entre graduados y plazas MIR es inferior a la unidad. El cupo de extranjeros, y la cobertura de las plazas vacantes fuera del cupo, cierran el proceso vaciando el mercado MIR.
- Según el informe del Ministerio de marzo de 2022²⁴, la oferta de médicos especialistas en España tendrá un déficit creciente hasta 2027, llegando ese año a unos 9000 médicos. A partir de 2028 se irá reduciendo progresivamente hasta 2035, cuando prácticamente se alcanzaría el equilibrio. Aunque hay diferencias notables entre especialidades, en términos de déficit o superávit previsto, la gran fuente de déficit está en atención primaria y en particular en medicina de familia, mientras que pediatría estaría en equilibrio.
- Las retribuciones en la red pública tienen un escaso componente variable y están significativamente por debajo de las de otros países del entorno⁴⁴. La red privada compite con la pública por reclutar talento. El empleo privado de médicos especialistas estaba en torno al 30% del total en 2021, con un incremento desde 2018 del 7%, frente a la caída del empleo público del 1,7%²⁴.

En cuanto a la segunda pregunta, qué nos falta por saber, consideramos que la principal carencia corresponde a la práctica profesional en la red privada: prevalencia del pluriempleo, desagregada por áreas y especialidades, dedicación, formas contractuales laborales y mercantiles, y retribuciones. Esta información es esencial para entender mejor el funcionamiento de los mercados y predecir tendencias.

También es esencial conocer la evolución y las reformas que se producirán en el marco normativo y en la organización de la sanidad. Esa carencia se puede afrontar en los ejercicios de simulación mediante escenarios.

Propuestas y conclusión

A raíz de los informes de planificación, algunos países han tomado medidas específicas de políticas de recursos humanos para la salud. Así, en 2022, el Consejo Asesor sobre Planificación de Recursos Humanos Médicos de los Países Bajos recomendó al gobierno subir del 40% (en 2021) a casi la mitad el porcentaje de plazas de medicina general sobre el total de plazas de residencia entre 2024 y 2027^{45,46}. Igual que en otros muchos países, en España es un reto el atraer a un número suficiente de graduados en medicina para cubrir las plazas MIR de medicina familiar y comunitaria. Para evitar que las proyecciones de déficit del informe de 2021 llegaran a materializarse, se tomaron algunas medidas, como el aumento del *numerus clausus* de medicina, financiado por el gobierno, y el de plazas MIR en esa especialidad, así como incentivos económicos a la jubilación demorada de los médicos de atención primaria.

En este apartado resumimos las propuestas más relevantes que se han venido formulando, particularmente en los informes ya mencionados, y en el último publicado²⁴, al que remitimos al lector.

España como país tiene una decisión pendiente entre «producir o comprar» los médicos que necesitará, lo que afecta a la regulación del acceso al grado en medicina. La ventaja de «comprar» (homologar) es de flexibilidad y de reversibilidad, mientras que el *numerus clausus* tiene gran rigidez a la baja. La ventaja de «producir» es satisfacer la gran demanda interna para ingresar en el grado más demandado en España. Es necesario un debate social sobre este tema, así como sobre la actual diferenciación entre universidades públicas y privadas, que provoca problemas de equidad horizontal. Las decisiones sobre *numerus clausus*, plazas MIR convocadas y política migratoria son mutuamente dependientes, y la restricción de contorno es que el número de plazas MIR convocadas cada año debe cubrir razonablemente el número de egresados en España el curso anterior.

Aunque la segmentación territorial está disminuyendo, el atractivo del que carecen algunas plazas debe ser compensado con incentivos, no solo monetarios. Los médicos son muy heterogéneos en sus preferencias, y la gestión de los recursos humanos para la salud debería permitir negociar individualmente y ofrecer a cada profesional las condiciones que más valore. Esto requiere cambiar y flexibilizar la regulación macro de la gestión de los recursos humanos en el SNS. Revisar a fondo el Estatuto Marco es la primera tarea regulatoria pendiente.

Otro gran problema pendiente y urgente es el del déficit de médicos de familia. Para cubrir las plazas desiertas, en zonas básicas de salud rurales y en pequeñas ciudades, pero también en ciudades medianas y grandes, no basta con convocar más plazas MIR u homologar más títulos extranjeros. Son necesarios un plan de incentivos dirigido a la medicina familiar y comunitaria, y cambios regulatorios; algunos de ellos ya se han puesto en marcha (ampliación voluntaria y remunerada de la edad de jubilación, acelerar las homologaciones de títulos de terceros países, plan específico de incentivación de la elección MIR de medicina de familia en Cataluña, entre otros).

