

17

INFORME
ESPAÑA
2 0 1 0

una interpretación
de su realidad social



Fundación Encuentro



Edita: **Fundación Encuentro**
Oquendo, 23
28006 Madrid
Tel. 91 562 44 58 - Fax 91 562 74 69
correo@fund-encuentro.org
www.fund-encuentro.org

ISBN: 978-84-89019-37-9
ISSN: 1137-6228
Depósito Legal: M-26551-2010

Fotocomposición e Impresión: Albadalejo, S.L.
Antonio Alonso Martín, s/n - Nave 10
28860 Paracuellos del Jarama (Madrid)

| | |
|--|-----|
| Capítulo IV | |
| LAS PROFESIONES SANITARIAS | 221 |
| I. Tesis Interpretativas | 223 |
| 1. Los recursos humanos, clave del Sistema Nacional de Salud | 223 |
| 2. Los retos de la planificación de los recursos médicos | 224 |
| II. Red de los Fenómenos | 226 |
| 1. Panorámica de la profesión médica | 226 |
| 1.1 Distribución por comunidades autónomas | 227 |
| 1.2 Sanidad privada | 228 |
| 1.3 Financiación | 229 |
| 2. Perspectivas y retos de futuro: el déficit de médicos | 230 |
| 2.1 Edad | 231 |
| 2.2 Feminización | 233 |
| 2.3 Formación de médicos y especialistas | 234 |
| 3. Migraciones de los profesionales | 240 |
| 3.1 Emigración de los médicos españoles | 240 |
| 3.2 Inmigración de los médicos extranjeros | 245 |
| 4. El desplazamiento en la demanda de formación de especialistas | 247 |
| 4.1 Profesionales por especialidad | 248 |
| 4.2 Dinámica de plazas de formación MIR convocadas | 252 |
| 4.3 Causas de la evolución de las necesidades de especialistas | 253 |
| 5. El papel de los profesionales de la enfermería | 257 |
| 5.1 Funciones del profesional de enfermería | 261 |
| 6. La reforma de la formación en enfermería | 268 |
| 6.1 Evolución histórica de la titulación | 268 |
| 6.2 Situación actual | 270 |
| 6.3 Especialidades de enfermería | 273 |

Capítulo IV

LAS PROFESIONES SANITARIAS

I. TESIS INTERPRETATIVAS

1. Los recursos humanos, clave del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español es uno de los sistemas sociosanitarios más valorados a nivel mundial. Lo justifica la cobertura asistencial universal enmarcada en unos parámetros de calidad y excelencia de gran valor. El “modelo español”, como genéricamente se le conoce, ha facilitado la vertebración y estructuración de un sistema sociosanitario que se ha convertido en pilar fundamental de nuestro Estado de bienestar. No se puede discutir el alto nivel de eficacia alcanzado, la satisfacción que genera en el ciudadano, ni las miradas de otros países, que valoran la alternativa de implantar un modelo similar para sus ciudadanos. Es, sin duda, un modelo que ha alcanzado un alto grado de desarrollo en muchos aspectos, pero que presenta en la actualidad algunos problemas que si no se abordan y se resuelven de la forma más adecuada, y en el menor tiempo posible, generarán en el futuro desequilibrios e inquietud en los millones de ciudadanos que en este momento utilizan sus servicios.

La reforma sanitaria de nuestro país, cuyo colofón fue la Ley General de Sanidad de 1986, sólo fue posible a través de un modelo de concertación sociopolítica que cohesionó a la sociedad. En este punto, los profesionales sanitarios tuvieron un papel protagonista, que facilitó, no sólo la reforma, sino, lo que es más importante, la implantación y desarrollo del modelo sanitario.

Los profesionales sanitarios son el gran activo del SNS. Y, sin lugar a dudas, gracias a ellos se propició la reforma. Pero son estos mismos recursos humanos los que están ocasionando en estos momentos grandes dudas e incertidumbres acerca de la viabilidad y sostenibilidad del sistema sanitario. La Ley General de Sanidad tiene el reto de dar respuesta, de una forma rápida y flexible, a las necesidades de una población española muy distinta a la de hace treinta años. Se ha producido la descentralización del Estado, lo que ha generado 17 servicios de salud, que deben articularse de una manera eficiente en el SNS, a través de las herramientas y mecanismos habilitados para ello: Consejo Interterritorial, Organización Nacional de Trasplantes (ONT), Fondo de Cohesión...

Por otro lado, el profundo cambio sociodemográfico que se ha producido en España, y en Europa en general, donde al envejecimiento de la población hay que añadir el incremento de los flujos migratorios, el cambio en las estructuras y roles familiares y, desde el punto de vista sanitario, el crecimiento de las patologías crónicas, hace que sea interesante realizar un somero análisis del “talón de Aquiles” de cualquier organización: los re-

cursos humanos del SNS, sobre todo en su vertiente sanitaria (médicos y enfermeros). Distintas organizaciones están solicitando diferentes reformas estructurales que permitan mantener el nivel de funcionamiento actual, incorporando los recursos humanos precisos, así como las tecnologías más idóneas para incrementar y mejorar las prestaciones que recibe el ciudadano, teniendo en cuenta los recursos existentes y procurando la máxima eficacia en la gestión.

Se debe realizar un exhaustivo análisis y evaluación de las necesidades de los profesionales, a través de la implantación de registros autonómicos y estatales, a lo que habría que añadir un amplio estudio sociodemográfico de la España de hoy. Sólo a través de estos dos pilares, junto con una reorganización de los dispositivos sanitarios (probablemente a través de modelos integrados), en especial de la Atención Primaria, para dar cobertura de manera eficaz, eficiente y sostenible, no sólo a los pacientes agudos, sino también a los crónicos, se puede realizar una política de recursos humanos con un horizonte temporal de 20 a 30 años. Tenemos que superar ciertos obstáculos en el camino, como la desmotivación creciente de los profesionales, su emigración a otros países, la rotación entre comunidades autónomas, un modelo retributivo obsoleto, etc. Todo ello unido a una creciente feminización del sector y a la aparición del Espacio Europeo de Educación Superior emanado de Bolonia.

Este análisis de los profesionales sanitarios es el primer paso para establecer las claves de la proyección para una política de recursos humanos pragmática y sólida, que ayude a los políticos, a la administración y a los profesionales a consolidar y cimentar nuestro Sistema Nacional de Salud.

2. Los retos de la planificación de los recursos médicos

En este contexto, en nuestro país es necesaria una adecuada planificación de la previsión de médicos, que se anticipe a las necesidades a medio y largo plazo, ya que el exceso o el déficit de médicos pueden provocar tensiones en el sistema que dificulten su adecuado funcionamiento. El planificador sanitario tiene como objetivo determinar y conseguir el número idóneo de médicos de las distintas especialidades y con la distribución geográfica más adecuada a las necesidades de la población.

La planificación tiene como reto ajustar la oferta y la demanda de médicos a las necesidades reales del país, proponiendo, y en su caso adoptando, las medidas precisas en los distintos ámbitos de decisión: oferta formativa (número de plazas de formación en la universidad, número de plazas de especialización MIR y su adecuada distribución en las distintas especialidades); condiciones laborales de los médicos en el ejercicio profesional (edad de jubilación, trabajo con dedicación exclusiva, trabajo a tiem-

po parcial o en régimen de colaboración, consultores); distribución y equilibrio territorial de los recursos y de las dotaciones sanitarias; oferta de cartera de servicios; políticas retributivas (remuneración, incentívación, modelo productivo); organización de los servicios; política de migración, etc.

El planificador debe tener en cuenta las necesidades tanto del servicio público de salud como de los servicios privados, con los que también concierne servicios que suponen alrededor del 30% del gasto sanitario total en España. Ambos interactúan en la utilización de recursos: se establece un mercado regulado por la oferta y la demanda en el que compiten con sus elementos diferenciales. Para atraer recursos, el sector privado utiliza elementos como el salario, la alta tecnología y su mayor flexibilidad, mientras el servicio público compite con la estabilidad y seguridad.

Por otra parte, se debe tener en cuenta la segmentación del mercado, es decir, el número de especialidades existentes. Cuanto más segmentado esté el mercado, y más rígida sea su distribución territorial, mayor número de profesionales son necesarios, pues hay que cubrir con un mínimo de recursos cada uno de sus segmentos para cada territorio.

Para paliar esta segmentación se puede recurrir a la flexibilización de los flujos entre las distintas especialidades médicas, diseñando programas de formación especializada de carácter troncal que permitan cambiar de especialidad sin tener que iniciar nuevamente todo el proceso formativo. Así mismo, se pueden acordar prestaciones de servicios entre los distintos territorios que permitan adecuar las dotaciones –ajustadas a las necesidades reales de la población–, evitando sobredimensionar la oferta.

En un mundo cada vez más globalizado, las oportunidades de trabajo son globales y la movilidad internacional de los profesionales es un fenómeno creciente y a tener en cuenta por el planificador. La movilidad internacional tiene una clara repercusión en la oferta de profesionales y permite así mismo ajustar los mercados. España ha sido un país exportador de médicos, fundamentalmente al ámbito europeo y norteamericano. Desde hace algunos años se está convirtiendo en receptor de médicos de otros países, generalmente del este europeo, pero sobre todo de países latinoamericanos, que lógicamente carecen de la barrera idiomática. Según datos del Ministerio de Educación, el 82% de las convalidaciones de títulos de medicina en 2004 correspondieron a licenciados de países latinoamericanos.

Hay que prestar atención también a la movilidad interna del país, que equilibra la demanda en el corto plazo, pero puede producir tensiones si las condiciones laborales, tanto en su aspecto retributivo, de jornada laboral o de utilización de recursos tecnológicos, son muy diferentes entre los distintos territorios. Es prioritario, pues, que los órganos competentes (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) introduzcan los mecanismos de regulación necesarios.

II. RED DE LOS FENÓMENOS

1. Panorámica de la profesión médica. Las grandes cifras

Conocer la situación actual de la fuerza laboral médica en nuestro país es fundamental a la hora de abordar los desequilibrios existentes entre la oferta y la demanda de profesionales y planificar los recursos a corto, medio y largo plazo. Para ello, es preciso poder contabilizar adecuadamente los efectivos profesionales. Esto no es una tarea sencilla, debido a la diversidad de instrumentos y criterios de conceptualización entre las comunidades autónomas. El instrumento más utilizado es el indicador de los médicos colegiados. Otras estadísticas recurren a los profesionales contratados por cada servicio de salud. Algunas comunidades autónomas están comenzando a aplicar herramientas específicas de medición.

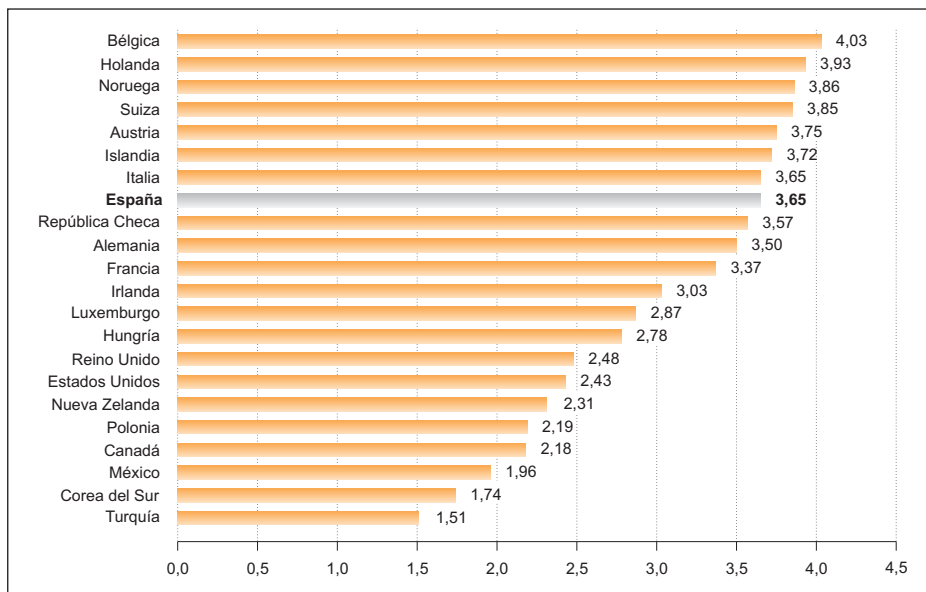
Los datos sobre el número y distribución de los médicos que trabajan en España son incompletos, ya que no existe un registro nacional de médicos, como en otros países desarrollados. Para aproximarse a una estimación cercana a la realidad hay que recurrir a distintas fuentes que aportan datos segmentados y, por lo tanto, de validez limitada.

En los últimos años, distintas organizaciones (Organización Médica Colegial, sociedades científicas, fundaciones o el propio Ministerio de Sanidad y Política Social) están realizando esfuerzos para obtener una aproximación fiable a la realidad de la población médica en ejercicio en España.

Según datos publicados por la Organización Médica Colegial¹, en España había 208.098 médicos colegiados en 2007, lo que supone una tasa de 460 por 100.000 habitantes. De ellos, 194.446 tenían menos de 70 años (429 por cada 100.000 habitantes) y 187.780 eran menores de 65 años (415). Los médicos colegiados con menos de 65 años y ejerciendo tareas asistenciales eran 172.364 (381). En 2007, la tasa de médicos en activo por cada 1.000 habitantes era de 3,65, cifra que nos sitúa por encima de algunos países de la OCDE (gráfico 1).

La población médica ha ido creciendo en España de forma paulatina a lo largo de los últimos años, pasando de 165.560 médicos colegiados en 1996 a los citados 208.098 en 2007, con un aumento del 25,7%. En el mis-

¹ Organización Médica Colegial (2009): *Demografía médica. Apuntes para la eficiencia del Sistema Sanitario*.

Gráfico 1 – Médicos en activo en algunos países de la OCDE. Tasa por 1.000 habitantes. 2007

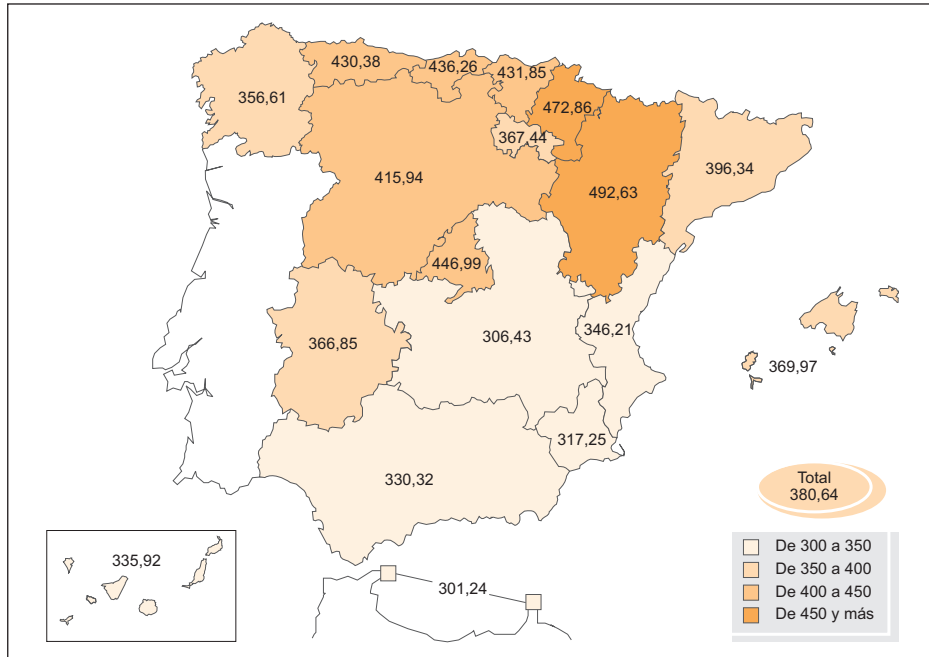
Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos de la OCDE.

mo período, la población española se incrementó un 13,9%, de 36.669.394 a 45.200.737 habitantes. En consecuencia, la tasa de médicos por 100.000 habitantes ascendió de 451 en 1996 a 460 en 2007.

1.1 Distribución por comunidades autónomas

Este panorama general presenta matices claramente diferenciados si se desciende al ámbito autonómico (gráfico 2). Tomando como indicador de referencia la tasa de médicos colegiados asistenciales menores de 65 años por 100.000 habitantes, se observan diferencias notables. Aragón, Navarra, Madrid, Cantabria, País Vasco y Asturias despuntan por tener las tasas más altas. En el extremo contrario se sitúan Ceuta y Melilla, Castilla-La Mancha y Murcia. Existe un evidente contraste norte-sur.

Gráfico 2 – Médicos colegiados asistenciales de menos de 65 años por comunidades autónomas. Tasa por 100.000 habitantes. 2007



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de Organización Médica Colegial (2009): *Demografía médica. Apuntes para la eficiencia del Sistema Sanitario*.

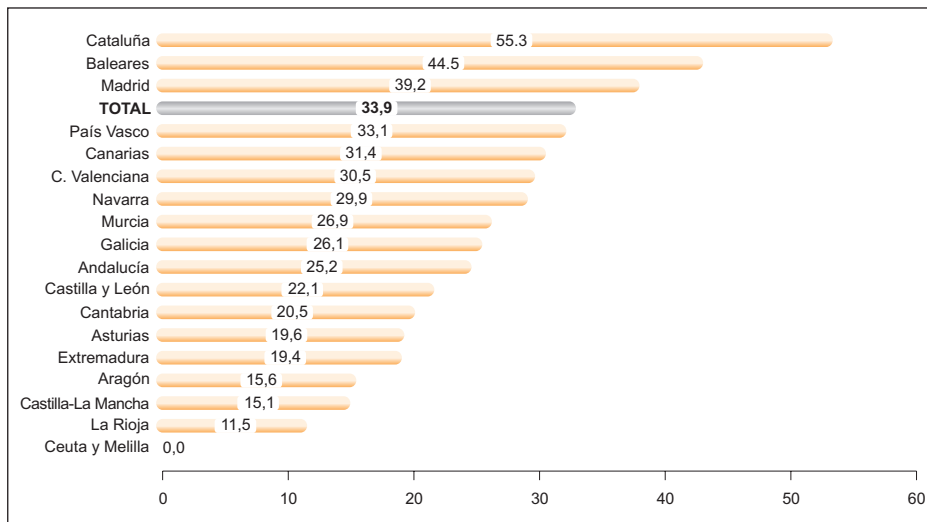
1.2 Sanidad privada

En España, casi el 34% de la población médica hospitalaria trabaja en el sector privado, con una distribución irregular según los distintos territorios (gráfico 3). Existe un elevado desarrollo del sector sanitario privado en Cataluña, Baleares, Madrid, País Vasco, Canarias y Comunidad Valenciana, con porcentajes superiores al 30%. En el extremo opuesto se sitúan La Rioja, Castilla-La Mancha y Aragón.

