

# Valoración del anuncio de que el Ministerio de Sanidad acelerará la homologación del título de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria a profesionales de otros países.

FADSP

La solución es mejorar las condiciones de trabajo de los médicos de familia y de los demás trabajadores.

## EL PROBLEMA

La ministra de Sanidad presentó recientemente en rueda de prensa el estudio **'Modelo de Simulación de Médicos Especialistas en España 2021-2035'** firmado por el equipo EcoSalud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria dirigido por Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel. La ministra afirmaba "hemos presentado este estudio precisamente para poder tomar algunas decisiones a corto, medio y largo plazo".

De este estudio queremos resaltar textualmente algunos de sus datos y conclusiones.

[https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/2022InformeOfertaNecesidadEspecialistasMedicos2021\\_2035.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/2022InformeOfertaNecesidadEspecialistasMedicos2021_2035.pdf)

**1.** En junio de 2021 había 136.344 médicos trabajando en el SNS en España. El 31% está adscrito a atención primaria, 42.114 médicos, 81.112 a atención especializada (59,5%) y 13.118 médicos (9,5%), están registrados en especialidades o tareas no reconocidas como especialidad en el RD 183/2008, que en su mayoría (el 80%) trabajan en urgencias y emergencias, ya sea en hospitales o en centros de atención primaria. Se estima que el número total de médicos activos en España asciende a 192.484. Esto supone una ratio de 406,13 por 100.000 habitantes en 2021. El empleo privado estaría en torno al 30% del total, con un incremento desde 2018 del 7%, frente a la caída del empleo público del 1,7%, aunque hay que tener en cuenta que un

número significativo compatibiliza la actividad pública y la privada.

**2.** El número de médicos en el SNS se redujo un 1,77% entre 2018 y 2021 (hemos comparado los datos de 2021 con los obtenidos en el informe previo de 2018). Sin embargo, esa caída encierra dos trayectorias bien distintas, un descenso del 2,14% en Atención Primaria y un incremento de casi el 6% en Atención Especializada.

**3.** Más del 60% de los expertos encuestados consideran que las especialidades de MFyC (83,6%), Anestesiología y Reanimación (76,3%), Geriatria (75%), Psiquiatria (67,3%) y Radiodiagnóstico (63,0%) sufren en la actualidad el mayor déficit de médicos. Las especialidades con mayor déficit actual coinciden con las de mayor necesidad futura, según los expertos.

**4.** Según los resultados el año 2027 es punto de inflexión. Ese año habrá un déficit global de unos 9.000 médicos, que se debe sobre todo a la falta de médicos en MFyC. Se está a tiempo de tomar decisiones que eviten llegar a 2028 en esa situación. A corto plazo, para afrontar los déficits, además de aumentar las plazas MIR convocadas en determinadas especialidades, podría flexibilizarse la edad de jubilación en el SNS y promover la inmigración de médicos formados en otros países. A medio plazo, se requieren cambios de mayor calado.

**5.** La decisión como país es **"producir o comprar"** los médicos que necesitaremos. Esto nos lleva a considerar la regulación del acceso al grado de medicina. La ventaja de comprar (ho-

mologar) es de flexibilidad y de reversibilidad, mientras que el numerus clausus difícilmente se reduce, pues tiene gran rigidez a la baja. Pero, por otra parte, la ventaja de producir es satisfacer la gran demanda interna para ingresar en el grado más demandado de la enseñanza universitaria en España. **Es necesario un debate social sobre este tema**, incorporando también las condiciones y requisitos (reglas del juego) para acceder a una plaza de grado en España,

**6.** La atención primaria se configura como un problema esencial para el SNS. En particular, la MFyC queda para el final, año tras año, en las elecciones MIR y los datos de médicos de familia formados que evitan integrarse en centros de salud dan señales de alarma nítidas: huida hacia urgencias y hacia la red privada. Para cubrir las plazas que no se consigue ocupar, en ZBS rurales y en pequeñas ciudades, pero también en ciudades medianas y grandes, no basta con convocar más plazas MIR u homologar mástitulos extranjeros. Es preciso un plan de incentivos dirigido a la MFyC que considere los 13

componentes de la recompensa total (tabla 3). Otros países de la UE han puesto en marcha políticas de atracción y retención de profesionales para abordar algunos de los desequilibrios, particularmente entre zonas rurales y ciudades.

