



# ¿Faltan médicos en España?

*Is there a need for more medical doctors in Spain?*

■ Miguel Ángel García y Carlos Amaya

## Resumen

En la actualidad los datos disponibles no confirman la existencia de un déficit absoluto de médicos en España, aunque ponen de relieve que lo habrá en un futuro próximo. Los problemas actuales de “falta de médicos” parecen estar originados en una mala distribución de los mismos. Y dado que todo apunta a un empeoramiento de la situación, es necesario pensar y planificar las necesidades que va a tener España de médicos con una perspectiva a largo plazo.

## Palabras clave

Planificación sanitaria. Recursos humanos para la salud. Demografía médica. Distribución geográfica.

## Abstract

Available information does not currently confirm the existence of an absolute shortage of medical doctors in Spain, but rather highlights that this difficulty will exist in a near future. The current problems of “lack of doctors” seem to have their origin in an incorrect distribution of personnel. Given that recent events point to a worsening of the situation, it is necessary to think ahead and plan for Spain’s future need of doctors from a long-term perspective.

## Key words

Health planning. Human resources for health. Medical demography. Geographical distribution.

■ La profesión médica en España tiene abierto, entre otros frentes, el cuantitativo. El conocimiento existente no parece justificar una situación de “crisis”

---

El primer autor es médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, máster en Bioética y Derecho y Coordinador de Estudios de la Fundación CESM. El segundo firmante es médico especialista en Neurocirugía, Doctor en Medicina y Secretario General de la Fundación CESM.

como la que parecen vivir los organismos gestores de la asistencia sanitaria para encontrar profesionales cualificados que garanticen una asistencia de calidad a sus ciudadanos. Por ello se hace necesaria una profunda revisión de la situación, tarea sumamente compleja debido a distintos factores: la inexistencia de registros profesionales; la dificultad de prever la evolución de las necesidades en salud de los ciudadanos; la globalización con la consiguiente movilidad internacional de profesionales, etcétera. Pero se trata de una tarea necesaria si queremos hacer frente al futuro de una forma activa, y no como si se tratara de una fatalidad sobre la que fuera imposible intervenir, al estilo de la tragedia griega.

### **¿Dónde estamos? Breve historia sobre el análisis de la demografía médica en España**

La reflexión sobre la demografía médica en España se ha dinamizado mucho en los últimos años. Algunos análisis de ámbito europeo apuntaban la posibilidad de un déficit futuro de médicos (1) y la necesidad de establecer sistemas de planificación adecuados (2); sin embargo, nuestra tradicional situación de exceso de médicos (3, 5) (con ratios poblacionales muy superiores a la media Europea) imponía la necesidad de reducir la incorporación de nuevos profesionales. De ahí la presión sobre las facultades de Medicina para que intensificaran las políticas de *numerus clausus*, manteniéndose la cifra de nuevos matriculados en torno a los 4.200 alumnos/año en la última década.

En ese contexto, el dato de un posible descenso del número de profesionales a partir de 2026 (5), pasó absolutamente desapercibido. Sin embargo, la reedición del estudio de la Fundación CESM en 2005 (6), que amplía tanto las bases de datos sobre los profesionales como el intervalo temporal de las proyecciones, pronostica una reducción en el número de profesionales a partir de 2019, que se adelantará en cinco años si atendemos a la *ratio* poblacional de los mismos, y cuestiona, según las estadísticas europeas, la idea de un excesivo número de médicos en España, planteando por primera vez la necesidad de incrementar el *numerus clausus*.

Pero, en aquel momento, aún eran escasos los problemas para encontrar médicos (sólo puntuales, en algunas CCAA y para las suplencias y refuerzos de la época estival), y preocupaba enormemente la fuga de profesionales españoles a otros países, fruto del exceso arrastrado de décadas anteriores, que aún podría prolongarse durante una década más. Ello permitió que distintos agentes del mundo sanitario cuestionaran los resultados del citado estudio, hasta que, poco a poco, fueron apareciendo dificultades para la cobertura de nuevos centros asistenciales, haciéndose evidente la necesidad de los gobiernos de algunas Comunidades Autónomas de buscar profesionales en otros países. Saltaron todas las alarmas; se empezó a solicitar, principalmente desde las Comunidades Autónomas, un incremento de la

entrada de alumnos en las facultades, y el Ministerio de Sanidad, que aún no había avanzado en su propósito de crear un registro de profesionales, encargó un estudio sobre la necesidad actual y futura de profesionales en España (7), que no hizo sino confirmar lo ya anunciado. Mientras tanto, las cifras de homologación de titulaciones extranjeras se han disparado, con múltiples dudas sobre la calidad del proceso, y la percepción actual parece la de una auténtica crisis. ¿Es ésta la imagen fiel de la realidad?

## **¿Cómo estamos? Situación actual de la profesión médica en España**

### **a) El número de médicos**

Dado que no existe ningún registro oficial de médicos en ejercicio, los distintos estudios han intentado acercarse a la situación a través de diversas aproximaciones, lo que conduce a resultados dispares que hay que interpretar en el contexto de la metodología utilizada. La tabla 1 muestra un resumen de los datos existentes, junto con nuestra estimación sobre la cifra final de médicos según las características de cada estudio.

Los datos de la Fundación CESM (6) ofrecen una cifra de médicos con posibilidad de ejercicio posiblemente infraestimada, al partir de datos de especialización “vía MIR” y no haber tenido acceso a información sobre vías alternativas de especialización, como: *a)* la antigua vía “de los colegios” (por la que se reconocía título de especialidad a aquel colegiado que figurara inscrito con práctica en dicha especialidad durante al menos dos años), o, *b)* las vías excepcionales de acceso a los distintos títulos de especialista (para quienes, sin disponer de la titulación correspondiente, hubieran ejercido en el ámbito de la especialidad durante al menos cinco años). Habría que sumarle los aproximadamente 20.000 médicos residentes (MIR) existentes en 2005 para comparar el dato con las estimaciones europeas de médicos en activo; la cifra así obtenida podría servir como aproximación del número total de médicos en España (por defecto, ya que hay que suponer la existencia de licenciados sin especialidad que no hayan solicitado habilitación para el ejercicio de la Medicina General, por encontrarse inactivos o no necesitarla para su actividad profesional).