Es preciso tener en cuenta que una parte significativa de los médicos que trabajan en el sector sanitario privado lo hace también en el público, por lo que a efectos comparativos reales sería necesario conocer el equivalente en tiempo efectivo para cada sector.

El número de médicos con trabajo hospitalario en el sector sanitario privado ha pasado de 24.432 en 1996 a 33.221 en 2007, con un incremento del 36%. En ese mismo período, el incremento de médicos en el sistema público fue del 44,1%.

Gráfico 3 – Médicos hospitalarios que trabajan en el sector privado por comunidades autónomas. En porcentaje del total de médicos hospitalarios. 2007



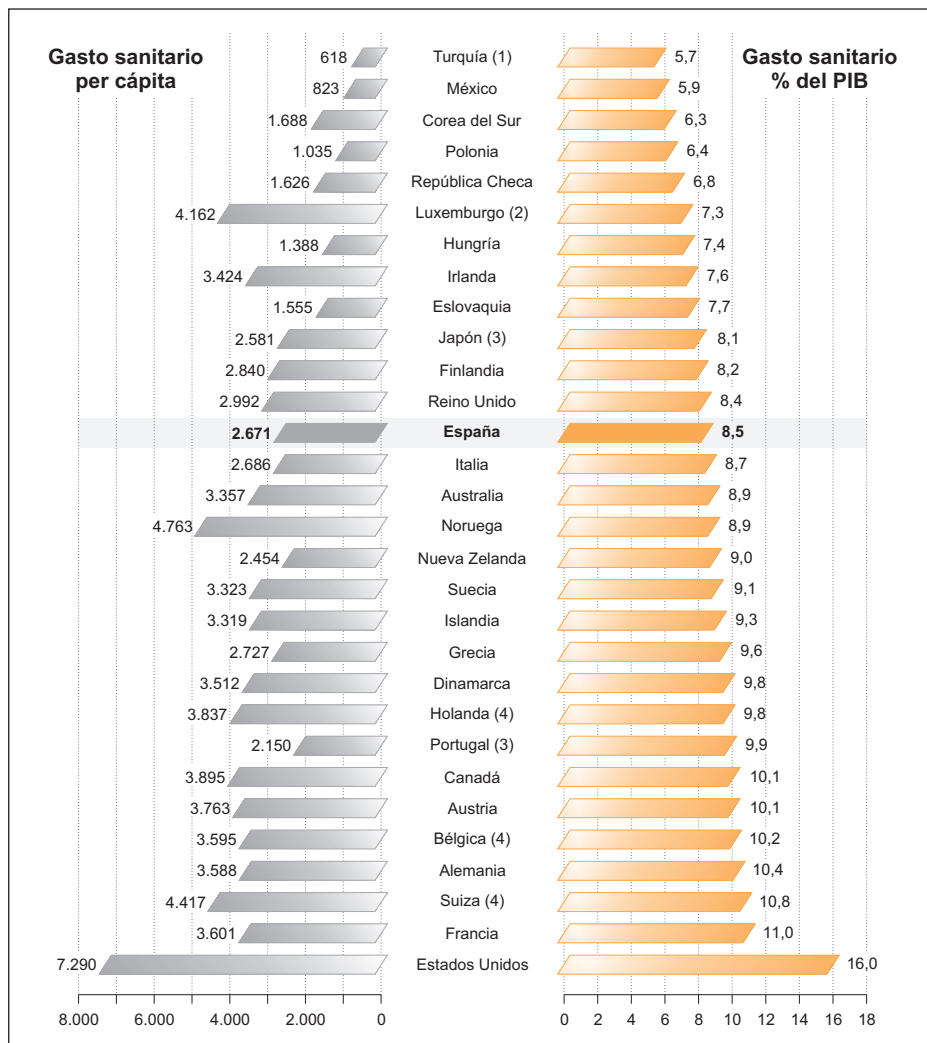
Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Política Social.

1.3 Financiación

Para terminar este breve análisis de los recursos médicos, es preciso hacer referencia al gasto sanitario en nuestro país y compararlo con el de los países de nuestro entorno.

Como se puede apreciar en el gráfico 4, si se compara con otros países de la OCDE, España presenta un gasto sanitario bajo. En porcentaje del PIB, en 2007 se situaba en el 8,5%, prácticamente en el mismo nivel que Reino Unido (8,4) o Finlandia (8,2), pero lejos de Alemania (10,4) o de Francia (11). Si se toma como referencia el gasto sanitario per cápita, nuestra posición relativa es incluso peor: registra los valores más bajos de la Unión Europea, sólo por encima de Portugal y de algunos países de Europa del Este.

Gráfico 4 – Gasto sanitario en los países de la OCDE. En porcentaje del PIB y per cápita en dólares estadounidenses y paridad de poder de compra. 2007



(1) Datos de 2005. (2) Datos de 2006 estimados. (3) Datos de 2006. (4) Datos del PIB estimados.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos de la OCDE.

2. Perspectivas y retos de futuro: el déficit de médicos

Las proyecciones demográficas para nuestro país prevén un aumento de la población en general y de las personas mayores, en particular, colectivo que usa mucho más los servicios sanitarios, tanto médicos como de enfermería. Por otro lado, el incremento del nivel de vida de la población

conlleva que los ciudadanos demanden cada vez más el aumento y mejora de las prestaciones, el desarrollo de la medicina preventiva con un número creciente de controles periódicos, las pruebas diagnósticas y los tratamientos con un alto contenido tecnológico. Estos y otros factores hacen necesario preguntarse por y planificar los recursos sanitarios –sobre todo los profesionales sanitarios– adicionales necesarios para mantener el nivel de funcionamiento actual. Harán falta más médicos especialistas en España. Y ahora es cuando hay que empezar a formarlos, ya que tardarán un mínimo de once años en estar en disposición de poder ejercer.

Por lo que se refiere a la cantidad de los recursos médicos para dar respuesta a medio y largo plazo a esa demanda creciente, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: las proyecciones de salida de la actividad profesional por razones de edad, abandono o cambio de especialidad; la creciente tasa de feminización; las proyecciones y condiciones de entrada de nuevos médicos (formación y especialización); y los procesos de emigración-inmigración de médicos. Otro aspecto determinante es el desplazamiento en la demanda de formación de especialistas. A continuación se analiza cada uno de estos aspectos.

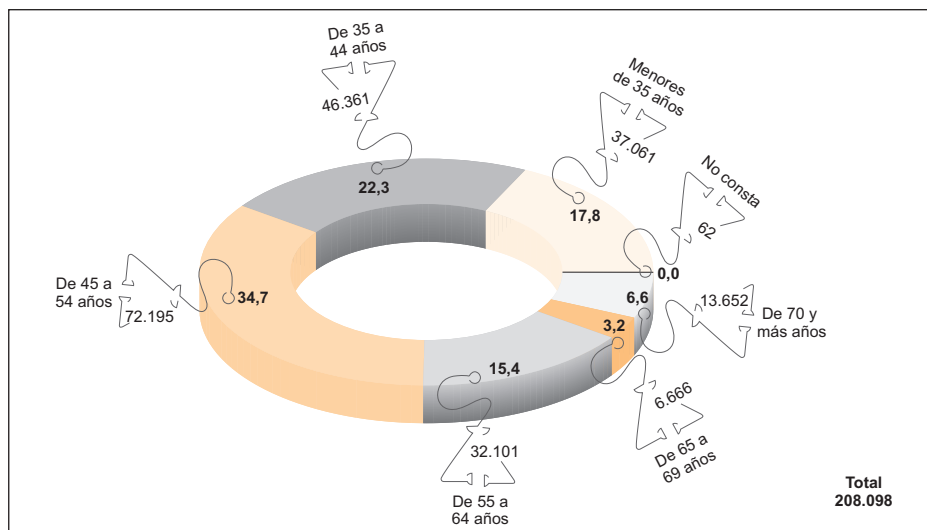
2.1 Edad

Un dato muy relevante, en cualquier estudio que intente realizar una valoración de futuro, es la distribución etaria del colectivo médico, que permite aproximarnos a las necesidades de entrada de profesionales tomando como base la reducción de recursos del sistema por la edad, uno de los indicadores más importantes.

En el próximo decenio, si no se modifican las actuales normas, se jubilarán unos 32.101 médicos, cifra que corresponde a los médicos colegiados que en la actualidad tienen entre 55 y 64 años (gráfico 5). La situación se modifica sustancialmente si se analiza la proyección de la cohorte inmediatamente posterior, es decir, los médicos colegiados entre 45 y 54 años: la previsión de retirada de médicos del mercado laboral en ese decenio, sólo por efecto de la edad, es de unos 72.195. Este grupo supone más de un tercio (34,7%) de los médicos colegiados.

La distribución de los médicos colegiados menores de 65 años presenta diferencias importantes entre comunidades autónomas. Para facilitar la captación de estas disparidades se han establecido dos grandes grupos de edad y sólo se ha considerado a los médicos colegiados menores de 65 años. Como se aprecia en la tabla 1, mientras que en Navarra y Madrid más de la mitad de los médicos colegiados tienen menos de 45 años, en Asturias, Galicia, Aragón y Castilla y León ese grupo no llega al 40% del total de los médicos colegiados menores de 65 años.

Gráfico 5 – Médicos colegiados por grupos de edad. Valor absoluto y porcentaje. 2007



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos INE.

Tabla 1 – Médicos colegiados menores de 65 años por grupos de edad y comunidades autónomas. Valor absoluto y porcentaje. 2007

| | Valor absoluto | | | Porcentaje | | |
|--------------------|--------------------|-----------------|----------------|--------------------|-----------------|------------|
| | Menores de 45 años | De 45 a 64 años | Total | Menores de 45 años | De 45 a 64 años | Total |
| Navarra | 1.586 | 1.537 | 3.123 | 50,8 | 49,2 | 100 |
| Madrid | 15.133 | 15.006 | 30.139 | 50,2 | 49,8 | 100 |
| Extremadura | 2.112 | 2.200 | 4.312 | 49,0 | 51,0 | 100 |
| Castilla-La Mancha | 3.140 | 3.462 | 6.602 | 47,6 | 52,4 | 100 |
| Cataluña | 14.835 | 16.418 | 31.253 | 47,5 | 52,5 | 100 |
| Baleares | 1.989 | 2.223 | 4.212 | 47,2 | 52,8 | 100 |
| Murcia | 2.276 | 2.603 | 4.879 | 46,6 | 53,4 | 100 |
| Canarias | 3.431 | 4.040 | 7.471 | 45,9 | 54,1 | 100 |
| Total | 83.422 | 104.296 | 187.718 | 44,4 | 55,6 | 100 |
| Cantabria | 1.186 | 1.526 | 2.712 | 43,7 | 56,3 | 100 |
| C. Valenciana | 7.841 | 10.612 | 18.453 | 42,5 | 57,5 | 100 |
| La Rioja | 523 | 725 | 1.248 | 41,9 | 58,1 | 100 |
| País Vasco | 4.177 | 5.885 | 10.062 | 41,5 | 58,5 | 100 |
| Andalucía | 11.803 | 17.152 | 28.955 | 40,8 | 59,2 | 100 |
| Castilla y León | 4.465 | 6.871 | 11.336 | 39,4 | 60,6 | 100 |
| Aragón | 2.718 | 4.186 | 6.904 | 39,4 | 60,6 | 100 |
| Galicia | 4.155 | 6.471 | 10.626 | 39,1 | 60,9 | 100 |
| Asturias | 1.907 | 3.059 | 4.966 | 38,4 | 61,6 | 100 |
| Ceuta | 79 | 168 | 247 | 32,0 | 68,0 | 100 |
| Melilla | 66 | 152 | 218 | 30,3 | 69,7 | 100 |

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos INE.

2.2 Feminización

En España, al igual que en el resto de los países desarrollados, se está produciendo una tendencia clara y progresiva a la feminización de la población médica, pasando de representar un 34,6% en 1996 al 43,6% en 2007 (tabla 2). Así, mientras los hombres colegiados han aumentado apenas un 8,3% en el período 1996-2007, las mujeres lo han hecho en casi un 59%. Esas disparidades en la evolución se mantendrán en los próximos años, ya que más del 70% de los estudiantes de medicina son mujeres.

A este proceso de feminización contribuirá también la distribución por grupos de edad de los médicos (gráfico 6). La concentración de los hombres en los grupos por encima de los 50 años irá debilitando aún más su posición relativa a medida que se vayan jubilando en los próximos quince años.

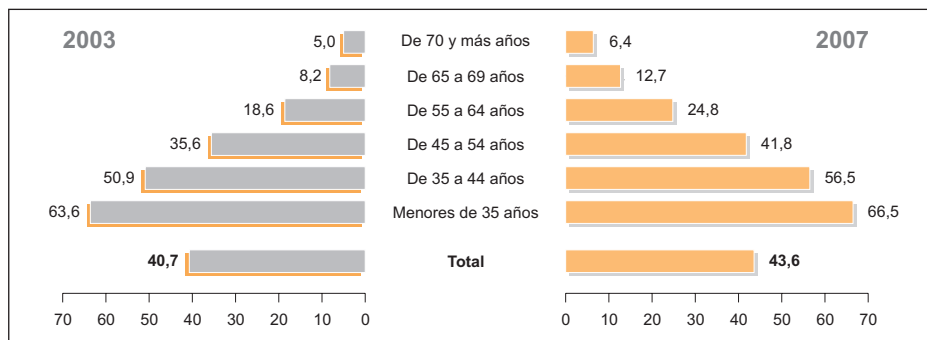
Este proceso de feminización de la medicina es una de las manifestaciones del acceso cada vez más igualitario de las mujeres al ámbito laboral y profesional y del aprovechamiento de su superior rendimiento académico en la enseñanza no universitaria. Pero también tiene otras repercusiones en la disponibilidad de los recursos médicos que es preciso tener en cuenta. La feminización de la medicina implicará una reducción del tiempo global efectivo de trabajo, porque las mujeres tratan de conciliar la vida familiar y la reproducción con el trabajo, combinando períodos de inactividad con otros activos y minimizando horas extra y guardias. Este proce-

Tabla 2 – Evolución de los médicos colegiados por sexo. Valor absoluto y porcentaje de feminización. 1996-2007

| | Total | Hombres | Mujeres | % de feminización |
|----------------|---------|---------|---------|-------------------|
| 1996 | 165.560 | 108.340 | 57.220 | 34,6 |
| 1997 | 168.240 | 107.060 | 61.180 | 36,4 |
| 1998 | 171.494 | 109.031 | 62.463 | 36,4 |
| 1999 | 174.916 | 110.193 | 64.723 | 37,0 |
| 2000 | 179.033 | 111.320 | 67.713 | 37,8 |
| 2001 | 180.417 | 110.237 | 70.180 | 38,9 |
| 2002 | 185.908 | 111.851 | 74.057 | 39,8 |
| 2003 | 190.665 | 113.077 | 77.588 | 40,7 |
| 2004 | 194.668 | 114.138 | 80.530 | 41,4 |
| 2005 | 199.123 | 115.296 | 83.827 | 42,1 |
| 2006 | 203.091 | 116.037 | 87.054 | 42,9 |
| 2007 | 208.098 | 117.360 | 90.738 | 43,6 |
| % de variación | 25,7 | 8,3 | 58,6 | |

Fuente: Organización Médica Colegial (2009): *Demografía médica. Apuntes para la eficiencia del Sistema Sanitario.*

Gráfico 6 – Evolución de las médicas colegiadas por grupos de edad. En porcentaje respecto al total de médicos colegiados de cada grupo de edad. 2003-2007



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos INE.

so coincide con la tendencia a una disminución del tiempo efectivo de trabajo por parte de las nuevas generaciones de médicos, que valoran más la investigación, la docencia y el tiempo libre.

2.3 Formación de médicos y especialistas

Universidad

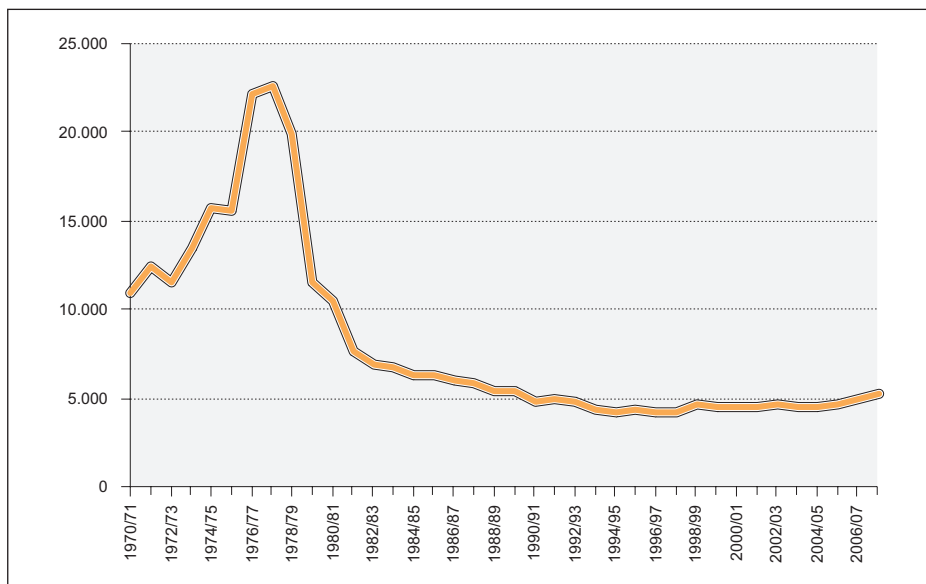
Para hacer frente a la retirada de médicos por razón de edad y dar respuestas a las nuevas demandas, hay que considerar varios factores. En primer lugar, la formación de los médicos en las facultades de medicina. En este punto, es preciso hacer una breve referencia a la evolución histórica y sus causas.

