

ARTÍCULO ESPECIAL

Demanda y oferta de otorrinolaringólogos basada en la evidencia: ¿cuál es el número necesario de especialistas que se deben formar?

Serafín Sánchez Gómez^{a,*}, Carlos Suárez Nieto^b e Ignacio Cobeta Marco^c

^aServicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^bServicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^cServicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 30 de junio de 2009; aceptado el 12 de julio de 2009

Disponible en Internet el 12 de octubre de 2009

PALABRAS CLAVE

Necesidades de
otorrinolaringólogos;
Gestión sanitaria;
Déficit de
otorrinolaringólogos;
Formación en ORL

Resumen

Varias circunstancias concurrentes han difundido mediáticamente la presunción de falta de especialistas en España, donde existe una de las más altas densidades de médicos por población del mundo: creación simultánea de puestos de trabajo en numerosos hospitales recién construidos; aceptación de contratos basura (por meses, medias/tercios de jornadas, guardias, etc.) en hospitales relevantes antes que ocupar plazas poco atractivas; dedicación exclusiva al ámbito sanitario público o al privado en lugar de compatibilizarlos; condiciones laborales del sector público (bajos salarios, excesiva presión existencial, falta de respeto de la población y de la administración sanitaria, guardias, escasa promoción profesional, difícil agrupamiento familiar, etc.); reducción de la movilidad por impermeabilización de los mercados por la descentralización sanitaria por comunidades autónomas.

En ORL no cabe hablar de déficit de especialistas, sino de desigualdades esporádicas en su distribución geográfica. Las plazas de MIR (Médico Interno Residente) ofertadas anualmente en el momento actual superan la demanda de especialistas de la sociedad española en una especialidad que se ha ido adaptando armoniosamente a los requerimientos del nuevo ejercicio de la medicina: gestión clínica, calidad asistencial, eficiencia basada en la tecnología y medicina basada en la evidencia. La modificación de las condiciones laborales mediante la flexibilización de los modelos de trabajo y la percepción de remuneraciones basadas en actividad y calidad evidenciarían que la fuerza laboral de ORL que se genera con la actual oferta puede asumir las demandas actuales y futuras.

La calidad de la formación especializada en ORL es el sustrato que debe mejorarse para que los futuros especialistas de ORL sigan asumiendo los retos sanitarios sin necesidad de aumentar injustificadamente su número.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sanchezsg@ono.com (S. Sánchez Gómez).

KEYWORDS

Supply of
otolaryngologists;
Healthcare
management;
Deficit of
otolaryngologists;
ENT training

Demand and supply of otolaryngology specialist based on evidence: What is the required number of specialists which should be trained?

Abstract

Several concurrent circumstances have created an impression through the media of a presumed lack of specialists in Spain, which has one of the highest densities of doctors per population in the world: simultaneous creation of jobs in many newly built hospitals; accepting garbage contracts (for months, half/thirds of days, shifts) in relevant hospitals rather than moving to unattractive positions; full dedication to the field of public or private healthcare rather than matching them; bad public healthcare working conditions (low wages, excessive healthcare pressure, lack of respect from the public and from healthcare managers, shifts, scarce professional promotion, difficult family reunification); decreased mobility due to insulation of the markets as a result of decentralization of healthcare by regions.

There is no shortage of specialists in otolaryngology, but instead there are sporadic inequalities in their geographical distribution. The current number of positions as training doctors offered annually is higher at the moment than the demand of the Spanish society, for specialists who have adapted smoothly to the requirements of the new medical practice: clinical management, care quality, technology-based efficiency, evidence-based medicine. The modification of working conditions through higher flexibility in the working models and an increase of salaries based on activity and quality will show that the otolaryngology workforce which is generated with the current offer can assume the present and future demand. A high quality of specialized otolaryngology training is the substrate to be improved, so that future otolaryngology specialists will be able to face health challenges without unduly increasing their number.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

El Programa Salud Para Todos en el año 2000 de la OMS ya detectaba en 1998 una infradotación/sobredotación de categorías de personal sanitario para las necesidades de la población, así como una distribución geográfica desigual entre países, zonas de un país y especialidades. Desde entonces, numerosos documentos han lanzado la voz de alarma sobre la situación de las profesiones sanitarias en general y la de los médicos¹ en particular, como el Panorama de la Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) de 2005². El informe de la OCDE de 2006³ pronostica que la clara tendencia alcista agravará el déficit actual. España, con 3,8 médicos por 1.000 habitantes supera la media de la OCDE (3,0) y sólo se ve rebasada por Bélgica y Grecia (4,0 y 4,9, respectivamente).

Los países deficitarios reclutan profesionales de otros países que a su vez los reciben de otros emisores en una absorción en cascada, esencialmente por el atractivo salarial. El efecto más dominante es la depauperación sanitaria de los países con flujo saliente, con débiles sistemas sanitarios y bajos niveles sanitarios. En el año 2000, más del 20% de los médicos de Nueva Zelanda, Reino Unido, Estados Unidos y Canadá se había formado en el extranjero.