El estudio recientemente presentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (7) sólo toma en consideración la cifra de médicos “especialistas” que se utiliza como referencia para las proyecciones futuras; pero hay que considerar necesariamente a los médicos no especialistas, dado que muchos de ellos participan activamente en la atención sanitaria en este momento (como, por ejemplo, los médicos con habilitación para el ejercicio de la Medicina General).

Los organismos internacionales de ámbito europeo (8, 9) han facilitado cifras para el año 2005 claramente superiores a las tradicionales, con una ruptura clara de la

**Tabla 1.** Estimaciones del número de médicos en España

<b>Autor</b>	<b>Fuente</b>	<b>Concepto</b>	<b>Valor (ratio)*</b>	<b>Cifra total de médicos**</b>
Fundación CESM <sup>6</sup>	Ministerio de Sanidad (habilitaciones para el ejercicio de la Medicina General y registros MIR)	Médicos con capacidad legal para el ejercicio y edad menor de 65 años	173.705 (393,81)	Médicos en activo o en disposición de serlo: 193.700
Ministerio de Sanidad y Consumo <sup>7</sup>	Múltiples fuentes (OMC, registros MIR, homologaciones, plantillas hospitales...)	Médicos especialistas	111.579 (251,33)	Total de médicos: 159.884
EUROSTAT <sup>10</sup> , OCDE <sup>11</sup>	Encuesta de Población Activa (Instituto Nacional de Estadística)	Médicos y odontólogos en activo	163.500 (379,9)	Médicos en ejercicio profesional: < 150.000 Médicos económicamente activos: 160.000
Instituto Nacional de Estadística <sup>12</sup>	Colegios Provinciales de Médicos	Médicos no jubilados	184.396	Médicos no jubilados: 184.396
Elaboración propia***	Fuente: Ministerio de Educación	Licenciados no jubilados	205.000	Licenciados no jubilados: 205.000

\*Datos para el año 2005, excepto para el estudio del Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Ratio por cien mil habitantes. \*\*Estimación de una cifra para el total de médicos, de elaboración propia a partir de las características de cada análisis. \*\*\*Considerando edad media a la licenciatura 25 años y edad de jubilación 65 años.

tendencia previa que parece explicarse en función de modificaciones de la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística (10). Hay que tener en cuenta, además, que dichas cifras incluyen a los odontólogos y estomatólogos en activo, no separados en las estadísticas españolas de los médicos, por lo que no se pueden comparar directamente con otros países europeos. En la actualidad, existen 22.150 odontólogos colegiados en nuestro país (11).

Para la estimación del número total de médicos (y, considerando el número de médicos jubilados, intentar calcular la cifra de inactivos) sólo tendríamos de dos vías:

- Por un lado, la cifra de médicos no jubilados facilitada por el Instituto Nacional de Estadística (11), procedente del número de inscritos en los Colegios de Médicos.
- Por otro, una aproximación a la cifra total de licenciados que no habrían superado los 65 años, a partir de la estadística de licenciados del Ministerio de Educación y Ciencia (12) a partir de 1965 y considerando una edad media de licenciatura de 25 años.

Además, ya hemos mencionado más arriba cómo los datos del último estudio de la Fundación CESM podrían utilizarse como aproximación al número total de médicos.

Comparando estas estimaciones de la cifra total de médicos con las de médicos en activo obtenidas por la Encuesta de Población Activa, que son las cifras consideradas por los organismos internacionales, tendríamos entre 34.000 y 55.000 médicos no dedicados a tareas sanitarias. De ellos, entre 24.000 y 45.000 se encontrarían en situación de inactividad. Incluso aplicando la tasa de incapacidad entre licenciados que proporciona la EPA (0,9%), tan sólo 2.000 de ellos se encontrarían en situación inactiva por incapacidad.

Datos del primer estudio de la Fundación CESM indicaban, ya en 1996, la existencia de unos 24.000 médicos que no declaraban actividad profesional entre los poco más de 110.000 que habían solicitado la habilitación para el ejercicio de la Medicina General (4); y 18.000 de ellos se declaraban expresamente “sin ejercicio profesional”.

En definitiva, del análisis realizado se desprende que del 15 al 25% del total de médicos en España no ejercería ninguno la actividad sanitaria en cualquiera de sus facetas.

## **b) El perfil demográfico de los médicos**

Las distintas fuentes coinciden en destacar la elevada feminización y el envejecimiento existente en nuestro colectivo profesional. Tenemos el perfil más feminizado de entre los países de nuestro entorno según los análisis de la OCDE (13), a excepción de Portugal, pues nuestro nivel está en torno al 47% (6, 7). Sólo nos superan los países de clara influencia soviética en el pasado, con tasas de feminización superior-

res al 50% en Polonia, Finlandia, República Checa y Hungría. Y el fenómeno irá en aumento, ya que en torno al 70% de nuestros médicos residentes son mujeres, con grandes variaciones entre especialidades, siendo Urología, Traumatología y Cirugía Cardiovascular las que poseen menor porcentaje de mujeres como especialistas en formación (6, 7).

