



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



LIBRO BLANCO

LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SISTEMA SANITARIO

9 de octubre de 2013



ÍNDICE

	Pág.
I. PRESENTACIÓN.....	3
II. RELACIÓN DE PARTICIPANTES:	
- Universidad Rey Juan Carlos.....	5
- Consejo Asesor de Sanidad.....	6
III. IDEAS-FUERZA.....	8
IV. PROPUESTAS.....	14
V. CONCLUSIONES.....	112
VI. ANEXO: Cuadros.....	114



I. PRESENTACIÓN.

En virtud de acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad encomendó a la Universidad Rey Juan Carlos la elaboración de un Libro Blanco sobre los Recursos Humanos del sistema sanitario.

Los trabajos se han venido llevando a cabo desde Noviembre de 2012 hasta octubre de 2013 en colaboración con el Consejo Asesor de Sanidad.

A tal fin se constituyeron dos equipos que han intercambiado información, documentación y propuestas y que, respectivamente, han llevado a cabo su tarea bajo la dirección del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos y actual Vicerrector de la misma, Dr. D. Ángel Gil de Miguel, y del Presidente de la Comisión Permanente del Consejo Asesor, D. Julio Sánchez Fierro, en coordinación con el Director General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dr. D. José Javier Castrodeza Sanz.

A su vez, el Grupo de Trabajo del Consejo Asesor estuvo coordinado por los Presidentes de la Organización Médica Colegial, Dr. D. Juan José Rodríguez Sendín, del Consejo General de Enfermería, Dr. D. Máximo González Jurado, y del Consejo de Especialidades en Ciencias de la Salud, Dr. D. Alfonso Moreno González.

Los trabajos llevados a cabo se centraron en definir los factores que están proyectando efectos sobre la ordenación y la gestión de los recursos humanos del sistema sanitario, algunos de los cuales generan dificultades y desequilibrios, que es preciso abordar y corregir, para la modernización, la eficiencia y la calidad asistencial y, sobre todo, para promover la motivación, la implicación y el desarrollo profesional de quienes prestan sus servicios en nuestra Sanidad.

Casi ochocientas cincuenta mil personas son quienes han hecho de la protección de la salud el centro de su vocación y de su quehacer diario y, por ello, tienen una alta valoración y el reconocimiento de nuestra sociedad.



El contenido del presente Libro Blanco incorpora cuestiones funcionales, organizativas y normativas que requieren un tratamiento renovador y que responda a las necesarias exigencias de cohesión territorial y que permita que flexibilidad en la gestión y mejora de las condiciones de trabajo y de ejercicio profesional sean principios básicos que deben caminar de la mano.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tiene ante sí una compleja tarea, que requiere contar con los profesionales sanitarios y hacer real una colaboración estrecha entre las distintas Administraciones que habrían de hacer del diálogo la mejor herramienta para lograr soluciones aceptables y eficientes.

La Universidad Rey Juan Carlos y el Consejo Asesor de Sanidad han querido con este Libro Blanco contribuir a tan estratégica misión.



II. RELACIÓN DE PARTICIPANTES.

• POR LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS (FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD):

- D^ª. M^ª JESÚS ALONSO GORDO. Catedrática del Departamento de Bioquímica y Fisiología.
- D^ª. CARMEN GALLARDO PINO. Profesora Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología y Microbiología Médicas, y actual Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- D. ANGEL GIL DE MIGUEL. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología y Microbiología Médicas, y actual Vicerrector de la Universidad Rey Juan Carlos.
- D. FRANCISCO GÓMEZ ESQUER. Profesor Contratado Doctor del Departamento de Anatomía y Embriología.
- D. CARLOS JARA SÁNCHEZ. Profesor Titular del Departamento de Medicina.
- D^ª. MARTA LOSA IGLESIAS. Profesora Titular del Departamento de Enfermería.
- D. DAVID MARTÍNEZ IÑIGO. Profesor Titular del Departamento de Psicología.
- D. JUAN CARLOS MIANGOLARRA PAGE. Profesor Titular del Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Rehabilitación.
- D^ª. MARTA PÉREZ DE HEREDIA. Profesora Titular del Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Rehabilitación.
- D. JUAN CARLOS PRADOS FRUTOS. Profesor Titular del Departamento de Estomatología.
- D. JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ MONTES, Catedrático de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.
- D. JESÚS SAN ROMÁN MONTERO. Profesor Contratado Doctor del Departamento de Medicina.
- D. JOSÉ ANTONIO URANGA. Profesor Contratado Doctor del Departamento de Histología y Citología.