España, con bajos salarios, escasas oportunidades de desarrollo profesional y una excesiva exigencia de la población, conoce la emigración de médicos hacia países de nuestro entorno socio-político-económico (más de 8.000, fundamentalmente a Estados Unidos, Portugal, Reino Unido, Suecia, Francia y Alemania), al mismo tiempo que contrata médicos extranjeros. Cataluña, Castilla La Mancha,

Extremadura, Andalucía y Canarias lideran las comunidades autónomas que han contratado médicos extranjeros para múltiples especialidades hospitalarias y atención primaria. En tres años (2004–2006) 8.228 nuevos médicos extracomunitarios ejercen la medicina en España, un 10% de ellos sin título homologado.

España ha conocido ya situaciones previas de déficits de especialistas. La enorme expansión del sector sanitario ocurrida al final de la década de 1970 y los primeros años de la década de 1980 del siglo XX se unió a la implantación de las incompatibilidades, la dedicación exclusiva y la introducción de un nuevo modelo de atención primaria. La demanda de contratación de personal médico especializado superaba ampliamente la oferta de especialistas titulados, cubriéndose muchos puestos por licenciados sin título de especialista. La gran heterogeneidad en las cualificaciones profesionales y el cronificado problema laboral de los médicos especialistas sin título oficial (MESTOS) no se ha resuelto hasta la Oferta de Empleo Público (OPE) extraordinaria de 2001, regularizándose un 3,4% de MESTOS de ORL en 2006, (puesto 19 entre 40 especialidades). Pero el problema está resurgiendo, al ocuparse plazas de especialistas por médicos contratados sin la titulación correspondiente.

En España, la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud obliga a aplicar en los centros sanitarios la Directiva Europea 93/104/EC que regula el tiempo de trabajo, fundamentalmente en relación con el trabajo máximo de 48h semanales. Su aplicación requerirá aumentar el número de médicos contratados. Coincide con la aplicación de la jubilación obligatoria a los

65 años: en el primer año tras su promulgación, en Cataluña se había jubilado forzosamente a 233 y en Andalucía a 432. González López-Valcárcel⁴ señala que actualmente la reposición está garantizada, pero a medida que avancen los años se necesitarán más médicos nuevos cada año, previsiblemente unos 7.085 a partir del año 2016. España se verá menos afectada que otros países de nuestro entorno por tener ya una dedicación horaria por carga de trabajo similar a la normativizada.

El modelo de González del año 2006 plantea tres hipótesis de crecimiento de la población (0; 0,5 y 1% anual) a partir de las cuales sitúa el gap entre oferta/demanda que determina la necesidad de especialistas. Consideran el impacto de factores que tienden a estimular la necesidad (feminización, limitación legal de la jornada laboral, población, nivel de renta, tecnología, y apertura de nuevos centros y servicios) frente a factores que tienden a reducirla (dedicación de más tiempo de atención a pacientes con la informatización y cambios organizativos). Sólo las especialidades quirúrgicas (ORL, entre ellas) aún forman más hombres que mujeres.

Todos los estudios adolecen de robustez por la falta de datos del número, la tipología y la dedicación de los profesionales de cada ámbito estudiado. Su principal conclusión se dirige hacia la necesidad de disponer de un registro exhaustivo de especialistas, sin el cual toda planificación no será más que una especulación. Es crucial precisar la cifra basal del número de especialistas de ORL, puesto que es el sustrato sobre el que se realizan las estimaciones de necesidades futuras. Todos los autores coinciden en que los datos manejados son aproximados ante la falta de registros oficiales. Un exhaustivo estudio de Cobeta⁵ utilizaba como fuente la base de datos de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial (SEORL-PCF), aportando cifras del número de especialistas de ORL y su distribución etaria por género, siguiendo la línea de trabajo que inició la SEORL-PCF¹⁶ en colaboración con la UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)⁶.

La cifra de 1.779 de González difiere en 86 con los 1.865 de la de Cobeta (2003) y en 421 con los de la UEMS. Las fuentes complementarias de González (SEORL-PCF, colegios médicos, servicios públicos de las comunidades autónomas, hospitales y centros de especialidades privados [el 74,6% de los ORL con actividad privada la desarrollan en una consulta o alquilada¹⁶]) adolecen de similares déficits de fiabilidad. Sánchez-Gómez⁷ puso de manifiesto que las propias comunidades autónomas no aportan cifras exactas de su número de especialistas: excluyen a especialistas de cupo y zona y sólo aportan datos de plantillas orgánicas. No detallan los especialistas con que cuentan realmente: las bajas laborales cubiertas deberían contabilizarse como 2 especialistas; no suelen recoger los ORL contratados para guardias; la distribución de una plaza en 2 medias jornadas o 3 tercios de jornada enmascara a 2 o 3 especialistas en 1; las contrataciones eventuales de ORL por sobrecarga de tareas no suelen adscribirse a las plantillas estructurales. Queda rebajado el número real de especialistas hasta en un 20% (dependiendo del momento del año en que se haga el corte). No existiría, por tanto, un déficit de ORL, sino irregular distribución geográfica, como confirma el reciente estudio de la Organización Médica Colegial⁸.

