

Libro verde sobre la fuerza laboral europea para la sanidad

Promoviendo una Fuerza Laboral Sostenible
para la Sanidad Europea



Libro verde sobre la fuerza laboral europea para la sanidad

**Promoviendo una Fuerza Laboral Sostenible para
la Sanidad en Europa**

Documento elaborado por la Comisión Europea, pendiente
de aprobación definitiva y de su publicación oficial

Diseño, maquetación e impresión:
Consejo General de Enfermería de España. Diciembre 2008

Índice

1. Introducción	2
2. ¿A qué nos referimos con "Fuerza Laboral para la Sanidad"?	4
3. ¿Cuáles son los principales asuntos que se deben considerar parte integrante de la promoción de una fuerza laboral sanitaria sostenible en Europa?	4
4. La demografía cambiante de Europa – una población que está envejeciendo y una fuerza laboral que está envejeciendo	5
5. Feminización de la fuerza laboral sanitaria	7
6. Sostenibilidad de la fuerza laboral	8
7. Garantizar el despliegue más efectivo de profesionales sanitarios y cuidadores	8
8. Migración de trabajadores sanitarios – perspectiva europea	9
9. Migración de profesionales sanitarios – un fenómeno mundial	10
10. La dimensión ética de la movilidad de los trabajadores sanitarios	12
11. Capacidad de formación sanitaria	13
12. Capacidad de la sanidad pública	15
13. La Directiva Europea sobre la Jornada Laboral	15
14. La función de los empresarios clínicos en la fuerza laboral	16
15. La influencia de las nuevas tecnologías	16
16. Política regional – Uso de fondos estructurales regionales y del Fondo Social Europeo	17
17. Evidencia para la toma de decisiones – Falta de información comparable sobre los profesionales sanitarios	18
18. ¿Por qué es importante una buena gestión de los recursos humanos?	20
19. ¿Qué puede hacer la UE para apoyar a los Estados Miembros?	22
20. El procedimiento de consulta	22
Anexo	23

LIBRO VERDE SOBRE LA FUERZA LABORAL EUROPEA PARA LA SANIDAD

Promoviendo una Fuerza Laboral Sostenible para la Sanidad en Europa

1

1. Introducción

1.1 La estrategia de la Comisión Europea en materia de sanidad adoptada en octubre de 2007 y publicada en el Libro Blanco “Juntos por la salud”[1] ha planteado un nuevo enfoque destinado a garantizar que la UE está haciendo todo lo que puede en el ámbito de la sanidad para afrontar desafíos como las amenazas para la salud, las pandemias, la carga que suponen las enfermedades relacionadas con el estilo de vida, las desigualdades, la ampliación de la Unión y el cambio climático.

1.2 La consulta sobre la Estrategia Sanitaria de la UE ha suscitado numerosas cuestiones. Se ha reconocido que la salud no sólo es algo valioso por derecho propio sino que es un factor clave de apoyo al crecimiento económico europeo al mismo tiempo que representa una inversión importante. Muchos encuestados han puesto énfasis en la importancia de actuar allá donde se vea claramente el valor añadido de Europa y allá donde los desafíos sean de naturaleza transfronteriza, afirmando también que se debe potenciar la cooperación europea en toda una serie de campos entre los que cabe incluir las amenazas para la salud, las desigualdades sanitarias, la información sobre la salud y la promoción de estilos de vida saludables.

1.3 En una Europa que está envejeciendo, la Estrategia Sanitaria tiene el objetivo de promover un buen estado de salud a lo largo de todo el arco de la vida con el fin de proteger a los ciudadanos de amenazas para la misma, como en el caso de las enfermedades contagiosas, y de mejorar la seguridad del paciente apoyando sistemas sanitarios dinámicos y el uso de nuevas tecnologías.

1.4 No es posible avanzar en la implementación de la estrategia en ausencia de las personas necesarias para suministrar los servicios. Para que exista una atención sanitaria y social segura, de alta calidad y eficiente es necesario disponer de una fuerza laboral con capacidad suficiente y habilidades adecuadas en todos los Estados Miembros de la Unión.

1.5 Este Libro Verde pone en marcha un proceso destinado a analizar detalladamente el estado de la fuerza laboral europea en el ámbito de la sanidad tanto actualmente como en el futuro. Su finalidad consiste en entablar un amplio debate sobre cómo desarrollar la fuerza laboral para superar estos desafíos en materia de sanidad. Los temas tratados en el Libro Verde se pueden agrupar de la siguiente manera: desafíos como la demografía, la gestión de la movilidad, estrategias de reclutamiento y retención e información necesaria para elaborar políticas basadas en la evidencia.

1.6 Las cuestiones que afronta la UE para garantizar la capacidad de la fuerza laboral actualmente y en el futuro son bien conocidas y han sido puestas de manifiesto en los últimos años por investigadores y organizaciones como la OMS o la OCDE. Si queremos cumplir nuestras más amplias ambiciones y contar con una Europa más saludable, debemos ser capaces de formar, atraer, reclutar y mantener a los mejores talentos en todos los sectores de las profesiones de la salud.

1.7 Con arreglo a la normativa sobre subsidiaridad, la responsabilidad principal de organizar y suministrar servicios es de los Estados Miembros pero la UE desempeña un papel importante a la hora de apoyarles y ofrecerles un valor añadido favoreciendo el establecimiento de asociaciones entre las partes interesadas y ofreciendo apoyo para trabajar en red y compartir buenas prácticas. Los resultados de la consulta contribuirán a obtener la información necesaria para considerar los asuntos a alto nivel y pondrán en evidencia qué temas se pueden abordar a nivel europeo.