Como se puede apreciar en el gráfico 7, el acceso a los estudios de medicina sufrió un auténtico *boom* a mediados de los años setenta: en 1977 se matricularon 22.554 alumnos de nuevo acceso en primero de medicina. Como respuesta a esta masificación, a finales de esa década se impuso el *númerus clausus* y la entrada de alumnos a la carrera se estabilizó en torno a 4.500 nuevos estudiantes cada año.

Este contingente de nuevas entradas en torno a los citados 4.500 alumnos se mantuvo invariable durante más de veinte años. Fue a partir del curso 2005/06 cuando empezó a aumentar progresivamente el *númerus clausus*. En un informe del Ministerio de Sanidad y Consumo² se señala: “La propuesta formulada el 12 de diciembre de 2007 por la Ministra de

² Barber, P. y González, B. (2009): *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, p. 91-92.

Gráfico 7 – Evolución de los estudiantes de nuevo acceso matriculados en primer curso de medicina. Cursos 1970/71-2007/08



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos del Consejo de Universidades.

Educación en una reunión de la Conferencia General de Política Universitaria, fue aumentar la entrada hasta alcanzar los 7.000 nuevos estudiantes en un plazo de cinco años. El nivel 7.000 es el que había a mediados de los sesenta. También se autorizaron nuevas facultades de Medicina, algunas privadas. Esos cambios fueron muy contestados por colectivos médicos pero sobre todo por los estudiantes de Medicina, y por los propios Decanos, proclives a mantener fuertes restricciones”.

La clave de esta medida no es que se retorne a la media de los años sesenta, sino que el número de los nuevos ingresos se vaya acercando a la oferta anual de plazas MIR, que se sitúa precisamente en torno a las 7.000.

La carrera de medicina es, a excepción de las dobles licenciaturas, la que suele tener la nota de corte más alta en Selectividad. Las notas de entrada mínimas por la vía ordinaria son siempre superiores al 8. La más elevada fue la pedida por la Universidad de Oviedo en el curso 2009/10, con un 9,09. Los 10 números clausus más elevados para estudiar una única licenciatura en España corresponden a diez facultades de medicina. La Conferencia de Decanos calcula que sólo uno de cada tres alumnos que realiza la preinscripción puede iniciar sus estudios en medicina. Se ha de suponer que el alto nivel de exigencia hace que muchos aspirantes no contemplen de entrada esta opción.

El total de las plazas de grado en las facultades de medicina españolas para el curso 2009/10 era de 6.149, un 5,6% más que en el curso anterior. La Conferencia de Decanos calcula que se ha aumentado en un 30% la oferta de plazas en los últimos diez años. Desde los ministerios de Educación y Sanidad se presiona a las facultades de medicina para que oferten un mayor número de plazas. Como respuesta, éstas piden un incremento del presupuesto para poder aumentar el profesorado y los centros concertados para la docencia. Según datos de la Conferencia de Decanos, el coste de la formación en esta carrera oscila entre los 60.000 y los 70.000 euros. Las tasas que abonan los alumnos oscilan entre el 10% y el 15% del coste total en las universidades públicas. El 85% restante se transfiere a las facultades desde el erario público. En las universidades privadas, los alumnos abonan el coste total.

En el cuadro 1 se recogen, a título ilustrativo, las notas de corte para las diferentes vías de acceso³ en las facultades de medicina de la Comunidad de Madrid. No se les puede dar un valor excesivo, porque corresponden a un modelo de Selectividad que ya no se aplicará y no se sabe qué sucederá con el nuevo examen. Pero deben servir para reflexionar sobre la imposibilidad de garantizar la equidad en la valoración de la madurez aca-

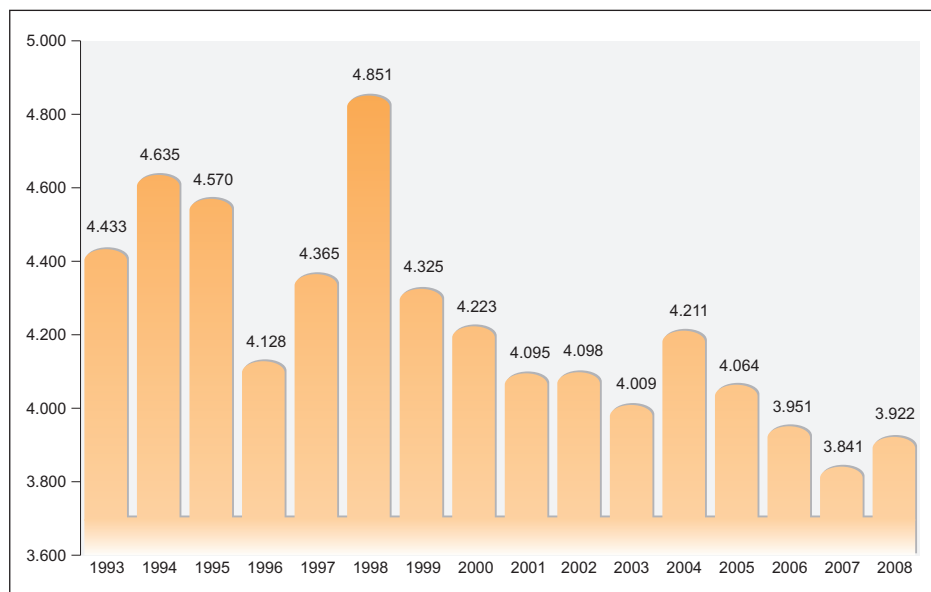
Cuadro 1 – Notas de corte de las facultades de medicina de Madrid. Curso académico 2009/10

| Universidad | Grupo 0 | Grupo 2 | Grupo 3 | Grupo 4 | Grupo 5 |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Alcalá | 8,66 | 9,00 | 8,31 | 2,71 | – |
| Complutense de Madrid | 8,83 | 9,20 | 8,83 | 2,75 | 5,00 |
| Autónoma de Madrid | 8,75 | 9,10 | 8,52 | 2,95 | – |
| Rey Juan Carlos | 8,64 | 9,80 | 7,95 | 2,37 | – |

Nota: Grupo 0: Selectividad, LOGSE o asimilados. Grupo 2: Formación Profesional de Segundo Grado, Módulo nivel III, Ciclos Formativos o equivalentes. Grupo 3: Extranjeros que han superado la Selectividad en 2008 ó 2009, con nacionalidad de países con los que España mantiene convenio de reciprocidad en materia de estudios. Grupo 4: Titulados o equivalentes (su nota varía entre 1 y 4). Grupo 5: Mayores de 25 años.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos de la Universidad de Alcalá.

³ En España se accede a la formación universitaria desde el Bachillerato tras haber aprobado Selectividad. A partir del curso 2009/10, este examen combinará una fase general, de carácter obligatorio, con una fase específica, relacionada con la rama de conocimiento que se quiere cursar, de carácter voluntario y que permite mejorar la calificación obtenida en la primera. Junto a esta vía general, existen otras formas minoritarias de admisión, destinadas a estudiantes extranjeros, a mayores de 25 años y a alumnos procedentes de Formación Profesional. Estos últimos pueden acceder sin necesidad de examen a las enseñanzas universitarias oficiales de grado con una oferta de plazas concreta y desde unas familias profesionales determinadas. La nota con la que se compute es la nota media del ciclo formativo más las dos mejores calificaciones de los módulos de que se compone el ciclo, multiplicadas por unos coeficientes de ponderación que establece cada universidad.

Gráfico 8 – Evolución del número de egresados en medicina. 1993-2008

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos INE.

démica, ya que más de un 9% de las plazas son ofertadas por vías alternativas, unas 553 del total.

Llama la atención la baja capacidad de discriminación de los números clausus a la hora de seleccionar a los alumnos más competentes, ya que apenas hay diferencias en las notas de corte entre los distintos grupos de acceso. Si se consultan algunos foros de estudiantes se comprueba que han estudiado ampliamente las diversas posibilidades para salvar la dificultad del acceso por la vía ordinaria: desde la valoración de los ciclos de Formación Profesional por su nivel de dificultad (recomiendan matricularse no en el más interesante sino en el mejor puntuado) hasta cursar Bachillerato o los primeros años de carrera en universidades hispanoamericanas. Parece necesario reflexionar sobre el hecho de que se están creando vías alternativas aparentemente justas, mientras a duras penas se puede garantizar la equidad para nuestros mejores estudiantes de segundo de Bachillerato.

Para finalizar este apartado dedicado a la formación universitaria en medicina, conviene tener en cuenta que, a efectos de disponibilidad de médicos, el indicador de referencia no es el número de alumnos en primer curso de medicina sino los que terminan sus estudios en la facultad. Esta cifra se sitúa desde el año 2000 en torno a los 4.000 egresados anuales (gráfico 8).

Sistema de Médicos Internos Residentes (MIR)

El sistema MIR da acceso al ejercicio de la medicina en nuestro sistema sanitario. Si no se modifican las necesidades de atención sanitaria, el país sólo tendría garantizada la reposición de médicos para los próximos diez años con la oferta actual de plazas MIR. No ocurriría lo mismo en el decenio siguiente, en el que no se podrían cubrir las 72.200 plazas que se perderían por razones de edad.

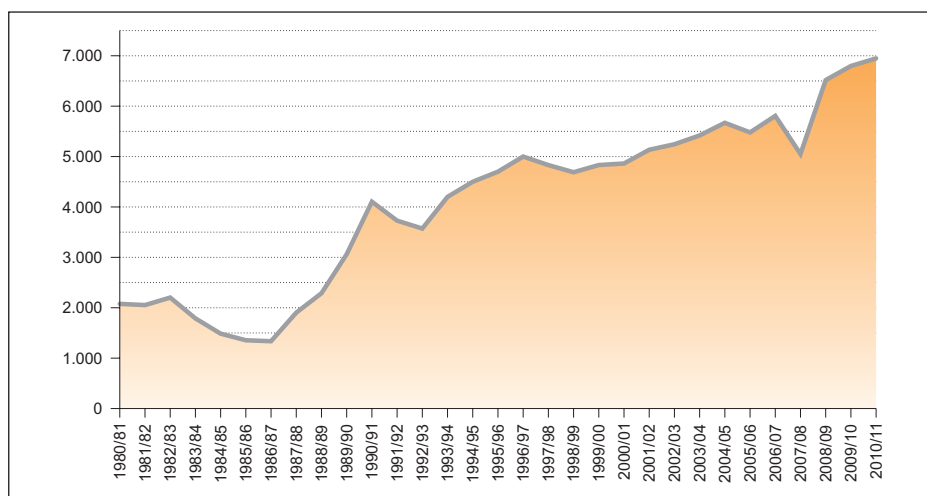
Pero en el sistema MIR también se ponen de manifiesto otros grandes problemas que afectan a la disponibilidad de profesionales médicos en nuestro país.

La cifra de 4.000 egresados anuales de las facultades de medicina supone un contingente claramente insuficiente para cubrir las 7.000 plazas ofertadas en cada convocatoria MIR. Las convocatorias se han ido ajustando con el acceso a la formación especializada de la bolsa de licenciados de décadas anteriores, que han ido encontrando en estos años una salida digna a la situación generada en su época por una mala planificación sanitaria (gráfico 9). Pero este colectivo está agotado prácticamente.

Este desequilibrio entre los licenciados de medicina y las plazas MIR convocadas para la formación especializada se está cubriendo –aunque no totalmente, pues quedan plazas sin cubrir– con:

— Los médicos de otros países, básicamente del este de Europa y, sobre todo, de Latinoamérica, que ven una oportunidad de formación y en muchas ocasiones de permanencia en España como especialistas. Es pre-

Gráfico 9 – Evolución del número de plazas en las convocatorias MIR. Cursos 1980/81-2010/11

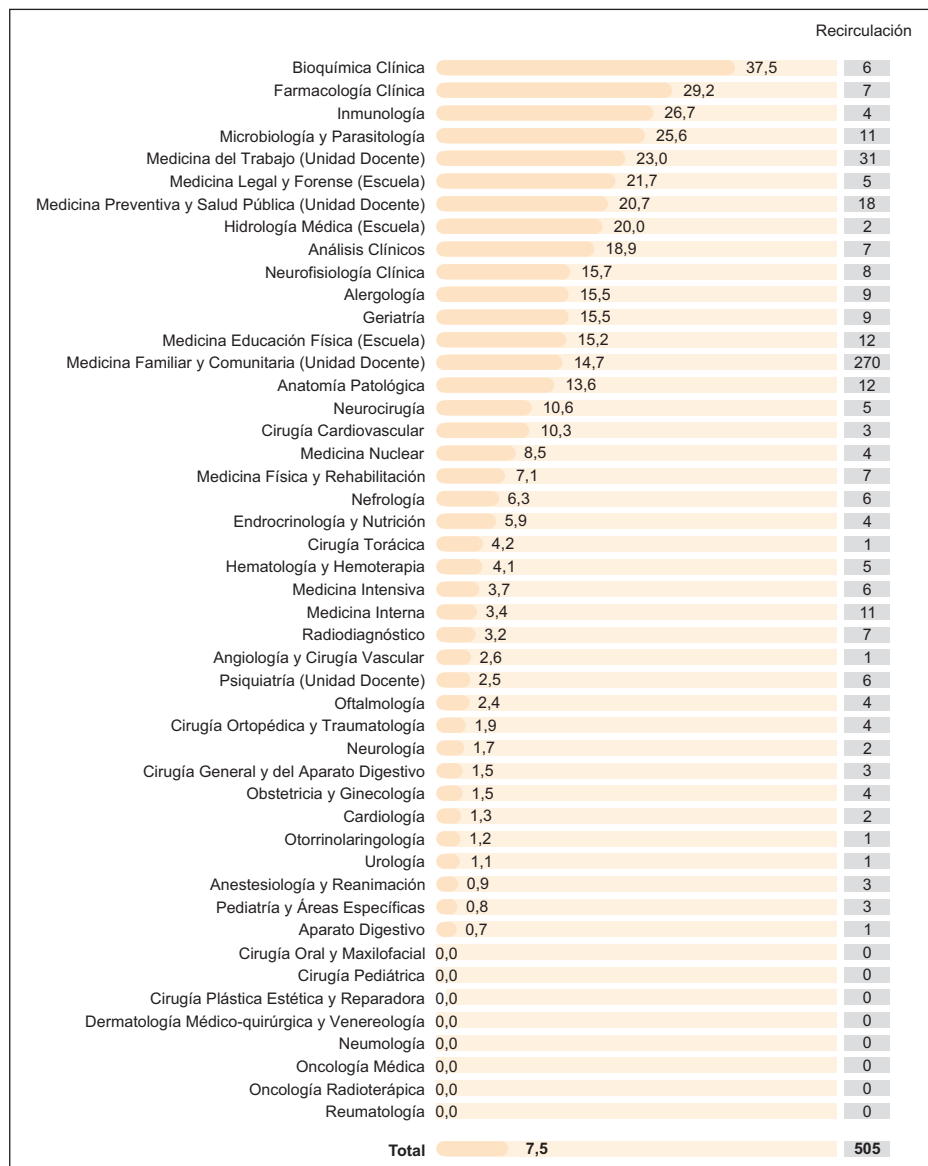


Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos del BOE.

ciso tener en cuenta que esta situación puede revertir cuando en sus países mejoren las condiciones de formación y se equiparen las condiciones de trabajo y la calidad de vida.

— Los especialistas en formación en el propio sistema, que obtienen una nueva plaza cuando ya les había sido adjudicada otra en una convo-

Gráfico 10 – Recirculación en primer curso del MIR por especialidades. Valor absoluto y porcentaje sobre las plazas asignadas. 2009



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Política Social.

catoria anterior. Es lo que se conoce como “recirculación” entre especialidades: el 7,5% de los MIR de primer curso en 2009 eran plazas de recirculación, con porcentajes por encima del 25% en especialidades como Bioquímica Clínica, Farmacología Clínica, Inmunología y Microbiología y Parasitología (gráfico 10). En números absolutos, la especialidad más afectada era Medicina Familiar y Comunitaria (270).

— Algunos especialistas médicos ya formados que inician una nueva especialidad MIR.

Todas estas situaciones tienen notables repercusiones sobre el sistema sanitario. A la inmigración de médicos, dada su relevancia, se le dedica un apartado específico, junto con la salida de profesionales españoles al exterior y las migraciones internas de los médicos españoles.

La recirculación entre los especialistas en formación es uno de los principales problemas que ha venido padeciendo el sistema MIR. Además de la pérdida de capital económico y de formación, añade un elemento más de incertidumbre a la difícil tarea de la planificación de los recursos humanos. Con la nueva normativa que entró en vigor en la convocatoria de 2008 y que exige la renuncia a la plaza previa en el momento de la solicitud de participación en las pruebas anuales, se prevé que este problema disminuya considerablemente.

En relación con los especialistas médicos ya formados que inician una nueva especialidad MIR, la previsión de implantación de troncalidad en la especialización MIR generará una disminución del tiempo de formación.

3. Migraciones de los profesionales

3.1 Emigración de los médicos españoles

Emigración interna. La emigración entre comunidades autónomas

Desde hace algún tiempo vienen apareciendo en los medios de comunicación noticias sobre la fuga de médicos españoles de unas comunidades autónomas a otras. Mientras el mercado ha sido excedentario en profesionales, este problema no ha despertado la preocupación de las distintas administraciones sanitarias. Incluso se han permitido el lujo de realizar contrataciones precarias, consentir y fomentar condiciones de trabajo abusivas y, en no pocas ocasiones, menospreciar la figura del médico.