La precariedad de las previsiones se pone de manifiesto cuando las mismas autoras del primer estudio se han visto obligadas a matizar muchas de sus conclusiones en un segundo informe sólo 1 año después⁹, al haber variado sustancialmente algunas de las variables: las comunidades autónomas habían remitido cifras actualizadas de efectivos; ha aumentado el número de estudiantes de medicina y de plazas de MIR; se han homologado más especialistas extranjeros, y han aplicado criterios más adecuados de análisis. Y no han tenido en cuenta que la actual crisis económica ha frenado súbitamente el incremento poblacional de la inmigración, con el retorno de muchas personas a sus países originarios. Simultáneamente, se ha restringido el presupuesto familiar destinado a atención sanitaria privada (directamente o a través de seguros sanitarios), con el aumento de la demanda de atención sanitaria en el sector público a costa de unas plantillas estables y muy poco flexibles ante cambios rápidos.

González señala los peligros de trasladar al contexto español las realidades de otros países y sistemas sanitarios, tanto por el déficit de información sobre el número y dedicación de los especialistas y porque las titulaciones no son equiparables en todos los países (definiendo qué es un especialista de ORL y qué grado de capacidad resolutoria tienen los médicos de atención primaria de cada país), como por la fragilidad de las cifras censales poblacionales sobre las que se crean las tasas. Todas las fuentes coinciden en la escasa variabilidad de otorrinolaringólogos entre comunidades autónomas, (coeficientes de variación de 0,2), escapándose la ORL a la nueva tendencia de competencia entre comunidades autónomas para la adquisición y retención de especialistas: incrementan sus ofertas retributivas o flexibilizan la dependencia laboral en exclusividad en el sector público, incluso volviendo a permitir el desempeño de 2 puestos de trabajo (Cataluña, Madrid).

El estado de opinión actual dibuja un panorama problemático para España de déficit de especialistas en algunas especialidades y una previsión de que este déficit irá incrementándose y extendiéndose a más especialidades en los próximos decenios. Este sentir prevalece sobre la cuestión básica, en que no causa tanto impacto por ahora el déficit como la irregular distribución geográfica de los recursos humanos y la perpetuación de áreas sanitarias y regiones que acusan más esta asimetría. Como señala Furedi¹⁰, las sociedades occidentales, a medida que se han convertido en más ricas y seguras, han pasado a ser víctimas del pánico y a desarrollar una aversión histérica al riesgo, proponiendo soluciones que rebajen el miedo, aunque no sean las más acertadas.

La sola cuestión ya es discutible: ¿cuándo hay déficit, equilibrio o superávit de especialistas? No existe consenso. González asume para su proyección la propuesta de Tess y Armstrong¹¹ de 2005: déficit claro ($\geq 10\%$); déficit leve (entre el -5 y el -10%); equilibrio (entre el -5 y el $+5\%$); superávit leve (entre el $+5$ y el $+10\%$) y superávit claro ($\geq 10\%$).

Las proyecciones del modelo de González revelan la importancia de disponer de una impecable cifra de partida. Si a su modelo se le aplicara el número de ORL actuales de Cobeta o el más probablemente aproximado a la realidad de la UEMS no existiría déficit de ORL, ni siquiera durante el declive del número de ORL que se produciría cuando salieran

del mercado sanitario por jubilación los profesionales que tienen ahora entre 40 y 46 años.

Como consecuencia de estas advertencias tangibles y, en un contexto de ausencia de tasas óptimas de ORL por población, surgen propuestas de solución. Muchas sólo son fruto de la tensión del momento y de la sustitución de reflexiones analíticas por decisiones rápidas basadas en la necesidad de poner parches. Por ello, destacan los estudios de Lázaro y de González que, con sus limitaciones y defectos, elaboran proyecciones racionales a corto y a medio plazo. Aunque el valor del estudio de González reside fundamentalmente en su extensísimo trabajo de campo, sorprende que concluya con unas propuestas de solución tan simplistas, siguiendo y reforzando las más destacadas mediáticamente de aumentar progresivamente el número de clausus de medicina y la oferta de plazas de MIR, agilizar las homologaciones, desarrollar la troncalidad y utilizar incentivos de distintos tipos e intensidades para atraer y mantener a los profesionales en determinados puestos y, particularmente, para aumentar el prestigio y la calidad de la atención primaria.

El aumento del número de clausus en medicina se está produciendo ya en naciones más claramente deficitarias que la nuestra (como Gran Bretaña). No se ha valorado adecuadamente el efecto que esto causará en España, emisor de médicos para allá. Es posible que si Gran Bretaña y demás países receptores de médicos españoles se acercaran a la autosuficiencia imposibilitarían la llegada de los médicos españoles, que buscarían nuevos mercados (¿los habrá?) o engrosarían el subempleo o el paro nacional otra vez. Es un argumento más de que las soluciones puramente locales pueden fracasar en un mundo globalizado. Igual ocurre con el incremento generalizado de plazas de MIR, cuando se está viendo que, salvo en algunas especialidades, en la mayoría se trata de déficits geográficos selectivos y de inadecuada distribución de los recursos humanos y en otras existe superávit.