2. ¿A qué nos referimos con "Fuerza Laboral para la Sanidad"?

2.1 La OMS en su informe de 2006 [2] "Trabajando Juntos por la Salud" define a los trabajadores sanitarios como todas aquellas personas cuya finalidad principal consiste en mejorar la salud. Para los fines de este Libro Verde, utilizaremos la misma definición para el término "fuerza laboral para la sanidad" abarcando a médicos, enfermeras, farmacéuticos y dentistas, especialistas en sanidad pública y científicos médicos, gestores de servicios sanitarios y educadores. Todas estas profesiones y niveles, y otros, son necesarios para planificar, mejorar y ofrecer una sanidad de alta calidad. También incluiremos aquí a la fuerza laboral de atención social contando tanto a los cuidadores formales como a los informales.

2.2 El término "cuidador" se refiere a una persona que, independientemente de su cualificación educativa o profesional, proporciona ayuda y atención diaria a una persona con una dependencia social y de cuidados que dificulta sus actividades cotidianas. Los cuidadores los pueden proporcionar las autoridades del sector público, organizaciones de caridad o las familias de manera informal.

3. ¿Cuáles son los principales asuntos que se deben considerar parte integrante de la promoción de una fuerza laboral sanitaria sostenible en Europa?

3.1 Según la Organización Mundial de la Salud, la mayoría de los sistemas sanitarios en los Estados Miembros de la Unión Europea están afrontando problemas debidos a desequilibrios entre la oferta y la demanda de recursos humanos para la sanidad, a una distribución desigual de los trabajadores sanitarios, y a desequilibrios en cuanto a las capacidades. En algunos de estos sistemas, los empleados se encuentran también en entornos de trabajo pobres. Asimismo, hay importantes disparidades geográficas en cuanto a la disponibilidad de cobertura médica en una serie de países tanto en las zonas de baja densidad de población como en las grandes ciudades y áreas urbanas.

3.2 Los legisladores y las autoridades sanitarias tienen ante sí el desafío de adaptar los sistemas sanitarios y sociales a los cambios demográficos, tecnológicos, económicos e institucionales. Los servicios sanitarios soportan una carga de trabajo extremadamente intensa. De hecho, los trabajadores sanitarios en su sentido más amplio constituyen uno de los sectores más significativos de la economía de la UE al proporcionar empleo al 9,7% de la fuerza laboral de la UE [3]. El Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas Sanitarias [4] ha revelado que la atención sanitaria consume entre el 7 y el 11% del PIB en los países de Europa Occidental pero que aproximadamente el 70% de los presupuestos europeos se dedica a los sueldos y a otras cargas relacionadas directamente con el empleo.

4. La demografía cambiante de Europa – una población que está envejeciendo y una fuerza laboral que está envejeciendo

4.1 El tema de la capacidad de la fuerza laboral sanitaria en Europa reviste gran importancia a causa de las características demográficas de la población de la UE. Los ciudadanos de la Unión actualmente viven más tiempo gozando de mejor salud y tienen mayores expectativas sobre sus servicios sanitarios.

4.2 La esperanza de vida ha aumentado considerablemente en Europa Occidental desde los años 50 del siglo XX, unos 2,5 años por década (DN obtener gráfico e insertarlo o introducir un anexo), y se espera que siga aumentando. Actualmente se aprecia claramente la tendencia a que las personas vivan más tiempo. Ha aumentado la esperanza de vida a la edad de 56 e incluso de 80 años, incrementándose aún más que la esperanza de vida en el momento de nacer.

4.3 Al mismo tiempo, en la UE, el servicio estadístico de la Comisión Europea [5] vaticina una disminución de la población del 11,7% en los nuevos Estados Miembros para el año 2050 a causa de los modelos de migración y los bajos índices de fertilidad. Una combinación de estos factores, junto con el envejecimiento de la generación del ‘baby boom’ ocasionará cambios tremendos en la composición demográfica en la Europa de los próximos cincuenta años

4.4 Debido a la cambiante composición de la población, el mayor desafío para la prosperidad económica en el futuro quizá sea el declive en la cantidad de personas en edad de trabajar. El Libro Verde de la Comisión Europea “Frente al cambio demográfico”: una nueva solidaridad entre generaciones” [6] sugiere que para 2009 la cohorte más joven de población en edad de trabajar ya será menor que la cohorte más anciana. Para 2050 se prevé que haya 66 millones de personas con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años y sólo 48 millones entre 15 y 24, lo cual significa que la población en edad de trabajar comenzará a disminuir poco después de 2010 y que el mercado laboral tendrá que confiar cada vez más en los trabajadores más ancianos.

4.5 La fuerza laboral sanitaria también está envejeciendo, lo cual agravará las carencias actuales en algunos Estados Miembros. Entre 1995 y 2000, el número de médicos menores de 45 años en Europa disminuyó un 20% mientras que el número de quienes superaban esta edad aumentó un 50%. Las edades medias también están aumentando en el caso de las enfermeras: en algunos Estados Miembros, como en el Reino Unido por ejemplo, casi la mitad de las enfermeras tiene más de 45 años.

4.6 En algunos sistemas sanitarios el tratamiento de enfermedades crónicas puede tener o está teniendo lugar más cerca de los hogares. A causa del enorme cambio acaecido en la estructura y el papel de la familia, la demanda de cuidados está aumentando. En algunos Estados Miembros los cuidados fuera de los hospitales son sobre todo de tipo informal pero un aumento de la velocidad de crecimiento en el índice de empleo femenino podría llevar a una menor capacidad de las familias de cuidar de sus miembros dependientes. Estos factores contribuyen al aumento de la mayor demanda de trabajadores formales capaces de dispensar cuidados.

