

ESTAS SON LAS ESPECIALIDADES EN LAS QUE FALTARÁN MÉDICOS EN 5 AÑOS: **MEDICINA DE FAMILIA, DEL TRABAJO, PSIQUIATRÍA...**

El informe de necesidades de médicos augura que en 2027 faltarán unos 9.300 médicos. Sanidad y las autonomías deberán aplicar medidas a corto y medio plazo para paliar este déficit, combinando el aumento de plazas de grado y MIR con la contratación de médicos extracomunitarios

POR FRANCISCO GOIRI / NURIA MONSÓ FOTOS MAURICIO SKRYCKY Y JOSÉ LUIS PINDADO

1 de marzo de 2022. La Dirección de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud reúne en mesa sectorial a todos los sindicatos y les comunica que de los **11.100 contratos covid** que se firmaron en la comunidad para reforzar las plantillas durante la pandemia, solo **3.937 se quedarán en el Sermas** más allá del 31 de marzo y se convertirán en contratos estables; **el 60% restante no será renovado.** 2 de marzo de 2022, 10.06 horas. La Seguridad Social hace públicos los datos de afiliación del mes de febrero: **el sector sanitario perdió 5.165 contratos** a lo largo de ese mes, que se suman a los **1.647 que se extinguieron** en enero, en plena sexta ola de la pandemia; el sindicato CSIF denuncia que, siguiendo la estela de Madrid, las 16 autonomías restantes **prescindirán en marzo de cerca de 50.000 contratos covid.** 2 de marzo de 2022, 20.30 horas. La ministra de Sanidad, Carolina Darias, presenta, tras el Consejo Interterritorial, la quinta actualización del estudio oficial de necesidades de especialistas: **entre 2018 y 2021, el número de médicos en España se redujo un 1,77% (un 2,14% en primaria);** los mayores de 60 años suponen ya un 21% del total (frente al 9,7% en 2007), y varias especialidades deficitarias, como Medicina de Familia, Anestesiología, Psiquiatría y Radiodiagnóstico, van a necesitar aumentar aún más sus plazas MIR...

FALTA DE MÉDICOS

...La sucesión cronológica de acontecimientos, aparentemente inconexa, tiene, sin embargo, para los profesionales consultados por DM un denominador común que impacta sobre la base del Sistema Nacional de Salud (SNS) desde hace décadas: la ausencia de una política coordinada de recursos humanos y la falta de planificación de plantillas a largo plazo.

La cuestión no es baladí, porque si actualmente las autonomías lamentan que no tienen médicos suficientes para atender las necesidades de la población, el déficit va a seguir en aumento. Según el *Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035*, la falta actual aumentará hasta 8.949 en 2027, un 4,59% por encima de los disponibles, según la proyección realizada por el equipo EcoSalud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Dos notas positivas: a partir de ese año, aunque seguirán faltando médicos según esta simulación, la brecha entre la oferta y la demanda se iría cerrando hasta que el déficit se redujera a un 0,45% (menos de un millar de médicos) en 2035. Y las previsiones han mejorado: el informe anterior, de 2018, estimaba que para 2030 el déficit de especialistas alcanzaría globalmente un 12%.

CORTO Y MEDIO PLAZO. El estudio maneja dos horizontes temporales: 2028 y 2035. En el segundo caso, las previsiones "no se deben considerar más que una tendencia. Nosotras hacemos más hincapié en 2028, a corto plazo, siempre que no cambien los condicionantes externos", apunta Patricia Barber, una de las autoras del informe, que propone que las conclusiones se tengan en cuenta de cara a planificar la oferta

de plazas MIR de 2023, que se irá concretando durante los próximos meses. Mientras tanto, Sanidad y autonomías deberán buscar medidas a corto plazo para solucionar la falta de médicos fruto, entre otras cosas, de la falta de planificación del pasado.