**7.** La MFyC merece atención. Por el lado de la demanda, según panel de expertos, es una especialidad que tanto en el momento actual como a futuro mantiene un perfil de alta necesidad. Por el lado de la oferta, es la segunda especialidad con una pirámide etaria más envejecida actualmente, con los mayores porcentajes de profesionales con 60 y más años (33,2%, uno de cada tres) y de 50 y más años (60,2%). La tasa de reposición es muy justa, prácticamente igual a 1. El problema se agudiza porque hay un gran número de médicos de familia que optan por ejercer en el sector sanitario privado o en la medicina de urgencias, pública y privada. Sin embargo, las plazas de formación anuales de MFyC convocadas

Tabla 3. Componentes de un sistema de recompensa total

1. Compensación. Salarios, comisiones y bonos
2. Retribuciones no dinerarias. Seguro de salud, vacaciones
3. Interacción social. Ambiente de trabajo agradable
4. Seguridad. Estabilidad
5. Estatus/Reconocimiento. Ser respetado, prominencia debida al trabajo
6. Variedad. Posibilidad de experimentar cosas distintas. Anti-monotonía
7. Carga de trabajo. Ni demasiada, ni demasiado poca
8. Importancia social del trabajo. Valoración social
9. Autoridad/control/autonomía. Posibilidad de controlar la vida propia, y de influir en otros
10. Avance. Oportunidades de salir adelante, de avanzar
11. *Feedback*. Recibir información que ayude a mejorar el desempeño
12. Condiciones laborales. No exposición a riesgos
13. Oportunidad de desarrollo. Formación formal e informal para aprender nuevas herramientas y desarrollar capacidades

Fuente: Milkovich, G, J Newman y B Gerhart "Compensation". McGraw-Hill Int (11 ed)

en 2021 incluso cayeron ligeramente respecto a 2020, mientras que la oferta global de plazas MIR de todas las especialidades creció un 2,4%.

## SUS CAUSAS

Este es el quinto informe que se presenta desde el año 2007 sobre la oferta y necesidad de médicos especialistas en España. Todos ellos están disponibles en la web del Ministerio de Sanidad (<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/home.htm>)

Sin embargo, aunque se repiten datos sobre el envejecimiento de la población médica, el descrédito de la MFyC como especialidad tanto profesional como socialmente, la huida de médicos de familia a los servicios de urgencia y la privada, la falta de

## La huida de médicos de familia a los servicios de urgencia y la privada

servicios básicos en la España vaciada etc., no se han tomado medidas paliativas suficientes salvo el discreto incremento de las plazas MIR que este año, por ejemplo, no se han cubierto.

La epidemia de COVID 19 y su gestión por parte de las distintas administraciones autonómicas ha puesto de manifiesto la precariedad de la atención primaria en España no solo de recursos materiales y humanos sino de modelos organizativos e inadecuada gestión.

Los médicos de familia no quieren trabajar en primaria (no en estas condiciones) y si hasta ahora no tenían opciones, ahora si las tienen: el crecimiento de la privada les ofrece mejores puestos de trabajo.

## LAS MEDIDAS DEL MINISTERIO

Al parecer de entre las alternativas que propone el informe tras un debate público (**“producir o comprar”**) el Ministerio de Sanidad ha optado por la compra (probablemente de forma mayoritaria a países de Latinoamérica por la facilidad idiomática).

En la misma rueda de prensa comunica la ministra que acelerará la homologación de títulos de las especialidades consideradas “deficitarias”. Se trata de Familia, Anestesiología, Psiquiatría, Radiodiagnóstico y Medicina del Trabajo, cuya tramitación se “priorizará” para reforzar las plantillas del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, Sanidad anuncia la puesta en marcha de un servicio de apoyo técnico y administrativo para el reconocimiento de títulos de Medicina que correrá a cargo de la compañía Tragsatec, que se encargará del tratamiento de 2.500 expedientes de reconocimiento y de la resolución de 7.200 consultas y tareas de información.

El Grupo Tragsa está integrado por las sociedades mercantiles Tragsa y Tragsatec. Que sepamos no tiene experiencia en gestión de personal sanitario dedicándose hasta ahora al sector agrario. Su nombre se ha visto envuelto en numerosas irregularidades denunciadas en prensa.

Nada se habla del resto de las medidas que propone el informe que reconoce que la “compra” de médicos no puede resolver el problema definitivamente.

