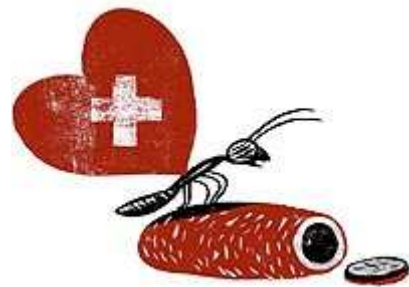


Médicos en crisis

ISABEL PERANCHO

La profesión médica no atraviesa buenos tiempos y las previsiones no se los auguran mejores. El colectivo estrenará el año con la plantilla diezmada en muchas especialidades; cerca de la mitad de los efectivos en edades próximas a la jubilación; una creciente feminización (que se hace notar en la reducción del trabajo a jornada completa y un mayor número de bajas y permisos de maternidad); un goteo constante de profesionales reclutados en el extranjero, algunos con problemas de adaptación al sistema nacional; más del 30% del gremio ardiendo en la hoguera del desgaste profesional y un imparable incremento de la demanda asistencial, gracias al flujo de la inmigración, el envejecimiento poblacional y a la incorporación de nuevas tecnologías médicas, hechos que no ayudarán a mejorar la situación.



NUEVAS SOLUCIONES

La crisis no es nueva, pero sí lo son algunas de las soluciones que desde hace unos meses parecen haber recibido impulso en los despachos de la administración sanitaria estatal y regional. La última ha sido la de constituir el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, un grupo de expertos que trabaja para redefinir el sistema nacional de formación de nuevos especialistas médicos, el popular MIR.

¿Por qué acometer cambios si este programa es la envidia de muchos países por su elevado nivel de excelencia? La respuesta es que tarda demasiados años en generar nuevos profesionales. Formar a un nuevo especialista cuesta alrededor de una década, entre la carrera de Medicina y los estudios de posgrado.

¿Y cómo acelerar este proceso sin lesionar la calidad de la actual preparación? La propuesta es introducir el sistema de la troncalidad. Es decir, establecer un par de años de formación común para varias disciplinas y limitar a otros dos o tres cursos, el aprendizaje para obtener la capacitación como pediatra, cardiólogo, neumólogo...

«La existencia de troncos comunes y de pasarelas que faciliten el paso de una especialidad a otra permitirá que ante la falta de profesionales en una se pueda utilizar como instrumento para cubrir la necesidad. Además, también facilitará al profesional que desee cambiar de especialidad hacerlo de manera más ágil y sin menoscabo de la profesionalidad y la calidad requeridas», manifestó en marzo la entonces ministra, Elena Salgado, al presentar el Consejo.

Así, en teoría, si hicieran falta pediatras, no habría que esperar tantos años a que culminaran su formación, sino que podrían reciclarse por vía urgente, sin tener que empezar de cero, a otros alumnos del mismo tronco que, inicialmente, hubieran escogido una rama distinta. Para el médico en formación con pocas expectativas laborales en la especialidad elegida originalmente, también podría resultar un alivio poder cambiar de opinión y optar por una disciplina con más salidas.

Hasta ahí la teoría. El plan se encuentra actualmente inmerso en un complejo proceso de análisis que se inició en junio. «Estamos recabando las opiniones de las distintas comisiones nacionales de las especialidades médicas. Hemos elaborado dos encuestas y próximamente haremos la tercera con las mejores propuestas», explica Alfonso Moreno, presidente del citado Consejo. Se prevé que en el primer semestre de 2008 esté listo el documento de conclusiones que les encargó el ministerio de Sanidad.

«La respuesta a la troncalidad ha sido aceptable en el 90% del colectivo de especialistas», se apresura a subrayar Moreno. Pero se adivinan algunas marejadas cuando el proyecto pase de la teoría a la realidad. ¿Cuáles serán las competencias específicas de cada disciplina? ¿Cómo se restructurará la docencia en las unidades hospitalarias? ¿Habrá que pasar un segundo proceso de selección una vez aprobado el examen MIR para elegir especialidad dentro de cada tronco? Son cuestiones en el aire.