El estudio no detalla las cifras concretas de dicho déficit por especialidades, pero se definen las previsiones de necesidades a través de una comisión de expertos (que incluye al Ministerio de Sanidad, comunidades y comisiones de especialidades) y teniendo en cuenta las proyecciones de población, los datos de

LA FALTA DE MÉDICOS SEGUIRÁ AUMENTANDO HASTA LLEGAR A CASI 9.000 EN 2027, PERO LA BRECHA SE IRÁ CERRANDO HASTA UN DÉFICIT DE UN MILLAR DE PROFESIONALES EN 2035

edad y sexo de las plantillas de la sanidad pública y de la privada, la oferta MIR, etc. Concretamente, el estudio define si las especialidades médicas se encuentran en situación de déficit (por encima del 5% respecto a la oferta de médicos), en superávit (por encima del 5% respecto a la demanda) y en equilibrio (entre el 5% de déficit y superávit).

Muchas de las que actualmente se consideran deficitarias, como Medicina de Familia, Anestesiología y Reanimación, Psiquiatría y Radiodiagnóstico, seguirán con problemas de efectivos en 2028 si de mantienen las condiciones de demanda y oferta actuales. A estas habría que sumar también Medicina del Trabajo -aunque el balance previo considere que hoy está en equilibrio- y varias especialidades de laboratorio compartidas con otras titulaciones debido a las renunciaciones de los MIR.

A medio plazo, la mayoría de las especialidades mencionadas seguirán teniendo problemas en 2035, excepto en el caso de Radiodiagnóstico, que pasaría a una situación de equilibrio. Otras en las que faltan actualmente efectivos, como Geriatriá y Rehabilitación, también mejorarán en 2028, e incluso la segunda alcanzaría el superávit dentro de 13 años si se mantienen las variables, como un aumento de plazas MIR similar al de los últimos tres años.

Beatriz González López-Valcárcel, la otra autora del estudio demográfico, afirma que la planificación de profesionales sanitarios "tiene sentido en un plazo de 10 o 15 años, que es lo que tarda en materializarse la inversión en capital humano".

Barber reconoce que "planificar las plantillas médicas no es fácil, es como conducir con movimientos suaves hacia una dirección; los volantazos tienen malas consecuencias", y añade que el debate sobre cómo abordar las necesidades de médicos es "una obra de teatro con muchos actores, casi siempre con intereses

contrapuestos".

Y en ello no ayuda nada que el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios lleve más de una década sin ver la luz. Creado en 2012, en diciembre de 2021 constaban 42.331 médicos registrados, el 69% con ejercicio público y el 79% a jornada completa. Suponen solo un 31% de los 136.344 médicos declarados por las comunidades en el SNS para el último informe demográfico.

"En pleno siglo XXI seguimos sin tener un sistema para saber cuántos médicos hay, así que seguimos con los estudios de planificación. ¿Cómo vas a gestionar un presupuesto sin saber cuánto ganas al mes? Pues lo mismo. Sería tristísimo que esto no saliera adelante con el bien que haría", lamenta Barber.

Vicente Matas, coordinador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada y experto en demografía médica, señala que "el estudio de necesidades y sus sucesivas actualizaciones no dejan de ser fotos fijas que sirven para hacerte una idea aproximada, pero es el registro la herramienta que, en teoría, permite actualizar todas las variables y tomar decisiones informadas a corto, medio y largo plazo".

La última actualización de ese estudio ha evidenciado, según González López-Valcárcel, que "ahora mismo hay en este país una crisis clara de falta de médicos de Familia", un axioma

que el Foro de Médicos de Atención Primaria lleva audiencia repitiendo por activa y por pasiva.

Aun así, matiza, "aunque en el país hubiera un número suficiente de profesionales sanitarios a nivel global, no habría suficientes, posiblemente, para dar cobertura a plazas poco atractivas, en lugares recónditos o con poco desarrollo profesional". En definitiva, sentencia esta experta en Economía de la Salud, "no solo es un tema de grandes números, sino también de cómo se distribuyen los profesionales en el territorio, y de cómo conseguir que lo individualmente atractivo coincida con lo socialmente deseable".