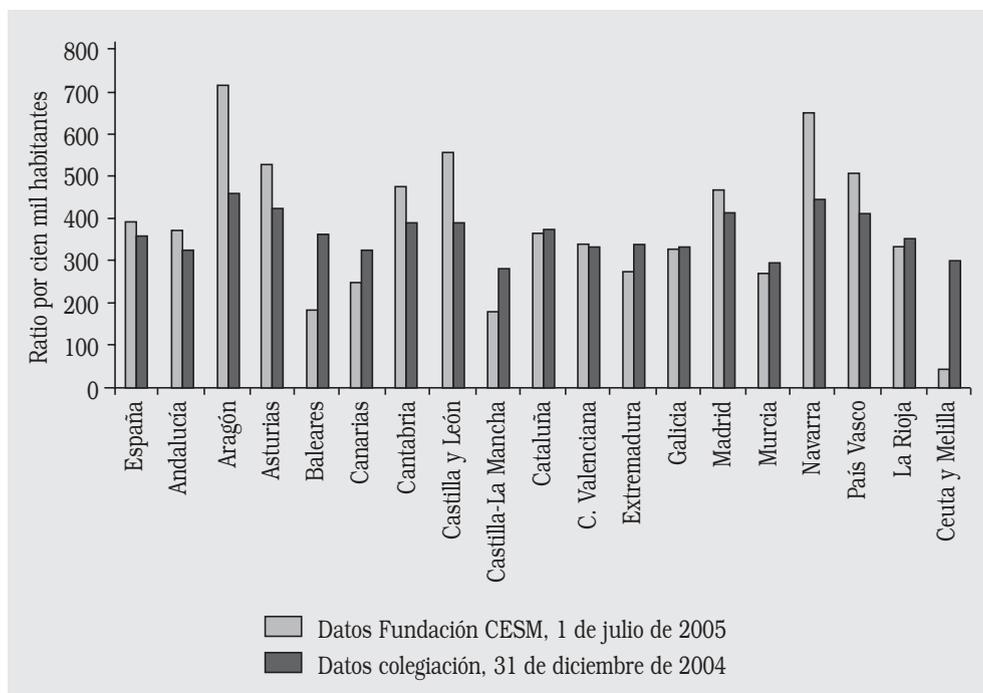
Por otro lado, el 37% de los médicos supera los 50 años, debido a las políticas de contención de la entrada de nuevos profesionales vigentes en las últimas décadas para intentar reducir el exceso existente en los años 80. Más de un tercio de los profesionales se jubilarán en los próximos 15-20 años; pero, además, el envejecimiento va ligado a una menor actividad profesional (6). Así, ambos factores, pueden reducir tal actividad en una proporción equivalente a la pérdida de un 15% de efectivos (7, 13, 14). De ahí que las organizaciones internacionales ya comiencen a utilizar indicadores de recursos humanos que incluyen el grado de dedicación profesional (“profesionales equivalentes a tiempo completo” —*full time equivalent*— en el caso de la OMS) (8, 15).

### **c) La distribución geográfica y por especialidades de los médicos españoles**

Los datos existentes (fig. 1) indican una irregular distribución geográfica de los médicos en España, al igual que sucede en otros países de nuestro entorno (Portugal [16], Francia [17], Alemania [18]...). Así, mientras en Ceuta y Melilla, Castilla La Mancha, Murcia y Canarias no se alcanza la tasa de 400 médicos por cien mil habitantes, Aragón, Navarra y Madrid, con una gran capacidad formativa de pregrado, superan con creces los 500 por cien mil habitantes (11).

La distribución global por especialidades también es irregular, dado que las necesidades varían de una a otra especialidad. No podemos, pues, compararlas entre ellas, pero sí valorar su dotación con respecto a indicadores internacionales (para cuyo análisis hay que atender, a su vez, a las características de cada sistema sanitario) o a la propia demanda generada por el sistema sanitario. Así, podríamos hablar de la existencia de un número de psiquiatras, cirujanos generales, internistas, otorrinolaringólogos y dermatólogos inferior, en términos poblacionales, al de los países de la Unión Europea, mientras que diversos indicadores muestran que son deficitarias en nuestro entorno Anestesiología, Radiología, Cirugía General, Pediatría y Medicina de Familia (7).

La combinación de ambas distribuciones complica aún más la situación, debido a la creación de múltiples subapartados dentro del análisis (47 especialidades multiplicadas por 17 CCAA, además de Ceuta y Melilla). Pero, a pesar de la dificultad que supone no disponer de un censo de especialistas, los dos análisis publicados a nivel nacional (6, 7) muestran una gran coincidencia en las especialidades peor distribuidas geográficamente, es decir, aquéllas con una mayor desproporción entre la comunidad autónoma con más y con menos efectivos en las mismas, entre las que se



**Figura 1.** Distribución autonómica de los médicos españoles según el análisis de la Fundación CESH (vinculación ligada al lugar de formación de los especialistas) y los datos de colegiación ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (vinculación al lugar de ejercicio). Para hacer comparables los datos, se ha restado de los datos de colegiación el número de médicos residentes a finales del año 2004, y aquellos con más de 64 años. Las diferencias apuntan a la existencia de flujos migratorios interregionales.

encuentran: Alergología, Cirugía Vasculard, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Pediátrica, Cirugía Torácica, Farmacología Clínica, Bioquímica Clínica y Medicina Preventiva.

#### d) Emigración e inmigración de médicos

Un elemento relativamente novedoso en el análisis demográfico de la profesión médica en España es el de los movimientos migratorios. No se trata de un fenómeno nuevo, ya que, por ejemplo, se conoce desde hace tiempo la emigración de algunos profesionales españoles a los EEUU en busca de mejores oportunidades de desarrollo, así como la entrada de profesionales de origen latinoamericano en nuestro país. Pero lo que hace que el fenómeno cobre actualidad en los últimos años es la coincidencia de un aparente incremento de los flujos migratorios junto con la novedosa situación de déficit, existentes o venideros, de profesionales en nuestro país.

Sin embargo, no disponemos de datos oficiales en España que permitan cuantificar, y mucho menos estudiar detalladamente, esos flujos migratorios. Curiosamente, la fuente habitual han venido siendo los medios de comunicación, con noticias puntuales sobre la contratación de médicos extranjeros o la preocupación por la salida selectiva de médicos españoles hacia un determinado país, como los emigrados a Portugal o al Reino Unido.

El Consejo General de Colegios de Médicos hizo una primera aproximación al número de profesionales españoles emigrados a otros países, cuantificando la salida anual en unos 900 entre 2002 y 2006, aunque con una cierta tendencia a disminuir en el último año. Ello supondría que se estaría marchando el equivalente a un 20% de los médicos que completan su formación en nuestro país cada año.

Un estudio realizado por la Fundación CESM, aún inédito, ha detectado la presencia de 8.530 médicos españoles en otros países (Reino Unido, Portugal, EEUU, Alemania, Francia, Italia, Noruega, Austria, Suiza y Dinamarca), a los que habría que añadir otros 87 en Canadá (19). De ellos, más de 4.500 se encuentran registrados en los EEUU. Si tenemos en cuenta la valoración del Consejo General de Colegios de Médicos, la mitad de todos los profesionales emigrados ya se encontraba en el extranjero con anterioridad al reciente incremento de los flujos migratorios.

