

Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012

Beatriz González López-Valcárcel* y Patricia Barber Pérez

Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de marzo de 2011

Aceptado el 21 de julio de 2011

On-line el 3 de febrero de 2012

Palabras clave:

Planificación sanitaria regional
Demanda y necesidad de servicios sanitarios
Gestión de personal
Médicos de atención primaria
Medicina de familia
Formación médica

R E S U M E N

Se ofrece un panorama de la planificación de profesionales sanitarios en España, centrado en los médicos y en la atención primaria. Se analizan tendencias, se describen amenazas y se formulan propuestas. En España persisten desequilibrios estructurales endémicos, como la baja dotación de enfermería respecto a medicina, que quizá llegue a ser una barrera para necesarias reformas. El nuevo grado de medicina, con categoría de máster, no aportará grandes cambios a la formación. Enfermería, ascendida a grado, deja un hueco que los auxiliares de enfermería ocuparán. Este efecto dominó se frena en la medicina de familia, que no tiene potencial de expansión hacia delante. De ahí que priorizar la formación postespecialización de los médicos de familia, potenciar su capacidad investigadora y definir una carrera profesional que no equipare productividad a antigüedad, sean objetivos razonables para el sistema, porque la crisis de identidad y de prestigio es de la medicina familiar y comunitaria, no de la atención primaria. Hay riesgo de que la medicina familiar y comunitaria quede todavía peor posicionada cuando se oficialice la especialidad de urgencias. Hoy día, en torno al 40% de los médicos con contrato de urgencias son especialistas, la mayor parte de ellos en medicina familiar y comunitaria. En 2010 surge un hecho nuevo: una élite de médicos extranjeros que consiguen plazas MIR muy cotizadas. Es un fenómeno a seguir de cerca y obliga a España a definir su modelo de internacionalización de profesionales sanitarios de forma clara y precisa.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health workforce planning and training, with emphasis on primary care. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

The present article provides an overview of workforce planning for health professionals in Spain, with emphasis on physicians and primary care. We analyze trends, describe threats and make some suggestions. In Spain some structural imbalances remain endemic, such as the low number of nurses with respect to physicians, which may become a barrier to needed reforms. The new medical degree, with the rank of master, will not involve major changes to training. Nursing, which will require a university degree, leaves a gap that will be filled by nursing assistants. This domino effect ends in family medicine, which has no upgrading potential. Hence reasonable objectives for the system are to prioritize the post-specialization training of family physicians, enhance their research capacity and define a career that does not equate productivity with seniority. What is undergoing a crisis of identity and prestige is family medicine, not primary care. There is a risk that the specialty of family medicine will lose rank after the specialty of emergency medicine is approved. Today, about 40% of emergency physicians in the public network are specialists, most of them in family medicine. In 2010 a new fact emerged: an elite of foreign doctors obtained positions as resident medical interns in highly sought-after specialties through the national competitive examination. This phenomenon should be closely monitored and requires Spain to define the pattern of internationalization of health professionals in a clear and precise model.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Regional health planning
Health services needs and demand
Personnel management
Physicians
Primary care
Family practice
Education
Medical

Introducción

Planificar, y más en materia de profesionales sanitarios, no sólo es una cuestión de números. Depende del contexto organizativo, tecnológico, de las funciones de las distintas profesiones, de la dedicación y otros muchos factores, algunos sumamente cambiantes^{1,2}. La planificación ha de basarse en un modelo organizativo bien definido y requiere objetivos, además de instrumentos. Por

ejemplo, el planificador ha de establecer si busca autosuficiencia interna o deja espacio a la inmigración.

La literatura insiste en la crisis generalizada de la atención primaria, que no es un problema exclusivo de España. En Estados Unidos cuesta cubrir las plazas de medicina de familia, aunque hay síntomas de una ligera mejoría en 2010³. ¿Pero está en crisis el modelo de atención primaria de salud que se inició con la reforma de la década de 1980 en el espíritu de Alma Ata, o lo que está en crisis es la especialidad de medicina de familia? ¿Puede hacerse algo desde la planificación de recursos humanos para solucionar el problema? En España hay cambios regulatorios inminentes que afectan de manera directa a la planificación. La redefinición de

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: bvalcarcel@dmc.ulpgc.es (B. González López-Valcárcel).

especialidades médicas, con su troncalidad, y sobre todo la previsible nueva especialidad oficial de médico de urgencias, van a afectar en gran medida a la medicina de familia. Está habiendo otros cambios, relacionados con la internacionalización de los profesionales y con la organización de los servicios de salud. La exportación del modelo Alzira a otras comunidades autónomas fuera de la valenciana, la re zonificación de Madrid en área única, el desarrollo institucional de los modelos de crónicos en el País Vasco y en otras comunidades autónomas, son cambios de gran calado para la planificación que afectarán a la atención primaria.

