

## TRIBUNA ABIERTA

## SOBRE LA «ESCASEZ» DE MÉDICOS EN ESPAÑA



POR CARLOS  
VELÁZQUEZ

**Inundar el «mercado laboral» con médicos de otros países no resolverá el problema con calidad**

Es cada vez más frecuente encontrar noticias sobre la escasez de médicos en medios y redes. Efectivamente en algunas comunidades y especialidades, especialmente Medicina de Familia y Pediatría, los servicios públicos de salud tienen problemas para encontrar médicos que acepten los contratos ofrecidos.

Lejos de plantear una mejora de las pésimas condiciones laborales ofrecidas, la administración ha percibido la necesidad de aumentar el número de médicos. Se han planteado opciones como la de favorecer la homologación de extranjeros o aumentar los números «clausus» universitarios. La cifra de médicos en España es de 3,9 médicos/1.000 habitantes, mientras que en la OCDE es 3,4. Por ello, ¿faltan médicos realmente? Las noticias difundidas no concuerdan con los datos. Sobre todo, si tenemos en cuenta que en los últimos cinco años hasta 12.000 médicos españoles han optado por emigrar a países que ofrecen mejores condiciones a la profesión médica.

Inundar el «mercado laboral» con médicos de otros países no resolverá el problema con calidad. Así, una consejería de salud española contrató especialistas extranjeros, que una vez con su título homologado y experiencia laboral en la UE optaron por marchar a otros países europeos. Por otro lado, los miles de médicos españoles emigrados en los últimos años deberían hacernos pensar en la existencia de otras causas. Entre estas causas podemos señalar cuatro:

**Las malas condiciones laborales ofertadas en el sistema público**, especialmente en Andalucía. Esto lleva a la emigración de profesionales extraordinariamente formados.

En segundo lugar, **la oferta de plazas de formación especializada planteada por el Ministerio de Sanidad (plazas MIR) se basa en errores de previsión**. Un exceso de oferta de plazas para especialidades con escasa demanda en el mercado laboral (p.e. Cirugía Cardiovascular o Cirugía Torácica), frente a un déficit de plazas en especialidades con gran número de empleos (p.e. Pediatría o Radiología), ha favorecido esta situación. En este sentido, existe un déficit crónico de especialistas en medicina familiar y comunitaria, Pediatría, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Obstetricia y Ginecología u Oftalmología.

Las propuestas de las Comisiones Nacionales de la Especialidad (organismo asesor del Ministerio) no son vinculantes para el Ministerio, y durante años han sido desoídas, ofreciendo un número de plazas superior a la demanda real en algunas especialida-

des, frente a un número infraestimado de otras. Por otro lado, no se calcula correctamente el volumen de profesionales que se dedicará al sector privado. **Las posibilidades de desempeñar la especialidad en el sector privado dependen mucho de la especialidad**. Por ejemplo, existe una buena opción laboral privada para traumatólogos o cirujanos plásticos (gracias a la Cirugía Estética).

Por ello nos permitimos, desde el conocimiento de la situación desde el prisma del médico, ofrecer alternativas:

Primero **facilitar la segunda especialidad**. El Ministerio no ha impulsado la obtención de segundas especialidades. Estamos convencidos de que es más eficaz y eficiente reconvertir a un especialista en Medicina Interna en pediatra o radiólogo, o a un cirujano torácico en cirujano plástico, que formar a un recién licenciado. El diseño de «programas de formación especializada cruzada» sería una forma ágil para reducir el desempleo de ciertas especialidades y pa-

liar la demanda de otras. Se trataría de facilitar nuevas especialidades relacionadas con su formación de la especialidad anterior, sin necesidad de superar el ciclo formativo completo.

También hay que **mejorar el 6=0**; la obligatoriedad del sistema de formación MIR para desarrollar la actividad en el Sistema Nacional de Salud (el famoso seis igual a cero, 6=0), que obligó a todo médico a la vía MIR para poder ejercer en el sistema público (no en el privado), es excesiva y frena la disponibilidad de médicos «de cabecera».

Planteamos que para acceder a la formación de Medicina Familiar y Comunitaria o equivalente no sea necesario el examen MIR. En su lugar, todo titulado en Medicina de una universidad española podría acceder a un periodo formativo de 2-3 años (cumpliendo la normativa europea) y obtener un título para ejercer en el SNS. Dicho periodo formativo tendría supervisión por especialistas y evaluaciones, de forma similar a la formación MIR. Así lograríamos que la formación en Medicina de Familia o equivalente sea más atractiva y con entrada rápida en el mercado laboral.

Otra alternativa es **eliminar la exclusividad del complemento**; dentro de las especialidades con demanda de profesionales, existen varias en que dicha situación se justifica por tener una actividad privada con buen reconocimiento socio-económico (p.e. Traumatología o Cirugía Plástica). Parece evidenciarse una fuga de médicos de estas especialidades hacia el sector privado que podría paliarse quitando este discriminatorio complemento.

Por último, **mejorar la estabilidad laboral**; los trabajadores por cuenta ajena que se mantienen en su mismo puesto de trabajo durante cinco, diez o quince años sin alcanzar un contrato indefinido. Lamentablemente ésta es la práctica habitual en el SAS. En este sentido, felicitamos a la administración por la planificación de una oferta pública de empleo especial de estabilización.