El modelo de González pondera fuertemente el factor feminización para todas las especialidades en el sentido de forzar el aumento de la demanda de especialistas a través de la reducción del tiempo global efectivo de trabajo, reducción del tiempo de trabajo a jornada completa y ciertos cambios de patrones de actividad, períodos de bajas y permisos por maternidad, priorización de la conciliación de la vida familiar con el trabajo y minimizando las horas extra y las guardias. La ORL se encuentra menos afectada por el proceso de feminización que otras especialidades y por la tendencia a sustituir las guardias de presencia física por localizadas. Son frecuentes los núcleos familiares creados en el ámbito de la sanidad (parejas de médicos o médicos-enfermeras) y la conciliación familiar no es posible si las condiciones del mercado no la facilitan. En consecuencia, muchas parejas se establecen en la mejor ubicación de uno de sus componentes, aunque el otro no tenga trabajo o el mejor trabajo.

La ORL es una de las 39 especialidades con más de un 50% de sus efectivos menores de 50 años, pero su concentración en los hospitales docentes de MIR hace que su reposición sea más fácil que la ocupación de las pocas plazas menos deseadas por los pos-MIR de ORL.

Las propuestas de incentivar la ocupación de puestos poco atractivos suponen un cambio fundamental de las condicio-

nes del mercado sanitario, pasando de un empleador preferente de tipo funcional a un mercado competitivo sobre la base de los hechos consumados. Una opción para conseguir la cobertura de las áreas deficitarias puede pasar por recuperar la confianza de la fuerza productiva médica en el propio sistema estatutario, con sus oposiciones y concursos de traslado anuales, actualmente casi inexistentes. Se ha demostrado hasta la saciedad que los mercados puramente competitivos tienen los mismos problemas, o más, de cobertura de plazas poco atractivas y sus experiencias no han alcanzado los resultados pretendidos.

La solución referida al aumento del prestigio y la calidad de la atención primaria agota al lector por su reiteración¹² y la falta de progresos. La ciudadanía tiende continuamente a orientar sus demandas hacia la atención especializada en detrimento de la atención primaria, e incluso clama por obtener segundas y terceras opiniones especializadas. Una atención primaria más resolutive no ha conseguido asumir plenamente las demandas sanitarias de la población, generándose excedentes de bajo valor clínico que superan este nivel, bien por incapacidad estructural o bien por decisión del cliente, pero que obligan a mantener las estructuras de primer nivel de atención especializada. Las conocidas bolsas de ineficiencia en la utilización de los recursos no residen sólo en una inadecuada utilización por parte del médico de sus tiempos de entrada y salida en el trabajo. Muchas veces es el resultado de una fragmentada organización sanitaria en la que el médico ha sufrido una pérdida relevante de capacidad gestora o de decisión, unida a la asunción de funciones no asistenciales de ínfimo valor añadido y que reducen el tiempo de dedicación a aspectos clínicos: asignar citas, emitir recetas, entregar documentación administrativa, llamar a pacientes, información hospitalaria, etc.

El importante crecimiento demográfico español de la última década, la universalización de la asistencia sanitaria, el creciente empuje de la sanidad privada, la provisión de puestos de trabajo públicos de ORL en los múltiples dispositivos y centros sanitarios que se han ido abriendo (especialmente a raíz de la descentralización de la sanidad) se han ido absorbiendo hasta ahora con los contingentes de especialistas ORL de cada momento. La ORL española ha evolucionado extraordinariamente en las últimas décadas, colocándose al mismo nivel de cabeza de los países más avanzados y presentando un nivel medio muy superior al de casi todos ellos. A la vez que ha incorporado las mejores tecnologías, ha ido racionalizando su contenido a una gran velocidad, probablemente por partir de una posición global retrasada, incorporando decididamente la Medicina Basada en la Evidencia en su práctica clínica. Simultáneamente, la ORL ha adoptado las más novedosas formas de gestión sanitaria, de calidad y eficiencia (cirugía mayor ambulatoria, vías clínicas, procesos asistenciales, etc.), y la SEORL-PCF y las demás sociedades regionales han contribuido notablemente a través de la formación continuada. Aunque quedan importantes áreas de mejora, se asiste a un mejor aprovechamiento de los recursos materiales (tecnología, horas de consulta y quirófano) y humanos.

La administración sanitaria ha tendido a la eliminación de las residuales plazas de cupo y zona mediante jerarquizaciones más o menos forzadas o mediante su amortización, mientras se fomenta la jerarquización. Bajo una dudosa