Por otra parte, la crisis económica cortó en 2010-2011 la tendencia al alza de las retribuciones y las mejoras de las condiciones laborales del personal sanitario, que a raíz de las últimas transferencias en 2002 se habían disparado en un juego emulador entre comunidades autónomas. La crisis obliga a ajustar a la baja las expectativas de crecimiento del empleo y la expansión de los programas, y a reajustar la planificación a corto plazo. La reacción de descontento masivo, aunque esperada, no deja de ser problemática. La crisis económica es una amenaza, pero también podría ser un detonante de cambio planificado hacia una reorientación del sistema con más énfasis en el primer nivel.

Se ofrece aquí un panorama de la situación de la planificación de profesionales sanitarios en España, con particular acento en los médicos y en la atención primaria. Se analizan tendencias, tanto en lo referente al empleo como a la transición entre formación y empleo (programa MIR, plazas en facultades de medicina), se describen amenazas y se formulan algunas propuestas.

La primera paradoja española: muchos que parecen pocos

El Catálogo de Ocupaciones de Difícil Cobertura, que publica el BOE trimestralmente para señalar las ocupaciones deficitarias, habitualmente informa de que se buscan médicos. Incluso en el primer trimestre de 2011, récord en tasas de paro de los últimos 15 años, siete comunidades autónomas demandan médicos, generales o especialistas. Es la única ocupación que demandan tres de ellas (Madrid, Castilla-León y Murcia). Salta a la vista que hay problemas para cubrir determinadas plazas, pero las proporciones de médicos por mil habitantes no sitúan en el entorno de la media europea, o incluso en la zona alta⁴. Las proporciones específicas de algunas especialidades son más favorables para España que para Estados Unidos, Reino Unido o Alemania. Por el contrario, la de enfermeras activas por cien mil habitantes sigue siendo de las más bajas de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Comparados con Suiza, tenemos la tercera parte de enfermeras en ejercicio, y la mitad que Reino Unido⁵. Desde 2004, las mejoras numéricas más importantes en la dotación de recursos humanos en atención primaria se han producido en enfermería, con una reducción media del 5% en el número de tarjetas sanitarias por enfermera. El País Vasco (20%) y Asturias (12%) han mejorado más que el resto.

En España, cada médico de familia tiene asignadas 1411 personas, cada pediatra 1063 niños y cada enfermera de atención primaria 1626 personas (fig. 1). Las plantillas están bastante consolidadas y entre 2004 y 2009 hubo pocos cambios cuantitativos en las medias: una ligera mejora para médicos de familia y enfermeras, y un ligero empeoramiento de los pediatras. Hay un proceso de convergencia entre comunidades autónomas en las dotaciones de médicos de familia. Con todo, el País Vasco tiene un número medio de tarjetas sanitarias, 1842, que duplica al de Castilla y León (945).

La Sociedad Española de Pediatría considera el cupo máximo ideal entre 800 y 1000 menores⁶. La dotación actual es muy próxima a ese ideal (alguna comunidad, como Asturias, incluso lo supera) y mejora ampliamente los estándares establecidos en el RD 1575/93 (1250 a 1500). La peor dotada, Cataluña (1.180 niños por

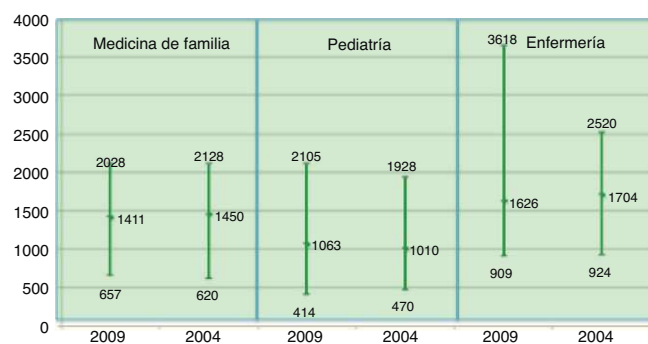


Figura 1. Habitantes por tipo de profesional por comunidades autónomas. Comparación 2004-2009. Máximos-medias-mínimos. Fuente: SIAP 2004-2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.

pediatra), está mejor que el estándar del RD 1575/93. Con todo, dichos «óptimos» son sólo acuerdos con escaso soporte científico en términos de salud poblacional.