En cuanto a la entrada de profesionales, tampoco hay datos fidedignos. Se han multiplicado las noticias sobre la entrada de médicos de otros países, sobre todo en algunas CCAA (Extremadura, Castilla La Mancha, Canarias, Cataluña), y se ha cuantificado, incluso, su peso relativo en alguna provincia (10% del total de colegiados de Barcelona, siendo extranjeros un tercio de los nuevos colegiados en 2006) (20). Existe la sensación generalizada de un rápido incremento de su número en el conjunto del país y se han formulado algunas dudas sobre la idoneidad de los procesos de homologación de sus titulaciones de origen. Una reciente estimación de la OCDE facilita la cifra de 9.433 médicos extranjeros en 2000, en torno al 7,5% del total de médicos en activo para aquel mismo año (13).

En cuanto al reconocimiento de titulaciones extranjeras en nuestro país, datos obtenidos del Ministerio de Educación muestran el siguiente panorama:

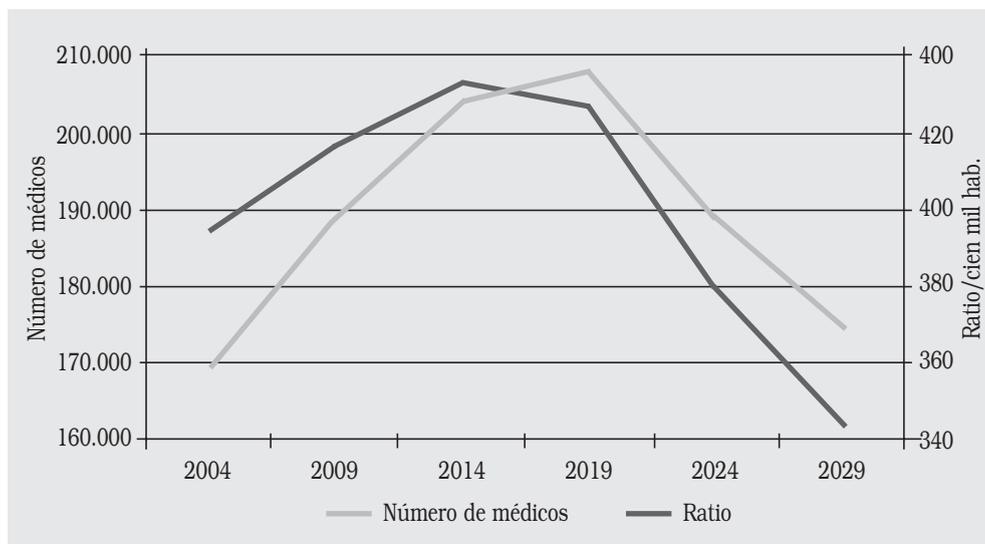
- Entre 2000 y 2005 habrían sido reconocidos, conforme a la legislación europea de reconocimiento de cualificaciones profesionales, 1.613 títulos de especialista procedentes de países de la Unión Europea, con un promedio de 269 titulaciones anuales. Destacarían, por su cantidad, los títulos de origen alemán (622 en los seis años del período), seguidos de lejos por los de origen portugués (284), francés (134) y británico (131).
- Entre 2004 y 2006 se habrían homologado 8.228 titulaciones de licenciatura en Medicina, con un promedio anual de 2.743, y siendo 3.248 en el año 2006. De todas ellas, tan sólo el 5,7% habrían tenido que superar la prueba de conjunto para la homologación, siendo el resto de titulaciones homologadas directamen-

te por procesos de evaluación administrativa. Destacan los títulos de origen argentino (2.191), peruano (1.224), colombiano (1.034), venezolano (970) y cubano (748).

Aunque ambos datos no son exactamente superponibles, se observa cómo el promedio anual de homologación de titulaciones no comunitarias supera en un factor de 10 al de comunitarias, lo que da idea del gran flujo inmigratorio que se está produciendo desde fuera de la Unión Europea, especialmente desde Sudamérica. Hay que tener en cuenta que el mero hecho de tener homologado el título no implica estar ejerciendo en nuestro país, aunque sí muestra la intención de los profesionales.

### e) Proyecciones de futuro

Las proyecciones clásicas de la profesión médica mostraban un incremento del número de médicos al menos hasta 2015, y la preocupación fundamental era la escasa capacidad del mercado para absorberlo. Sin embargo, los estudios más recientes, que han prolongado el período de proyección, han mostrado una realidad más compleja. Efectivamente, y contando sólo con nuestra capacidad formativa, el crecimiento del número de médicos se mantendrá en los próximos quince años, pero la *ratio* poblacional de profesionales comenzará a decrecer dentro de diez, y lo hará de forma más intensa a partir de 2020 (fig. 2) (6). A ello habrá que añadir el previsible impac-



**Figura 2.** Proyecciones de la Fundación CESM sobre número de médicos y ratio poblacional por cien mil habitantes.

to de la Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de noviembre de 2003, relativa a la ordenación del tiempo de trabajo.

La situación se complica si queremos incluir en la proyección los flujos migratorios, variables en sí mismos y muy condicionados por la mayor o menor facilidad con que se pueda conseguir la convalidación de los títulos extracomunitarios. El análisis presentado por el Ministerio (7) incorpora la entrada anual de al menos 2.300 titulados no comunitarios en sus proyecciones; a pesar de ello, la ratio proyectada se mantiene más o menos estable a lo largo del período analizado (hasta el año 2030), siendo por tanto incapaz de absorber un hipotético crecimiento en la demanda de atención, con la limitación adicional, ya mencionada, de que no parece haber tenido en cuenta al colectivo de médicos con habilitación para el ejercicio de la Medicina General que hoy pueden ejercer plenamente en el primer nivel asistencial, pero que se habrán jubilado en un elevado porcentaje para el final de dicho período. Esto se traduciría en un importante descenso de la ratio poblacional de médicos, incapaz, por tanto, de atender la demanda sanitaria en caso de que ésta se mantenga en el nivel actual.