La pediatría también está teniendo problemas de cobertura de plazas en atención primaria, pero el pronóstico es diferente. En España hay una ratio muy superior de pediatras generales que en la mayor parte de los países de la Unión Europea. Las plazas quedan desiertas en atención primaria, pero no en los hospitales. Con cambios organizativos podría mejorarse la situación de déficit de pediatras a corto plazo. A largo plazo, dadas las proyecciones demográficas, no existirán problemas.

El modelo de planificación de médicos especialistas en España puede mejorar con un método más detallado y preciso de conversión de cabezas a equivalentes a tiempo completo, específicos al menos por especialidad. Además, podría y debería avanzar en la evaluación de los estándares de necesidad a medio y largo plazo, recogiendo de forma continua el juicio de los expertos.

Los recursos humanos para la salud deben estar en la agenda política y abordarse con perspectiva de largo plazo, promoviendo pactos en los parlamentos y consenso político, que reparta los costes de las reformas que, siendo necesarias, presentan resistencias importantes por parte de grupos de interés.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Para la elaboración de este artículo no se han utilizado fuentes de datos primarias.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

La realización de este manuscrito ha estado a cargo de las dos autoras, quienes que de manera conjunta lo han diseñado y redactado, estructurando, analizando y exponiendo las aportaciones que contiene.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel; 2010. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32>.
- World Health Organization. Bucharest Declaration on health and care workforce. High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe: time to act. 22-23 March 2023, Bucharest, Romania. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/bucharest-declaration>.
- Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health workforce planning in OECD countries. A review of 26 projection models from 18 countries. OECD; 2013. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-planning-in-oecd-countries_5k44t787zcwb-en.
- Kinsella S, Kiersey R. Health workforce planning models, tools and processes in five countries: an evidence review. Dublin: Health Research Board; 2016.
- Parzonka K, Ndayishimiye C, Domagała A. Methods and tools used to estimate the shortages of medical staff in European countries – scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2023;20:2945.
- O'Malley L, Macey R, Allen T, et al. Workforce planning models for oral health care: a scoping review. JDR Clin Trans Res. 2022;7:16–24.
- Guyonn I, Simon J, Anderson S, et al. Tools for supporting the MCH workforce in addressing complex challenges: a scoping review of system dynamics modeling in maternal and child health. Matern Child Health J. 2022;26:176–203.
- Safarishahrbiari A. Workforce forecasting models: a systematic review. J Forecast. 2018;37:739–53.
- Dall T, West T, Chakrabarti R, et al. The complexities of physician supply and demand: projections from 2013 to 2025. Association of American Medical Colleges; 2015.