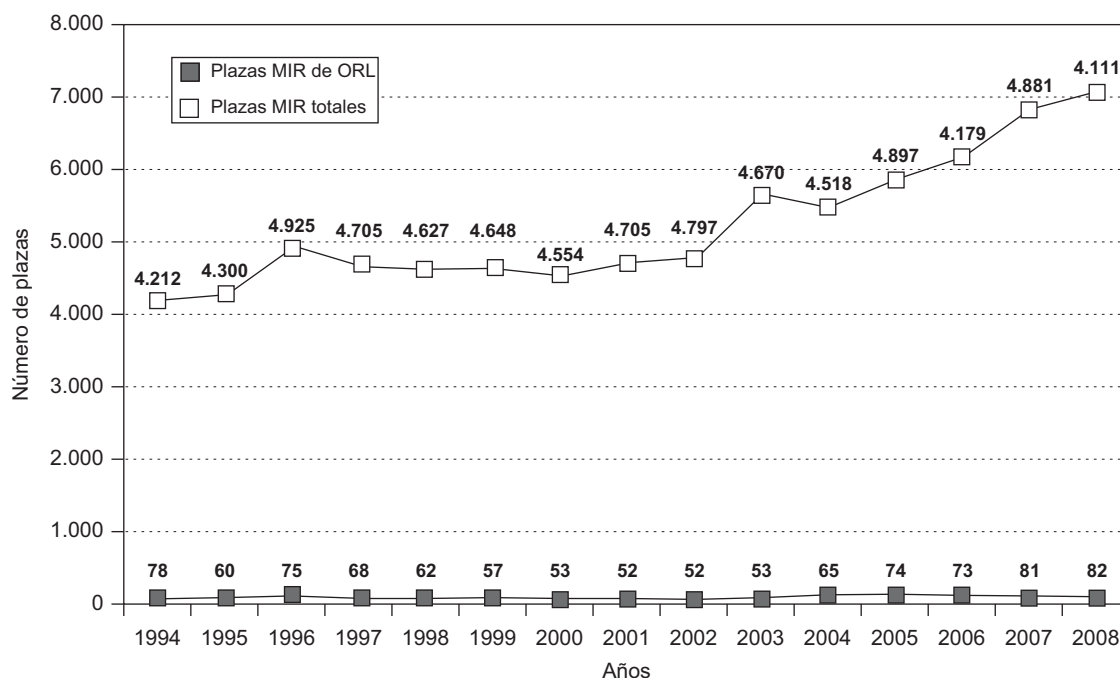


Figura 1 Número de plazas de MIR (Médicos Internos Residentes) de ORL en relación con el número total de plazas de MIR.

argumentación de eficiencia se trasluce una intención de acabar con el puesto de trabajo mejor remunerado de la profesión médica del sistema sanitario público. El peso de sus aspectos negativos (imposibilidad de elección de médico por parte del usuario; baja calidad de la atención sanitaria en algunos casos derivada de déficits formativos importantes y falta de actualización por su alejamiento del hospital) ha desplazado la realidad de sus ventajas: su condición de remuneración capitativa inducía a una atención integral de sus beneficiarios y a una mejor relación con su población adscrita; sus profesionales no tendían al hospitalcentrismo imperante; efectuaban un importante filtro evitando la llegada de patologías no relevantes al hospital y llegaban a alcanzar la autosuficiencia quirúrgica de su población atendida. Su sustitución por facultativos ORL jerarquizados ha reportado pocos beneficios y ha supuesto un retraso en el desarrollo de muchos especialistas. Salvo excepciones, este dispositivo asistencial no es asumido como la prolongación del hospital o un acercamiento a la atención primaria. El escaso interés de la patología atendida en ese primer nivel crea el desafecto, incluso el sentimiento de castigo, entre los médicos cuando son designados para atender ese puesto. La consecuencia más habitual ha sido que los especialistas más jóvenes, recién titulados y con contratos habitualmente precarios, han ocupado estas plazas. Y además en una época de su vida profesional en que más necesitan adquirir experiencia quirúrgica.

La lenta implantación de la informática en el sector sanitario está permitiendo ya historias clínicas digitales, consultas telefónicas y telemedicina para atención primaria¹³. Son oportunidades de hacer circular información clínica adecuada y suficiente para evitar el desplazamiento del paciente y garantizar una atención óptima sin menoscabar la seguridad. Un acertado diseño de estos dispositivos permite sustituir horas de consulta de puestos de trabajo de escaso atractivo por actos de alta resolución y calidad.

Muchas opiniones sobre la necesidad de especialistas se generan desde la perspectiva organizativa sanitaria actual, con rígidas plantillas hospitalarias, obviándose novedosas líneas de “empresarializar” los servicios clínicos en fórmulas jurídicas como Unidades de Gestión Clínica, Institutos Clínicos, Consorcios o Empresas Públicas. Son fórmulas más flexibles que permiten adaptarse a la demanda sin pretender disponer de un especialista en un determinado horario de oficina, convirtiendo una situación funcionarial en un modelo “sin stocks” o “just in time”: p. ej., necesidad de resolver 120 demandas de consulta, necesidad de resolver 75 intervenciones quirúrgicas, etc.

La oferta de plazas de MIR, principal instrumento de la planificación a largo plazo de los recursos humanos, ha ido aumentando de forma paulatina pero intensa desde finales de la década de 1980, tanto en términos absolutos como, especialmente, en proporción al número de nuevos graduados (fig. 1). También el número de hospitales acreditados para la docencia de MIR ha pasado de 96 en 1987 a 227 en 1997. Pero desde 1996 se ha empezado a producir un fenómeno desconocido: no se cubren todas las plazas de MIR convocadas, a pesar de que el volumen de médicos extranjeros que optan al MIR español ha ido creciendo hasta llegar al 30% de los candidatos. En ORL se han formado 771 especialistas en la última década (fig. 2), pero no es una especialidad fundamentalmente demandada: ocupa los puestos 20 a 23 entre 47 opciones.