En esta evolución influyen tanto el envejecimiento de la profesión médica como la limitada renovación de profesionales condicionada por los *numerus clausus*. Se trata, además, de un fenómeno común con otros países de nuestro entorno (17, 18), aunque en nuestro caso se producirá con unos años de retraso, lo que puede ser muy positivo a la hora de poder desarrollar estrategias de planificación profesional basadas en la experiencia y resultados conseguidos en otros países.

## ¿Faltan médicos en España? Análisis de los datos

### a) Premisas para una respuesta

Para saber si tenemos suficientes médicos en España, deberíamos partir de un conocimiento exacto de la situación actual y de la existencia de algún tipo de indicador de referencia. Ninguna de las dos premisas se cumple. Pero, a pesar de ello, no podemos esperar que la respuesta caiga del cielo. Debemos intentar hacer una valoración, coherente con los datos de que disponemos, que nos permita tomar las decisiones más correctas (o, al menos, las menos incorrectas) en cuanto a la planificación de recursos humanos se refiere. Y ello es aún más urgente cuanto más se aprecia que las decisiones que se están tomando parecen tener algo de erráticas, respondiendo precipitadamente a situaciones puntuales sin contemplar en toda su complejidad la dinámica de los recursos humanos.

Determinar las necesidades de salud de la población es un problema harto complejo. No es lo mismo estimarlas subjetivamente que intentar hacerlo objetivamente a través del criterio de expertos; y esta última modalidad tiene una doble limitación en una sociedad democrática en la que la libertad del individuo es un valor fundamental y en la que la dinámica de mercado es la elegida para la regulación de las distin-

tas ofertas y demandas que puedan producirse en su seno. No olvidemos que planificar el número de profesionales debe hacerse no sólo pensando en la asistencia sanitaria del sistema público, con más posibilidades de regulación, sino también en la que surja desde la iniciativa privada, más sensible a las dinámicas de mercado. En este sentido, el incremento del poder adquisitivo, el desarrollo tecnológico y la mayor conciencia de los derechos de los ciudadanos como pacientes parecen apuntar a un incremento de la demanda de servicios sanitarios. A ello se sumará el incremento derivado del envejecimiento de la población y la posibilidad creciente de ofrecer servicios que mejoren el nivel de salud de este segmento de población. Aunque hay quienes no apoyan esta suposición, parece prudente partir de unas necesidades que, como mínimo, se mantendrán estables en el tiempo, y considerar la evolución esperada del número de habitantes de nuestro país.

Pero, dado que, asumiendo la constancia de esas necesidades, aún no existe un indicador que nos describa exactamente el nivel actual de las mismas, todavía podemos intentar valorar nuestra situación en relación a los países de nuestro entorno, comparar los datos de unas comunidades autónomas con otras, o valorar la posible evolución futura en relación al número actual de efectivos. Utilizaremos el criterio que consideremos más adecuado en cada caso.

Por último, la pregunta encierra una complejidad adicional: la práctica de la Medicina está hoy muy compartimentada, dividida en 47 especialidades y en 17 sistemas sanitarios autonómicos. Habrá, por tanto, que abordarla de una manera progresiva. Lo haremos como sigue:

- ¿Hay suficientes médicos en España?
- ¿Hay suficientes médicos de todas las especialidades en todos los lugares de España? Es decir, ¿están bien distribuidos?
- ¿Habrá suficientes médicos en el futuro?

### **b) ¿Hay suficientes médicos en España?**

Probablemente sea la cuestión más difícil de responder, dada la disparidad de datos existentes que ya comentábamos más arriba (tabla 1). Sin embargo, habría que reconsiderar la idea de un excesivo número de médicos en España, ya que no viene suficientemente avalada por los datos. De cualquier forma, estar por encima de la media europea podría ser positivo en una época en que son muchos los países que están padeciendo déficit de profesionales en distinto grado, ya sea por carencia pura y dura de los mismos (Reino Unido), ya por desajustes territoriales (Francia [17], Alemania [18]).

Lo que sí es cierto es la existencia de dificultades para encontrar médicos en distintos ámbitos geográficos y en diferentes especialidades. Si bien esto puede responder más a problemas de distribución regional o de efectivos de determinadas especialidades, no se puede descartar que se trate de los primeros indicios de desequilibrio entre la oferta y la demanda de médicos, que estaría mostrándose primero en

aquellas regiones o especialidades con una oferta más ajustada: distribución regional y disponibilidad global de profesionales no parecen ser fenómenos independientes (21).

Los datos de emigración e inmigración de médicos podrían también ser útiles en esta aproximación a la realidad médica española, dado que la situación del mercado de trabajo es un factor importante a la hora de determinar los flujos migratorios (22, 23). Sin embargo, la situación también es confusa en este campo, dado que se producen flujos bidireccionales en nuestro caso, predominando en el último año el flujo inmigrante. Quizá la respuesta no esté en la existencia de una situación de déficit o superávit, sino en que estos médicos estén distribuidos de distinta forma en cada una de las especialidades o de las regiones españolas. Sobre ello reflexionaremos en el siguiente apartado.

Tal vez, el origen de las diferentes interpretaciones y argumentos que han defendido la idea del tradicional superávit de médicos en España pueda ser la cifra de médicos fuera del ámbito sanitario. La cifra de licenciados españoles es persistentemente superior a la media europea, mientras que la de médicos en actividad se mantiene en niveles medios. Esta discrepancia podría deberse al gran contingente de médicos licenciados en los años 70 y 80 que no pudieron acceder a la especialización ni al mercado de trabajo y que habrían podido optar en su día por la inactividad o por la ocupación en actividades no sanitarias. La reflexión sobre este colectivo no es baladí, ya que se trataría de un contingente profesional sobre el que poder actuar buscando su integración al ejercicio activo, lo que podría estarse produciendo ya de facto en una situación como la actual, en la que se oferta anualmente casi un 50% de plazas de formación especializada en exceso sobre el número anual de licenciados (24).

Finalmente, no bastaría con conocer si es adecuado el número de médicos, sino que habría que investigar su nivel de actividad. No sólo por la existencia de médicos inactivos, sino también por el grado de dedicación profesional de cada médico activo. No conocemos ningún análisis sobre el nivel de actividad de nuestros médicos, que podría verse afectado por el elevado grado de envejecimiento y feminización del colectivo; factores que en otros países han ido ligados a la reducción de la actividad profesional (13, 14).