- Health Workforce Australia. Health Workforce 2025. Doctors, Nurses and Midwives. 2012; 1 March.
- Direction Générale Soins de Santé Primaires et Gestion de Crises. Perspectives d'avenir de la Commission de Planification - Offre médicale: Rapport scénario de base Médecins 2009.
- Greuning M. Health workforce planning in the Netherlands; 2016.
- Attal-Toubert K, Vanderschelden M. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Méthologie des Projections d'Effectifs de Médecins. 2009;7.
- Cave S. Developing robust system-dynamics-based workforce models: a best-practice approach. CFWI Technical Paper Series. 2014;8.
- Malgieri A, Michelutti P, Van Hoegaerden M. Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries. Bratislava: Ministry of Health of the Slovak Republic; 2015.
- Barber Pérez PL, González López-Valcárcel B. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas: España 2018-2030. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2019. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/necesidadEspecialistas/docs/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>.
- Wang T, Carnahan C. A summary of physician demand and supply studies: physician-to-population ratios. Tampa, FL: Carnahan; 2018.
- Lifton Associates, LLC. Healthcare Management Consulting. (Consultado el 19/12/2023.) Disponible en: <https://www.liftonassociates.com/>.
- Association of American Medical Colleges. Physician workforce projections. The complexities of physician supply and demand: projections from 2019 to 2034. AAMC; 2021. Disponible en: <https://www.aamc.org/data-reports/workforce/data/complexities-physician-supply-and-demand-projections-2019-2034>.
- Ministerio de Sanidad. Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. 2023. (Consultado el 19/12/2023.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/registroEstatal/home.htm>.
- Ministerio de Sanidad. Estudios para la planificación de profesionales sanitarios. 2023. (Consultado el 19/12/2023.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/necesidadEspecialistas/home.htm>.
- Blanco A, Adiego M. La información sobre recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. 2010;8:63–87.
- Ministerio de Universidades. UNIVbase. 2023. (Consultado el 19/12/2023.) Disponible en: <https://estadisticas.universidades.gob.es/dynPx/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/Universitaria/Insercion.laboral/2021/GRADO/CAP3.CON/&file=pcaxis>.
- Barber-Pérez P, González-López-Valcárcel B. Informe Oferta-necesidad de especialistas médicos 2021-2035. ECoSalud Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. 2022:110–4.
- Barber P, González López-Valcárcel B. Forecasting the need for medical specialists in Spain: application of a system dynamics model. Hum Resour Health. 2010;8.
- Gobierno de España. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 301, de 17/12/2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>.
- Colegio de Médicos de Bizkaia. Necesidad de profesionales de la medicina. Situación actual y de futuro. Un informe del Colegio de Médicos de Bizkaia. 2018. Disponible en: <https://www.cmb.eus/posicionamiento-del-colegio/necesidad-profesionales-medicina-situacion-actual-y-futuro-un-informe-colegio-medicos-bizkaia>.
- Fábregas MS, Fondevila BC, Miró GS, et al. La demografía médica en Barcelona: atender a los retos del futuro. Med Clin (Barc). 2019;152:405–10.
- Soler-Fábregas M, Camps-Fondevila B, Serratusell-Miró G, et al. Análisis de la jubilación médica en Barcelona. ¿Cansados de ejercer? Med Clin (Barc). 2020;154:412–4.
- Consejo Andaluz de Colegios Médicos. Datos estadísticos población médica en Andalucía 2022. (Consultado el 19/12/2023.) Disponible en: <https://cacm.es/wp-content/uploads/2023/05/30.5.2023.INFORME-DATOS-DEMOGRAFICOS-CACM-2022-por-provincias-DEF.pdf>.
- OMC. Organización Médica Colegial 2019. Estudio de Demografía Médica. 2019.
- OMC. Organización Médica Colegial 2017. Estudio de Demografía Médica. 2017.
- OMC. Organización Médica Colegial 2018. Estudio de Demografía Médica. 2018.
- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Demografía y suficiencia asistencial de la profesión médica en España. 2022.
- de Teresa Galván E, Alonso-Pulpón L, Barber P, et al. Desequilibrio entre la oferta y las necesidades de cardiólogos en España. Análisis de la situación actual, previsiones futuras y propuestas de solución. Rev Esp Cardiol. 2006;59:703–17.
- Freixenet J, Caballero-Hidalgo A, González López-Valcárcel B, et al. Análisis de la situación actual y previsión de futuro de la especialidad de cirugía torácica. Arch Bronconeumol. 2009;45:107–10.
- Martín-Láez R, Ibáñez J, Lagares A, et al. Grupo de Trabajo de Docencia y Publicaciones de la Sociedad Española de Neurocirugía. ¿Era el actual superávit de neurocirujanos previsible en 2009? Análisis de la situación sobre la base de los datos del Informe de oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Neurocirugía. 2012;23:250–8.
- Rivera F, Andrés R, Felip E, et al. Medical oncology future plan of the Spanish Society of Medical Oncology: challenges and future needs of the Spanish oncologists. Clin Transl Oncol. 2017;19:508–18.

39. Gómez Tello VG, Moreno JR, Weiss M, et al. Estimación de las necesidades de profesionales médicos en los servicios de medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2018;42:37–46.
40. Sánchez-Piedra C, Yoldi B, Valero M, et al. Status of rheumatology in Spain in 2017: 2.0 rheumatologists per 100,000 population. *Reumatol Clin*. 2018;14:311–6.
41. OECD. Stat. Health Workforce. 2023.
42. Col·legi de Metges de Barcelona. Informe anual 2022; 2023.
43. OMS. 63.^a Asamblea Mundial de la Salud. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud; 2010.
44. Lifschitz E, Del-Llano JE, Rovira J, et al. Remuneraciones de los médicos en la Unión Europea, España y comunidades autónomas: análisis comparativo. *Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria*; 2020.
45. ACMMP. Recommendations 2024–2027. 2022.
46. OCDE. Health at a glance 2023: OECD indicators. Doctors (by age, sex and category). 2023. (Consultado el 19/12/2023.) Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2023_0103135f-en.