4.7 Para apoyar a la fuerza laboral que dispensa cuidados tanto de manera formal como informal será necesario aumentar la cantidad de personas disponible y dispuesta a desempeñar estas funciones. Atraer la participación de los trabajadores en este sector constituirá un gran desafío, especialmente debido a la competencia existente en el mercado laboral que a menudo lleva

a ofrecer mejores sueldos y condiciones. Se trata de una cuestión que se deberá abordar con una serie de estrategias destinadas a reclutar y retener tanto a trabajadores jóvenes como maduros. Asimismo, estas estrategias también se deberán orientar en función de la diversidad de la población moderna europea, tanto en términos de flexibilidad de las condiciones de servicio como en términos de sensibilidad cultural respecto a las necesidades relativas a la etnicidad y costumbres religiosas. Quizá sea necesario personalizar los programas de reclutamiento y formación para atraer a quienes proceden de culturas diferentes de manera que la fuerza laboral refleje la composición étnica de las poblaciones que reciben sus servicios.

4.8 Quizá haya que desarrollar nuevos currículos educativos en algunos Estados Miembros con el fin de llevar a cabo una transición desde un movimiento en el que se confía en cuidadores informales a uno en el que éstos reciben una formación y un título reconocidos.

5. Feminización de la fuerza laboral sanitaria

5.1 La feminización de la fuerza laboral es un asunto a considerar por la influencia que ejerce en la capacidad y las necesidades de la fuerza laboral. Desde un punto de vista histórico, la participación de las mujeres en la fuerza laboral sanitaria siempre ha sido significativa y actualmente está aumentando.

Las mujeres representan hasta el 77% de la fuerza laboral sanitaria en Europa y en algunos Estados Miembros el índice de matriculación de éstas en las escuelas de medicina supera el 50%, lo cual tiene implicaciones en la capacidad de dicha fuerza laboral por la tendencia de las mujeres a tomarse periodos de descanso durante la carrera y a trabajar a tiempo parcial por compromisos familiares. Por supuesto que no sólo las mujeres buscan este tipo de flexibilidad en el puesto de trabajo: los hombres también intentan lograr un buen equilibrio entre la vida profesional y la vida personal cambiando sus modelos de trabajo. Cuantos más trabajadores sanitarios trabajan a tiempo parcial más personas son necesarias para proporcionar el mismo servicio.

6. Sostenibilidad de la fuerza laboral

6.1 Las autoridades sanitarias y los directores de recursos humanos deben reflexionar sobre su comprensión de estos asuntos y sobre las respuestas de sus organizaciones ante los mismos. Para la mayoría, la cuestión principal consiste en su capacidad de atraer, retener y desarrollar la fuerza laboral necesaria para cubrir la demanda de servicios en el futuro.

6.2 La OMS ha pedido a los países desarrollados que inviertan en formación y que sean autosuficientes en cuanto a los trabajadores sanitarios. Se trata de una política que se puede perseguir en Estados Miembros con la capacidad económica necesaria para invertir en formación pero, al mismo tiempo, debemos preguntarnos si es una opción factible o viable para países con un índice de población relativamente bajo o para los Estados Miembros que ya están afrontando las implicaciones económicas de la reforma del sistema sanitario. Quizá sea así para algunos y, ¿es demasiado bajo el índice de población para producir, por ejemplo, suficientes especialistas médicos en todo el abanico de especialidades?

7. Garantizar el despliegue más efectivo de profesionales sanitarios y cuidadores

7.1 La eficacia de los sistemas sanitarios en un entorno cambiante requiere una fuerza laboral sanitaria bien formada y flexible. El desarrollo de la atención a domicilio, los servicios de atención primaria y las nuevas tecnologías pueden tener implicaciones en las funciones y la división del trabajo entre los distintos grupos profesionales. Por ejemplo, algunos países como el Reino Unido y Francia han emprendido iniciativas destinadas a mejorar las capacidades de las enfermeras, los farmacéuticos o el personal de emergencia, así como dirigidas a la creación de nuevos tipos de empleos como los asistentes sanitarios, que pueden asumir algunas de las obligaciones de las enfermeras. También la forma de interactuar de los profesionales sanitarios está cambiando en algunos Estados Miembros al recurrir a equipos multidisciplinares. Con el fin de garantizar un despliegue lo más efectivo posible de la fuerza laboral, es necesario contar con mejor información sobre las condiciones

laborales, la naturaleza y amplitud del trabajo desempeñado, los tipos de empleadores y las barreras a la introducción de criterios de flexibilidad en la fuerza laboral sanitaria.

7.2 El desarrollo de nuevos roles como el de los trabajadores sanitarios de apoyo y el personal paramédico puede mejorar el número de trabajadores a disposición. Se pueden diseñar nuevos roles no sólo con el fin de dispensar más cuidados de manera adecuada, sino también para incrementar la dimensión del mercado laboral a disposición en áreas en las que haya sido difícil reclutar personal 'tradicional'. Análogamente, los nuevos roles pueden dejar libre a otros tipos de personal para que sean más 'productivos'. Estos nuevos roles pueden dejar tiempo libre para que el personal más especializado o capacitado trabaje directamente con aquellos pacientes que necesiten dicho nivel de conocimientos.