### **c) ¿Están bien distribuidos nuestros médicos?**

He aquí la que parece ser la clave principal de nuestro análisis. Los déficit están afectando de forma particular a algunas especialidades, y son algunas comunidades autónomas (Canarias, Extremadura y, más recientemente, Cataluña y Castilla La Mancha) las que primero se han visto obligadas a recurrir a profesionales extranjeros en algunas de aquéllas, ante la carencia de profesionales autóctonos. Detrás de ello puede haber una doble motivación: la irregular distribución de profesionales en nuestro territorio, y el importante crecimiento experimentado por nuestro dispositivo asistencial en el contexto de las transferencias sanitarias, después de un período previo de estancamiento (25).

Ya mencionamos anteriormente la dispar distribución del conjunto global de los médicos, así como de las distintas especialidades por CCAA. Si bien esto puede tener alguna justificación para algunas especialidades de mayor requerimiento tecnológico o de equipamiento, cuya distribución se concentra en torno a los grandes complejos hospitalarios, la irregularidad en la dotación de otros especialistas redundará directamente en la inequidad en el acceso a los servicios de dichos especialistas, en muchos casos tan básicos como médicos de familia, pediatras, internistas o cirujanos generales. La corrección de este tipo de desequilibrios es compleja, ya que depende de una buena dotación global de cada especialidad (a través de una adecuada oferta de plazas de formación MIR) y de medidas que permitan la adecuada distribución geográfica de la misma.

Los déficit existentes, calificados de puntuales en el reciente informe ministerial (7), pueden, sin embargo, estar apuntando a la existencia de un cambio en la tendencia de la profesión médica, como ya hemos reseñado. De ahí la importancia de una coordinación en la actuación de las administraciones central y autonómica, para conseguir una adecuada asistencia sanitaria a nivel regional en el contexto de una correcta planificación general de la profesión médica.

#### **d) ¿Habrá suficientes médicos en el futuro?**

La respuesta, en este caso, parece claramente negativa y en ello coinciden los análisis realizados por los dos grandes estudios demográficos hechos en nuestro país, que, asumiendo el esperado crecimiento demográfico, una demanda sanitaria estable (horizonte poco probable) y una distribución de responsabilidades entre profesionales similar a la actual, vaticinan una oferta inferior a la actual en las próximas décadas en relación a las cifras poblacionales previstas. Ni el ritmo actual de homologaciones (7), ni un incremento de la capacidad de formación de pregrado de hasta el 50% (26) podrían, de manera aislada, eliminar ese descenso de la oferta, aunque sí lograrían atenuarlo.

#### **¿Qué podemos hacer?**

La situación, por tanto, podría definirse como de transición desde una época de excedentes profesionales importantes hacia otra de déficit global, mostrando en este momento carencias parciales que justifican una cierta sensación de desequilibrio. Sin embargo, la situación llegará a ser crítica, según apuntan las predicciones, si no tomamos medidas, o si lo hacemos de manera aislada o al margen de una reflexión seria y estructurada, que no parece producirse aún en las instituciones sanitarias y profesionales.

Es evidente que no podemos predecir el futuro y saber exactamente cuántos profesionales, de qué tipo y con qué formación específica podremos precisar en un momen-

to dado, ni qué nivel de necesidad experimentará nuestra sociedad en cada momento de su historia venidera. Y ello debido a dos factores fundamentales: *a)* la imposibilidad de predecir exactamente el comportamiento de determinadas variables, dadas las múltiples interacciones que se producen entre ellas con el paso del tiempo, y *b)* la posibilidad de que aparezcan imponderables.

Sin embargo, esto no debe llevarnos a la inacción. Si no preparamos una “hoja de ruta” que contemple prudentemente el futuro, las posibilidades de que la situación llegue a ser realmente crítica se incrementarán exponencialmente. ¿Qué podemos hacer para “construir” el futuro de una manera responsable?

Clásicamente, se habla de una planificación a largo, medio y corto plazo, siendo de especial trascendencia la primera, dado el largo período necesario para formar a un médico y su permanencia prolongada en la actividad profesional (hasta 35-40 años). A su vez, la falta de visión a largo plazo es responsable parcialmente de la situación actual: la generación de médicos hoy en activo en el sistema sanitario (constituyendo un importante tapón laboral) al jubilarse en los próximos diez o quince años “destapará” un profundo “agujero”.

Pero, dadas las interacciones que surgen entre las distintas medidas, con sus marcos temporales respectivos, vamos a hablar de una “planificación de fondo”, centrada en el medio y largo plazo, con el objetivo de mantener una situación más o menos “estable”, y un conjunto de “medidas de ajuste” que puedan servir para equilibrar, en el corto y medio plazo, las situaciones que puedan irse produciendo. En un momento como el actual es fundamental no perder de vista ninguna de las dos ópticas.

## **a) Medidas de fondo**

### *1. Registro de profesionales*

Es imposible realizar un correcto seguimiento de la situación si carecemos de herramientas tan básicas como un registro de los médicos existentes en cada momento, así como de su situación profesional. La inexistencia actual de dicho registro es un signo evidente de irresponsabilidad de las administraciones sanitarias y de las organizaciones profesionales. Se trata de una medida urgente y que no puede seguir demorándose indefinidamente.

### *2. Provisión adecuada de profesionales*

Disponer del número adecuado de profesionales en cada momento y evitar oscilaciones como las actuales, es un objetivo esencial de la planificación sanitaria. Si, por un lado, el exceso de profesionales origina problemas de paro y subempleo, además de un mayor riesgo de incremento del gasto sanitario e ineficiencia del sistema formativo, por otro, su déficit puede poner en riesgo la atención sanitaria de la población y generar importantes tensiones migratorias —como las observadas en Europa en el último año, incluyendo a nuestro país—, con las consecuencias que ello puede suponer para los sistemas asistenciales de los países de origen. Todo ello, a la vez que

se impide a nuestros jóvenes, con razones discutibles, la entrada en la profesión que desean.