En los últimos años, el panorama de la oferta y la demanda laboral de médicos ha cambiado en nuestro país. El notable incremento poblacional debido a la inmigración, las jubilaciones de un buen número de profe-

sionales –que previsiblemente aumentarán en los próximos años– y el crecimiento imparable de la oferta sanitaria (pruebas diagnósticas, estrategias preventivas, subvención parcial o total de nuevos productos sanitarios e intervenciones quirúrgicas no incluidas hasta ahora en las respectivas carteras de servicios), utilizada por las diferentes comunidades autónomas incluso como arma electoral y de competencia entre ellas, han conducido a que la situación se invierta.

Actualmente, hay comunidades autónomas con déficit de profesionales. Sus médicos inician un proceso de emigración hacia otras autonomías en busca de mejores condiciones laborales, retributivas o, en la mayor parte de los casos, de ambas a la vez.

Esta emigración interna de los médicos en España incide más sobre determinadas comunidades autónomas. En la Comunidad Valenciana, los médicos emigran a autonomías cercanas como Cataluña, Baleares o Murcia en busca de mayor estabilidad laboral.

Otra de las comunidades autónomas con un importante flujo migratorio es Castilla-La Mancha. Los profesionales abandonan esta comunidad hacia otras vecinas, fundamentalmente Madrid. Los atractivos retributivos y laborales que ofrece la comunidad madrileña son el estímulo perfecto para que profesionales que desempeñaban su labor asistencial en provincias como Guadalajara, Toledo o Ciudad Real se hayan dado de baja en sus colegios respectivos para fijar su residencia laboral en Madrid. Pero, en este caso, la marcha de los profesionales autóctonos no tiene reflejo en cuanto a pérdidas cuantitativas de médicos en ejercicio. Según demuestran los censos de los respectivos colegios de médicos, la razón de este equilibrio es que las plazas vacantes que dejan estos profesionales están siendo ocupadas por médicos extranjeros, en su mayor parte provenientes de países de Europa del Este y de Latinoamérica.

Una situación similar a la de Castilla-La Mancha se produce en la vecina Andalucía. En esta comunidad también existe una emigración importante de profesionales a otras comunidades autónomas como Madrid. El déficit de profesionales se cubre mediante la contratación de médicos extranjeros, en este caso iberoamericanos principalmente.

Una de las razones de más peso para los profesionales a la hora de hacer las maletas y cambiar de comunidad autónoma es la retributiva. Varios estudios elaborados por diferentes estamentos y con distintas temporalidades han puesto de manifiesto las desigualdades retributivas existentes entre comunidades autónomas. Sin profundizar, baste comentar que, teniendo en cuenta tan sólo y de forma orientadora los factores fijos de la nómina (el sueldo base, el complemento de destino y el específico) puede haber una dispersión superior a los 13.000 euros anuales. Estas importan-

tes diferencias salariales de los facultativos les han llevado a desplazarse de unas comunidades autónomas a otras en busca de una mejor retribución.

Algunos complementos retributivos, como la carrera profesional, se han convertido en una medida para retener a los profesionales en sus territorios y paliar la fuga de médicos.

Otro instrumento importante para no emigrar es la estabilidad laboral. La mayor parte de los médicos de los sistemas autonómicos de salud se rigen por un régimen estatutario específico en el que un puesto fijo se adquiere únicamente por oposición. Mientras esto sucede, existe una situación que podríamos denominar como de intermedia, la interinidad, en la cual el profesional siempre está al albur de la convocatoria, o no, de una oposición que le permita optar a la propiedad de esa plaza que ocupa eventualmente. No todas las comunidades autónomas están dispuestas a utilizar esta herramienta estabilizadora de sus plantillas como elemento diferenciador a la hora de evitar la fuga de sus profesionales.

Se hace cada vez más necesario un liderazgo firme del Ministerio de Sanidad para cohesionar, uniformizar y desarrollar una normativa básica común para todo el Sistema Nacional de Salud. Después del proceso de transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, cada uno de los 17 servicios autonómicos de salud regula, con competencias exclusivas, la contratación de profesionales, la jornada laboral, las retribuciones, la carrera profesional y las prestaciones sanitarias.

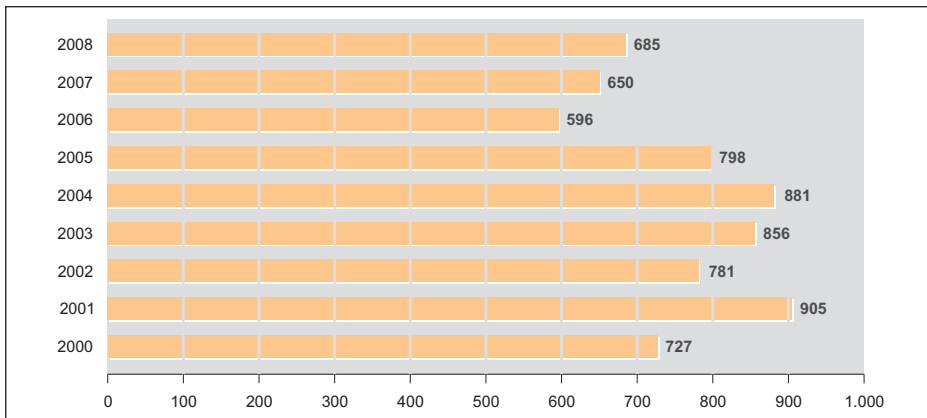
Emigración externa. La emigración a otros países

Los médicos españoles emigran también hacia otros países de nuestro entorno en busca de mejores condiciones laborales.

Son emigrantes altamente cualificados en busca de un empleo digno, que se sienten desterrados por una administración que no acaba de asumir el valor del personal formado en España. El Ministerio de Sanidad cifra en 500 los profesionales que ejercen fuera del Sistema Nacional de Salud. Este dato choca frontalmente con el de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y la propia Organización Médica Colegial (OMC), que coinciden en que son más de 8.000.

Sea cual sea la cifra real, los certificados emitidos en los últimos diez años por la OMC para trabajar fuera de España superaron los 6.800. Esta corporación expidió más de 1.900 certificados para profesionales que emigraban a otros países entre 2006 y 2008 (gráfico 11). La emigración de los médicos españoles se ha incrementado en los últimos tres años, pasando de 596 profesionales en 2006 a 685 en 2008.

La mayor emigración de profesionales hasta el año 2005, y el descenso e incremento que se produjo a partir de 2006, puede tener su expli-

Gráfico 11 – Evolución de los certificados para trabajar fuera de España emitidos por la OMC. 2000-2008

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos de la Organización Médica Colegial.

cación en las altas tasas de paro médico e inestabilidad laboral que había en España. Esta situación se resolvió, si bien no en su totalidad, mediante el proceso de consolidación del personal a través de la oferta pública de empleo especial convocada en 2001 y resuelta entre 2005, para los médicos especialistas, y 2006, para los facultativos de Atención Primaria.

A la vista de estos datos, la realidad es que hay demasiados profesionales que han abandonado uno de los sistemas sanitarios mejor valorados del mundo. Algunos se han marchado por razones familiares; otros por inquietudes profesionales a las que no se respondía en España; y los demás se han visto obligados a buscar un empleo estable más allá de nuestras fronteras porque en el país que invirtió en su formación no había un hueco para ellos. Por este profesional suspiran ahora las administraciones autonómicas.

En este sentido, debido a la elevada inversión que se ha hecho en formación de profesionales sanitarios en este país y la excelencia de la formación de médicos internos residentes, los médicos españoles tienen un nivel muy alto, lo que hace que estén muy bien valorados en el extranjero. España es un país que forma médicos capaces de trabajar no sólo en el país de origen para el que se formaron, sino que se adaptan a las condiciones de vida de otros países, con sistemas de salud y medios distintos y con unas características sanitarias y demográficas diferentes. Más que emigrantes, estos médicos son profesionales a los que no se les ha ofrecido un contrato digno y que después de muchos años de un lado para otro han decidido asentarse en el extranjero.

Algunas de las razones de esta emigración externa han sido comentadas ya, y parecen ser las mismas que originan la emigración entre co-

Tabla 3 – Remuneraciones medias de los médicos en algunos países europeos. En euros brutos anuales. 2006

| | Atención Especializada | Atención Primaria |
|-----------------|------------------------|-------------------|
| Suiza | 128.500 | 106.000 |
| Holanda | 116.500 | 47.848 |
| Bélgica | 107.932 | 47.525 |
| Irlanda | 100.229 | 66.700 |
| Francia | 98.428 | 52.742 |
| Dinamarca | 94.700 | 49.978 |
| Reino Unido | 91.730 | 92.100 |
| Luxemburgo | 90.867 | 45.987 |
| Noruega | 85.100 | 48.915 |
| Italia | 84.520 | 46.000 |
| Suecia | 71.870 | 55.850 |
| Finlandia | 62.380 | 49.080 |
| Portugal | 61.752 | 39.135 |
| Alemania | 60.220 | 58.027 |
| España | 57.479 | 35.072 |
| Eslovenia | 33.000 | 27.000 |
| Letonia | 26.109 | 19.624 |
| República Checa | 16.003 | 13.221 |
| Polonia | 6.070 | 4.290 |

Fuente: Eurogalenus (2006): “Los españoles son los médicos peor pagados de Europa”, en *Medical Economics*, vol. III, n. 20.

munidades autónomas. Al igual que en este caso, en la emigración a otros países adquiere un peso muy importante a la hora de tomar la decisión el aspecto retributivo. La remuneración media de los médicos españoles, tanto los de Atención Especializada como los Atención Primaria, se sitúa entre las más bajas de Europa, sólo por encima de las de Eslovenia, Letonia, República Checa y Polonia (tabla 3).

El lugar que ocupa España, en la parte baja de la tabla retributiva, constituye sin duda una de las razones por las que nuestros médicos emigran. Pero, ¿a dónde van? Los médicos españoles dirigen sus pasos de forma preferente hacia:

► **Portugal.** Los médicos españoles emigran a Portugal atraídos fundamentalmente por un mayor sueldo y consideración social. Mejores retribuciones, cercanía, semejanzas en el estilo de vida y el ya mencionado reconocimiento profesional son las claves fundamentales para que nuestros facultativos se asienten en el país vecino. Hay unos 3.200 médicos españoles trabajando en Portugal entre especialistas y médicos en formación.

► **Reino Unido.** En este país, la carencia de médicos es importante debido en parte a las restricciones para cursar los estudios correspondientes en las pocas facultades de medicina existentes. Los médicos españoles emigran por razones salariales y también de condiciones laborales: se trabaja cuatro días y medio a la semana, con un horario flexible, seis semanas de vacaciones al año y, en algunos casos, se paga el traslado y se facilita el acceso a una vivienda y al colegio para los hijos. Reino Unido constituye el segundo destino en importancia para los facultativos españoles después de Portugal, pues más de 1.600 médicos españoles trabajan allí.

► **Francia.** El sistema sanitario francés está considerado como uno de los mejores de Europa –según la encuesta realizada por la organización Health Consumer PowerHouse–, y uno de los más accesibles y amables para los usuarios. Los salarios son sensiblemente más elevados que en España, y no existen diferencias salariales entre los médicos franceses y los oriundos de países comunitarios. No sucede lo mismo con los médicos oriundos de países extracomunitarios, en cuyo caso las retribuciones se ven reducidas a la mitad. Los médicos españoles en Francia rondan los 1.200.

► **Suecia.** Los médicos españoles que emigran a Suecia se encuentran con un contrato indefinido, un horario ventajoso y tres guardias al mes retribuidas, aparte del sueldo, que asciende a unos 3.500 euros al mes, cursos de formación continuada incluidos dentro de la jornada laboral y, al igual que en el Reino Unido, facilidades para encontrar vivienda, escuela para los hijos y trabajo para la pareja. También se puede seguir un curso intensivo de sueco totalmente gratuito. En Suecia trabajan 600 médicos españoles. Predominan los médicos de familia, especialmente en las zonas rurales y en el norte del país.

► **Alemania.** Este país garantiza un empleo estable –cualidad muy apreciada por los médicos españoles– y la posibilidad de poder realizar una especialidad sin tener que pasar un examen nacional como en España. Ofrece también más sueldo y más vacaciones. Los que realizan una especialidad perciben un sueldo bruto de 3.330 euros al mes sin guardias ni pagas extras. Se calcula que en Alemania puedan estar ejerciendo en estos momentos más de 320 médicos españoles.

3.2 *Inmigración de los médicos extranjeros*

El mundo menos desarrollado se queda sin médicos

No necesitan pateras y no van a tener problemas para encontrar trabajo. Estos inmigrantes llevan incorporada una bata blanca. Los países miembros de la OCDE, entre los que se encuentra España, necesitan médicos.

La marcha de profesionales supone un coste elevado para el país que los forma, por la inversión económica realizada en educación y la pérdida

de capital humano. Los programas formativos de muchas facultades de los países de renta baja copian los de los países desarrollados, que muchas veces no se ajustan a los patrones locales de enfermedad ni a la tecnología disponible. Cuando abandonan sus países, no sólo se llevan el ingente esfuerzo que ha costado su formación, sino que dejan sin esperanza de progreso a los que se quedan.

En un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine*, el profesor de medicina y salud pública de la Universidad de George Washington, Fitzhugh Mullan, investigó las bases de datos de cuatro países ricos para averiguar de dónde procedían sus médicos. Los resultados obtenidos reflejaron una realidad sospechada desde hace años en Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido. En estos países, uno de cada cuatro médicos es extranjero. Además, entre el 40% y el 75% de estos médicos foráneos proceden de países de renta baja como India, Filipinas o Pakistán. Hasta un tercio de los médicos de algunos países africanos como Uganda, Etiopía o Sudáfrica emigran a trabajar a los países desarrollados.

Inmigración de médicos en España

La situación descrita hasta ahora se corresponde con países del Tercer Mundo que hacen de exportadores, y otros países con mayor desarrollo económico o social que los reciben. Paradójicamente, nuestro país se ha convertido en exportador e importador de facultativos. Por tanto, es una situación que merece un análisis profundo por parte de las autoridades sanitarias del país. Se exportan médicos con una elevada formación académica y preparación técnica. Y se importan facultativos procedentes de países con otros niveles de desarrollo no sólo tecnológico, sino científico y académico.

Las vacantes que dejan los médicos españoles las cubren médicos de otros países, quienes, a su vez, buscan en España cumplir las expectativas profesionales que les son negadas en sus países de origen. Los médicos extranjeros en España proceden predominantemente de:

► **Los países comunitarios del este de Europa**, como Polonia o Hungría, con bajos salarios, lo que les impulsa a trabajar en el extranjero. Una vez que estos países ingresan en la Unión Europea, sus títulos son homologables y la cuestión de la lengua no deja de ser un problema salvable. La influencia del programa EURES (European Employment Services) ha sido determinante. Su finalidad es la búsqueda de empleo y la movilidad de los trabajadores entre los países miembros de la Unión Europea. A través de EURES se hace pública la oferta y la demanda de trabajadores en Europa.

El proceso de contratación lo gestionan las embajadas, que se ponen en contacto con los colegios de médicos y profesionales del país en cuestión. En España, el caso más frecuente en los hospitales y centros de salud es el de médicos procedentes de Polonia. Su preparación está bien consi-

derada y sus títulos son homologables. Esto conlleva efectos negativos en el país de origen, al quedar desasistida su población por la masiva huida de los facultativos por las malas condiciones laborales que se les ofrecen. Responsables de salud de algunas comunidades autónomas, en especial de Castilla-La Mancha, se han desplazado en diversas ocasiones a estos países de Europa del Este en busca de determinadas especialidades. Consecuencia de estos viajes es que un número nada despreciable de médicos comunitarios trabajan en los hospitales y centros de salud públicos de estas comunidades autónomas, con el mismo sueldo y condiciones laborales que los autóctonos.

► **Los países extracomunitarios**, fundamentalmente latinoamericanos, como Colombia, Cuba, Ecuador, Bolivia, Argentina y México. Otro país de procedencia de los médicos extracomunitarios es Marruecos, principalmente ginecólogas, que trabajan en zonas con fuerte emigración marroquí como Cataluña, con altos índices de natalidad de esta población.

Canarias presenta altos porcentajes de inmigración médica. La mayor parte procedente de países latinoamericanos como Cuba, Venezuela y Argentina.

La incorporación de los médicos extracomunitarios a los sistemas de salud plantea el problema de la homologación del preceptivo título de especialista para poder ejercer en el Sistema Nacional de Salud. Tanto la Organización Médica Colegial, como diversos presidentes de algunos colegios de médicos provinciales o la Unión Europea de Médicos Generales y de Familia (UEMO) han alertado a las autoridades sanitarias españolas representadas por los ministerios de Sanidad y Educación sobre la necesidad de respetar la Directiva Europea 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. La OMC entiende que la homologación de los títulos de especialista a médicos extracomunitarios sigue siendo un problema de grandes dimensiones. En los últimos cinco años, se han homologado en España más títulos de licenciados en medicina de países extracomunitarios que los que produce nuestro país.

4. El desplazamiento en la demanda de formación de especialistas

Según el *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2007*, publicado por el Ministerio de Sanidad, la preocupación por la escasez de especialistas en el sistema sanitario ha sido una constante desde 2004 a 2007. Sin embargo, como señalaba en fechas recientes el presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) en su comparecencia ante la Comisión del Senado que estudia las necesidades de recursos humanos en el SNS, siendo éstos un pilar fundamental del sistema

sanitario, existen pocos estudios que ayuden a conocer la realidad de la situación actual, por lo que es esencial disponer cuanto antes de un registro estatal “vivo” de especialistas médicos, como tienen la mayoría de los países desarrollados, que permita hacer frente a la planificación de recursos humanos con garantías de fiabilidad de las fuentes utilizadas.