8. Migración de trabajadores sanitarios – perspectiva europea

8.1 La directiva 2005/36/CE [7] sobre el reconocimiento mutuo de cualificaciones profesionales consolida las directivas existentes sobre siete profesiones: médicos, enfermeras, dentistas, cirujanos veterinarios, matronas, farmacéuticos y arquitectos. El objetivo de la directiva consiste en facilitar el suministro de servicios transfronterizos y mejorar los sistemas existentes de reconocimiento con miras a establecerse en otro Estado Miembro.

8.2 Cuando en mayo de 2004 se produjo la ampliación de la UE a 25 miembros y después se amplió de nuevo con la entrada de Bulgaria y Rumanía en 2007, muchos profesionales sanitarios aprovecharon la oportunidad para trasladarse a otros países de la UE en busca de mejores sueldos y condiciones de servicio así como para aumentar su experiencia profesional. Al mismo tiempo, es importante no olvidar que los profesionales sanitarios que migran no necesariamente lo hacen dentro de la Unión Europea. Muchos médicos y enfermeras se marchan de la UE para ocupar puestos en EE.UU., Canadá, Australia y Nueva Zelanda atraídos por campañas de reclutamiento en las que se ofrecen buenos sueldos y condiciones de servicio. El resultado de esta situación en los Estados Miembros incapaces de contener este éxodo se traduce en la dificultad de efectuar

una buena distribución de los profesionales sanitarios, especialmente en las áreas rurales y periféricas.

8.3 La migración en el mercado interior también tiene aspectos positivos. De alguna manera puede ir en la dirección de garantizar que los profesionales sanitarios vayan allá donde más se les necesita y también puede asistir a los países de origen que tengan un exceso de oferta de personal. Cabe destacar como ejemplo que Inglaterra reclutó a más de 1.000 enfermeras españolas entre los años 2001 y 2005 mientras el servicio sanitario nacional inglés esperaba los resultados de haber aumentado su inversión en la formación de enfermeras.

8.4 Sin embargo, si las cifras generales y especializaciones de los profesionales sanitarios no están indicadas adecuadamente desde el principio en la oferta de fuerza laboral de un Estado Miembro, la movilidad y la migración representan un riesgo grave para los sistemas sanitarios de la Unión que influye sobre todo en los Estados Miembros más pobres y que aumenta las disparidades regionales. En este contexto, algunos Estados Miembros quizá no deseen arriesgarse a invertir en formar a más profesionales sanitarios si el índice de retención y los resultados de la inversión son bajos. Una estrategia al respecto podría ser promover más cooperación entre países o instituciones limítrofes.

DN: contribución de la DG MERCADO en relación con la directiva sobre movilidad profesional

9. Migración de profesionales sanitarios – un fenómeno mundial

9.1 La mayor demanda de personal médico y enfermero en el mundo desarrollado y la competición existente en este ámbito indica que la migración internacional es un fenómeno mundial. Estar en posesión de una cualificación profesional puede representar un pasaporte para escapar de la pobreza y de la guerra, un medio para apoyar a las familias que se quedan en el país de origen o un sistema para aumentar el sueldo del profesional.

9.2 El estudio de la Academia de Sanidad "US-based International Nurse Recruitment: Structure & Practices of a Burgeoning Industry" (Reclutamiento Internacional de Enfermeras en EE.UU.: Estructura y Prácticas de una Industria Floreciente" [8] ha revelado que la enfermería constituye uno de los sectores laborales de más rápido crecimiento en la economía de los Estados Unidos y que se espera un déficit de 800.000 enfermeras en 2020. Las búsquedas en Internet del equipo de investigación han revelado la existencia de 267 agencias internacionales de reclutamiento de enfermeras en Estados Unidos, lo cual supone que la cifra se ha multiplicado por diez respecto a las 30-40 existentes a finales de los 90, con operaciones en 74 países. Las agencias de reclutamiento estadounidenses que ofrecen paquetes de empleo atractivos ya están reclutando activamente personal en la Unión Europea.

9.3 La contratación de personal de otros países permite transferir experiencia y compartir ideas que pueden ser extremadamente valiosas para los pacientes, las personas y sus colegas. Las oportunidades de desarrollar los conocimientos y las capacidades adquiridas mientras se trabaja en otro país o en otro sistema sanitario son valiosas, especialmente si dicha experiencia se lleva al país de origen.

Sin embargo, tal y como han descubierto los Estados Miembros, la migración puede ser positiva para ambas partes pero también puede provocar un déficit en la fuerza laboral del país de origen.

9.4 El África Subsahariana, por ejemplo, soporta el 25% de la carga mundial de enfermedades y sólo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios de todo el mundo y con el 1% de los recursos económicos mundiales para superar este desafío. La migración es un factor clave que determina una baja densidad de trabajadores sanitarios en los países con los indicadores sanitarios más bajos. En Zambia, por ejemplo, hay menos de 0,12 trabajadores sanitarios por cada 1.000 habitantes respecto a los 4,2 por cada mil habitantes en Italia.

9.5 En todo el mundo, la OMS calcula que son necesarios 4,3 millones más de trabajadores sanitarios para poder cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio correspondientes y ha identificado 57 países con déficits críticos de este tipo de personal. Treinta y seis de estos países se encuentran en África.

10. La dimensión ética de la movilidad de los trabajadores sanitarios

10.1 El marco político de la UE sobre sanidad y desarrollo recomienda la promoción de la sanidad pública y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios a nivel nacional con el fin de mejorar el acceso a servicios de calidad. “Investing in People” (Invertir en las Personas) es la principal herramienta del programa de apoyo de la UE destinada a ayudar a los países socios de la UE a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Uno de los focos en materia de salud es la crisis de recursos humanos en los sistemas sanitarios de los países en desarrollo. Las agencias de desarrollo están realizando un gran esfuerzo para desarrollar estrategias eficientes dirigidas a gestionar el tema de la migración y reducir así el índice de migración de trabajadores sanitarios desde los países en desarrollo.