A nuestro entender el problema está generado por la improvisación y falta de planificación de la Administración y el resultado probablemente sea comprar mano de obra que se avenga a trabajar en condiciones que los médicos españoles ya no toleran.

Un nuevo golpe de enormes consecuencias para una Atención Primaria, cada vez más debilitada con graves problemas de recursos y de accesibilidad de la población y para las condiciones laborales de su personal.



## CONSECUENCIAS PREVISIBLES

1. Es una curiosa contribución del Ministerio de Sanidad a la agenda 2030 y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible: importar médicos de Latinoamérica debilitando sus sistemas de salud. Esa política imperialista ya ha sido practicada por EEUU o Inglaterra y supone transferir los costes de formación de profesionales médicos a países menos desarrollados (y menos ricos) que España. Después financiaran proyectos de Médicos del Mundo o Médicos sin Fronteras y todos tan contentos. Los compañeros latinoamericanos aceptarán condiciones de trabajo que los españoles no aceptan porque comparadas con su situación suponen una gran mejora. **La medida priva de personal médico a los países menos desarrollados**, que hacen grandes esfuerzos y sacrificios por formar a su personal médico.

2. En el mejor de los casos los médicos “comprados” tendrán buena formación clínica pero el resto de los componentes de la AP solo se adquiere haciendo una especialidad que lleva más de 40 años de andadura y es un ejemplo en el mundo. De esta forma se **perpetuarán los problemas organizativos y funcionales de la Atención Primaria**. La medida supone seguir apostando por la medicalización al querer resolver los problemas asistenciales con personal médico de otros países.

3. **No va a resolver la obsolescencia y las barreras de acceso a la Atención Primaria**, con consultas médicas masificadas, que reciben irracionalmente toda la demanda, y que es el resultado del mal dimensionamiento de los equipos (falta personal de trabajo social, fisioterapia, psicología, atención dental, logopedia, atención temprana optometría, etc), una atención orientada, casi en exclusiva, a la curación de la enfermedad en detrimento de la promoción, la prevención, el abordaje intersectorial de la demanda y la acción comunitaria sobre los determinantes de la salud.

4. **Supone un ataque frontal al modelo MIR de formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria y una vuelta al modelo de ambulatorios** atendido por personal sin formación específica en Atención Primaria. Esta medida deteriorará, aún más, la calidad y la racionalidad de la atención. Mientras se niega la formación a profesionales recién egresados de las facultades de medicina españolas, manteniendo un modelo selectivo de acceso a la formación

MIR, se quiere incorporar al sistema a personal de otros países sin formación especializada.

## 5. Avanza en la externalización de tareas propias de la administración pública:

- **Pone el reconocimiento de títulos las titulaciones en manos de Tragsatec** una compañía con personalidad jurídica propia, acogida al modelo empresarial, sin experiencia en temas relacionados con la atención primaria (solo en prevenir plagas o tratamiento de alimentos) y con un pasado lleno de escándalos y corruptelas (muchos de sus responsables han tenido problemas con la justicia).
- Mantendrá la inestabilidad y precariedad laboral al incorporar a personal de países menos desarrollados, con condiciones laborales inferiores a las nuestras, que aceptaran las actuales condiciones con tal de entrar a nuestro sistema sanitario.
- Incrementará el deterioro de las condiciones laborales facilitará al sector privado la contratación del personal con formación de MFyC vía MIR, a un menor coste.
- Esta decisión implica además que el Ministerio de Sanidad cuestiona la cualificación de su personal para realizar esta actividad, debilita un ya poco desarrollado Ministerio de Sanidad, trasladando sus funciones a empresas externas, y utiliza la información de Tragsatec, relacionada con proyectos de ayuda al desarrollo, para facilitar la captación de sus recursos médicos.

## CONCLUSIONES

La FADSP no puede sino RECHAZAR la “compra de médicos” a terceros países, una medida imperialista que rechaza la propia Organización Mundial de la Salud. El problema que enfrenta el Ministerio es el producto de su incompetencia, improvisación y falta de planificación estratégica, que por supuesto vienen de antiguo. Sin embargo, como dice el informe **‘Modelo de Simulación de Médicos Especialistas en España 2021-2035’** todavía estamos a tiempo de evitar una catástrofe en el SNS.

Para nosotros la solución es mejorar las condiciones de trabajo de los médicos de familia y de los demás trabajadores en los centros de salud como se propone en las reivindicaciones de la plataforma “Salvemos la Atención Primaria”.