En función de las predicciones ya comentadas, parece necesario incrementar el número de plazas de pregrado en nuestras facultades, debiendo tener presente en su cuantificación la posibilidad de que los profesionales extranjeros que se están incorporando a nuestro país permanezcan aquí.

Parece también evidente la necesidad de adecuar la oferta de plazas de posgrado a la de pregrado, al menos en el medio y largo plazo. A corto plazo, el actual desequilibrio entre ambas (las plazas MIR ofertadas anualmente superan en un 50% a las de licenciatura) puede tener efectos beneficiosos, como: *a)* la recirculación de médicos hacia las especialidades más demandadas y valoradas; *b)* la incorporación de médicos extranjeros a través de una formación especializada de calidad y acorde con nuestro sistema sanitario, y *c)* la recuperación de médicos de la famosa "bolsa histórica" que hubieran abandonado el ejercicio profesional, pero que decidieran reincorporarse en este momento.

Sin embargo, el desequilibrio actual también parece tener efectos negativos, como la cobertura incompleta de plazas de algunas especialidades, como la ya deficitaria Medicina de Familia, o el abandono prematuro de las mismas en busca de especialidades más demandadas. Se hace necesario, por tanto, un profundo seguimiento de la situación actual, que gestione el desequilibrio existente entre pre y posgrado y lo encamine a una situación de equilibrio que parecería deseable a medio y largo plazo.

En el cálculo de los efectivos debería tenerse en cuenta, por último, el envejecimiento y la progresiva feminización de la profesión médica, así como la regulación de la jornada laboral, con las repercusiones que ello pueda tener en la productividad de la profesión. Analizar la edad de jubilación merecería un capítulo aparte, pero en cualquier caso debe modularse con cautela, debido a que con ella se está prolongando o acortando el período productivo de los médicos.

### *3. Adecuación de las competencias profesionales*

La transferencia de competencias entre las distintas profesiones sanitarias es un tema ampliamente debatido en numerosas instancias. No es fácil que se encuentren grandes acuerdos en este campo, y cualquier cambio se enfrentará a incontables dificultades.

En cualquier caso, las competencias deberían estar en manos de aquellos profesionales mejor preparados para ejercerlas de forma eficiente y con una cualificación adecuada. Y no se puede caer en el error de hacerlo sólo con una perspectiva económica, ya que las competencias tienden a volver a su nivel competencial de origen, como podemos apreciar en el actual conflicto de los técnicos sanitarios.

Un aspecto concreto de esta distribución de competencias dentro de la propia profesión médica es el de la posible troncalidad en la formación especializada. Ello conllevaría la capacidad de reconvertir algunos médicos de una especialidad en otra más

necesitada en un determinado momento sin el considerable esfuerzo que supone realizar la formación completa en una nueva especialidad. Aunque el camino se ha comenzado, no parece que vaya a estar libre de obstáculos por la existencia de opiniones divergentes entre las distintas especialidades.

#### *4. Mejora de la distribución geográfica de los profesionales*

Uno de los problemas más serios a los que se enfrentan nuestros sistemas sanitarios es el de la desigualdad territorial en la oferta sanitaria, con una considerable desventaja de las áreas rurales y cinturones industriales de las grandes ciudades. Sin embargo, existe poca evidencia sobre la mejor forma de reducir dicha desigualdad y en España no se ha analizado adecuadamente esta situación. Por lo tanto, es necesario progresar en esta dirección, y mirar con atención las medidas que ya se están tomando en otros países de nuestro entorno (incentivos a la instalación en zonas mal dotadas [16], creación de nuevas facultades en áreas geográficas remotas [27]).

#### *5. Gestión respetuosa de los recursos humanos*

Es necesaria una adecuada motivación de los profesionales para garantizar no sólo su permanencia en activo, sino una buena práctica. De ahí que parezca mentira que aún debemos recordar cuán necesario es crear un ambiente laboral positivo y respetuoso para con la salud del profesional, así como proporcionarle unas condiciones retributivas y de ejercicio favorables al desarrollo de la actividad sanitaria. En este contexto no se puede olvidar que, en un servicio con la dimensión que tiene la atención a la salud, los profesionales no han de ser considerados como meros medios de dicha actividad. La confianza y el buen trato a los profesionales repercutirá, sin lugar a dudas, en el resultado final de la atención sanitaria, sobre todo si se apoya el trabajo de las organizaciones profesionales encargadas de garantizar una buena práctica.

#### *6. Política coherente de reconocimiento de títulos extranjeros*

El fenómeno de la movilidad de los profesionales es un fenómeno inserto en los procesos de globalización y que difícilmente desaparecerá. Disponer de un sistema que garantice un correcto nivel de formación de los médicos titulados en otros países, comparable al de los médicos españoles, y que no ponga en riesgo la calidad asistencial, contribuirá a la normalización de los flujos migratorios y a su mejor aceptación en nuestro medio.

#### *7. Definición de un modelo sanitario estable*

La politización de la Sanidad, junto con la indefinición sobre el futuro, no facilita la adecuada planificación de la asistencia y, con ello, de las necesidades de recursos, tanto humanos como materiales. Se hace necesario caminar hacia un modelo estable de sistema sanitario, que quede fuera del juego político y que satisfaga las necesidades de la sociedad, como marco para cualquier planificación que pretenda un adecuado funcionamiento de la atención sanitaria.

### 8. Una oferta sanitaria realista y basada en evidencias

En línea con lo anterior, la oferta de servicios no debe tener su fundamento en la lucha política, sino en criterios técnicos de evidencia científica y de adecuación a las necesidades de la población. La sobreoferta apreciable en muchos programas sanitarios no sólo contribuye al incremento del gasto y a la sobrecarga de los profesionales, sino que genera una insostenible medicalización de la población.

#### **b) Medidas de ajuste**

Junto a estas medidas referentes al medio y largo plazo, hay actuaciones que pueden contribuir a un ajuste más puntual de la situación y que en este momento cobran especial importancia por la existencia de desequilibrios regionales y entre las distintas especialidades. Sin embargo, no deben ser la base fundamental de una buena planificación, porque significaría dejar a la coyuntura de cada momento la posibilidad de corregir los desajustes que se produzcan. Entre ellas podemos señalar la contratación activa de profesionales foráneos (procurando no empeorar con ello la situación en sus zonas de procedencia, tanto fuera de nuestro país como entre Comunidades Autónomas), la adecuación puntual de la cartera de servicios y de las responsabilidades respectivas de cada uno de los profesionales sanitarios, la incentivación del regreso a la actividad profesional de médicos que la hubieran abandonado, la recuperación de profesionales emigrados, etcétera.