Barber comparte la opinión de su compañera: "No podemos tratar a todas las especialidades ni a todos los lugares como una misma cosa, porque nunca van a faltar médicos para ejercer en un gran hospital de Madrid, pero sí para irse a La Gomera o a Teruel", sentencia Barber.

En resumen: hacen falta incentivos. Y la respuesta al respecto debería venir de las administraciones y gestores sanitarios. Por ejemplo, aún no hay una fórmula nacional sobre cómo definir y qué hacer respecto a las plazas de difícil cobertura.

PÉRDIDA DE EFECTIVOS. Y es en la respuesta de políticos y gestores donde Rocío Antúnez, portavoz del Sector de Sanidad de CSIF y responsable de Formación

para reforzar las plantillas durante la pandemia, muchos de ellos profesionales de atención primaria".

Antúnez recuerda que el pasado mes de septiembre "perdieron su trabajo más de 13.000 sanitarios, a los que no se renovó su contrato covid, y este mes es previsible que las 17 comunidades autónomas prescindan de más de 50.000 contratos más. Es una verdadera irresponsabilidad que esos mismos servicios sanitarios que se quejan de falta de profesionales no aprovechen esos contratos para reforzar estructuralmente sus plantillas sanitarias".

Matas puntualiza que el grueso de los contratos covid no se hizo a facultativos, sino a otras categorías profesionales, pero admite que "el final de la fase más dura de la pandemia no debería servir de excusa para prescindir de esos contratos, por pocos que fueran. En el caso de los médicos de Familia y Pediatría, habría que aprovechar para ofrecer a los que ya tienes fichados un contrato de interinidad para cubrir jubilaciones o las muchas vacantes que hay en todas las comunidades".

El caso de Madrid no parece muy ejemplarizante en ese sentido: el Sermas renovará y estabilizará a 605 de los 1.607 facultativos que contrató durante la covid (un 56,7%), y todos ellos, además, del ámbito hospitalario. En definitiva, más del 43% de los médicos volverán al paro. "Una flagrante contradicción con los datos de déficit que maneja el estudio ministerial", concluye Matas.

Más contundente, Humberto Muñoz, secretario general de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO), afirma que "estamos ante un verdadero escándalo. Los errores en ma-

según los datos disponibles, España sigue atrayendo a médicos de fuera, una media de 4.700 al año, mientras que unos 400 se marcharían, según la Organización Médica Colegial.

En cualquier caso, a Muñoz le llama especialmente la atención que la decisión de rescindir miles de contratos covid "se produzca cuando, en teoría, el ministerio tiene tan claros los números sobre el déficit de profesionales, en qué especialidades y en qué plazo aproximado. Ahora bien, es verdad que el problema de plantillas no es sobrenumero, sino estructural. Nosotros llevamos tiempo insistiendo en que el sistema necesita una inyección de 60.000 sanitarios, 40.000 de ellos de Enfermería, para atajar un déficit que se arrastra desde hace décadas y que se ha agravado con la pandemia".

En línea con Matas, la secretaria de Finanzas y Servicios de CESM, María José Campillo, puntualiza que durante la covid apenas se contrataron médicos, "y la mayoría de los que se ficharon, ahora se quedan, al menos en muchas comunidades. En Murcia, por ejemplo, donde yo ejerzo, de los más de 6.000 contratos de refuerzo, solo 200 eran de facultativos, y ahora se renuevan todos, porque es evidente que hacen falta". En Andalucía, por ejemplo, se mantienen aún 1.031 contratos según fuentes de la Consejería, la mayoría en atención primaria. En Cataluña, se mantienen en principio los 500 contratos a médicos, según fuentes del sindicato Médicos de Cataluña.