Destacan los estudios realizados por la Fundación CESM y los llevados a cabo por Beatriz González y Patricia Barber de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria para el Ministerio de Sanidad y Consumo, *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030)*, publicado en marzo de 2007 y su actualización en 2009, *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*. Constituyen, junto con los del INE, las fuentes de las que proceden los datos de este apartado. Es preciso señalar que en el estudio *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*, realizado mediante el registro de los datos de empleo equivalente a tiempo completo facilitados por los departamentos de recursos humanos de los servicios de salud autonómicos, únicamente se contabilizan los médicos asistenciales, excluyendo los médicos dedicados a la inspección, salud pública, administración y gestión y los MIR.

4.1 Profesionales por especialidad

En España, en junio de 2007, había 104.598 médicos especialistas trabajando en el sistema público de salud, lo que representaba el 56% de los médicos colegiados menores de 65 años. Corresponde a una ratio de 230 médicos por cada 100.000 habitantes, que supera gran parte de los estándares internacionales. Si se incluyen los médicos asistenciales que trabajan en las redes privadas, el número de especialistas en activo asciende a 141.579, 320 por cada 100.000 habitantes.

La distribución por especialidades se presenta en la tabla 4. Las especialidades médicas representan el 30,4% del total de los especialistas, las

Tabla 4 – Médicos por especialidad en la red asistencial pública del Sistema Nacional de Salud. Junio de 2007

| Especialidad | Número de efectivos (1) | % | Tasa por 100.000 habitantes (2) |
|---------------------------------------|-------------------------|-------|---------------------------------|
| Medicina Familiar y Comunitaria | 38.913 | 38,09 | 84,75 |
| Pediatría y Áreas Específicas | 9.130 | 8,94 | 19,84 |
| Obstetricia y Ginecología | 3.638 | 3,56 | 15,68 |
| Anestesiología y Reanimación | 4.781 | 4,68 | 10,41 |
| Medicina Interna | 3.720 | 3,64 | 8,10 |
| Cirugía Gral. y del Aparato Digestivo | 3.429 | 3,36 | 7,47 |
| Cirugía Ortopédica y Traumatología | 3.281 | 3,21 | 7,14 |
| Radiodiagnóstico | 3.095 | 3,03 | 6,74 |
| Psiquiatría | 2.618 | 2,56 | 5,70 |

Sigue Tabla 4 – Médicos por especialidad en la red asistencial pública del Sistema Nacional de Salud. Junio de 2007

| Especialidad | Número de efectivos (1) | % | Tasa por 100.000 habitantes (2) |
|--|-------------------------|------|---------------------------------|
| Oftalmología | 2.302 | 2,25 | 5,01 |
| Cardiología | 2.001 | 1,96 | 4,36 |
| Medicina Intensiva | 1.795 | 1,76 | 3,91 |
| Aparato Digestivo | 1.751 | 1,71 | 3,81 |
| Análisis Clínicos | 1.670 | 1,36 | 3,64 |
| Otorrinolaringología | 1.672 | 1,64 | 3,64 |
| Hematología y Hemoterapia | 1.413 | 1,38 | 3,08 |
| Urología | 1.458 | 1,43 | 3,17 |
| Neumología | 1.326 | 1,30 | 2,89 |
| Neurología | 1.277 | 1,25 | 2,78 |
| Anatomía Patológica | 1.200 | 1,17 | 2,61 |
| Dermatología Médico-Quirúrgica | 1.005 | 0,98 | 2,19 |
| Medicina Física y Rehabilitación | 975 | 0,95 | 2,12 |
| Nefrología | 938 | 0,92 | 2,04 |
| Endocrinología y Nutrición | 934 | 0,91 | 2,03 |
| Microbiología y Parasitología | 863 | 0,84 | 1,88 |
| Oncología Médica | 732 | 0,72 | 1,59 |
| Reumatología | 719 | 0,70 | 1,57 |
| Alergología | 454 | 0,44 | 0,99 |
| Neurofisiología Clínica | 445 | 0,44 | 0,97 |
| Neurocirugía | 442 | 0,43 | 0,96 |
| Cirugía Plástica Estética y Reparadora | 430 | 0,42 | 0,94 |
| Angiología y Cirugía Vascul ar | 422 | 0,41 | 0,92 |
| Medicina Preventiva y Salud Pública | 395 | 0,39 | 0,86 |
| Bioquímica Clínica | 353 | 0,35 | 0,77 |
| Farmacología Clínica | 339 | 0,33 | 0,74 |
| Oncología Radioterápica | 341 | 0,30 | 0,74 |
| Cirugía Pediátrica | 329 | 0,32 | 0,72 |
| Cirugía Oral y Maxilofacial | 323 | 0,32 | 0,70 |
| Medicina Nuclear | 321 | 0,31 | 0,70 |
| Cirugía Cardiovascular | 313 | 0,31 | 0,68 |
| Geriatría | 252 | 0,25 | 0,55 |
| Inmunología | 184 | 0,18 | 0,40 |
| Cirugía Torácica | 175 | 0,17 | 0,38 |
| Total 43 especialidades | 102.152 | | |
| Otros | 2.446 | | |
| Total | 104.598 | | |

Nota: (1) Equivalentes a tiempo completo. (2) Se ha utilizado la población total para todas las especialidades, salvo para Pediatría (menores de 14 años) y Obstetricia y Ginecología (mujeres).

Fuente: Barber, P. y González, B. (2009): *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

quirúrgicas el 22,5%, las de laboratorio y diagnóstico central (Análisis Clínicos, Anatomía Patológica y Radiodiagnóstico) el 9% y la Medicina Familiar y Comunitaria el 38,1% (especialidad médica considerada individualmente por su relevancia).

Pirámide de edad

El envejecimiento de la población médica en el Sistema Público de Salud español es moderado. Sólo en cinco especialidades más del 50% de los médicos son mayores de 50 años (tabla 5). Las especialidades más envejecidas son Análisis Clínicos, Cirugía Pediátrica, Neurocirugía, Medicina Nuclear y Cirugía General y del Aparato Digestivo. Las menos afectadas son Geriatria, Oncología Médica y Farmacología Clínica.

Tabla 5 – Médicos equivalentes a tiempo completo mayores de 50 años de la red asistencial pública del Sistema Nacional de Salud según especialidad. En porcentaje respecto al total de médicos de cada especialidad. Junio de 2007

| Especialidad | % mayores de 50 años | Especialidad | % mayores de 50 años |
|---------------------------------------|----------------------|--|----------------------|
| Análisis Clínicos | 58,2 | Pediatría y Áreas Específicas | 42,0 |
| Cirugía Pediátrica | 55,7 | Oftalmología | 41,2 |
| Neurocirugía | 51,6 | Aparato Digestivo | 40,6 |
| Medicina Nuclear | 51,2 | Medicina Preventiva y Salud Pública | 39,8 |
| Cirugía Gral. y del Aparato Digestivo | 50,7 | Endocrinología y Nutrición | 39,0 |
| Urología | 49,7 | Medicina Interna | 38,3 |
| Otorrinolaringología | 48,9 | Cirugía Plástica Estética y Reparadora | 38,0 |
| Nefrología | 48,2 | Medicina Familiar y Comunitaria | 37,7 |
| Cirugía Ortopédica y Traumatología | 48,1 | Anestesiología y Reanimación | 37,5 |
| Hematología y Hemoterapia | 47,4 | Inmunología | 37,2 |
| Neurofisiología Clínica | 46,8 | Angiología y Cirugía Vascul ar | 36,8 |
| Cirugía Torácica | 46,7 | Oncología Radioterápica | 36,5 |
| Obstetricia y Ginecología | 46,7 | Dermatología Médico-Quirúrgica | 35,8 |
| Bioquímica Clínica | 46,1 | Psiquiatría | 35,2 |
| Medicina Física y Rehabilitación | 45,2 | Neurología | 32,5 |
| Cardiología | 44,6 | Reumatología | 30,1 |
| Medicina Intensiva | 44,5 | Alergología | 27,9 |
| Radiodiagnóstico | 44,1 | Cirugía Oral y Maxilofacial | 27,6 |
| Cirugía Cardiovascular | 44,1 | Farmacología Clínica | 22,4 |
| Neumología | 44,1 | Oncología Médica | 21,0 |
| Anatomía Patológica | 43,9 | Geriatria | 21,0 |
| Microbiología y Parasitología | 43,6 | | |

Fuente: Barber, P. y González, B. (2009): *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Feminización

El número creciente de mujeres que eligen la profesión médica se decanta por especialidades tradicionalmente femeninas, como Pediatría (60,2%), Medicina de Familia (49,3%) y Obstetricia y Ginecología (44,2%). Sin embargo, esta tendencia está cambiando actualmente (tabla 6). La tasa de feminización oscila entre el 7,3% (Urología) y el 70,8% (Farmacología Clínica). Las cirugías están, en general, poco feminizadas. Las diferencias entre comunidades autónomas en el porcentaje de mujeres no son muy notables, salvo en algunas especialidades, que al tener pocos profesionales presentan una gran variabilidad interregional.

Tabla 6 – Médicas equivalentes a tiempo completo en la red asistencial pública del Sistema Nacional de Salud según especialidad. En porcentaje respecto al total de médicos de cada especialidad. Junio de 2007

| Especialidad | % mujeres | Especialidad | % mujeres |
|-------------------------------------|-----------|--|-----------|
| Farmacología Clínica | 70,8 | Nefrología | 42,8 |
| Bioquímica Clínica | 66,1 | Neurología | 42,6 |
| Geriatría | 65,4 | Reumatología | 42,4 |
| Análisis Clínicos | 65,1 | Oncología Radioterápica | 41,8 |
| Medicina Física y Rehabilitación | 64,9 | Radiodiagnóstico | 41,5 |
| Microbiología y Parasitología | 63,4 | Cirugía Plástica Estética y Reparadora | 37,2 |
| Pediatría y Áreas Específicas | 60,2 | Medicina Interna | 36,4 |
| Inmunología | 58,3 | Neumología | 35,4 |
| Neurofisiología Clínica | 55,2 | Aparato Digestivo | 35,3 |
| Alergología | 54,0 | Medicina Intensiva | 32,4 |
| Oncología Médica | 52,9 | Cardiología | 26,2 |
| Hematología y Hemoterapia | 52,4 | Otorrinolaringología | 25,4 |
| Anatomía Patológica | 51,5 | Cirugía Gral. y del Aparato Digestivo | 24,1 |
| Anestesiología y Reanimación | 50,7 | Cirugía Pediátrica | 23,2 |
| Endocrinología y Nutrición | 50,5 | Angiología y Cirugía Vascul ar | 22,2 |
| Medicina Familiar y Comunitaria | 49,3 | Cirugía Oral y Maxilofacial | 21,0 |
| Medicina Nuclear | 48,6 | Neurocirugía | 15,5 |
| Dermatología Médico-Quirúrgica | 47,9 | Cirugía Cardiovascular | 14,5 |
| Psiquiatría | 45,1 | Cirugía Torácica | 13,3 |
| Oftalmología | 44,3 | Cirugía Ortopédica y Traumatología | 12,0 |
| Obstetricia y Ginecología | 44,2 | Urología | 7,3 |
| Medicina Preventiva y Salud Pública | 43,1 | | |

Fuente: Barber, P. y González, B. (2009): *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Déficit por comunidades autónomas

La distribución de médicos especialistas en los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas presenta un perfil bastante equilibrado. Existen diferencias significativas en algunas especialidades, achacables en algunas ocasiones a disparidades sociodemográficas relevantes entre comunidades autónomas (como, por ejemplo, en Geriátrica). El desigual tamaño de las comunidades autónomas es una fuente de disparidad respecto a la dotación de especialistas, aunque no necesariamente de inequidad. Aquellas autonomías que no alcanzan el tamaño mínimo para tener el catálogo completo de prestaciones derivan a sus pacientes a comunidades autónomas vecinas que proveen servicios de referencia complejos. La Rioja es un caso paradigmático a este respecto. Únicamente en aquellas comunidades autónomas que por su escaso tamaño no pueden ofertar determinados servicios en su territorio y deben derivar a sus pacientes a otras cercanas mejor dotadas se produce el déficit de esa especialidad concreta.

Los responsables de recursos humanos de las comunidades autónomas, tras evaluar el déficit de médicos por especialidades y su posible evolución, tomando como horizonte temporal 2010, constatan las mayores dificultades para cubrir las plazas y el déficit más grave en las dos especialidades de Atención Primaria, Pediatría y Medicina de Familia, con un déficit del 26% de los pediatras en activo y del 36% de los médicos de familia.

4.2 Dinámica de plazas de formación MIR convocadas

El número de plazas para la formación especializada determina de forma esencial la oferta futura de especialistas. El hecho más destacado del análisis de la evolución del número de plazas MIR convocadas desde los años noventa es su enorme heterogeneidad. Su consecuencia inmediata será que el futuro de la oferta de profesionales será también muy variable entre especialidades, pues las trayectorias de entrada en el MIR en el pasado condicionarán las jubilaciones en el futuro. En la convocatoria 2009-2010 se convocaban un total de 6.948 plazas de médicos especialistas, siendo Medicina de Familia la especialidad con más plazas (1.904), seguida de Pediatría (413), Medicina Interna (342), Anestesiología y Reanimación (342), Obstetricia y Ginecología (278), Psiquiatría (248), Radiodiagnóstico (229), etc., hasta un total de 46 especialidades.

Si se compara el número medio anual de plazas adjudicadas en las convocatorias del cuatrienio 2005-2008 y del quinquenio previo (2000-2004), se aprecia un enorme incremento en casi todas las cirugías, frente al estancamiento relativo de otras especialidades y la reducción de Medicina de Familia (1.802 plazas en 2000-2004 por 1.682 en 2005-2008).

Comparando el número de médicos que previsiblemente se jubilará en los próximos años con el de entradas al MIR, hay especialidades con más de cinco nuevos MIR por cada jubilado: Alergología, Geriatria, Medicina Preventiva y Salud Pública, Neurología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Farmacología Clínica. Sólo Análisis Clínicos tiene menos entradas que salidas. Por tanto, en general, la reposición de los efectivos que se perderán en los próximos años por jubilación no es preocupante.

4.3 Causas de la evolución de las necesidades de especialistas

En el Sistema Nacional de Salud se están produciendo una serie de fenómenos cuya dinámica conduce hacia el déficit de profesionales. Ya se ha hecho referencia a la feminización de la medicina y a la valoración del tiempo de ocio en detrimento de la jornada laboral. Este fenómeno va tomando incluso cuerpo legal, como la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal estatutario de los servicios de salud, que establece límites a las jornadas laborales. Tanto el crecimiento debido a la inmigración como el envejecimiento de la población traen como consecuencia una mayor demanda de servicios sanitarios. El aumento del nivel de renta –como demuestran numerosos estudios– incrementa la demanda de servicios sanitarios. Los avances tecnológicos en medicina generalmente no sustituyen el trabajo humano sino que requieren más trabajadores y mejor cualificados, con alguna excepción como análisis clínicos.

Por el contrario, mediante la informatización, que posibilita el intercambio de información, se pueden evitar pruebas innecesarias. Pero, principalmente, mediante cambios en la organización de los dispositivos sanitarios se puede ganar en productividad, disminuyendo la necesidad de especialistas.

El desequilibrio en el mercado de trabajo médico se produce también porque está muy segmentado, es muy especializado y poco flexible a los cambios. Cuanto más se segmente un mercado, mayores le parecerán las necesidades al planificador, porque tendrá que alcanzar un nivel mínimo en cada una de las partes. Esto es aplicable a la geografía, pero también a las subespecialidades. Este desequilibrio genera tensiones, tanto sobre la oferta como sobre la demanda (paro, inflación salarial, subempleo, abandono laboral, reducción de la calidad asistencial, etc.).

El número de plazas de formación MIR y sus reformas recientes, como la renuncia previa a la recirculación o la implantación de la troncalidad en los próximos años, que permitirá el establecimiento de pasarelas entre especialidades del mismo tronco, flexibilizando de este modo el mercado de trabajo al posibilitar reconversiones y cambios de especialidad, se-

rán también elementos determinantes en las diferentes trayectorias de las distintas especialidades.

Tendencias en la necesidad de especialistas

La planificación de las necesidades de especialistas médicos para poder conocer cuántos especialistas se precisan para cada especialidad en un momento concreto y en el lugar exacto es una tarea compleja que se ve agravada por la precariedad de los datos disponibles.

Cuadro 2 – Tendencias de las especialidades médicas según el Panel de expertos del Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Defensa y algunas comunidades autónomas

| ESPECIALIDADES CON DEMANDA CRECIENTE | | |
|---|--|---|
|  | Geriatría | Radiodiagnóstico |
| | Anestesiología y Reanimación | Medicina Familiar y Comunitaria |
| | Oncología Médica | Psiquiatría |
| ESPECIALIDADES CON DEMANDA CRECIENTE/ESTABLE | | |
|  | Alergología | Endocrinología y Nutrición |
| | Oncología Radioterápica | Neurología |
| ESPECIALIDADES CON DEMANDA ESTABLE | | |
|  | Cirugía Ortopédica y Traumatología | Neurocirugía |
| | Cardiología | Reumatología |
| | Cirugía Plástica Estética y Reparadora | Cirugía General y del Aparato Digestivo |
| | Medicina Física y Rehabilitación | Pediatría y sus Áreas Específicas |
| | Angiología y Cirugía Vasculat | Cirugía Pediátrica |
| | Oftalmología | Hematología y Hemoterapia |
| | Medicina Preventiva y Salud Pública | Otorrinolaringología |
| | Cirugía Cardiovascular | Anatomía Patológica |
| | Obstetricia y Ginecología | Medicina Intensiva |
| | Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología | Neumología |
| | Urología | Nefrología |
| | Inmunología | Cirugía Torácica |
| | Aparato Digestivo | Farmacología Clínica |
| | Cirugía Oral y Maxilofacial | Medicina Nuclear |
| | ESPECIALIDADES CON DEMANDA ESTABLE/DECRECIENTE | |
|  | Medicina Interna | Microbiología y Parasitología |
| | Análisis Clínicos | Neurofisiología Clínica |
| | Bioquímica Clínica | |

Nota: Participaron expertos de las comunidades autónomas de Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia y Navarra.