• **POR EL CONSEJO ASESOR DE SANIDAD:**

- D. JUAN ABARCA CIDÓN, Director de HM Hospitales y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.
- D. JUAN JOSÉ BADIOLA DÍEZ, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Veterinarios y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.
- D. BARTOLOMÉ BELTRÁN PONS, Secretario General de la Academia Médico-Quirúrgica Española y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.
- D. IGNACIO BURGOS PÉREZ, Especialista en Medicina Interna y en Medicina de Familia y Comunitaria y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.
- D^a. MERCEDES CARRERAS VIÑAS, Subdirectora General de Atención al Ciudadano y Calidad del Servicio Gallego de Salud y Vocal del Consejo Asesor.
- D. ALFONSO CASTRO BEIRAS, Director del Área del Corazón del Complejo Hospitalario “Juan Canalejo” de La Coruña y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.
- D. FERNANDO CHACÓN FUERTES, Vicepresidente Primero del Consejo General de Colegios Oficial de Psicólogos (Experto).
- D^a. PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, Vicepresidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería y Secretaria General del Consejo Asesor.
- D. MÁXIMO GONZÁLEZ JURADO, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.
- D. JUAN IRANZO MARTÍN, Presidente del Colegio Oficial de Economistas de Madrid y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.
- D. ALFONSO MORENO GONZÁLEZ, Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.



- D^ª. CARMEN PEÑA LÓPEZ, Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.
- D. JOSÉ LUIS PUERTA LÓPEZ-CÓZAR, Facultativo del Servicio Madrileño de Salud, Director de la Revista de Humanidades de la Fundación Pfizer y Vocal del Consejo Asesor.
- D. JUAN RODÉS TEIXIDOR, Director del Instituto de Investigaciones Sanitarias Centre Esther Koplowitz y Presidente del Consejo Asesor.
- D. JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.
- D. JESÚS SAN MIGUEL IZQUIERDO, Catedrático de Medicina Oncohematológica del Hospital Universitario de Salamanca y Vocal del Consejo Asesor.
- D. JULIO SÁNCHEZ FIERRO, Miembro de la Asociación Española de Derecho Sanitario y Vicepresidente del Consejo Asesor y Presidente de su Comisión Permanente.
- D. CARLOS VALIENTE SIGUERO, Vocal del Consejo General de Colegios Oficiales de Fisioterapeutas (Experto).
- D^ª. ELVIRA VELASCO MORILLO, Directora de Enfermería del Complejo Asistencial de Salamanca (Experta).
- D. FELIPE VILAS HERRANZ, Presidente del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid (Experto).
- D. MANUEL ALFONSO VILLA-VIGIL, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Dentistas y Vocal del Consejo Asesor.
- D. ANTONIO ZAPARDIEL PALENZUELA, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Químicos y Vocal del Consejo Asesor.
- D. FRANCISCO ZARAGOZÁ GARCÍA, Catedrático de la Facultad de Farmacia de Alcalá de Henares y Vocal del Consejo Asesor y de su Comisión Permanente.



III. IDEAS-FUERZA ¹

Pág.

1. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud se ha visto seriamente comprometida por la crisis económica, que ha afectado seriamente a su financiación, pero también a otros factores clave, como es la política de recursos humanos..... 14
2. El Real Decreto-Ley 16/2013 ha abierto un escenario de reformas, incluyendo dentro de ellas el área de recursos humanos. Para llevar a cabo tales reformas la herramienta fundamental es el diálogo con las Comunidades Autónomas y con los agentes representativos del sector sanitario..... 14
3. El diálogo con las Comunidades Autónomas se viene desarrollando a través de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, en tanto que el diálogo con los profesionales ha empezado a dar frutos muy importantes..... 14
4. Esta nueva política de recursos humanos, sin perjuicio de ser sensible al contexto de austeridad presupuestaria, ha de trascender los problemas inmediatos y buscar soluciones a medio y largo plazo, de modo que pueda avanzarse en la consecución de objetivos tan prioritarios como una gestión clínica eficiente, la motivación del personal sanitario y una ordenación profesional que les ofrezca un marco más adecuado para el desarrollo de su actividad con crecientes niveles de calidad asistencial..... 14
5. El proceso de reformas habría de enmarcarse en una nueva cultura organizacional, en la que las pautas fundamentales del funcionamiento diario del Sistema Nacional de Salud sean el trabajo en equipo, la formación continua, el sentido innovador, el uso habitual de las nuevas tecnologías, la cercanía al paciente, el uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles y la responsabilidad de todos para conseguir unos adecuados niveles de calidad y unos buenos resultados en salud..... 15
6. La ética y los valores deben inspirar el funcionamiento del sistema sanitario. A tal fin se considera necesario que las actuaciones respondan a un código organizacional de comportamiento ético, en el que se definan y promuevan valores como: el respeto, la sinceridad, la asistencia, la justicia, la integridad, la confianza y la prudencia..... 15
7. Los profesionales sanitarios deberían acomodar su actuación a los siguientes principios: competencia, responsabilidad e integridad en el ejercicio profesional..... 15

¹ Al margen de cada epígrafe, figura la página del Libro Blanco en la que está la propuesta que lo desarrolla.



8. El ordenamiento jurídico español cuenta con un importante bagaje de normas, la mayoría con rango de ley, que no sólo han reconocido la relevancia de la potestad deontológica, sino que han elevado la exigencia del cumplimiento de los principios deontológicos al máximo rango normativo..... 16
9. Durante toda una década, tal y como se señaló anteriormente, el conjunto de la LOPS se mantuvo pendiente de desarrollo reglamentario, congelando así las posibilidades que encerraba dicho texto legal, lo que a su vez obligó a las Administraciones Autonómicas a buscar soluciones propias que, por falta de criterios o de preceptos comunes, no respondieron siempre al principio de cohesión territorial..... 16
10. El estancamiento normativo al que se ha hecho referencia fue particularmente notorio respecto del Desarrollo Profesional..... 17
11. Es necesario velar por la coordinación entre medidas y disposiciones, de distinto rango y origen, sobre profesiones sanitarias, especialmente las ya reguladas, para evitar contradicciones o falta de sintonía entre las políticas de los diferentes Ministerios y Administraciones Sanitarias. Sin ello, será imposible la cohesión interna del sistema sanitario y se generará inseguridad jurídica..... 18
12. La formación, la investigación y las nuevas tecnologías son claves para impulsar la modernización de la política de recursos humanos, siendo fundamental implicar la actividad investigadora con la actividad asistencial..... 18
13. Es preciso prestar mayor atención a las políticas y normativas de la Unión Europea en el ámbito de la gestión de los recursos humanos..... 21
14. Es indispensable establecer previsiones a medio y largo plazo, de las necesidades de personal sanitario, en los sectores público y privado, y hacerlo tanto desde el punto de vista cualitativo (especialidades) como respecto de su volumen y distribución..... 24
15. Es fundamental promover medidas que fomenten la motivación y el desarrollo profesional, innoven la política retributiva (redefiniendo la estructura del modelo actual con nuevos elementos: reconocimiento, ascensos...), flexibilicen la gestión de los recursos humanos y, sobre todo, permitan una más fácil movilidad del personal entre servicios autonómicos y entre centros e instituciones sanitarias..... 28
16. Es imprescindible promover cambios en las profesiones sanitarias para