Las oportunidades profesionales para los médicos españoles se presentan cada vez más abiertas en los “mercados” internacionales, mientras que en España se han restringido en ámbitos regionales menos permeables por barreras endogámicas e idiomáticas. Los médicos españoles tienen una fuerte querencia (hasta el 70%) por hacer el MIR en la comunidad autónoma donde viven¹⁴, ponderando fuertemente las expectativas de renta en el ejercicio privado para elegir la especialidad, para posteriormente

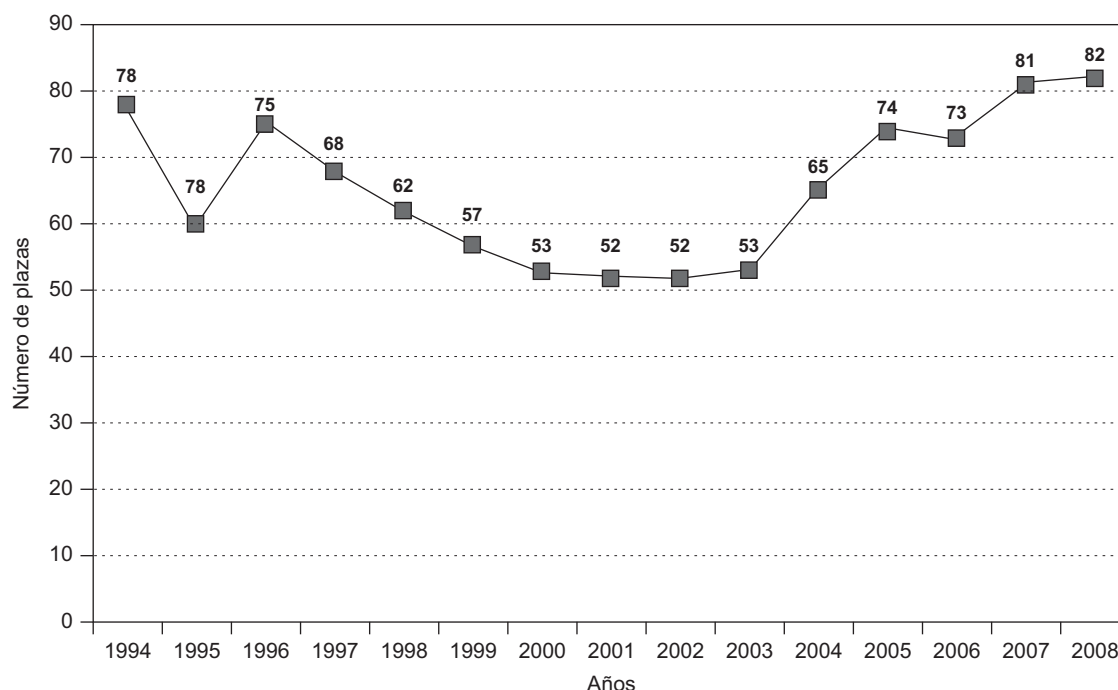


Figura 2 Evolución de la oferta de plazas para la formación especializada de MIR (Médicos Internos Residentes) de ORL.

ejercer en su comunidad autónoma, y por permanecer en el centro donde se formaron. Las plazas en hospitales docentes son las primeras en cubrirse (sobre todo en especialidades quirúrgicas), mientras que en los hospitales comarcales en zonas rurales o fuera de las capitales de las provincias y de las ciudades grandes hay dificultades para cubrir plantillas.

En España está surgiendo la profesión de MIR, empezando una nueva especialidad en el mismo hospital al terminar la anterior. La encuesta¹⁵ de la SEORL en 2003 identificó que el 13% de los MIR de ORL ya había completado previamente otra y que la mayoría no tiene una vocación definida y decide la elección durante la preparación del examen de MIR o en el momento de elegir la plaza. Detectó una importante insatisfacción entre los MIR de ORL en relación con los contenidos de la especialidad (que consideran que deben adquirirse durante 5 años) y con el hospital elegido (desde R2 [residente de segundo año] un 40% no volvería a elegir su mismo hospital, si bien el 90% volvería a elegir la misma especialidad). Esta insatisfacción es mayor entre los residentes de hospitales de más de 1.000 camas, probablemente por una sensación de sentirse menos atendidos que por las oportunidades docentes del hospital, al contrario de los hospitales más pequeños. Los MIR demandan mayor dedicación de sus tutores y una prolongación del período docente ante el predominio de la actividad asistencial frente a la formativa, fundamentalmente por la atención a las urgencias (el 40% hace 6 guardias o más; el 25% hace 7 guardias o más al mes) y a las interconsultas. El mayor déficit formativo quirúrgico lo encuentran en otología, seguido de ORL pediátrica, cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) y fonocirugía. Mientras el 16% ya ha recibido una oferta de trabajo antes de terminar la residencia, el 70% abandonaría su comunidad autónoma por un puesto temporal (el 85% dice que lo harían por un puesto fijo) pero, en

realidad, el 44% permanecería en su ciudad con un contrato temporal de guardias frente a un contrato fijo en otra ciudad.

Se está produciendo también un hecho nuevo: frente a la compatibilización tradicional de la actividad laboral médica pública con la privada (46,2%¹⁶) se ha pasado a una situación de dedicación a tiempo completo a una o a la otra. El 15% de los MIR que han acabado ORL en Andalucía en los últimos 10 años trabaja únicamente en el sector privado.

La historia de la planificación de los recursos humanos para la salud es una historia de fracasos¹⁷. Los movimientos demográficos, la tecnología, la aparición de nuevas enfermedades, la forma de enfocar las patologías clásicas, las condiciones laborales, la organización sanitaria, etc. son factores que súbitamente pueden modificar el panorama sanitario. En España se han efectuado estudios y propuestas de aplicación para los cardiólogos¹⁸, los alergólogos¹⁹ y los urólogos²⁰.