Las dotaciones de médicos de familia están en línea con los óptimos definidos por el RD 1575/93 (1.250 a 2.000), pero no llegan a lo recomendado por el Grupo de Consenso de Atención Primaria (CESM, SEMFYC, SEMERGEN), que propone un máximo de 1200 personas por cupo de medicina de familia como criterio para posibilitar una atención de calidad⁷. Si bien es cierto que ha habido una reducción media del 3% entre 2004 y 2009 en tarjetas sanitarias asignadas, ha ocurrido lo contrario en cuatro comunidades autónomas (Andalucía, Castilla-León, Valencia, Extremadura, además del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria). Especialmente notorio es el incremento del 16% en la Comunidad Valenciana (de 1337 tarjetas sanitarias asignadas a cada médico de medicina familiar y comunitaria en 2004 a 1572 en 2009). Por otro lado, las mejoras más significativas se han producido en Cataluña y Canarias: un 18% y un 11%, respectivamente.

Los instrumentos de planificación

Salvo medicina y enfermería, no parece que las demás profesiones sanitarias sean objeto de planificación en España. Los dos instrumentos principales de planificación de médicos consisten en fijar dos secuencias de números: *numerus clausus* en las facultades y número de plazas MIR. Los mecanismos para concretar anualmente dichos números resultan de intereses divergentes o contrapuestos, de los empleadores principales (los servicios regionales de salud), de los profesionales, de las universidades, de los centros docentes MIR y de los planificadores estatales y autonómicos⁶. En febrero de 2011, el gobierno de Cataluña ha reivindicado las competencias en formación MIR. Tal vez con ello se ha iniciado una nueva fase. La planificación ha de hacerse en un ambiente de ignorancia sobre muchos números esenciales: todavía no hay registro de profesionales sanitarios y las estadísticas de recursos humanos tienen grandes lagunas⁷. El proyecto de reforma de la troncalidad, y la creación formal de nuevas especialidades, lleva varios años en estudio. Mientras tanto, la especialidad de urgencias funciona de facto, incluso en los registros de personal de las comunidades autónomas. Un proyecto de Decreto define cuatro troncos de 2 años, en los cuales se integran las actuales especialidades (salvo las de Escuela, que desaparecerían). Se incluye en el mismo tronco, con 2 años de formación común, a la medicina familiar y comunitaria y a las demás especialidades médicas. Se considera la posibilidad de reespecialización, incluso con convocatorias anuales específicas. Es una forma de oficializar la llamada «recirculación» de residentes. La medicina familiar y comunitaria va a ganar integrabilidad, pero si continúa sin resolver su crisis corre el riesgo de perder efectivos por la vía de la reespecialización, y por la «huida» hacia la nueva