10.2 Es importante comprender primero los factores que explican por qué migran los profesionales sanitarios. Estos factores se conocen habitualmente como factores “push” (impulso) y “pull” (tirón).

Tal y como se ha descrito anteriormente, los profesionales sanitarios se sienten atraídos a desplazarse por factores presentes en otros países como los sueldos, los estándares de reclutamiento, las condiciones laborales, como forma de mejorar las titulaciones, desarrollar la carrera, alcanzar un mejor nivel de vida, como forma de enviar dinero a casa. Estos son factores “pull”. Los factores “push” pueden ser las malas condiciones laborales y salariales o incluso condiciones tan extremas como la guerra.

10.3 En la última década, se han elaborado Códigos de la Práctica destinados al reclutamiento ético de personal con el objetivo de reducir el impacto negativo de los flujos de migrantes en los sistemas sanitarios vulnerables de los países en desarrollo. Cabe destacar al respecto el Código de la Práctica para el Reclutamiento Internacional de Profesionales Sanitarios del Reino Unido [9] cuyo objetivo consiste en redirigir la acción internacional activa de reclutamiento hacia países capaces de manejar los flujos externos, incluyendo países en desarrollo como la India y Filipinas en los que los gobiernos han estado de acuerdo con el reclutamiento internacional o lo han alentado activamente. Noruega y los Países Bajos han elaborado estrategias relativas a la

fuerza laboral basadas en limitar el reclutamiento estatal activo desde países en desarrollo o en promover el uso de acuerdos bilaterales.

10.4 Es necesario reconocer las limitaciones existentes para la eficacia de los códigos deontológicos así como también el poder que tiene una acción coordinada. El impacto de los códigos deontológicos se diluye por la facilidad con la que los reclutadores que no suscriben el cumplimiento del código pueden conseguir la oferta a disposición. De aquí se desprende que una posibilidad podría ser la adopción de un enfoque más completo a través de una acción global coordinada tal y como propone la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario de la OMS que está elaborando un código deontológico mundial.

Cuestiones sobre las que la Comisión invita a ofrecer aportaciones

¿Cuáles deben ser las funciones de la UE y los Estados Miembros a la hora de garantizar que se protegen los recursos humanos para la sanidad en los países en desarrollo?

¿Qué manera considera Vd. que es eficaz para reducir el “pull” (tirón) de trabajadores sanitarios de los países en desarrollo?

¿Se deben extender las consideraciones éticas en relación con el reclutamiento de un País Miembro a otro?

11. Capacidad de formación sanitaria

11.1 Un tema que también se debe considerar como parte de la planificación de la fuerza laboral es la capacidad de formación. Si hacen falta más

médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios, también será necesario crear más enclaves universitarios o escuelas de formación y contar con más personal docente para formarles, lo cual conllevará mucha planificación e inversión y quizá se pueda buscar apoyo económico en los fondos estructurales de la UE. También tenemos que considerar qué tipos de especialistas serán necesarios a medida que cambien los tratamientos sanitarios y las previsiones epidemiológicas vaticinen, por ejemplo, un aumento en distintos tipos de cáncer.

11.2 También hay una serie de iniciativas de la Comisión en el área de la formación que influyen en los profesionales sanitarios. El Proceso de Bolonia (que comenzó en 1999) tiene el objetivo de crear un Espacio Europeo de Formación Superior para el año 2010 y hacer que la Formación Superior Europea sea más compatible y comparable en Europa. Una de las áreas cubiertas en el Proceso de Bolonia es la de las cualificaciones en el ámbito de la sanidad. Asimismo, la Comisión está elaborando un Marco Europeo de Cualificaciones para la formación a lo largo de la vida (EQF en sus siglas en inglés). Se trata de una herramienta de referencia para comparar los niveles de cualificaciones de los distintos países y sistemas de educación y capacitación que analiza los resultados del aprendizaje más que las horas de formación.

11.3 El tema del desarrollo profesional continuo de los profesionales sanitarios es una cuestión tan importante como la de las cualificaciones profesionales. Precisamente gracias al registro del Desarrollo Profesional Continuo los empleadores pueden saber hasta qué punto están al día los profesionales en cuanto a sus capacidades y conocimientos. Sin embargo, los distintos estándares en los Estados Miembros dificultan que los futuros empleadores puedan medir el nivel de experiencia y manifestar su preocupación sobre la capacidad y calidad profesional de un trabajador sanitario y la seguridad de los cuidados que dispensa. Es necesaria una mayor cooperación en el seno de la UE para afrontar este tema.

Pregunta

¿Se debe crear un foro europeo en el que celebrar este importante debate?

12. Capacidad de la sanidad pública

12.1 De la misma manera que los cuidados clínicos para la salud y sustentar la planificación de los servicios sanitarios son cuestiones importantes, la función de la sanidad pública también lo es. Hay que conocer las necesidades sanitarias y evaluar su influencia, promover la salud y la formación, la economía en el ámbito sanitario, efectuar un mapa epidemiológico y planificar el control de infecciones. (Nota de Traducción: este fragmento no está redactado con claridad en inglés). Hacen falta médicos, virólogos, epidemiólogos y microbiólogos de la sanidad pública, entre otros muchos, para planificar las emergencias sanitarias y poder afrontar la difusión de enfermedades, infecciones y pandemias, así como para planear la respuesta de la sanidad pública ante catástrofes. Será necesario dotar a la sanidad pública de mayor capacidad, lo cual conllevará un aumento de la capacidad de formación y, por supuesto, aumentar el número de formadores.