Fuente: Barber, P. y González, B. (2009): *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Con el objeto de evaluar la evolución de la demanda o de la necesidad de especialistas, el Ministerio de Sanidad y Consumo consultó a un grupo de expertos en el último trimestre de 2008. Este grupo clasificó las especialidades en cuatro categorías según la tendencia de necesidades de especialistas a medio plazo: creciente, creciente-estable, estable y estable-decreciente. En una segunda fase se preguntó a las comunidades autónomas su visión sobre el tema. En el cuadro 2 se presentan las tendencias de las especialidades clasificadas por el panel de expertos y las comunidades autónomas.

Patricia Barber y Beatriz González ejecutan un modelo de simulación mediante dinámica de sistemas, obteniendo trayectorias de evolución de los efectivos, que nunca se interpretan como predicciones sino como proyecciones o tendencias. Según su análisis, el déficit total estimado era de un 7% en 2008. No obstante, teniendo en cuenta que en el cálculo de las necesidades se incluye un 5% de holgura sobre el número de médicos necesarios para las tareas asistenciales, el déficit podría cuantificarse en torno a un 2%, unos 2.800 médicos especialistas, incluyendo médicos de familia y pediatras de Atención Primaria.

Bajo la hipótesis de un crecimiento poblacional moderado –según los escenarios de proyección de población estimados por el INE–, un número estable de plazas MIR al nivel de las adjudicadas en la convocatoria 2006-2007, una cantidad de homologaciones parecida al promedio de los últimos cuatro años, el crecimiento del número clausus hasta un 40% acumulado en los próximos ocho años y un crecimiento de la demanda de necesidades por especialidad como el previsto por el Panel de expertos consultado, el déficit crecerá ligeramente, un 5% hasta 2015, pero aumentará paulatinamente hasta el 15% en 2025.

Si se cumple la suposición de un crecimiento poblacional bajo, el déficit en el número de especialistas médicos crecerá desde el 2% actual al 10% en 2025. En el escenario, menos probable, de un aumento desmesurado de la población, al ritmo del último quinquenio, el déficit se acentuaría hasta el 18%.

La evolución de las tendencias por especialidad no es homogénea. Las especialidades con pirámides poblacionales más envejecidas tienen mayores tasas de crecimiento negativas. Este efecto se mitiga en aquellas cuyo crecimiento en la oferta de plazas MIR ha sido mayor y tienen pirámides poblacionales más jóvenes.

El cuadro 3 muestra los resultados del modelo de simulación de tendencias a medio y largo plazo.

Actualmente, las especialidades con mayores desequilibrios por déficit de oferta son Anestesiología y Reanimación, Cirugía Ortopédica y Trauma-

Cuadro 3 – Valoración de la evolución de las distintas especialidades médicas

| Especialidad | 2008 | 2015 | 2025 |
|--|------------------|--------------------|--------------------|
| Alergología | Equilibrio | Equilibrio | Equilibrio |
| Análisis Clínicos | Equilibrio | Déficit moderado | Déficit moderado |
| Anatomía Patológica | Equilibrio | Equilibrio | Superávit leve |
| Anestesiología y Reanimación | Déficit moderado | Déficit moderado | Déficit moderado |
| Angiología y Cirugía Vascul ar | Déficit leve | Equilibrio | Superávit leve |
| Aparato Digestivo | Déficit leve | Déficit leve | Déficit leve |
| Bioquímica Clínica | Equilibrio | Déficit leve | Déficit leve |
| Cardiología | Déficit leve | Déficit moderado | Déficit leve |
| Cirugía Cardiovascular | Equilibrio | Equilibrio | Superávit moderado |
| Cirugía General y del Aparato Digestivo | Déficit leve | Déficit leve | Déficit leve |
| Cirugía Oral y Maxilofacial | Equilibrio | Equilibrio | Equilibrio |
| Cirugía Ortopédica y Traumatología | Déficit moderado | Déficit moderado | Déficit moderado |
| Cirugía Pediátrica | Déficit moderado | Déficit leve | Déficit leve |
| Cirugía Plástica Estética y Reparadora | Déficit moderado | Déficit moderado | Déficit leve |
| Cirugía Torácica | Déficit leve | Superávit moderado | Superávit moderado |
| Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología | Equilibrio | Equilibrio | Déficit leve |
| Endocrinología y Nutrición | Déficit moderado | Déficit moderado | Déficit moderado |
| Farmacología Clínica | | | |
| Geriatría | Déficit leve | Superávit leve | Superávit moderado |
| Hematología y Hemoterapia | Equilibrio | Equilibrio | Equilibrio |
| Inmunología | Equilibrio | Equilibrio | Equilibrio |
| Medicina Familiar y Comunitaria | Déficit moderado | Déficit moderado | Déficit moderado |
| Medicina Física y Rehabilitación | Equilibrio | Superávit leve | Superávit moderado |
| Medicina Intensiva | Equilibrio | Equilibrio | Superávit leve |
| Medicina Interna | Equilibrio | Superávit leve | Superávit moderado |
| Medicina Nuclear | Equilibrio | Superávit moderado | Superávit moderado |
| Medicina Preventiva y Salud Pública | Equilibrio | Déficit leve | Déficit leve |
| Microbiología y Parasitología | Equilibrio | Déficit leve | Déficit leve |
| Nefrología | Equilibrio | Equilibrio | Superávit moderado |
| Neumología | Equilibrio | Equilibrio | Equilibrio |
| Neurocirugía | Déficit leve | Déficit leve | Superávit leve |
| Neurofisiología Clínica | Equilibrio | Superávit moderado | Superávit moderado |
| Neurología | Equilibrio | Equilibrio | Equilibrio |
| Obstetricia y Ginecología | Déficit leve | Déficit moderado | Déficit moderado |
| Oftalmología | Déficit leve | Déficit leve | Déficit moderado |
| Oncología Médica | Déficit leve | Superávit moderado | Superávit moderado |
| Oncología Radioterápica | Equilibrio | Superávit moderado | Superávit moderado |
| Otorrinolaringología | Equilibrio | Déficit moderado | Déficit moderado |
| Pediatría y Áreas Específicas | Déficit moderado | Déficit moderado | Déficit moderado |

Sigue Cuadro 3 – Valoración de la evolución de las distintas especialidades médicas

| Especialidad | 2008 | 2015 | 2025 |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Psiquiatría | Déficit leve | Déficit moderado | Déficit moderado |
| Radiodiagnóstico | Déficit moderado | Déficit moderado | Déficit moderado |
| Reumatología | Déficit leve | Equilibrio | Superávit leve |
| Urología | Déficit moderado | Déficit moderado | Déficit moderado |

Notas: **Equilibrio:** demanda menos oferta (porcentual) desde -5% a 5%. **Déficit leve:** demanda menos oferta (porcentual) menor a -5%. **Déficit moderado:** demanda menos oferta (porcentual) menor a -10%. **Superávit leve:** demanda menos oferta (porcentual) mayor a 5%. **Superávit moderado:** demanda menos oferta (porcentual) mayor a 10%.

Fuente: Barber, P. y González, B. (2009): *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

tología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica Estética y Reparadora, Endocrinología y Nutrición, Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Radiodiagnóstico y Urología. También presentan desequilibrio, aunque menor, Angiología y Cirugía Vasculat, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Torácica, Geriatría, Neurocirugía, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Oncología Médica, Psiquiatría y Reumatología.

5. El papel de los profesionales de la enfermería

La enfermería es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. En España, por definición, todas las enfermeras y enfermeros son profesionales capacitados para realizar las cuatro funciones de la enfermería: asistencial, administrativa, docente e investigadora.

Tradicionalmente, el trabajo de los profesionales de enfermería se desarrollaba bajo las órdenes de los médicos, aplicando las técnicas de tratamiento que ellos pautaban, y prestando los cuidados necesarios (higiene, alimentación, apoyo psicológico) para recuperar la salud, con un muy escaso margen para la toma de decisiones autónomas por parte del personal de enfermería. Este sistema de trabajo era el clásico en clínicas y hospitales, donde las funciones asignadas a cada profesional estaban perfectamente delimitadas y permanecían casi invariables desde el principio de la sanidad moderna. Sólo algunas enfermeras especializadas, como las matronas, han asumido competencias que entran en posible conflicto con las de los médicos; por ejemplo, la atención al parto no complicado.

La creación de la Atención Primaria, con su filosofía de promover una atención integral de la salud del ciudadano, teniendo en cuenta sus ne-

cesidades biosociales, basada en el trabajo en equipo, con una organización no jerárquica sino funcional, orientada al logro de una serie de objetivos de salud, ha sido el punto de inflexión para que los profesionales de enfermería empezasen a querer asumir competencias más amplias y autónomas de las de los profesionales médicos.

Hace 25 años, el sistema de salud en general, y en particular el nivel primario de atención, comenzó a reorganizarse y regular sus propias funciones para redimensionar su rol en el trabajo con la comunidad. Con esta tarea se inicia un proceso, aún no concluido, de redefinición que repercute en el campo de actuación del personal de enfermería y, por consiguiente, en las funciones que éste realiza.

Desde hace más de 15 años, la OMS lleva alertando de la disminución del personal de enfermería y del número de candidatos para estudiar la profesión. Las consecuencias se están padeciendo actualmente, incrementadas en el caso de España por la fuga de personal hacia otros países con una oferta laboral más atractiva. Esta organización instaba a los Estados miembros a que tomaran medidas para evitar la escasez de este personal en el futuro, a mejorar la cualificación de las enfermeras, a que asumiesen puestos de liderazgo y gestión, que apoyasen la realización de investigaciones sobre métodos más eficaces para utilizar estos recursos humanos y a que proporcionasen el apoyo necesario a este personal para la realización de sus actividades. En consecuencia, en la asamblea de 1992 se dictó la Resolución WHA 45.5 que insta a los Estados miembros a:

- Determinar las necesidades del personal de enfermería.
- Reforzar la capacidad gerencial y fortalecer la posición del personal.
- Promulgar disposiciones legales que aseguren buenos servicios de enfermería.
- Fortalecer la enseñanza de enfermería y que se adecuen los planes de estudio de acuerdo con las estrategias de salud.
- Apoyar las investigaciones sobre servicios de salud que aseguren la contribución óptima de enfermería.
- Velar por que sean adecuadas las condiciones de trabajo, con el fin de sostener la motivación del personal y mejorar la calidad de los servicios.
- Asignar a las actividades de enfermería suficientes recursos humanos y logísticos.

La situación actual del personal sanitario en España es muy preocupante, tanto por la falta numérica de profesionales como por la inadecuada política de incentivación: profesionales mal retribuidos, poco reconocimiento social (a pesar de la buena valoración que hacen los ciudadanos en

Tabla 7 – Evolución de los diplomados en enfermería colegiados. Valor absoluto y tasa por 100.000 habitantes. 1996-2007

| | Valor absoluto | Tasa por 100.000 habitantes |
|------|----------------|-----------------------------|
| 1996 | 177.034 | 446,3 |
| 1997 | 181.877 | 459,5 |
| 1998 | 192.598 | 483,3 |
| 1999 | 197.340 | 490,9 |
| 2000 | 204.485 | 504,9 |
| 2001 | 208.551 | 507,2 |
| 2002 | 213.368 | 510,0 |
| 2003 | 220.769 | 516,8 |
| 2004 | 225.487 | 522,0 |
| 2005 | 231.001 | 523,7 |
| 2006 | 237.050 | 530,2 |
| 2007 | 243.000 | 537,6 |

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos INE.

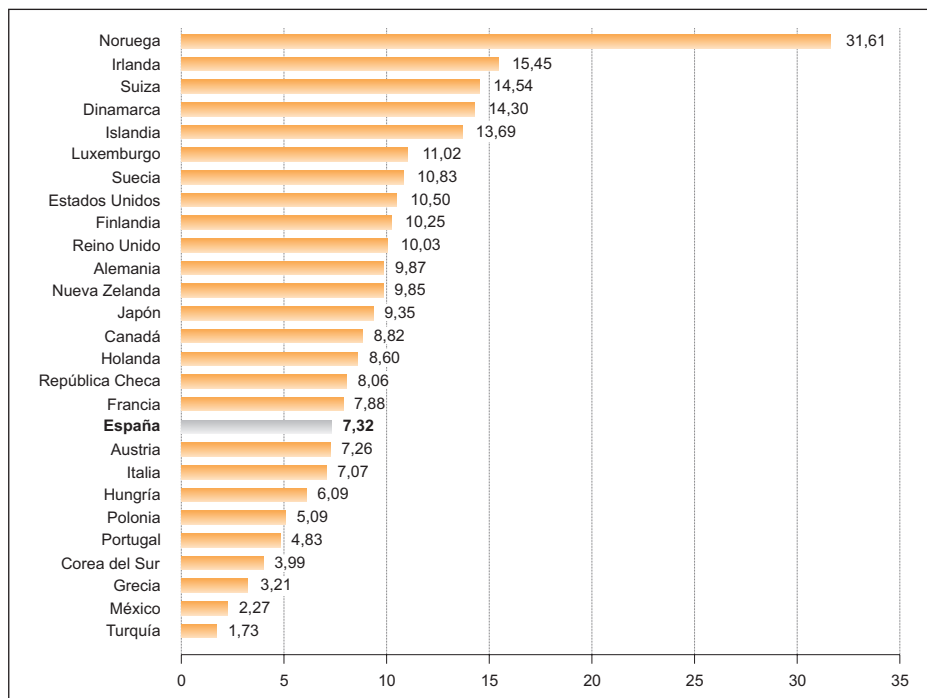
las encuestas, esta opinión no se refleja en el trato que reciben normalmente, con un considerable aumento de las agresiones a médicos y más aún a las enfermeras), pocas oportunidades de desarrollo profesional, carrera profesional que sólo conlleva mejoras salariales, escasa inversión en formación continua y dificultades para establecer medidas de conciliación familiar (punto muy importante en un estamento altamente feminizado). La emigración de médicos y enfermeras españoles a otros países donde pagan mejor es consecuencia de esta situación.

A finales de 2007 había en España 243.000 diplomados en enfermería colegiados (más del 80% mujeres), frente a los 177.034 que había en 1996. Esto supone un aumento del 37,3%. En el mismo período, la población española aumentó un 13,9%. En consecuencia, la tasa de enfermeros por 100.000 habitantes pasó de 446,3 en 1996 a 537,6 en 2007 (tabla 7). Se trata de un aumento importante, pero estamos aún muy lejos de la media de los países de nuestro entorno.

Según datos de la OCDE (que considera no sólo a los titulados en enfermería sino también a los auxiliares), nuestro país ocupaba una de las últimas posiciones en lo que se refiere a densidad de diplomados en enfermería activos por cada 1.000 habitantes, con la mitad de personal que Irlanda, Suiza, Dinamarca o Islandia (gráfico 12).

Si se siguen las recomendaciones de la OMS, un país como España debería tener como mínimo 808 enfermeras por cada 100.000 habitantes, que es precisamente la media de la Unión Europea. En España, sólo Navarra supera esa cifra (gráfico 13). Hay comunidades autónomas que se

Gráfico 12 – Diplomados en enfermería activos en algunos países de la OCDE. Tasa por 1.000 habitantes. 2006

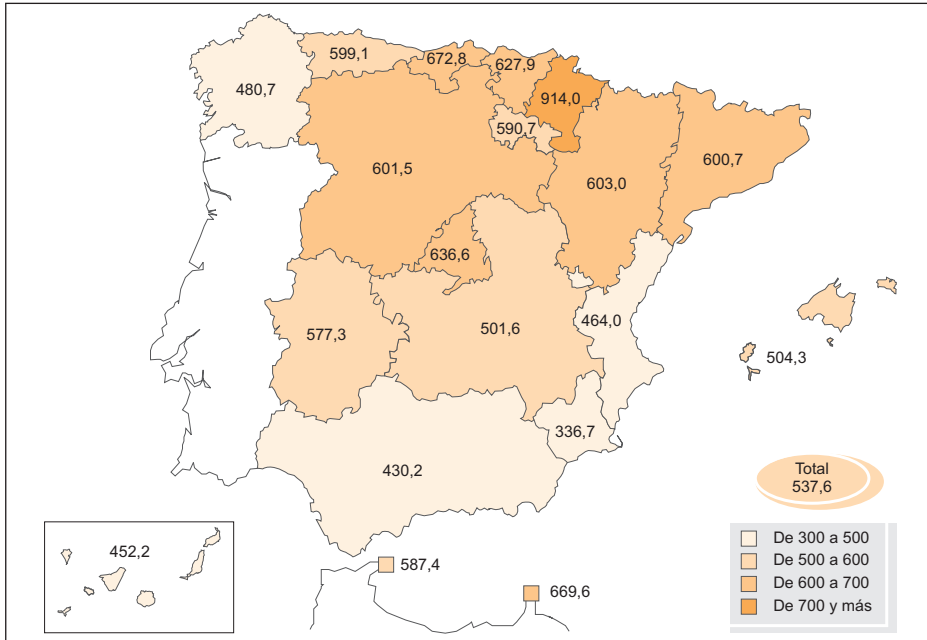


Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos de la OCDE.

hallan muy alejadas de esos niveles: Murcia (336,7), Andalucía (430,2), Canarias (452,2), Comunidad Valenciana (464) y Galicia (480,7).

Al igual que en la profesión médica, este déficit de profesionales ha dado origen a la contratación de enfermeras de otros países, proceso que también coincide con la emigración de enfermeras españolas. Según datos del Consejo General de Enfermería, en 2008 había en España 11.838 enfermeras extranjeras con título homologado, procedentes en su mayor parte de Argentina, Venezuela, Colombia y Rumania. Esta cifra se incrementaría hasta las 15.000 si se incluyeran las que están pendientes de homologación y realizan labores de auxiliares, fundamentalmente en el sector privado. En sentido contrario, el sindicato de enfermería mayoritario, SATSE, contabiliza más de 10.000 titulados en enfermería españoles que ejercen en otros países, entre los que destacan Reino Unido y Portugal. Las razones coinciden con las de los médicos: mejores salarios, contratos estables, valoración de su trabajo y, en este caso, un mayor protagonismo en la asistencia.