Aun así, Campillo puntualiza que el hecho de que la mayoría de las comunidades se amparasen en la falta de médicos, sobre todo de primaria, para justificar la falta de contratos, "evi-

13.644 FACULTATIVOS TRABAJAN EN URGENCIAS EN LA SANIDAD PÚBLICA: 5.059 EN PRIMARIA, 6.910 EN HOSPITALES Y 1.675 EN EMERGENCIAS

Sanitaria Especializada del sindicato, ve la principal contradicción: "¿Qué sentido tiene que todas las comunidades se quejen de la falta de médicos de Familia, que algunas pidan un MIR específico o convocatorias extraordinarias y que luego prescindan del grueso de los contratos que hicieron

tería financiera pueden corregirse, porque puedes suplir el déficit inversor de un año en el ejercicio siguiente, pero perder capital humano altamente cualificado es un error mayúsculo difícilmente reversible; el sanitario que emigra no vuelve, o lo hace muy raramente".

Hay que puntualizar que,

denia un claro problema de planificación".

La portavoz de Sanidad de CSIF recuerda que "la cuarta actualización del estudio ministerial, que data de 2019, ya hablaba de un déficit de médicos de Familia del 14%, y todos los informes previos señalaban a esta especialidad como la

más deficitaria del sistema. ¿Cómo es posible que el ministerio ignore sus propios datos? ¿Qué han hecho hasta la fecha el propio ministerio o las comunidades que tanto se quejan de que no tienen médicos de primaria?», se pregunta la responsable de CSIF.

"Nada -responde Matas-. De hecho, entre los años 2010 y 2014 incluso disminuyó el número de plazas MIR de Familia". Y así, mantiene los peores pronósticos de déficit, incluso con las proyecciones poblacionales oficiales del INE, a la baja respecto las publicadas en estudios anteriores.

Sin embargo, este déficit se iría reduciendo en 2026-2027 a medida que se incorporaran las oleadas MIR de mayor crecimiento desde 2019. De hecho, la proyección apunta que el número de especialistas crecerá tanto en números absolutos como en la ratio de población. Además, la plantilla de médicos de Familia "rejuvenecerá": los mayores de 60 años, pasarán en catorce años de más del 30% actual a menos del 10%.

UN 30% DE LOS MÉDICOS TRABAJARÍA EN LA SANIDAD PRIVADA, CON UN INCREMENTO DESDE 2018 DEL 7%, FRENTE A LA CAÍDA DEL EMPLEO QUE SE PRODUJO EN LA PÚBLICA DEL 1,7%

Por otra parte, como otras especialidades MIR, Medicina de Familia está muy cerca del límite de su capacidad docente, por lo que Sanidad tiene entre sus planes flexibilizar los criterios de acreditación de las plazas e incentivar la labor tutorial. Concretamente, en la convocatoria MIR 2022, la oferta de 2.336 plazas ha supuesto ofertar el 96,5% de las acreditadas, con solo 82 plazas más de margen.

Además, el problema no es solo numérico: muchas plazas están en zonas alejadas de las grandes ciudades y son poco atractivas para los profesionales jóvenes, y además muchos se sienten atraídos también por las Urgencias y por el sector privado.

Y es que hay que tener en cuenta que, una vez terminan la residencia, cualquier especialista está disponible para la sanidad pública y también para la privada, así que las previsiones de relevo podrían estar sobreestimadas. "No tenemos indicios directos de cuántos

especialistas tiene exactamente la sanidad privada, pero sí de cómo ha crecido el sector del seguro, el volumen de actividad, que está cogiendo más prestigio... y eso se lleva a trabajadores", advierte Barber.

CAMBIO EN PEDIATRÍA. Concepción Sánchez Pina, presidenta de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Aepap), pone sobre la mesa otra contradicción que, según ella, tiene a los pediatras "especialmente cabreados".

El estudio ministerial dice literalmente que en 2035 harán falta menos pediatras, para entonces la población en España habrá aumentado solo un 2%, hasta apenas superar los 48 millones de personas y el porcentaje de niños de 0 a 14 años habrá caído del 14,3% al 11,3%, 1,2 millones menos.

Barber opina que "las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), son demolidoras: va a haber una reducción de más de un millón de menores de 15 años

tes, porque no encuentran especialistas, el sistema se permite el lujo de prescindir de contratos".