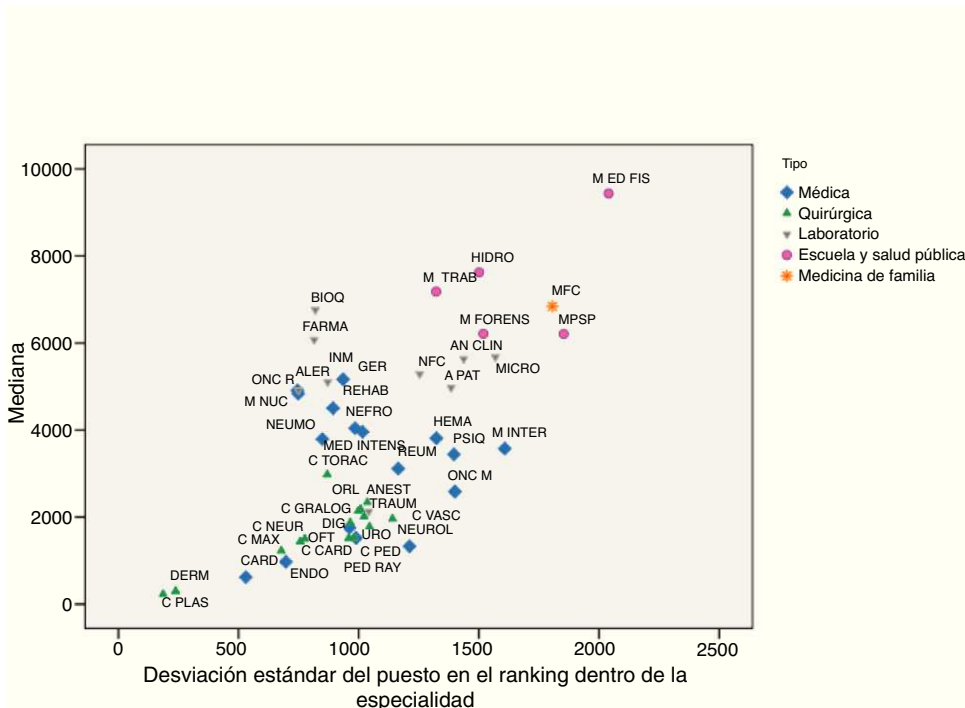


Figura 2. Elecciones de especialidad MIR 2009-2010. Posiciones en el ranking de los adjudicatarios. *Fuente:* Ministerio de Sanidad y Política Social. Subdirección General de Ordenación Profesional.

especialidad de urgencias. Hoy día, en torno al 40% de los médicos con contrato de urgencias en la red pública son especialistas, la mayor parte de ellos en medicina familiar y comunitaria.

Los países se enfrentan a la planificación con distintos métodos y modelos⁸, con mayor o menor acierto. Aquellos países donde la inmigración de profesionales es un hecho incluyen escenarios e instrumentos de migración. El Ministerio de Salud y Política Social posee un modelo de simulación que le permite anticipar el efecto a largo plazo de medidas tales como cambiar la edad de jubilación o los números MIR y los *numerus clausus*¹¹.

Los objetivos de la planificación: el «modelo»

Sean cuales sean los instrumentos técnicos, lo cierto es que lo primero que requiere la planificación es definir unos objetivos claros. El número de plazas MIR convocadas podría responder a dos planteamientos diferentes:

- 1) Cubrir las necesidades futuras de especialistas en el país para el ejercicio público y la práctica privada. Puesto que la salida de las facultades de medicina es, de momento, insuficiente, el diferencial se cubre atrayendo extranjeros, a quienes se ofrece formación a cambio de trabajo futuro. Este sería el modelo japonés. En 1992, Japón puso en marcha un programa de formación de mano de obra extranjera, la *Japan International Training Cooperation Organization*, que pretendía proporcionar la necesaria fuerza de trabajo a determinados empleadores del país, formando mediante trabajo y experiencia a trabajadores venidos de países generalmente menos desarrollados
- 2) Ofrecer un servicio, el de formación especializada de calidad, para el cual el país está capacitado. Sabemos formar especialistas médicos, y lo hacemos bien. Podemos especializarnos en ese servicio. Pero en este caso, el número de plazas MIR convocadas no debería reflejar las necesidades del país sino sus capacidades docentes, y no sería necesario, ni conveniente, ampliar los

numerus clausus de medicina para igualarlos al número de plazas MIR convocadas anualmente.

Habría que definir el modelo español: formador de especialistas extranjeros de calidad para que retornen a sus países o vayan a otros, o formar los especialistas que necesitará el país. En este caso, implícitamente se estaría asumiendo que los MIR extranjeros se consolidarán como médicos cuando terminen la residencia. Hoy por hoy, la presencia de médicos extranjeros en el MIR es muy considerable, pero apenas representan una pequeña fracción del empleo en los hospitales públicos y los centros de salud.

Cómo el mercado se infiltra en la planificación.

La asignación de plazas MIR, las preferencias de los candidatos y la crisis de identidad de la medicina de familia

El Sistema Nacional de Salud español se basa, al menos sobre el papel, en una atención primaria fuerte y resolutive que filtre los problemas que pueden resolverse en los centros de salud. La atención primaria es eficiente y da calidad al sistema⁹. Por tanto, al planificador se le supone el objetivo de priorizar la calidad de la atención primaria.

El número de plazas MIR convocadas, planificadas o no, además de definir la oferta laboral a medio y largo plazo, contribuye a emitir señales de escasez y por tanto afecta a las cotizaciones en esos mercados. Una especialidad tiene exceso de demanda si el número de candidatos que la elegirían, de no tener restricciones, supera el número de plazas convocadas. Y al contrario, las plazas vacantes se deben a un déficit de demanda, por falta de interés.