El espectro de medidas es muy amplio y abierto a la creatividad en los respectivos ámbitos profesionales y de gestión, y nuestra intención no es agotarlo. Baste la variedad de las mismas para insistir en la necesidad de aproximaciones complejas y atentas a la diversidad de elementos (formativos, laborales, de gestión, asistenciales...) que influyen en la disposición de profesionales competentes en suficiente número para poder prestar la atención sanitaria que se merecen nuestros conciudadanos.

## **Bibliografía**

1. Medical manpower in Europe by the year 2000: from surplus to deficit? En Permanent Working Group of European Junior Doctors (PWG). Handbook of Policy Statements. An update of the 1997 handbook. Oporto: PWG; 2001. p. 38-41.
2. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation No R(93)3 of the Committee of Ministers to member states on health manpower planning, 22 de marzo de 1993. Disponible en [http://www.coe.int/t/e/social\\_cohesion/health/recommendations/Rec\(1993\)03.asp](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/health/recommendations/Rec(1993)03.asp) [último acceso, 9 de julio de 2007].
3. González B. El mercado laboral sanitario y sus consecuencias en la formación. Numerus clausus. En VVAA, La formación de los profesionales de la salud. Escenarios y factores determinantes. [2.<sup>a</sup> edición]. Bilbao: Fundación BBVA, 1998.
4. Maynard A, Amaya C, Coronado A, Grau T, Alcaide PL. El número de médicos en España. Análisis de una situación crítica (2.<sup>a</sup> edición). Madrid: Fundación CESM, 1999.

5. Pedraza V. Recursos humanos del sistema de salud: una reforma pendiente. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 779-81.
6. Amaya C, García MA. Demografía médica en España. Mirando al futuro. Madrid: Fundación CESM, 2006.
7. González B, Barber P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en [http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06\\_30.pdf](http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf) (último acceso, 12 de julio de 2007).
8. Comisión Europea. Eurostat (Oficina Estadística de las Comunidades Europeas). Página web, disponible en <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (último acceso, 13 de julio de 2007).
9. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. OECD Health Data 2007. Página web, disponible en <http://www.oecd.org/health/healthdata> [último acceso, 20 de julio de 2007]
10. Instituto Nacional de Estadística. Novedades de la EPA en 2005. Cifras INE (boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística). Disponible en <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0105.pdf> (último acceso, 23 de julio de 2007).
11. Instituto Nacional de Estadística. Profesionales sanitarios colegiados 2005. Disponible en [www.ine.es](http://www.ine.es) (último acceso, 16 de julio de 2007).
12. Ministerio de Educación y Cultura, Subdirección General de Títulos, Convalidaciones y Homologaciones. Estadísticas de Títulos Universitarios. 1999.
13. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Health at a glance. OECD indicators 2005. Paris: OCDE; 2005.
14. Chan BT. From perceived surplus to perceived shortage: what happened to Canada's physician workforce in the 1990's? (Documento en Internet). Ontario: Canadian Institute for Health Information; 2002. Disponible en [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=download\\_form\\_e&cw\\_sku=CANPHYWORKFORCE%20PDF&cw\\_ctt=1&cw\\_dform=N](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=download_form_e&cw_sku=CANPHYWORKFORCE%20PDF&cw_ctt=1&cw_dform=N) (último acceso, 3 de septiembre de 2007).
15. World Health Organization Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Página web, accesible en <http://www.euro.who.int/hfadb> (último acceso, 12 de julio de 2007).
16. Santana P. Geografias da saúde e do desenvolvimento. Evolução e tendencias em Portugal. Coimbra: Ed. Almedina, 2005.
17. Conseil National de l'Ordre National des Médecins. L'atlas de la démographie médicale en France (generalites). Situation au 1er janvier 2007 (Documento en Internet). Étude n. 40. CNONM; 2007. Disponible en <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/introatlas2007.pdf> (último acceso, 3 de septiembre de 2007).
18. Bundesärztekammer (Asociación Médica Alemana). Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2005 (documento en Internet). Disponible en <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.5009.5010>
19. Canadian Medical Association. Physicians by country of MD graduation, Canada, 1994-2007. Disponible en: [http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Statistics/10PhysByCountry.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Statistics/10PhysByCountry.pdf) (último acceso, 17 de julio de 2007).
20. Fernández C. El COMB calcula que hace falta un 292% más de extranjeros (noticia). *Diario Médico*, 5 de julio de 2007; pág. 7.
21. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical balances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*. 2006;4:12. Disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12> (último acceso, 23 de julio de 2007).

22. Buchan J, Perfilieva G. Health worker migration in the European Region: country case studies and policy implications. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; 2006. Disponible en <http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf> (último acceso, 25 de julio de 2007).
23. Buchan J. Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? En Dubois CA, McKee M, Nolte E (eds.). Human resources for health in Europe. Berkshire (UK) - New York (USA): Open University Press; 2006. p. 41-62. Disponible en [http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060112\\_3](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060112_3) (último acceso, 25 de julio de 2007).
24. García MA. Desequilibrios formativos y profesionales en Medicina (tribuna de opinión). Diario Médico, 31 de julio de 2007; p. 6.
25. Rodríguez JA. Estructura de la profesión médica española. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1987; 32: 141-66.
26. Fundación CESM. Actualización 2005 [documento en Internet]. Madrid: Fundación CESM, 2006. Disponible en <http://www.cesm.org/nueva/fundaciondemogr/eDEMES/Actualiz20052006.pdf> (último acceso, 3 de septiembre de 2007).
27. Snadden D, Bates J. Expanding undergraduate medical education in British Columbia: a distributed campus model. CMAJ. 2005; 173 (6): 589-60. Disponible en <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/173/6/589> (último acceso, 3 de septiembre de 2007).