13. La Directiva Europea sobre la Jornada Laboral

13.1 En agosto de 2004 entró en vigor la Directiva sobre la Jornada Laboral (WTD en sus siglas en inglés) con el fin de proteger la salud y la seguridad de los trabajadores disminuyendo el número de horas de trabajo (hasta un máximo de 58) e imponiendo una serie de requisitos mínimos de descanso (con un máximo de 13 horas de trabajo en el mismo día y con al menos 11 horas de descanso entre turnos). En 2009, el número máximo de horas de trabajo se reducirá todavía más hasta 48 horas. En el sector sanitario, la Directiva sobre la Jornada Laboral contribuye a garantizar tanto la salud como la seguridad de los profesionales sanitarios y los pacientes pero al reducir las horas de trabajo de los profesionales, como por ejemplo en el caso de los médicos en fase de formación a los que habitualmente se ha recurrido para trabajar muchas horas seguidas, influye en la cantidad necesaria de personal para proporcionar servicio las 24 horas del día.

13.2 Por ejemplo, contar el ‘tiempo de guardia inactivo’ como tiempo de trabajo en la práctica puede reducir la disponibilidad de profesionales sanitarios y causar una carga económica adicional para el sector de la sanidad.

Asimismo, tiene impacto en la planificación relativa al personal ya que, por ejemplo, puede influir en el tipo de contrato que se ofrece a los profesionales sanitarios, lo cual podría provocar la tendencia a ofrecerles turnos de trabajo o un contrato como trabajador autónomo que les permitiría trabajar más horas. Es más, la medida 'opt-out' (superación voluntaria de la jornada máxima de trabajo) que permite que un trabajador pueda individual y voluntariamente superar el límite de 48 horas de trabajo de media semanal (incluyendo el tiempo de guardia inactivo) quizá provoque que los profesionales sanitarios soliciten un aumento de sueldo a cambio de firmar la cláusula 'opt-out'.

14

14. La función de los empresarios clínicos en la fuerza laboral

14.1 Algunos profesionales sanitarios trabajan como empresarios que dirigen sus propias prácticas o centros médicos y contratan personal. Las políticas de la Comisión destinadas a mejorar el ámbito de los negocios en Europa y a apoyar y alentar la creación de empresas influyen en estas actividades. Recientemente se ha publicado una Comunicación de la Comisión sobre la "Pequeña y Mediana Empresa (PYMES) – Clave para proporcionar un mayor crecimiento y puestos de trabajo. Revisión Intermedia de la Política para PYMES modernas" con fecha de 4 de octubre de 2007 reconociendo la importancia de la contribución de las PYMES en el cumplimiento de los objetivos de la Estrategia de Lisboa destinados a fomentar el crecimiento económico y crear nuevos y mejores puestos de trabajo. Dichos empresarios pueden contribuir al fortalecimiento del crecimiento europeo y servir de motor para la innovación, el desarrollo local, la formación y el empleo.

15

15. La influencia de las nuevas tecnologías

15.1 La fuerza laboral tiene que responder adecuadamente a las necesidades y demandas de la población, así como a los cambios tecnológicos, económicos e institucionales. Las nuevas tecnologías amplían los conocimientos y el potencial técnico de la atención sanitaria pero por otro lado modifican el abanico y la naturaleza de las medidas en el ámbito de la salud. Asimismo, influyen en la configuración de los sistemas sanitarios y pueden llevar a una mayor especialización en determinadas áreas, desplazar algunos tipos de

atención sanitaria desde los hospitales o hacia ellos y pueden cambiar el carácter del trabajo de los profesionales sanitarios.

15.2 La introducción de nuevas tecnologías puede contribuir a dar solución al tema de la fuerza laboral en áreas en las que hay déficit de trabajadores sanitarios. La telemedicina (también conocida como telesalud) se define como el suministro de servicios sanitarios a pacientes utilizando las tecnologías de la comunicación en situaciones en las que el personal clínico y el paciente no se encuentran en el mismo lugar. La telemedicina incluye la transmisión de imágenes, archivos de audio, vídeo y cualquier otra información de carácter médico para apoyar el diagnóstico, la monitorización y el tratamiento de pacientes [1]. Esta definición es aplicable a una serie de ámbitos de la salud y, en particular, al tratamiento de enfermedades crónicas.

16. Política regional – Uso de fondos estructurales regionales y del Fondo Social Europeo

16.1 El desarrollo de la fuerza laboral sanitaria de la UE también está ligado a la política regional. Según el marco jurídico actual, el Fondo Social se puede utilizar para desarrollar la fuerza laboral de ámbito sanitario. El Fondo Social Europeo (FSE) es uno de los fondos estructurales de la UE establecido para reducir las diferencias en relación con la prosperidad y los estándares de vida en los Estados Miembros y regiones, promoviendo así la cohesión económica y social. El FSE está dirigido al fomento del empleo en la UE. Contribuye a que la fuerza laboral y las empresas de los Estados Miembros estén mejor equipadas para afrontar los nuevos desafíos mundiales. La nueva Regulación del Fondo Social Europeo (FSE) de julio de 2006 incluye una “mejor salud” entre sus áreas de acción prioritaria y las Directrices Estratégicas de la Comisión en materia de cohesión se centran en “Contribuir a mantener una fuerza laboral saludable”. Algunos Estados Miembros (principalmente los nuevos) tienen pensado invertir en la educación y capacitación de profesionales sanitarios mediante el uso de Fondos Estructurales. Se puede contribuir eficazmente a reducir las brechas en la sanidad y mejorar la cohesión en y entre los Estados Miembros efectuando grandes inversiones dirigidas a mejorar las capacidades y competencias de la fuerza laboral de ámbito sanitario.