"¿Cómo es posible que Pediatría figure en las cuatro actualizaciones previas del estudio como una especialidad con déficit moderado [en torno al 10%] y ahora, sin mediar más explicación que la bajada estimada de la población, sea una especialidad con superávit?", critica. "Lo del déficit moderado ya nos parecía una estimación a la baja, pero que ahora hablen de reducir las plazas de Pediatría choca de frente con el clamor popular que hay en todas las comunidades por la falta de pediatras en los centros de salud".

Sánchez Pina apunta, además, que el "parche ocasional" de sustituir a los pediatras por médicos de Familia tampoco sirve: "Si en los próximos cinco años está previsto que se jubilen 1 de cada 4 pediatras, el propio estudio del ministerio asegura que en el mismo período lo harán 1 de cada 3 médicos de Familia, de manera que el déficit,

y eso es lo que determina que las proyecciones cambien radicalmente en esta actualización".

Por el contrario, Sánchez Pina califica de "sinsentido" esa afirmación: "El informe cifra en 5.867 los pediatras de primaria que ejercen en el SNS, y en un 23,3% el número de especialistas que se jubilará en los próximos 5 años, lo que supone 273 pediatras de primaria menos al año en el próximo quinquenio. Poniéndonos en el mejor escenario posible, cada año se incorporan a primaria 123 pediatras nuevos [1 de cada 4 que terminan el MIR]; si se jubilan 273 y se incorporan 123, una simple resta arroja un déficit anual de 150 pediatras en el próximo lustro, lo que supone un saldo tremente por mucho que descienda la población".

A ese déficit anual previsto, la presidenta de la Aepap suma las vacantes: "Faltan al menos 595 pediatras en los centros de salud de toda España y, mientras esas plazas siguen vacan-

que ya era muy acusado en Familia, será aún más pronunciado. Se acabó el truco de sustituir a un especialista por otro, algo que, por cierto, ya nos parecía lamentable".

Barber es consciente de que la diferencia de edad entre los pediatras de primaria y hospital y lo achaca de nuevo al atractivo del hospital para los jóvenes que terminan la residencia. "Es raro que no haya una comunidad que no diga que faltan médicos, el problema es cuando te ofrecen determinado tipo de puestos... para eso sí faltan".

La secretaria de Finanzas de CESM coincide con el estuor de Sánchez Pina "cuando leo que Pediatría no es una especialidad deficitaria con la vista puesta en 2035, cuando actualmente ya lo es; o cuando el informe alerta sobre el déficit de Medicina de Familia. ¿Cuántas veces lo ha dicho el Foro de Médicos de Atención Primaria? ¿No lo ha recogido el propio Ministerio en sus informes previos?".



EL LABORATORIO NECESITA A OTROS PROFESIONALES

Varias de las especialidades deficitarias a corto y medio plazo son las conocidas como especialidades "de laboratorio", compartidas con otras titulaciones. Según el informe, el desequilibrio se produce porque muchos MIR las han ido abandonando, por lo que una solución sería abrirlas al resto de disciplinas.

A corto plazo, en 2028 -que coincidiría con el momento con mayor déficit en general de médicos-, Análisis Clínicos, Microbiología e Inmunología estarían en situación de déficit moderado, a pesar de que el comité de expertos del ministerio, autonomías y comisiones nacionales sitúan a las dos primeras en situación de superávit y en equilibrio, respectivamente. De las citadas, solo Microbiología alcanzaría en teoría de nuevo el equilibrio en 2035.

"No hay porque no se forman", expone Patricia Barber. "Son de las plazas que los médicos escogen en último lugar y luego, si en dos o tres años ven que tienen la posibilidad de formarse en otra, la abandonan". Según el informe, de 2009 a 2021 se han producido un 80% de renuncias de MIR en Análisis Clínicos, un 98,8% en Bioquímica Clínica, un 63,5% en Microbiología y un 57,4% en Inmunología.

Afortunadamente, las cifras han bajado con el tiempo (posiblemente porque ahora es necesario renunciar a la plaza si se quiere repetir el examen MIR) y esas

medias se sitúan en el 28,6% en Bioquímica, 28,3% en Análisis Clínicos, 18,8% en Microbiología y 17,9% en Inmunología.