Las elecciones del MIR revelan año a año las preferencias de los jóvenes médicos. Puede resultar chocante que precisamente en la asignación de esas plazas es donde el mercado adquiere un papel predominante dentro del proceso de planificación. Cada candidato elige plaza en orden estricto, según el resultado de la prueba nacional y del expediente académico. La mediana de ese número de orden expresa la «cotización» de la especialidad

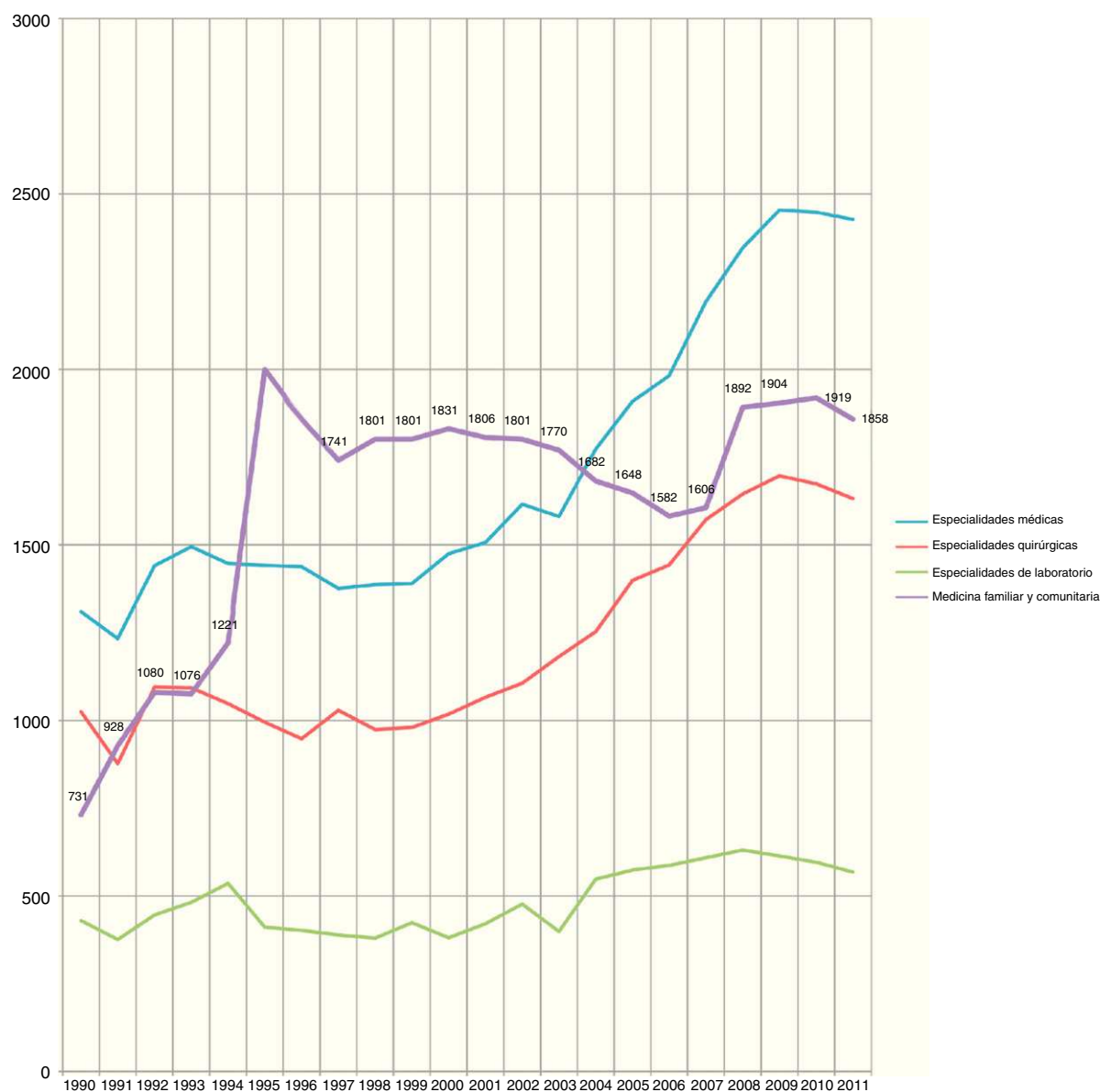


Figura 3. Evolución de las plazas MIR cubiertas en las convocatorias anuales 1990-2011 por tipos de especialidad (para la última convocatoria son plazas convocadas). Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Subdirección General de Ordenación Profesional.