[1] Edwards, J. *Telemedicine. Definitions and Applications: An Overview*. Gartner 31 August 2006

17. Evidencia para la toma de decisiones – Falta de información comparable sobre los profesionales sanitarios

(DN_LA INFORMACIÓN A DISPOSICIÓN SE ADJUNTARÁ COMO ANEXO_)

17.1 La falta de información comparable sobre los profesionales sanitarios actualmente impide el desarrollo de políticas basadas en la evidencia. Considerando que la posibilidad de déficits en una parte de Europa influye en otros lugares, contar con información relativa a toda Europa sobre el número de profesionales sanitarios, sus especializaciones, edad, tiempo de trabajo y distribución es fundamental para planificar y proporcionar servicios sanitarios para todas las autoridades sanitarias de la UE. La falta de información sobre los profesionales sanitarios no sólo es una cuestión importante a nivel de la UE, sino que también está impidiendo el desarrollo de políticas basadas en la evidencia por parte de quienes toman las decisiones políticas en materia de fuerza laboral en los Estados Miembros.

17.2 El proyecto de la OCDE sobre la migración de trabajadores sanitarios, que todavía está en fase de realización, será útil. Sin embargo, la mayor parte de la información de este estudio se refiere al año 2000 (antes de la ampliación de la UE). Sólo hay un capítulo breve sobre el impacto de la ampliación y, además, el estudio no muestra la situación en todos los Estados Miembros de la UE (en la mayoría de los casos cubre sólo 15 Estados Miembros). No suministra información sobre profesionales sanitarios que no sean médicos o enfermeras. Asimismo, también establece que hay disparidades entre los números y porcentajes absolutos en relación con los profesionales sanitarios nacidos y formados en el extranjero. La comparabilidad de la información es una cuestión problemática a causa de las diferencias existentes en los procesos de registro.

17.3 La Oficina Regional de la OMS para Europa encargó un estudio de investigación sobre la Migración de Trabajadores Sanitarios en la Región Europea. Se efectuaron cinco estudios de casos: Estonia, Alemania, Lituania, Polonia y Reino Unido. Se averiguó que ninguno de los cinco países podía suministrar información precisa y completa sobre los flujos internacionales

de profesionales sanitarios. Todos ellos informaron de algún tipo de limitación en la información a disposición. El sistema de medición más común de dicho flujo se desprende de los certificados emitidos para las autoridades competentes (“verificaciones”). A partir de este dato se obtiene una medición general anual de cuántos profesionales han pensado en trasladarse a otro país pero hay que tener en cuenta que no todos se trasladan efectivamente y también que hay personas que quizá presenten más de una solicitud. Por ejemplo, el informe nacional sobre Estonia revela que de los 344 que obtuvieron el certificado 182 médicos emigraron efectivamente (53%) al igual que 90 de las 155 enfermeras (58%).

17.4 Otra limitación para encontrar información disponible es que es prácticamente imposible seguir la pista cuando el profesional no retoma un puesto similar en el país de destino. Por ejemplo, una enfermera polaca que obtenga un puesto como asistente de cuidados en el Reino Unido no constará en la información relativa al registro profesional (Buchan, 2005).

17.5 Es necesaria una mayor recopilación de información de manera más coherente y coordinada en la UE. Sería importante disponer de información más detallada sobre los modelos de migración en el seno de la Unión Europea y desde fuera de la misma al mismo tiempo que sería útil recopilar información clasificada por Estado Miembro y grupo profesional así como por especializaciones dentro de cada grupo profesional. Por “grupo profesional” no sólo nos referimos a quienes suministran servicios sanitarios como médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, matronas sino también a los trabajadores del sistema sanitario: a gestores de ámbito sanitario y a quienes desempeñan funciones clave en la sanidad pública.

17.6

Entre las preguntas sobre las que la Comisión invita a efectuar aportaciones cabe destacar las siguientes:

- ¿Cómo se puede mejorar la disponibilidad y comparabilidad de la información sobre los profesionales sanitarios, con la intención en particular de determinar los movimientos precisos de grupos concretos de profesionales sanitarios?
- ¿Tenemos información suficiente y precisa sobre los profesionales de los distintos países en términos de números, déficits, capacidad de formación, capacidades y necesidades?
- ¿Qué sería apropiado para obtener un conjunto mínimo de datos sobre la migración de profesionales sanitarios?
- ¿Qué nivel de recopilación de información supondría una carga administrativa demasiado grande?

18. ¿Por qué es importante una buena gestión de los recursos humanos?

18.1 Una buena planificación y gestión de los recursos humanos es crucial en la retención del personal al mismo tiempo que ofrece ventajas económicas para las organizaciones empleadoras si se reduce el relevo de personal. La razón que motiva al personal para que se quede en su puesto de trabajo no es únicamente el sueldo, aunque éste sea claramente un factor importante. Asimismo, el personal debe sentirse valorado y para ello es necesario un entorno que les ofrezca oportunidades de desarrollo, quizá a través de un proceso de evaluación o mediante el desarrollo profesional continuo. Los empleados se han convertido cada vez más en consumidores con un nivel de con-

cienciación cada vez mayor sobre las ventajas, las oportunidades educativas y las opciones de empleo. La mejora de la movilidad a través del mercado interior ofrece más poder al mercado y redefine la relación empleador – empleado.