En España, el mayor fracaso en la planificación de los recursos humanos procede de la propia naturaleza de la principal fuente de contratación de médicos: un sistema sanitario público de carácter estatutario que ha obviado durante casi 15 años la forma universal de acceso al sistema (la oposición) y el desarrollo profesional (desde los traslados hasta la carrera profesional). Desde 1989 no se convocaban oposiciones de carácter general para todo el estado hasta la OPE extraordinaria de 2001, resultado de la intensa presión ejercida durante más de dos años por el colectivo de médicos especialistas interinos, a la que se sumaron los últimos defraudados (aquellos médicos especialistas que obtuvieron su plaza en propiedad en hospitales comarcales de menor atractivo con la expectativa de progresar hacia hospitales más apetecidos con los concursos de traslado). Esta experiencia ha marcado a varias generaciones de

especialistas pos-MIR, que no confían en la administración pública como sustrato de su carrera profesional como así lo hacen en otros pilares básicos del estado (como la justicia y la educación), que sí mantienen el ritmo de convocatorias anuales o bianuales para la cobertura de sus plazas, dando respuesta a las necesidades de la sociedad en todos los puntos geográficos donde se precisa su presencia, asegurando la rotación y evitando las vacantes sin cubrir. El mayor problema que tiene España ahora y en el futuro próximo no es tanto de número de especialistas como de distribución de éstos, con déficits selectivamente geográficos en algunas comunidades autónomas y, dentro de ellas, en algunas demarcaciones específicas poco atractivas para los especialistas.

Suárez²¹ evidencia la atomización de la oferta formativa de ORL española en 65 unidades acreditadas, mientras que Estados Unidos, con una población 6 veces superior, tiene 110. Se están formando MIR en entornos escasamente competitivos, donde priman más otros intereses ajenos a proporcionar la mejor formación. Los servicios acreditados deberían tener desarrolladas todas las principales subespecialidades, tanto en el aspecto del equipamiento²² como de personal cualificado específico y de investigación, además de realizar un número determinado de intervenciones o atender un número señalado de pacientes. Esto queda fuera de las posibilidades de bastantes hospitales, y la visita ocasional a centros dotados de la oferta docente de la que carece el servicio de origen no sule suficientemente la adquisición de conocimientos y habilidades que proporciona la absorción cotidiana, base del actual sistema de MIR en ausencia de una evaluación final.

Muchas especialidades quirúrgicas han estudiado la importancia del volumen crítico de cirugía que debe efectuar un hospital para garantizar un mínimo de calidad asistencial en relación con los indicadores como mortalidad, complicaciones y buenos resultados²³⁻²⁶. Para la especialidad de ORL son de referencia los estudios canadienses²⁷ sobre cómo disminuyó el número de especialistas de ORL practicando la amigdalectomía al cotejar su manejo y sus complicaciones, y el reciente estudio de Esteban²⁸ sobre las complicaciones de las laringectomías y su impacto en la duración de la estancia hospitalaria.

Los informes de González asumen sin matices que las plazas de formación de MIR son equivalentes y producen especialistas aptos para desempeñar su trabajo especializado en los puestos de trabajo disponibles. El estudio de la SEORL-PCF demuestra que la calidad de la formación de MIR en ORL es muy heterogénea y que existen numerosos y graves déficits formativos que deben resolverse para ofrecer una formación ORL especializada acorde a los requerimientos actuales y hacerlo de una forma homogénea para todas las unidades acreditadas. Las cifras obtenidas permiten por primera vez abordar los análisis sobre bases sólidas y rigurosas que, en primer lugar, deben servir para renovar los obsoletos criterios de acreditación de unidades docentes de ORL y ajustarlos a la realidad actual. En segundo lugar, debería utilizarse esta valiosísima información para que las unidades docentes deficitarias aplicaran medidas inmediatas de mejora que condujeran a un escenario de auténtica competencia en calidad formativa que contemplara la posibilidad de la desacreditación de aquellas que no alcancen los requisitos.

A la luz de este estudio, en ningún caso se encuentra justificación para ampliar el número de MIR de ORL que deban titularse por cada anualidad ni tampoco para ampliar el número de unidades docentes acreditadas bajo el único criterio de la infundada necesidad de más especialistas.