IMPACTO

Pero la más importante es la que se refiere a si esta medida cumplirá con su principal cometido: paliar el déficit de especialistas en algunas ramas de la Medicina. «Es probable, pero el impacto no será inmediato», adelanta el presidente del Consejo. En su opinión, la carencia de efectivos «requiere más de una respuesta».

Y se han propuesto algunas otras que no han gustado al colectivo médico, muy celoso con las injerencias en su territorio profesional. Dos ejemplos seguirán dando que hablar el próximo curso. El primero es la posible creación de una nueva especialidad de medicina de Urgencias y Emergencias, a lo que se oponen las sociedades científicas que representan a los especialistas en medicina interna, intensiva y a los galenos de familia, cuyos miembros se encargan actualmente de esta asistencia en los hospitales.

Y el segundo es la propuesta para fusionar en una dos disciplinas, las de anestesiología y medicina intensiva. La iniciativa, que pretende paliar la acuciante carencia de anestelistas, cuenta con el total rechazo de los especialistas en cuidados críticos. «La troncalidad es asumible, pero no la imposición de un programa formativo común. No se pueden mantener las destrezas en ambas ramas con una formación única. Habrá peores anestelistas e intensivistas», advierte Pedro Galdós, presidente de la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC).

¿CUÁNTOS HARÁN FALTA?

El problema de la falta de especialistas no es global, aunque sí puntual en algunas disciplinas y comunidades autónomas. Es el resultado del cómputo oficial que presentó el pasado marzo el Ministerio de Sanidad tras recabar información de fuentes parciales y complementarias, ya que no existen datos sistematizados sobre el número real de profesionales en activo. Según este departamento, en los próximos 10 años se necesitarán unos 2.500 médicos cada año para sustituir a los que se jubilan, una cantidad que se considera garantizada gracias a los 4.000 nuevos licenciados que salen cada año de la Universidad y a la homologación de titulados procedentes de otros países. Pero, a partir de 2016, la tasa anual de reposición médica superará la cifra de 7.000. Las especialidades que plantean mayores problemas de plantilla son las de cirugía general y del aparato digestivo, radiodiagnóstico, anestesiología y reanimación, pediatría y medicina de familia.

'FÁBRICA' DE EXPERTOS

El número de plazas de formación MIR es clave para modular la oferta futura de especialistas. Entre 1995 y 2000, muchas disciplinas redujeron su capacidad docente por temor a una saturación laboral. Actualmente, la tendencia es inversa. Salvo cirugía estética, la mayoría la están incrementando. Algunas, de forma muy moderada: cirugía general, otorrinolaringología, oncología radioterápica, reumatología y hematología. En otras, las plazas han crecido entre un 20% y un 40% en los últimos 15 años: pediatría, medicina intensiva, ginecología, rehabilitación, dermatología, medicina interna y anestesiología. Más intenso (entre el 50% y 100%) es el aumento en traumatología, cirugía maxilofacial, medicina preventiva, endocrinología, psiquiatría, microbiología, cirugía vascular, neurología, inmunología, nefrología y análisis clínicos. Y han duplicado (e incluso quintuplicado) su capacidad cardiología, geriatría, oncología médica y varias ramas quirúrgicas.

PARA PALIAR EL DÉFICIT

facultativos de 'importación'. Cada vez más servicios regionales de salud acuden al mercado internacional para reclutar a los especialistas que les faltan. Los ministerios de Educación y Sanidad pretenden facilitar la contratación de profesionales foráneos agilizando el proceso de homologación de las titulaciones.

oferta universitaria. Incrementar los numerus clausus, las plazas para estudiar Medicina en las facultades, es otra de las medidas en estudio. La idea es lograr un pequeño superávit de

profesionales con el que hacer frente a los imprevistos.

más unidades docentes. Se planificará anualmente la oferta docente para formar especialistas ajustándola a la demanda. Se aumentará el número de unidades en aquellas disciplinas con más apuros de personal.

El Mundo