Hay que tener en cuenta que durante las últimas tres convocatorias, alrededor del 28,8% de las plazas de las especialidades de laboratorio se han destinado a titulados de Medicina. Mayoritariamente estas especialidades ofertan más plazas para Farmacia, pero también se ofrecen a titulados de Biología y Química.

Barber considera que seguir prorrogando esta situación es tirar el dinero, por lo que apunta que "habría que dejar esas especialidades a las titulaciones no médicas: biólogos, químicos... tienen mucha demanda y terminan su formación. Para ellos es un producto buenísimo, no para los médicos".

MEDICINA DEL TRABAJO. Otra especialidad con un problema por las renuncias es Medicina del Trabajo, que es además la especialidad más envejecida: de los 4.172 especialistas que hay en España, un 61,3% tendría más de 50 años y un 23,7% entre 60 y 65. Pero además, de 2009 hasta 2021, el 46,2% de los adjudicatarios MIR acabaron abandonando la especialidad, si bien durante los últimos tres años se ha reducido al 5,1%. Es también una de las pocas especialidades con margen de mejora en su oferta MIR: este año solo se han ofertado 107 plazas, un 73,3% de las 146 acreditadas.

Campillo se pregunta cómo es posible que "con tantas y tan evidentes señales de alarma hayamos llegado a la tesitura de que el relevo generacional en determinadas especialidades sea casi una entelequia. Según los propios datos del Foro de Médicos de Primaria, solo el 14% de los médicos de Familia tiene menos de 40 años, y más del 26% de los pediatras de España supera los 60 años".

MEDIDAS INMEDIATAS. La gran pregunta, esa a la que intentan contestar la infinidad de planes estratégicos y estudios demográficos nacionales y autonómicos que surgen por doquier, es qué se puede hacer para intentar paliar ese déficit de capital humano, fundamentalmente el de primaria. Qué se puede hacer al margen de aumentar unas plazas MIR cuyo efecto benéfico se sentiría, en el mejor de los casos, a 4 o 5 años vista, "porque aquí parece que se olvida con facilidad que para formar a un especialista se necesita más de una década, desde que entra en la universidad hasta que termina la residencia", apunta la portavoz de CSIF.

González López-Valcárcel ensaya algunas respuestas: "A corto plazo, hay medidas concretas, como cambiar y agilizar el sistema de homologación de títulos extranjeros, cambiar las condiciones laborales del profesional y la edad de jubilación, y también ir aumentando el número de plazas MIR, tanto las convocadas como las acreditadas".

Casi nada para un "corto plazo" que no parece figurar en el diccionario particular de políticos y gestores. Por sí les sirve de ayuda para aclarar ideas, la propia González López-Valcárcel les da alguna pista, y lo hace con la referencia de la pandemia en mente: "Si algo debería habernos enseñado esta crisis es que no podemos obcecarnos con el cortoplacismo, con una sobreabundancia de profesionales derivada de la pandemia". En suma, planificación, planificación y planificación. El primer mandamiento de todo demógrafo que se precie.

La experta de la Universidad de Las Palmas recuerda, además, que los grandes números, esos que la ministra de Sanidad expuso en rueda de prensa tras el último Consejo Interterritorial, no lo son todo. Segundo mandamiento del buen

demógrafo: contextualice los datos.

En materia de planificación sanitaria, la letra pequeña dice que "más allá de los números, lo importante son las condiciones laborales y tener flexibilidad en lo que se ofrece a los profesionales, de forma que se sientan parte de la organización y puedan tener un desarrollo profesional; y no hablo solo de condiciones económicas. Esta es la única forma de cubrir todos los puestos, incluso aquellos que, a priori, son menos atractivos", afirma González López-Valcárcel.