18.2 Los directores, planificadores y empleadores de recursos humanos necesitarán reconocer el lazo existente entre las buenas prácticas en el empleo y el atractivo a largo plazo en los mercados laborales locales. La finalidad debe ser convertirse en el empleador elegido y contar con la participación del personal, su satisfacción y orgullo en su organización. Para alcanzar este objetivo serán necesarios líderes y capacidad en términos de recursos humanos para garantizar las capacidades necesarias dirigidas a asegurar el suministro de mano de obra cualificada a largo plazo.

18.3 Las campañas de reclutamiento pueden aprovecharse del aumento del grupo de edad mayor de 55 años en el mercado laboral. Se pueden utilizar campañas de vuelta al trabajo dirigidas a quienes hayan trabajado previamente en el ámbito de la atención sanitaria, o a quienes hayan dejado de trabajar durante un determinado periodo de tiempo quizá por compromisos familiares, con el fin de atraer a solicitantes sabiendo que serán necesarios cursos especiales de formación para ayudar a que éstos accedan y se adapten al puesto de trabajo.

18.4 Las personas graduadas y quienes acaban de terminar los estudios deben ser conscientes de la rica diversidad de oportunidades de hacer carrera en los campos de la sanidad y la dispensación de cuidados. Se puede animar a los trabajadores más maduros, a quienes vuelven al trabajo tras sus responsabilidades en casa o a quienes necesitan cambiar de carrera para que se sumen a la fuerza laboral mediante cursos de formación especialmente diseñados para ellos. De la misma forma, hay profesionales de la salud y los cuidados que dejaron de trabajar por toda una serie de motivos. Los estudios de investigación revelarán por qué lo hicieron. Quizá porque no estaban satisfechos con el sueldo y las condiciones laborales, en cuyo caso, si se pueden mejorar, hay posibilidades de que vuelvan con el apoyo de formación de refresco.

18.5 En algunas partes de Europa quizá haya que diseñar campañas dirigidas a integrar a aquellas personas provenientes de minorías étnicas en la fuerza laboral de manera que ésta refleje con mayor precisión la composición de la población a la que ofrece sus servicios. De este modo, se contribuirá a que los servicios se puedan diseñar prestando atención a los aspectos culturales.

¿Qué puede hacer la UE para contribuir a que se compartan las buenas prácticas sobre recursos humanos y sobre estrategias de reclutamiento y retención?

19

19. ¿Qué puede hacer la UE para apoyar a los Estados Miembros?

19.1 La principal responsabilidad para la organización y el suministro de servicios sanitarios y cuidados médicos recae en los Estados Miembros. Sin embargo, éstos deben afrontar desafíos comunes en relación con sus fuerzas laborales sanitarias.

19.2 Por ejemplo, la UE puede apoyar a los Estados Miembros monitorizando la situación, concienciando y facilitando el intercambio de buenas prácticas. Esta consulta ofrece a la sociedad civil y a las partes interesadas la oportunidad de comentar los asuntos abordados en el Libro Verde y efectuar sugerencias específicas sobre lo que querrían que hiciera la UE, en su ámbito de competencia, para apoyar a los Estados Miembros.

20

20. El procedimiento de consulta

20.1 El objetivo del Libro Verde es abrir un amplio proceso de consulta y lanzar un debate en profundidad con la participación de las instituciones de la UE, los Estados Miembros y la sociedad civil con el fin de definir las accio-

nes necesarias tanto a nivel de Estados Miembros como a nivel de la Unión Europea para abordar los asuntos descritos en dicho Libro.

20.2 La Comisión invita a todas las organizaciones interesadas a presentar sus respuestas a los asuntos abordados en el Libro Verde, antes del xxxxx, a la siguiente dirección (preferiblemente por e-mail). A no ser que los encuestados hagan una declaración en sentido contrario, los servicios de la Comisión deducirán que no tienen nada que objetar a que se publiquen sus respuestas total o parcialmente en la página web de la Comisión y/o se citen en informes que analicen el resultado del proceso de consulta.

Anexo

Reguladores Independientes – Acuerdo de Profesionales Sanitarios Cruzando Fronteras

El Acuerdo de Profesionales Sanitarios Cruzando Fronteras es un acuerdo entre la mayor parte de los reguladores profesionales independientes europeos que han convenido trabajar para hacer que todas las notificaciones de audiencias disciplinarias y decisiones sean públicas siempre y cuando la legislación lo permita. Se trata de un trabajo destinado a garantizar la seguridad del paciente. Recientemente, nueve autoridades competentes en Europa han firmado el ‘Memorándum de Colaboración de Profesionales Sanitarios Cruzando Fronteras destinado a compartir la información caso por caso y de manera proactiva’.

Dicho Memorándum establece una serie de principios guía para compartir información entre reguladores en casos y situaciones disciplinarias complejas cuando se produce un fraude en el momento de registrarse. En particular, establece las modalidades de intercambio de información entre reguladores de manera proactiva tras casos disciplinarios graves utilizando un sistema de ‘alertas’. Esta iniciativa constituye una importante contribución a la seguridad del paciente en Europa.

Bibliografía

[1]

[2]

[3] (Comisión Europea, 2002).

[4] "Recursos Humanos para la Sanidad en Europa" 2006 Capítulo 2, pág. 15

[5]

[6]

[7]

[8] Pittman et al, Nov. 2007

[9] Código de la Práctica para el Reclutamiento Internacional de Profesionales Sanitarios, 2004

www.nhsemployer.org