Nos encontramos en un momento crucial, con una especialidad que ha perdido atractivo entre los candidatos a MIR, con unos MIR insatisfechos con la docencia y con una especialidad muy evolucionada que es prácticamente imposible ajustar a 4 años de formación. Ahora disponemos de información precisa y fiable para poder trabajar en el ámbito de la acreditación de Unidades Docentes y es, por tanto, un objetivo irrenunciable intentar que la oferta docente en ORL sea de la más alta calidad y permita satisfacer simultáneamente las aspiraciones de los MIR de ORL y de la sociedad española sin caer en las veleidades de un aumento injustificado e innecesario de las plazas docentes acreditadas y del número de plazas ofertadas en las convocatorias anuales.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Amaya Pombo C, García Pérez MA. Demografía médica en España. Mirando al futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005.
2. Panorama de la salud: indicadores de la OCDE para 2005 [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/48/48/35619230.pdf>.
3. Simoons S, Hurst J. The Supply of Physician Services in OECD Countries. OECD Health Working Papers, N.º 21. OECD Publishing. 2006 [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: <http://lysander.sourceoecd.org/vl=3055975/cl=29/nw=1/rpsv/cgi-bin/wppdf?file=5l9wzl61g8d3.pdf>.
4. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Grupo de investigación en Economía de la salud de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Marzo 2007 [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf.
5. Cobeta I. No estamos todos los que somos, pero.... Boletín ORL de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. 2003;10:22-5.
6. Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) Annual Meeting of the ORL Section. 12-15 Oct 2000, Luxembourg [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: http://orluems.com/luxembourg_2000-10-15.pdf.
7. Sánchez Gómez S. Proyecto técnico de gestión del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla: Ed. CopyUr; 2006.
8. Rodríguez Sendín JJ. Necesidades de médicos en España: a propósito de estudios, debates y posibles soluciones. Desajustes entre oferta y demanda. Causas y medidas. Organización Médica Colegial de España [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: http://www.cgcom.org/informes/pdf/07_11_29_sen_din_demografia.pdf.
9. González López-Valcárcel B y Barber Pérez P. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Marzo 2009 [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008_2025.pdf.

10. Furedi F. Culture of fear: Risk-taking and the morality of low expectation. Nueva York: Continuum; 2002.
11. Tess D, Armstrong K. Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC) and AMWAC General Practice Working Party. General Practice Workforce Modelling. Technical Paper. 2005 [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: <http://www.nhwt.gov.au/documents/Publications/2005/General%20practice%20workforce%20modelling%20-%20Technical%20paper.pdf>.
12. Minué S, De Manuel E, Solas O. Situación actual y futuro de la atención primaria. Informe SESPAS 2002 [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: <http://www.sespas.es/informe2002/cap19.pdf>.
13. Canto Neguillo R. Telemedicina: informe de evaluación y aplicaciones en Andalucía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2000 [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa/pdf/Telemed_urgencias_pub.pdf.
14. González López-Valcárcel B, Barber P. El programa MIR como innovación y como mecanismo de asignación de recursos humanos. In: Rodríguez F, Ortún V, Meneu R, editors. Innovaciones en Gestión Clínica y Sanitaria. Barcelona: Masson; 2005.
15. Cobeta I, Frágola C. Comentario a la encuesta a los residentes: necesitamos mejorar. Boletín ORL de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. 2004;11:8–16.
16. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial (SEORL-PCF). I Estudio sobre la Situación de la ORL en España. 1.^a ed. Madrid: Ed. MEDITEX; 1999.
17. Mable A, Marriot J. Steady state—finding a sustainable balance point: International review of health workforce planning. Health human resources strategies division. Health Canada. 2001 [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-steadystate-etats-table/2002-steadystate-etats-table_e.pdf.
18. De Teresa E, Alonso-Pulpón L, Barber P, Bover R, Castro A, et al. Desequilibrio entre la oferta y las necesidades de cardiólogos en España. Análisis de la situación actual, previsiones futuras y propuestas de solución. Rev Esp Cardiol. 2006;59:703–17.
19. García Pérez MA, Amaya Pombo C, Negro Álvarez JM. La alergología en España: pasado, presente y previsiones de futuro. Alergol Inmunol Clin. 2005;20:41–7.
20. Lázaro y de Mercado P, Allona Almagro A, Leiva Galvis O. Distribución de los urólogos en España: situación actual y estimación de necesidades futuras mediante un modelo predictivo. Actas Urol Esp. 2003;27:569–80.
21. Suárez C. El Programa de la especialidad en España. Boletín electrónico de la SEORL-PCF. Agosto 2007 [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: <http://www.seorl.net/seorl/docs/boletines/BOLETINAGO07.pdf>.
22. Zurro Hernández J, De Santiago-Juárez López JA, Ortega del Alamo P. Autoevaluación de la calidad asistencial en consultas de Otorrinolaringología. Madrid: Ed. SANED; 2001.
23. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson E, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. The New England Journal of Medicine. 2002;346:1128–35.
24. Urbach DR, Baxter NN. Does it matter what a hospital is "high volume" for? Specificity of hospital volume-outcome associations for surgical procedures: Analysis of administrative data. Qual Saf Health Care. 2004;13:379–83.
25. Dimick JB, Cowan JA, Colleti LM, Upchurch GR. Hospital teaching status and outcomes of complex surgical procedures in the United States. Arch Surg. 2004;139:137–41.
26. Gandjour A, Bannenberg A, Lauterbach KW. Threshold volumes associated with higher survival in health care. A systematic review. Med Care. 2003;41:1129–41.
27. Brownell M. Tonsillectomy Rates for Manitoba Children: Temporal and Spatial Variations. Healthcare Manage Forum Winter 2002. [21 Jun] [citado 23 May 2009]. Disponible en: URL: http://umanitoba.ca/centres/mchp/reports/pdfs/hcmpages/hcm_forum_mdb.pdf.
28. Esteban F. Estudio de la estancia tras laringectomía total: análisis retrospectivo multivariable de 442 laringectomías totales. Acta ORL Esp. 2006;57:176–82.