en el mercado de profesionales médicos. Cuanto más baja, más demandada es esa especialidad. El análisis de la posición relativa de las 47 especialidades y de su evolución en el tiempo permite tomar el pulso a ese mercado. En la *figura 2* se representa la situación en 2009-2010. Las especialidades aparecen ordenadas, con las más preferidas abajo. En abscisas está la desviación estándar del número de orden; a igualdad de mediana, cuanto más hacia la derecha mayor es la heterogeneidad de los adjudicatarios. Esta dispersión caracteriza tanto a medicina familiar y comunitaria, como a medicina preventiva y salud pública, como a medicina interna, que han elegido candidatos que tienen muy buena puntuación junto a otros que no están tan bien clasificados. Son especialidades vocacionales.

En 2009-2010, la especialidad más cotizada es cirugía plástica. Este hecho es un síntoma de las expectativas y preferencias de los profesionales hacia la práctica privada lucrativa. Ascendió desde el puesto 13 en 2002 al primero. Por el contrario, la medicina de

familia sigue una senda de deterioro desde 2004-2005 (cuando estaba en el puesto 38 de 47) hasta llegar al puesto 44, sólo por delante de las tres especialidades de escuela que previsiblemente desaparecerán con el nuevo decreto.

Los candidatos MIR tienden a preferir plazas en los hospitales donde han hecho las prácticas clínicas durante el grado. Las 26 provincias sin facultad de medicina están en desventaja para cubrir sus plazas con buenos candidatos. Sin embargo, la gran mayoría de las nuevas facultades se creará en provincias donde ya se imparte el grado de medicina (Madrid, Barcelona o Valencia, por ejemplo).

La troncalidad en la formación médica especializada contribuirá a flexibilizar la oferta y a aliviar tensiones a corto plazo en los mercados, pues los eventuales déficit o superávit podrán ser resueltos en un plazo más corto.

Son principios básicos de la oferta y la demanda que la escasez hace aumentar el precio y la superabundancia lo hace disminuir. Sin embargo, ésta no es la causa de la pérdida continua de

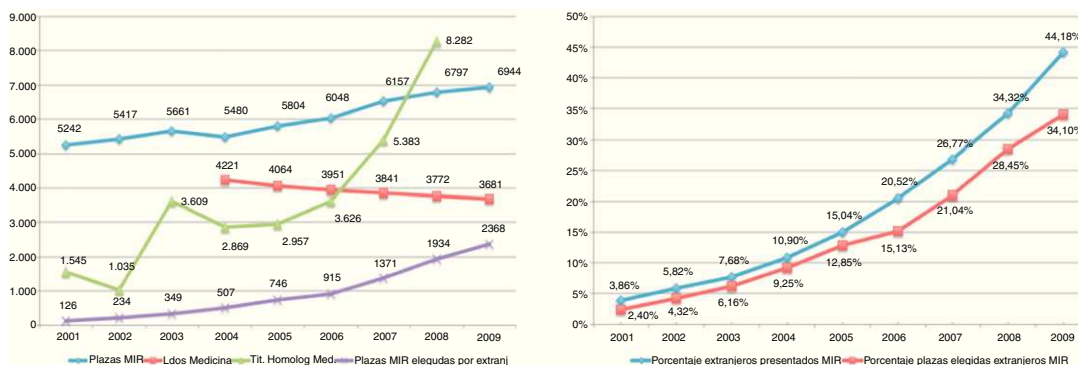


Figura 4. Extranjeros. Plazas MIR 2001-2002 a 2009-2010, Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Subdirección General de Ordenación Profesional.

cotización de la medicina familiar y comunitaria en el mercado MIR español. La serie de plazas convocadas en las distintas especialidades médicas en los últimos 20 años (fig. 3) muestra que desde finales de la década de 1990 la medicina de familia sigue una tendencia diferente del resto. Las especialidades médicas en su conjunto, las quirúrgicas y las de diagnóstico/laboratorio, van aumentando sus plazas, mientras que la medicina de familia, que entre 1996 y 2001 había tenido una convocatoria anual especial, separada, se mantiene estable, ligeramente a la baja, hasta muy recientemente. Las plazas convocadas para pediatría empiezan a aumentar en 2001, pasando de 241 en 2000 a 410 en 2009-2010, con un aumento del 70% en 10 años, mayor que el de medicina familiar y comunitaria (apenas un 4% de aumento en el mismo periodo). Por tanto, no parece que la sobreabundancia de plazas de medicina familiar y comunitaria pueda explicar su pérdida de cotización. Más bien será por pérdida de atractivo.