Gráfico 13 – Diplomados en enfermería colegiados por comunidades autónomas. Tasa por 100.000 habitantes. 2007



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos INE.

El actual contexto demográfico europeo se caracteriza por una población envejecida con un elevado número de pacientes crónicos. Además, las nuevas demandas no se deben sólo a la edad, sino también a los estilos de vida. La mayor parte de las enfermedades de los europeos tienen alguna relación con el tabaco, el alcohol, el sedentarismo, el estrés o la sobrealimentación. La tradicional medicina curativa que ofrecen los sistemas europeos obtiene por sí sola unos resultados limitados. Por lógica, los recursos deberían orientarse, en mayor medida que hasta ahora, a la prevención, a corregir estilos de vida no saludables, a evitar la aparición de complicaciones en los enfermos crónicos y a intentar mejorar el grado de capacidad de los mismos. Y es en este terreno donde el personal de enfermería debería ejercer un papel fundamental, ya que entra de lleno en su definición como disciplina científica de prestación de cuidados integrales en materia de salud.

5.1 Funciones del profesional de enfermería

El papel de estos profesionales se puede establecer a partir del desarrollo de las tres funciones principales de los servicios sanitarios: atención, formación e investigación.

□ **Funciones de atención.** Tanto la OMS como la Unión Europea consideran imprescindible identificar claramente las competencias de la enfermera de Atención Primaria, aumentando su autonomía y sus responsabilidades.

Sus funciones están recogidas en el Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, en la Ley General de Sanidad de 1986 y en el Reglamento sobre Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de 1988, siendo ésta la normativa vigente en la que se sustentan dichas funciones. Estas normativas se han quedado obsoletas y no responden a la realidad actual. Se han producido cambios radicales en la atención a los ciudadanos que no se reflejan en estas leyes, hecho que se palia en parte con la aplicación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

Esta ley establece las bases para que se definan los ámbitos competenciales y que “las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente”. De esta forma, se crea el marco en el que debe establecerse la organización de las funciones y la delimitación de las competencias entre los diferentes estamentos que intervienen en la asistencia sanitaria, con el objetivo común de conseguir la mejor oferta sanitaria posible.

En su artículo 7.2 dispone que a los diplomados universitarios en enfermería (DUE) les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados enfermeros orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Una de las líneas prioritarias del Plan de Mejora de la Atención Primaria 2006-2009 es el “impulso del papel de la enfermería” en este nivel asistencial. La enfermera es la principal responsable de fomentar el autocuidado y la educación sanitaria, promover hábitos de vida saludable y prevenir enfermedades y discapacidades. La Comisión Científico Técnica del Plan de Mejora detectó algunas debilidades en la actual atención enfermera en Atención Primaria:

— **Gran variabilidad en la oferta de servicios prestados.** Esto se produce tanto a nivel de las diferentes comunidades autónomas como entre distintas áreas de salud e incluso entre los centros de salud. Así, mientras en determinados centros existe una clara vocación por la educación para la salud y está sistematizada la educación grupal en patologías crónicas, en otros centros este servicio no existe prácticamente.

— **Voluntariedad de la enfermería para la realización de ciertas intervenciones.** Dada la inexistencia de una definición clara de las funciones que tiene que realizar el personal de enfermería en Atención Primaria,

desde su implantación han existido numerosos puntos de conflicto en la asunción de determinadas responsabilidades: aplicación de técnicas concretas que en el hospital son realizadas por personal menos cualificado o, por el contrario, de técnicas que anteriormente sólo hacía el médico: suturas, extracción de taponos...; la realización de ciertas actividades, como educación para la salud o el programa de atención al niño sano, tareas para las que previamente no habían recibido formación. Esto es debido a la falta de especialización de la enfermería y también está provocado porque la Atención Primaria se ha nutrido mayoritariamente de enfermeras provenientes del ámbito hospitalario.

— **Existencia de discontinuidad de la atención con el médico**, debido nuevamente a la indefinición de las funciones de enfermería, produciéndose una atención paralela a los pacientes crónicos no coordinada.

— **Baja atención domiciliaria**, a pesar de que ésta es una de las funciones principales del personal de enfermería. La enfermera es responsable del seguimiento de los pacientes dependientes con patologías incapacitantes. Fomenta su autocuidado, enseña pautas de manejo a los cuidadores, intenta mantener su autonomía, controla la correcta realización de los tratamientos prescritos y sirve de enlace con los servicios sociales de la zona. Pero, salvo en las zonas rurales, la implementación del servicio de atención domiciliaria tiene un bajo índice de cobertura.

— **Falta de claridad en la oferta de servicios de enfermería**. A pesar de los 25 años de implantación del modelo de Atención Primaria, la consulta de enfermería sigue siendo la gran desconocida y, en un elevado porcentaje de los casos, se accede a ella a través de la consulta del médico. Los ciudadanos siguen ignorando los servicios que les puede ofrecer este personal y lo siguen viendo como la persona encargada de aplicar las técnicas o procedimientos diagnósticos pautados por el médico.

— **Inadecuada implicación en la atención de la patología aguda**. Así, se pierden las oportunidades de realizar la promoción del autocuidado. Aunque existen varias experiencias de atención enfermera directa (sin la participación del médico) en patologías agudas, no graves y previamente protocolizadas (como infecciones urinarias no complicadas, gastroenteritis agudas, infecciones respiratorias de vías altas o, más recientemente, gripe A), éste es un modelo que no se ha generalizado, ya que precisa de un entrenamiento previo de ciertas destrezas diagnósticas, no incluidas hasta ahora en el currículo de la diplomatura (por ejemplo, la exploración de la orofaringe) y de un alto grado de compromiso por parte de la enfermera al tener que asumir más responsabilidades. Al estilo de las *nurses practitioner* inglesas, que son inicialmente enfermeras que adquieren el nivel de “mini-médicos” y, tras un corto proceso extra de formación, ven pacientes solas, de principio a fin. Por ejemplo, en urgencias, las enfermeras especialistas tratan en solitario entre un 30% y un 35% del volumen de pa-

cientes. Diagnostican, tratan, prescriben y dan el alta, trabajando con protocolos muy estrictos de actuación.

Actualmente, la enfermería está cambiando. Los profesionales reclaman una mayor autonomía de actuación, basada en un sistema de trabajo propio: la *metodología enfermera*, cuyo eje es el *diagnóstico enfermero*, que expresa el juicio profesional a partir del cual se realizarán las intervenciones necesarias en el proceso de salud. Esta metodología está implantada en otros países desde hace más de una década, sustentada en taxonomías diagnósticas como la North American Nursing Diagnostic Association (NANDA), de intervención como la Nursing Intervention Classification (NIC) y de resultados como la Nursing Outcomes Classification (NOC) y con el establecimiento de una valoración por Patrones Funcionales de Salud, que se relacionan directamente con las necesidades de cuidados de los ciudadanos (cuadro 4).

Esta metodología se ha implementado de manera desigual en el territorio nacional, ya que precisa una estrategia de formación de los profesionales de enfermería de mayor edad que no están familiarizados con esta terminología, además de modificar los sistemas informáticos existentes para incluir todos los patrones funcionales y las intervenciones que se derivan de su valoración.

El papel de la enfermería queda establecido en cuatro niveles de actuación:

- **Nivel I: Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.** Ésta es una actividad tradicional de la enfermera. Realiza un determinado cuidado, aplica un cierto tratamiento o una prueba diagnóstica que requiere el manejo de aparatos. Su responsabilidad está en la acción que lleva a cabo, no en el proceso de la atención que realiza por indicación o en colaboración con otro profesional.
- **Nivel II: Conductas generadoras de salud-Actividades preventivas.** Se realiza de forma independiente: fomento de conductas saludables, consejo sobre prevención de riesgos, asunción de la respon-

Cuadro 4 – Patrones Funcionales de Salud

| | | | |
|---|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| ⇒ | Percepción y manejo de la salud | ⇒ | Autopercepción- autoconcepto |
| ⇒ | Nutricional y metabólico | ⇒ | Rol – relaciones |
| ⇒ | Eliminación | ⇒ | Sexual – reproductivo |
| ⇒ | Actividad – ejercicio | ⇒ | Adaptación – tolerancia al estrés |
| ⇒ | Sueño – descanso | ⇒ | Valores y creencias |
| ⇒ | Cognitivo perceptual | | |

sabilidad de todo el proceso o intervención de forma colaborativa con otros profesionales, en cuyo caso es responsable de la parte de actividad que desempeña.

— **Nivel III: Promoción del autocuidado.** La enfermera detecta y trata problemas que son de su competencia profesional (diarreas estivales, quemaduras de primer grado, incontinencia...). Trabaja la intervención educativa mediante el consejo estructurado, la educación para la salud individual o grupal, responsabilizándose de todo el proceso.

— **Nivel IV: Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación.** Tratamiento de problemas complejos de la respuesta humana, que precisan atención prolongada en el tiempo, donde es responsable de todo el proceso.

Como se puede comprobar, a los roles clásicos de dador de cuidados se añaden ahora las tareas que buscan la consecución de la mayor autonomía y autorresponsabilidad en el cuidado de su salud por parte del ciudadano, una línea de actuación muy acorde con las necesidades actuales de la población (aumento de enfermos crónicos con pluripatología, envejecimiento poblacional, incremento de las personas dependientes...).

Otro papel que la enfermería deberá asumir, dada su situación privilegiada de cercanía al paciente y a su familia y de su conocimiento del sistema sanitario, es la función de gestión de casos, ayudando a coordinar los procesos de atención a un determinado paciente.

□ **Funciones de formación.** Como todo buen profesional, el de enfermería debe tener permanentemente actualizados sus conocimientos. Además, dado el carácter altamente técnico de su disciplina, ha de mantener un nivel adecuado de habilidades y destrezas e ir las aumentando de acuerdo con el progresivo grado de autonomía que pretende adquirir.

La formación es un derecho del profesional, recogido tanto en la LOPS como en la Ley General de Sanidad. La existencia de programas de autoformación en los centros de salud y el número de profesionales que han acudido a cursos relacionados con sus áreas competenciales son indicadores incluidos en la evaluación de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud en todas las comunidades autónomas.

El personal de enfermería, tanto hospitalario como de Atención Primaria, suele participar de forma activa en la **formación pregrado**, tutorizando las prácticas de los alumnos de las escuelas universitarias. La tutora es la encargada de organizar la actividad de los estudiantes durante su estancia en el centro y supervisarles, evaluarles e informar a la comisión docente correspondiente de las posibles incidencias. La formación pregrado se establece mediante convenios entre las universidades y los hospitales

y gerencias de Atención Primaria correspondientes. Esta actividad está plenamente integrada entre las funciones habituales del personal de enfermería. Actualmente se reconoce la figura del tutor pregrado, a través de la acreditación, como puntuación para la carrera profesional.

En España, y en otros países, a los enfermeros de “escala general” se les adiestra durante su formación pregrado para realizar las tareas que desempeña una *nurse practitioner*, y no necesitan posteriores especializaciones, como sucede en Estados Unidos o en Reino Unido, salvo casos excepcionales (un ejemplo es el de matrona). Las labores menos técnicas las realizan trabajadores de otra categoría (auxiliares de enfermería). Por tanto, en nuestro país no ha existido hasta ahora la **formación postgrado** en enfermería, ya que salvo matrona, salud mental y podología (con sus propias escuelas universitarias), no había otras especialidades. Actualmente están en proceso de desarrollo y habrá que implementar, al igual que en el caso de los médicos residentes, toda la planificación y organización para poder ofrecer una oferta formativa de calidad, creando unidades docentes al uso y formando a los tutores necesarios.

Dentro de las funciones de enfermería estaría la participación en las actividades de **formación continua** que se establezcan de forma habitual en los centros sanitarios, como sesiones clínicas o sesiones docentes. La enfermera debería aportar su visión en los distintos problemas de salud de los que se trate. De forma ideal, las sesiones clínicas se deberían realizar de manera cooperativa entre médicos y enfermeras, pero suele ser habitual que debido al diferente nivel de complejidad en el abordaje de los temas, las sesiones se impartan por separado.

Las enfermeras participan tanto como docentes como discentes en las actividades formativas que se diseñan en los centros sanitarios o en las agencias de formación existentes en cada autonomía.

□ **Funciones de investigación.** El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) define la investigación en dicha especialidad en los siguientes términos: “La investigación en enfermería se centra primordialmente en el desarrollo del conocimiento sobre la enfermería y su ejercicio, incluida la atención a las personas sanas y enfermas. Va dirigida a la comprensión de los mecanismos fundamentales que afectan a la capacidad de las personas y las familias para mantener o incrementar una actividad óptima y minimizar los efectos negativos de la enfermedad”.

En 1977, la enfermería se convierte en una diplomatura universitaria, y comienzan a sentarse las bases de la investigación en este campo en España. En 1978 aparece la primera revista de enfermería con contenidos científicos editada en nuestro país. Actualmente existen cinco publicaciones.

En 1987, el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) reconoce la capacidad investigadora de estos profesionales al abrir el acceso a sus ayudas a la investigación a este colectivo y al incluir a enfermeras en las comisiones técnicas evaluadoras.

Pero, al igual que en el resto de los campos científicos en España, la investigación en enfermería está poco desarrollada. Tampoco existe mucha cultura investigadora, en parte debido a la tradicional forma de trabajo en la que la actividad de enfermería dependía del juicio clínico de otro profesional, por lo que el personal de enfermería participaba en los proyectos de investigación dentro del grupo de trabajo como colaborador. Esta situación se está revirtiendo en el momento actual al haber alcanzado un mayor grado de autonomía en sus actuaciones.

Hace varios años, el Instituto de Salud Carlos III creó la Base de Datos de Investigación en Enfermería (BDIE), que tiene como objeto la identificación de la producción científica española sobre enfermería. En 2004 se registraron 157 proyectos de investigación, y se observa una tendencia ascendente. El 69% de los proyectos se distribuían entre las comunidades autónomas de Madrid, Andalucía y Cataluña; un 50% se realizó en centros asistenciales (hospitales principalmente) y un 25% en centros docentes (escuelas universitarias). La temática principal era la atención domiciliaria y los síntomas en patologías.

También hay que destacar la página web de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, que aporta información básica sobre metodología de la investigación y permite el acceso a diferentes publicaciones.

En 1999 se celebró en Salamanca la Conferencia Europea de Enfermería bajo el título "Propuesta de una Estrategia para la Investigación de Enfermería en Europa". Se establecieron cinco prioridades en investigación:

1. Cuidados efectivos en ancianos.
2. Estrategias eficaces para la promoción de hábitos saludables en niños y adolescentes.
3. Eficacia de las intervenciones en el manejo de síntomas.
4. Repercusión de los diferentes niveles de cualificación del personal en la calidad y costes de los cuidados.
5. Evaluación de los nuevos modelos de enfermería comunitaria en la atención a la población vulnerable.

Para valorar la implantación de estas líneas de trabajo se puede hacer una evaluación de las comunicaciones presentadas en el XIII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería celebrado en Alicante en noviembre de 2009, donde las mesas de comunicaciones se establecieron en su mayoría respondiendo a las tres primeras prioridades planteadas. Prácticamente

ticamente todos los trabajos expuestos eran estudios descriptivos, epidemiológicos, con pocos análisis de valoración de resultados en salud obtenidos al aplicar los diferentes procedimientos enfermeros. En bastantes comunicaciones, la autoría se compartía con médicos y, en general, había pocas referencias bibliográficas.

Los profesionales de enfermería deben retomar el afán investigador de Florence Nightingale –madre de la enfermería moderna– y comenzar a evaluar de forma precisa la efectividad de los cuidados prestados. Probablemente, el desarrollo de los nuevos estudios universitarios surgidos de la aplicación del Plan Bolonia favorezca la implementación de proyectos de investigación en las áreas de competencia de enfermería. Como objetivos iniciales habría que aumentar la formación en metodología investigadora, incrementar las habilidades de búsqueda bibliográfica, crear grupos de trabajo que investiguen la prestación de los cuidados, de forma que se cree un cuerpo de evidencia científica que respalde la metodología enfermera.

6. La reforma de la formación en enfermería

6.1 Evolución histórica de la titulación

La formación académica en enfermería en España ha seguido diferentes etapas. La primera referencia legal es del siglo XIX, la Ley de Instrucción Pública, de 9 de septiembre de 1887, por la que se establece el Título Oficial de Practicante como auxiliar de las Ciencias Médicas. Posteriormente, el Real Decreto de 16 de noviembre de 1888 regula el ejercicio profesional de practicantes y matronas. No es hasta 1915 cuando, a través de la Real Orden de 7 de mayo, aparece legalmente la titulación de enfermera. Durante casi setenta años el aprendizaje de enfermería se desarrolló fundamentalmente en los centros asistenciales, priorizándose los contenidos prácticos sobre los teóricos.