La vena sindical de Campillo cobra cuerpo en un verbo cuya ausencia define, según ella, la política de recursos humanos: fidelizar. "¿Cómo vamos a garantizar el relevo generacional en determinadas especialidades o a ocupar determinadas plazas vacantes si las condiciones laborales están expulsando a los médicos de ellas, literalmente? ¿Qué sentido tiene, por ejemplo, que pasemos una oposición tras otra cuando no hay médicos para cubrir ciertos puestos?"

La presidenta de la Aepap puntualiza que una sociedad científica como la suya comulga con la idea de mejorar las condiciones laborales y profesionales, "pero el problema es que las intenciones y los planes no tienen traducción práctica ninguna. Lo de mejorar las condiciones de las plazas de difícil cobertura lo llevamos oyendo desde hace al menos 5 años, y lo de favorecer los turnos deslizantes, desde hace una década, y no se ha hecho nada".

PLAN DE AP. El ejemplo más palmario y reciente del porqué de ese escepticismo lo sitúa Sánchez Pina en el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria del Ministerio de Sanidad: "¿Qué podemos esperar de un documento que ni siquiera menciona la palabra "Pediatria"?"

En la misma línea, la portavoz de Sanidad de CSIF recuerda que el documento de ese plan habla de un modelo mixto de financiación, "y las comunidades deberían presentar antes de abril sendos proyectos integrales para la reforma del primer nivel, acompañados de partidas presupuestarias detalladas. Ahora bien, mal empezamos si la partida que los Presupuestos Generales del Estado destinan a primaria se queda en



IMPORTAR O PRODUCIR MÉDICOS, ESA ES LA CUESTIÓN

PATRICIA BARBER, UNA DE LAS autoras del estudio de necesidades de especialistas médicos explica que, más allá de las cifras, el gran debate sobre cómo afrontar el déficit de facultativos se resume en si España prefiere importarlos o producirlos. El equilibrio está en combinar ambas cosas: a corto plazo una de las propuestas del informe es "regular bien el proceso de homologación de títulos para que se sea más flexible en las especialidades que nos puedan hacer falta y menos en las otras. A largo plazo, se podría ir incrementando el numerus clausus hasta un punto, pero no es una cuestión de hacer cambios *in aeternum*", advierte Barber.

De momento, la Comisión de Recursos Humanos se ha inclinado por solicitar a la Conferencia de Política Universitaria un aumento del 10% de las plazas de grado de Medicina y de Enfermería. En el caso de los facultativos, las plazas autorizadas pasarían de 7.169 a 7.886 (717 más). También las comunidades han pedido medidas para conseguir más flexibilidad y agilidad a la hora de poder homologar a los extracomunitarios, como ocurrió durante la pandemia, o también plantear

un aumento del cupo de extracomunitarios del MIR, ahora en un 4%.

Cada una de esas medidas tiene diferentes implicaciones. Importar, es decir, recurrir a médicos de origen extranjero ofrece más flexibilidad, según consta en el propio informe. España tiene la ventaja de que tiene mucha capacidad de atracción, particularmente entre los profesionales hispanohablantes.

Pero Barber advierte que también tiene dos puntos negativos: se importan médicos cuando "tenemos a muchísima gente joven deseando hacer Medicina [el curso pasado cada plaza pública tenía 11 preinscritos, si bien el dato está inflado por no existir un listado de inscripción único], prácticamente igualando el número de extranjeros que vienen al número de egresados", y además es una medida que "descapitaliza de profesionales a otros países".

La alternativa, producir médicos, implica subir el *numerus clausus* de las plazas de grado de Medicina y coordinarlo con el aumento de plazas MIR, puesto que -sobre el papel- con excepciones temporales es obligatorio especializarse para trabajar en el SNS. Se trata de una

inversión a 10 años vista en el mejor de los casos: los seis de la carrera universitaria y otros 4 ó 5 más si consigue plaza MIR al primer intento.

FALTA DE MEDIOS. Pero subir el *numerus clausus* no casa muy bien con la falta de medios y personal que llevan denunciado los decanos de Medicina. Sobre todo están faltos de profesorado permanente en las asignaturas clínicas y además la edad media de los funcionarios es de 53 años. Los criterios de acreditación -con mucho peso de la investigación y no tanto la asistencia- y el farragoso proceso echa para atrás a los profesionales.