En enfermería (611 plazas en 2009-2010), la especialidad más cotizada, con diferencia, es la de matrona (445 plazas), mientras que la enfermería de salud mental, con sólo 154 plazas, es la menos demandada. Un porcentaje considerable de las enfermeras presentadas al EIR, al no poder acceder a un puesto de matrona, optan por no elegir ninguna de las otras dos especialidades. Por cada enfermera que aceptó una plaza de formación hubo otra que declinó elegir. Aunque el RD450/2005 aprobó las nuevas especialidades de enfermería, solamente en 2011 se han empezado a convocar plazas de formación, todavía en número reducido (52 de enfermería pediátrica, 132 de enfermería familiar y comunitaria, y 12 de enfermería geriátrica). Las plazas convocadas de formación especializada en enfermería muestran una clara tendencia temporal ascendente, que se acentúa en los últimos años. En 2010-2011 (848 plazas) se duplican las plazas de 2004-2005 (421).

Numerus clausus y desajustes con las plazas MIR

Aunque han aumentado los *numerus clausus* y el número de facultades de medicina en España, dando entrada a universidades privadas que crean fricciones de inequidad, los efectos no empezarán a notarse hasta que salga la primera promoción extendida (en el curso 2006-2007 se inició el incremento de plazas y en el curso 2010-2011, con 6676 plazas, ya está cercano el objetivo propuesto por las autoridades en la Conferencia General de Política Universitaria en 2007 de extender el *numerus clausus* a 7000). Desde 2006-2007 hasta 2010-2011, el número de plazas aumentó un 41,2%. El *numerus clausus* es la resultante de negociaciones y presiones desde intereses contrapuestos. Como contratantes de profesionales, las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas están interesadas en aumentar la oferta, mientras que las

asociaciones profesionales y estudiantiles intentan mantener las barreras de entrada que protejan su cotización. Generalmente las autoridades académicas son restrictivas, con argumentos de calidad de la formación y suficiencia de recursos. Como suele reflejar la prensa local, la tensión es más grave en aquellas autonomías donde el déficit de profesionales es más tangible.

Las migraciones y el nuevo papel de los médicos extranjeros

Un porcentaje de médicos españoles, numéricamente reducido pero de gran impacto mediático, ha optado por las oportunidades laborales de otros países europeos, en particular de Portugal, Francia y Reino Unido. Durante la última década ha habido una avalancha creciente de médicos extranjeros que han venido a España, que se ha convertido en un país de perfil mixto. Sobre todo son médicos generales que quieren hacer la especialidad o ejercer en este país. En el quinquenio 2004-2008 se homologaron un promedio anual de 4623 títulos de licenciatura en medicina de fuera de la Unión Europea, sobre todo de Latinoamérica, mientras que el número medio de licenciados anuales en España durante el mismo periodo fue de 3862. En 2008, el número de homologaciones más que duplicaba el de nuevos licenciados. El número de títulos de médico especialista homologados o reconocidos es mucho menor (apenas 702 en 2007), y el 84% provienen de la Unión Europea.

El 34% de los médicos adjudicatarios de plaza MIR en 2010 son extranjeros (fig. 4), y en medicina familiar y comunitaria este porcentaje es del 44,7%. Sin embargo, pediatría y obstetricia tienen los porcentajes más bajos de todo el conjunto de especialidades (10% y 13%, respectivamente). El fenómeno de la extranjerización de la formación residente sólo afecta a medicina, pero no al resto de las titulaciones. Pero ha habido un cambio reciente, el de la excelencia de algunos candidatos extranjeros que compiten con los nacionales por las especialidades altamente cotizadas. En cirugía cardiovascular, la séptima especialidad preferida por orden de mediana de adjudicación, en 2010 el 60% de las plazas fueron ganadas por candidatos de nacionalidad extranjera. Algunos de los hospitales más prestigiosos del país han admitido un porcentaje muy alto de MIR extranjeros, como es el caso del Hospital Clinic de Barcelona (57,1%), el hospital Clínico San Carlos (37,5%) y el Hospital de Bellvitge (37,7%).