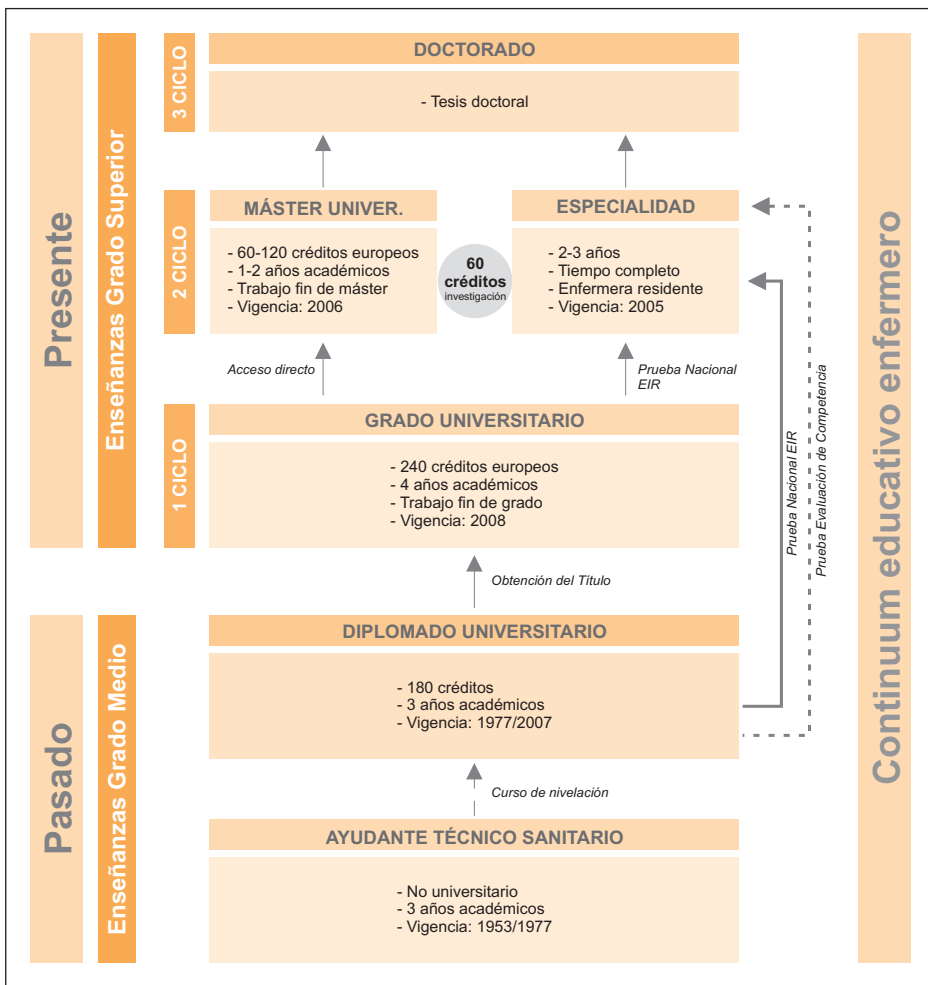
Estos tres títulos coexisten hasta 1953, año en el que, mediante el Real Decreto de 4 de diciembre, se unifican los estudios de enfermera, practicante y matrona en un solo título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). El plan de estudios se regula mediante la Orden Ministerial de 4 de julio de 1955, que, aunque amplía el campo de los conocimientos teóricos, sigue reforzando el aprendizaje práctico, que ocupa más del 50% de los estudios.

En 1977, la Orden Ministerial de 31 de octubre establece las directrices para la elaboración de los planes de estudios en las escuelas universitarias de enfermería, siguiendo la Directiva 77/452/CEE de la Unión Europea –modificada posteriormente por las directivas 77/453/CEE y

89/595/CEE–, que establece los estándares de obligado cumplimiento para los planes de estudios de pregrado (enfermero responsable de cuidados generales), con la finalidad de facilitar la libre circulación y garantizar la calidad del ejercicio profesional en todos los países. Se incluyen por primera vez los estudios de enfermería dentro del ámbito universitario. Esto supuso un importante avance al pasar de una etapa técnica con formación eminentemente práctica a una profesional, donde la teoría y la práctica tienen una distribución similar.

A partir de ese momento y durante los últimos treinta años, la formación académica de enfermería ha sufrido los mayores y más profundos cambios.

Cuadro 5 – Continuum educativo enfermero



Fuente: Organización Colegial de Enfermería.

Durante la década de los años ochenta, la profesión enfermera se va consolidando como una disciplina con un campo de conocimientos propio y un marco de definición de sus responsabilidades en la atención a la población, con capacidad para proporcionar cuidados integrados e integrales tanto al individuo como a la familia y a la comunidad y facultada para desarrollar actividades de gestión, docencia e investigación propias.

La creciente complejidad del desempeño profesional da como resultado la aparición, a finales de los años ochenta, de programas de especialización en distintas áreas (Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del Título de Enfermero Especialista), de las que únicamente se desarrollaron las de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) y Salud Mental.

En los años noventa, y tras la publicación del Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél, consecuencia del desarrollo de la Ley de Reforma Universitaria (LRU), se empieza a dar al estudiante de enfermería mayor protagonismo en el proceso de enseñanza-aprendizaje y se inician grandes cambios en la metodología educativa (cuadro 5).

Con la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), iniciado en las universidades europeas a partir de la Declaración de Bolonia de 1999 y en el límite del horizonte de 2010 previsto para la plena consecución de sus objetivos, la formación del profesional de enfermería ha alcanzado un grado académico acorde con su formación universitaria y su importancia en el Sistema Nacional de Salud. Destaca la posibilidad de culminar sus estudios con la obtención del título de doctor, algo a lo que hasta el momento sólo podían acceder dando un rodeo por otras titulaciones.

6.2 Situación actual

La Declaración de Bolonia de 1999 fija la estructura del EEES y promueve la convergencia de los distintos sistemas universitarios. Este proceso se sustenta en tres pilares fundamentales:

— La creación de un nuevo modelo de titulaciones con tres niveles de cualificación universitaria: grado, máster y doctorado (Real Decreto 55/2005 de 21 de enero por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado y Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado).

— El establecimiento del sistema europeo de transferencia y acumulación de créditos compatibles (Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre).

— La implantación del Suplemento Europeo al Título, documento que proporciona información sobre la titulación obtenida (Real Decreto 1044/2003, de 1 de agosto).

La diplomatura de enfermería ha hecho frente a este nuevo reto y ha adecuado la formación enfermera a estas exigencias legislativas, tanto en lo que respecta a la organización como a las nuevas formas de enseñar y aprender.

— **Primer ciclo: Grado universitario.** La legislación vigente reconoce a la disciplina de enfermería como una profesión regulada, cuyo ejercicio profesional (según el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales) requiere la posesión del correspondiente título oficial de Grado.

El Ministerio de Ciencia e Innovación, tras el acuerdo del Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008 y mediante la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero, ha establecido las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios para la obtención del grado en enfermería.

Así, el nuevo plan de estudios universitarios de enfermería contempla, para la obtención del grado, cuatro años de formación y 240 créditos, aumentando en un año la duración de los estudios de la antigua diplomatura y equiparándolos con los del resto de las titulaciones universitarias. A esto se suma la posibilidad de acceder al completo desarrollo académico, pudiendo cursar el máster y el doctorado.

De los 240 créditos necesarios para el grado, 60 deberán corresponder a formación académica básica y 120 a formación en ciencias de enfermería. La obtención de estos créditos (180), equivalentes a tres años de formación, permitirá acceder a un postgrado o máster de dos años en cualquier disciplina universitaria, pero no habilitará para el ejercicio profesional. Para esto es imprescindible cursar el cuarto año, con 90 créditos y un carácter eminentemente práctico, que incluye prácticas profesionales en forma de rotatorio clínico independiente, con una evaluación final de competencias y la obligatoriedad de elaborar un trabajo de fin de grado.

Los estudiantes de enfermería deberán adquirir una serie de competencias: ser capaces de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con

los niveles de calidad y seguridad que establezcan las normas legales y deontológicas. Deberán conocer y aplicar los fundamentos y principios técnicos y metodológicos de la enfermería. Tendrán que poseer las técnicas y habilidades necesarias para planificar y prestar cuidados de enfermería a personas, familias y grupos.

Mediante el prácticum clínico realizado en centros hospitalarios o de Atención Primaria, y bajo la supervisión de enfermeros cualificados para ello, integrarán estos conocimientos y competencias y adquirirán la experiencia clínica necesaria, además de desarrollar habilidades de búsqueda y organización de documentación para la elaboración de un informe y su exposición en público.

El enfermero responsable de cuidados generales actuará en cuatro áreas: asistencial (en Atención Primaria, Atención Especializada o Atención Sociosanitaria), docencia, investigación y gestión.

Las universidades deben elaborar y proponer al Consejo de Universidades los nuevos planes de estudios de grado de enfermería para su verificación. Ya en el curso 2008/09, tres universidades –una pública, Zaragoza, y dos privadas, Europea de Madrid y Católica de Murcia– comenzaron a impartir el plan de estudios del grado de Enfermería.

Según datos del Ministerio de Educación, en el curso actual (2009/10) son 31 las universidades españolas que ofrecen esta titulación (23 públicas y 8 privadas) en 24 provincias: Barcelona, Tarragona, A Coruña, Madrid, Jaén, Lleida, Huelva, Murcia, Badajoz, Zaragoza, Málaga, Girona, Ourense, Pontevedra, Córdoba, Sevilla, Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Toledo, Teruel, Huesca, Santa Cruz de Tenerife y Asturias.

Hay que señalar también que para el curso académico 2010/11 ya no se podrán ofertar plazas de nuevo ingreso en el primer curso de la actual Diplomatura de Enfermería.

— **Segundo y tercer ciclo: Máster y especialidades, y doctorado.** De forma paralela al desarrollo del grado, la nueva regulación de los estudios universitarios de postgrado introduce el título de máster, con la finalidad de permitir al estudiante la adquisición de una formación avanzada a lo largo de uno o dos años académicos (60-120 créditos), orientada hacia la especialización académica o a la iniciación en tareas investigadoras y a permitir el acceso a los programas de doctorado.

La propia legislación (Real Decreto 1393/2007) determina que los títulos universitarios de postgrado (máster) no podrán inducir a confusión ni coincidir en su denominación y contenidos con los de las especialidades en ciencias de la salud.

6.3 Especialidades de enfermería

Con la entrada en vigor de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), se hace necesario abordar una nueva regulación de las especialidades en ciencias de la salud (entre las que se encuentra la enfermería), teniendo en cuenta las recomendaciones de la Unión Europea y las previsiones constitucionales del derecho a la protección de la salud y las competencias de las distintas comunidades autónomas.

Sobre esta base, el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería, deroga el anterior Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regulaba la obtención del título de Enfermero Especialista, crea siete nuevas especialidades enfermeras (cuadro 6) y establece la forma de acceso al título de Enfermero Especialista para cada una de las situaciones posibles.

El mencionado Real Decreto 450/2005 determina que el título de Enfermero Especialista, con validez para todo el territorio, será necesario para ejercer esta profesión y para ocupar un puesto de trabajo con dicha denominación, tanto en la sanidad pública como en la privada, pero siempre sin menoscabo de las facultades profesionales de los enfermeros responsables de cuidados generales.

El enfermero especialista posee cualificaciones complementarias a las de un enfermero de cuidados generales (según la Directiva 77/452/CEE), además de conocimientos avanzados en un ámbito determinado de los cuidados enfermeros y está, por lo tanto, habilitado para ejercer como especialista.

Para la obtención de este título será necesario, además de estar en posesión de la titulación reconocida y homologada en España (ATS, DUE o Graduado en Enfermería), haber realizado la formación en la especialidad correspondiente y superar las evaluaciones que se establezcan a estos efectos.

El primer paso, tras la publicación del Real Decreto 450/2005, fue la constitución de las comisiones nacionales de las distintas especialidades a lo largo de 2007. Dos ya existían, Matrona y Salud Mental, y cinco se crearon, Cuidados Médico-Quirúrgicos, Familiar y Comunitaria, Pediátrica, Geriátrica y del Trabajo.

Estas comisiones son las encargadas de elaborar los programas formativos de cada especialidad, establecer los criterios para la acreditación de las distintas unidades docentes y decidir los fundamentos y criterios para la homologación de las titulaciones anteriores y la obtención del título por la vía extraordinaria.

Cuadro 6 – Evolución de la especialización en enfermería

| Catálogo de especialidades enfermeras previo a 1987 |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Especialidad de Obstetricia: Decreto de 18 de enero de 1957 2. Radiología y Electrológica: Decreto de 22 de junio de 1961 3. Pediatría y Puericultura: Decreto de 22 de octubre de 1964 4. Neurología: Decreto de 22 de octubre de 1970 5. Psiquiatría: Decreto de 22 de octubre de 1970 6. Análisis Clínicos: Decreto de 28 de enero de 1971 7. Urología y Nefrología: Decreto de 24 de julio de 1975 |
| Catálogo de especialidades enfermeras del Real Decreto 992/1987 |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) 2. Enfermería Pediátrica (no desarrollada) 3. Enfermería de Salud Mental 4. Enfermería de Salud Comunitaria (no desarrollada) 5. Enfermería de Cuidados Especiales (no desarrollada) 6. Enfermería Geriátrica (no desarrollada) 7. Gerencia y Administración de Enfermería (no desarrollada) |
| Catálogo de especialidades enfermeras del Real Decreto 450/2005 |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) 2. Enfermería de Salud Mental 3. Enfermería Geriátrica 4. Enfermería del Trabajo 5. Enfermería de Cuidados Médico-quirúrgicos 6. Enfermería Familiar y Comunitaria 7. Enfermería Pediátrica |

Hasta este momento se han publicado los programas formativos de la especialidad de Enfermería del Trabajo (Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo) y de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo), ambas con un período formativo de dos años. La especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica ya estaba consolidada en España desde su creación en 1992 y, además, se encuentra regulada por directiva europea.

La Enfermería de Salud Mental parte con una cierta ventaja, ya que esta especialidad funcionaba desde 1998 con un sistema de formación tipo residencia.

Los programas de las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermería Geriátrica tienen el visto bueno del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS) y están pendientes de su aprobación por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud para su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

Una vez aprobados y publicados los programas formativos, las comunidades autónomas deben crear las unidades docentes acreditadas (Salud Mental y Matronas ya disponen de unidades docentes), que serán

multidisciplinares y multiprofesionales (excepto la de Enfermería Médico-Quirúrgica), según se recoge en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. En diciembre de 2009, sólo tres comunidades autónomas (Andalucía, Murcia y Castilla y León) habían creado unidades docentes para la especialidad de Enfermería del Trabajo (la única con programa formativo publicado).

La formación para el ejercicio de la especialidad se realizará, en los términos previstos por la LOPS y concretados posteriormente por el Real Decreto 183/2008, por el sistema de residencia (Enfermero Interno Residente o EIR) durante un tiempo (un año para Enfermería de Salud Mental y dos para Enfermería Obstétrico-Ginecológica y Enfermería del Trabajo) de práctica profesional programada y tutelada por pares con asunción progresiva de responsabilidades.

Para acceder a esta formación, los aspirantes a EIR deberán superar una prueba anual, única y simultánea, de carácter estatal. Previamente, las distintas comunidades autónomas habrán de ofertar las plazas de residentes convocadas en función de las necesidades y medios disponibles.

Con fecha 22 de septiembre de 2009 (Orden SAS/2511/2009) se convocó la primera prueba selectiva para el acceso en 2010 a las plazas de formación de las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) –445 plazas–, Enfermería de Salud Mental –154 plazas– y Enfermería del Trabajo –12 plazas–.

Especialidades anteriores

La Disposición adicional segunda del Real Decreto 450/2005 suprime las especialidades previamente existentes (Neurología, Urología y Nefrología, Análisis Clínicos, Radiología y Electrología, Cuidados Especiales, Pediatría y Puericultura, Psiquiatría, Asistencia Obstétrica, Salud Comunitaria y Gerencia y Administración de Enfermería) y establece la vía para la expedición del nuevo título para todos aquellos DUE o ATS que se encontrasen en posesión de alguno de ellos.

Así, los enfermeros con título de especialistas en Neurología, Urología y Nefrología, Análisis Clínicos, Radiología y Electrología y Cuidados Especiales podrán solicitar el título de enfermero especialista en Cuidados Médico-Quirúrgicos; los de Pediatría y Puericultura, el de enfermero especialista en Enfermería Pediátrica; los de Psiquiatría, el de enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental; y los de Asistencia Obstétrica (matrona), el de enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona).

Desaparecen definitivamente las especialidades de Enfermería de Salud Comunitaria y Gerencia y Administración de Enfermería.

También define, en su Disposición transitoria tercera, el régimen especial de acceso al título de Especialista en Enfermería del Trabajo, al que podrán acceder todos los DUE y ATS que posean el título de ATS/DUE de Empresa o de Enfermería del Trabajo, siempre que acrediten un mínimo de cuatro años de ejercicio profesional en este ámbito antes del 6 de mayo de 2006.

Acceso excepcional al título de enfermero especialista

Para los casos de enfermeros que dispongan ya de una sólida experiencia en el ejercicio asistencial pero que no estén en posesión de ninguna titulación como especialistas, el Real Decreto 450/2005, en su Disposición transitoria segunda, contempla tres supuestos de acceso excepcional al título de enfermero especialista:

- ▶ Haber ejercido, como enfermero, las actividades propias de la especialidad que se solicita durante un período mínimo de cuatro años.

- ▶ Haber ejercido, como enfermero, en las actividades propias de la especialidad que se solicita durante un período mínimo de dos años, además de acreditar una formación continuada (según establece la LOPS) de al menos 40 créditos en el campo de la respectiva especialidad o bien poseer un título universitario de postgrado que incluya una formación relacionada con dicha especialidad no inferior a 20 créditos o 200 horas lectivas.

- ▶ Haber ejercido como profesor de escuelas universitarias de enfermería y adscritas en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad que se solicita durante al menos tres años y acreditar un año como mínimo de actividad asistencial en el ámbito de dicha especialidad.

Los enfermeros que reúnan estos requisitos podrán solicitar el acceso excepcional al título de especialista en todas las especialidades, excepto a la Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona). Sólo se podrá optar a un único título de especialista por esta vía.

Los plazos de presentación de solicitudes para este acceso extraordinario abarcarán desde la aprobación y publicación del programa formativo de cada especialidad hasta pasados seis meses de la publicación en el BOE de la convocatoria de la prueba de acceso a dicha especialidad a través del sistema de residencia.

En todos los supuestos anteriores, los aspirantes deberán superar también una prueba de evaluación de la competencia. El objetivo de esta prueba es constatar que los aspirantes al título de enfermero especialista disponen de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el adecuado ejercicio de la correspondiente especialidad.

Las bases de la convocatoria a la prueba objetiva de evaluación de la competencia fueron publicadas en el BOE de 29 de julio de 2009. En esta resolución se determina el contenido de la prueba, la composición de la comisión evaluadora, el sistema de evaluación y los aspectos necesarios para su organización.