También hay miedo a generar un cuello de botella entre los egresados y plazas MIR. María José Campillo, representante de CESM, recuerda que "somos el segundo país del mundo en número de facultades de Medicina [46], pero luego llega el MIR y sigue haciendo de embudo. ¿Cuántos egresados se quedan anualmente sin optar a una plaza MIR? ¿Cuántos optarían por formarse en especialidades deficitarias?"

Es cierto que a partir de 2015-2016 la proporción entre plazas MIR y egresados fue prácticamente

de uno. Teniendo en cuenta la alta demanda de extranjeros para participar en el examen, eso supondría más presión para los licenciados en España.

No obstante, en la práctica siempre han sido el grueso de los adjudicatarios tras descontar a no presentados, eliminados por la nota de corte -la mayoría extranjeros-, renuncias a elegir plaza, los límites de cupos de extracomunitarios y discapacidad y quien finalmente se queda sin formación MIR ese año. Además, en las sucesivas convocatorias de 2019 a 2021, la oferta MIR ha ido creciendo hasta un 18,37%, mitigando el posible desajuste.

Sin embargo, el ámbito universitario no es el único que carece de medios. Incluso si las autonomías estuvieran dispuestas a pagar los sueldos de más residentes, la capacidad docente del sistema está cerca de su límite.

Según datos de octubre de 2021, hay 11.706 plazas acreditadas para toda la formación sanitaria especializada. Y 31 de las 46 especialidades MIR, incluyendo las multidisciplinarias, han ofertado este año más del 90% de sus plazas acreditadas. El porcentaje subía al 96% en las más deficitarias, como Medicina de Familia, Anestesiología, Psiquiatría o Radiodiagnóstico. Las comunidades tendrán que dar un gran impulso a la formación MIR si quieren evitar que el déficit de casi 9.000 especialistas médicos en cinco años pase de ser una proyección a ser real.

176 millones de euros".

CSIF ha presentado un informe en el que reclama una inversión adicional de 4.000 millones de euros para el primer nivel asistencial, 2.400 de ellos destinados a personal (para equiparar las plantillas a la media de la Unión Europea y subsanar déficits previos). "Si el primer mensaje que lanzan las comunidades, antes incluso de presentar sus propuestas, es prescindir de 50.000 contratos covid, mal empezamos", sentencia Antúñez.

UN FALLO ESTRUCTURAL. El secretario general de FSS-CCOO enmarca el "mayúsculo error" que supone prescindir de miles de contratos covid en una "errática política de recursos humanos en la sanidad" cuyo nacimiento sitúa en la crisis de 2008. A su juicio, son corresponsables en esta problemática tanto el ministerio como los servicios autonómicos de salud. "No se previó garantizar la sostenibilidad presente y futura del SNS con una financiación adecuada, finalista y a salvo de posibles coyunturas, y fruto de ello son, entre otros, las enormes diferencias de gasto *per capita* sanitario por comunidades".

Muñoz alerta, además, de la indeseable derivada que puede surgir de la combinación de ambos factores: la heterogeneidad presupuestaria entre autonomías y el generalizado déficit de sanitarios. "Hay diferencias de remuneración cada vez más importantes, que pueden llegar hasta el 40% en la parte variable del salario, que depende de las comunidades, y eso, en este contexto, puede degenerar en una mala competencia por hacerse con profesionales de comunidades limítrofes".

González López-Valcárcel puntualiza que "la competencia por captar talento, formarlo y retenerlo ya existe entre centros y entre comunidades, pero también entre el ámbito público y el privado, y esa competencia irá a más en los próximos años, porque el talento profesional es el gran capital humano del sistema".

Otra cosa, como dice Muñoz, es que ese talento sanitario "se dilapide y la competencia no sea entre comunidades, sino con los países de nuestro entorno". En el caso de los contratos covid, las cifras de rescisos que manejan los sindicatos evidencian que el derroche de talento es generalizado en el SNS.