No obstante, frente a la internacionalización del MIR, el número de médicos extranjeros ejerciendo en la red pública en España es todavía limitado. Según datos aportados por nueve comunidades autónomas, en torno al 3,3% de los médicos de familia y el 1,7% de los de hospital son extracomunitarios. En algunas comunidades autónomas estos porcentajes son más altos: Canarias y Cataluña

tienen un 7% de extranjeros no comunitarios ejerciendo de médicos de familia, y Cataluña un 4% en hospitales.

Conclusión

En España están iniciándose nuevas tendencias que marcarán cambios de gran calado en la necesaria planificación y formación de sus profesionales. Otros desequilibrios estructurales endémicos persisten, como la baja dotación de enfermería respecto a medicina, que quizá llegue a ser una barrera para necesarias reformas.

El nuevo grado de medicina, con categoría de máster, mantiene la homogeneidad de la titulación entre universidades y no es de esperar que aporte grandes cambios a la formación, mas allá de un renovado énfasis en la práctica, ya desde las materias básicas. Enfermería, ascendida a grado, deja hueco académico para una diplomatura general en cuidados de salud, que los auxiliares de enfermería tratan de ocupar. Este efecto dominó se frena en la medicina de familia, que no tiene potencial de expansión hacia delante. De ahí que poner más énfasis durante el grado en la medicina de familia, con dotaciones de profesorado adecuadas, priorizar la formación postespecialización de los médicos de familia, potenciar su capacidad investigadora y definir una carrera profesional que no equipare productividad a antigüedad, sean objetivos razonables para el sistema. Asimismo, convendría ir reduciendo la diferencia en las condiciones laborales de los médicos entre asistencia especializada y atención primaria¹⁰.

La crisis de identidad y de prestigio es de la medicina familiar y comunitaria, no de la atención primaria. La pediatría goza de excelente cotización en el MIR, lo mismo que las plazas de enfermería en los centros de salud.

Hay riesgo de que la medicina familiar y comunitaria quede todavía peor posicionada cuando se oficialice la especialidad de urgencias. Hoy día, un gran número de médicos que terminan la residencia en medicina familiar y comunitaria prefieren ejercer en urgencias. Según datos de las comunidades autónomas, en torno al 40% de los médicos con contrato de urgencias son especialistas, la mayor parte de ellos en medicina familiar y comunitaria.

En 2010 surge un hecho nuevo: una élite de médicos extranjeros que consigue plazas MIR muy cotizadas. Es un fenómeno a seguir de cerca: ¿volverán a su país, recircularán por la Unión Europea como especialistas, o se quedarán en España a ejercer la especialidad? Es preciso que España defina su modelo de internacionalización de profesionales sanitarios de forma clara y precisa.

Contribuciones de autoría

Ambas autoras han contribuido a la concepción y el diseño del estudio, la adquisición de los datos, su análisis e interpretación, y a la escritura del artículo. Las dos han aprobado la versión final para su publicación.

Financiación

Parcial del VI Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011, Subprograma de Proyectos de Investigación Fundamental no orientada ECO2010-21558.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Senado. Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo (543/000005). Boletín Oficial de las Cortes Generales Senado, 18 julio 2010, n° 483. 2009.
2. González López-Valcárcel B. Comparecencia ante la comisión de sanidad del Senado. Publicada en el Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo (543/000005). Boletín Oficial de las Cortes Generales Senado. 2010;483:2010.
3. Pugno PA, McGaha AL, Schmittling GT, et al. Results of the 2010 national resident matching program: family medicine. *Fam Med.* 2010;42:552–61.
4. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2008–2025. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
5. OECD Health Data File. 2010.
6. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Dificultades, trampas y tópicos en la planificación del personal médico. *Gac Sanit.* 2008;22:393–5.
7. Banco Moreno A, Adiego Estella M. La información sobre recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI.* 2010;8:63–87.
8. WHO. Models and tools for health workforce planning and projections. Geneva: World Health Organization; 2010.
9. Gervas J, Ortún V, Palomo L, et al. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Publica.* 2007;81:589–96.
10. CES. Consejo Económico y Social. Informe sobre desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario (propuesta). En: Sesión ordinaria del Pleno de 20 de octubre de 2010. Madrid: Consejo Económico y Social; 2010.
11. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010–2025). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2011.