	adecuarlas a estructuras organizativas más eficientes y a los requerimientos derivados del envejecimiento de la población, de la cronicidad, de la coordinación socio-sanitaria y del progreso científico y técnico.....	29
17.	Uno de los retos más importantes para ganar en calidad asistencial y en seguridad clínica es modernizar la gestión de recursos humanos sanitarios a través de la potenciación del trabajo en equipo.....	29
18.	La gestión de recursos humanos habría de inscribirse en un contexto de redimensionamiento y de mayor coordinación entre los distintos niveles asistenciales, servicios y centros de referencia.....	30
19.	Hay que señalar que el profesorado de carreras sanitarias va a verse inmerso en un considerable número de jubilaciones, lo que habría de tenerse en cuenta para ir adoptando las oportunas medidas.....	36
20.	Para la planificación de recursos humanos sanitarios es necesario tener en cuenta los entornos público y privado. A este planteamiento global responde expresamente la LOPS.....	37
21.	Hay que promover la transparencia, buen gobierno y buenas prácticas dentro del sistema sanitario, y la idea de responsabilidad ante los ciudadanos (dación / rendición de cuentas).....	37
22.	Hay que promover un mejor conocimiento de la estructura, las cifras y los datos sobre recursos humanos en el sistema sanitario, ya que solo así es posible la comparación internacional, el análisis, el diagnóstico de situación y una valoración crítica. Sin unos datos fiables se resentirá la planificación, el control del gasto y la inversión en este crucial ámbito de los recursos humanos.....	37
23.	En materia de ordenación profesional, es preciso revisar y valorar el conjunto de normas pendientes y hacerlo a la luz de una política de recursos humanos para el Sistema Nacional, teniendo en cuenta las nuevas realidades poblacionales, organizativas y asistenciales y la necesidad de promover la coordinación entre legislaciones autonómicas de contenido heterogéneo.....	40
24.	La necesaria movilidad de los recursos humanos dentro del Sistema Nacional de Salud exige resolver la compleja situación generada por la heterogeneidad en las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios.....	41
25.	Es preciso no demorar más el desarrollo reglamentario de la LOPS y del	



Estatuto Marco.....	43
26. Hay que reforzar el papel de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.....	43
27. Las propuestas consensuadas en el Senado a favor de una política integral de recursos humanos mantienen su vigencia y utilidad práctica.....	44
28. Carrera y desarrollo profesionales son herramientas indispensables para una moderna gestión de recursos humanos.....	53
29. Es preciso promover mejoras en los sistemas de selección de recursos humanos.....	59
30. Son muy diferentes las modalidades de incorporación al empleo en el sector sanitario, que en la actualidad se ve afectado, al igual que el conjunto del mercado de trabajo, a importantes tasas de inestabilidad.....	61
31. Es necesario que jornada y organización del tiempo de trabajo respondan a criterios flexibles.....	63
32. Bioseguridad, seguridad en el trabajo y violencia son cuestiones que merecen especial atención dentro de la agenda de recursos humanos sanitarios.....	65
33. Entre las prioridades de la política de recursos humanos habrían de figurar la modernización de los modelos retributivos y la regulación de las condiciones de trabajo, haciéndolo en consonancia con las exigencias de la gestión clínica..	70
34. La promoción profesional es un potente factor de motivación, aunque está poco presente en la práctica clínica.....	72
35. El modelo de categorías profesionales equivalentes facilita la movilidad y con ella una gestión dinámica del Sistema Nacional de Salud, permitiendo, además, ampliar las oportunidades profesionales.....	73
36. Es preciso promover mayor transparencia en cuanto a oportunidades de empleo para los profesionales en el conjunto del sistema sanitario.....	74
37. La formación de grado y de postgrado para todas las profesiones sanitarias es una exigencia para la calidad asistencial y uno de los pilares básicos del ejercicio profesional.....	75



38. Hay que promover la formación continua durante todo el período de ejercicio profesional. Todos los profesionales sanitarios deben tener acceso a la formación continua, tal y como establece la LOPS.....	78
39. La troncalidad es una poderosa herramienta para la modernización de la formación en el ámbito sanitario.....	80
40. La formación en su modalidad de residencia es un referente fundamental en nuestro sistema formativo.....	81
41. La formación para la atención domiciliaria y para las enfermedades mentales son objetivos prioritarios en el contexto actual y con vistas al futuro.....	81
42. La jubilación en las profesiones sanitarias merece una especial atención, valorando alternativas y posibilidades reales para su flexibilización.....	82
43. El Registro Estatal de Profesionales es una herramienta indispensable para la política de recursos humanos y para la planificación a medio y largo plazo.....	83
44. Es preciso que se produzca el desarrollo efectivo de las especialidades en Enfermería.....	84
45. Las especialidades en Farmacia, Odontología, Veterinaria y Fisioterapia están en la lista de asuntos pendientes.....	87
46. Hay que afrontar la tarea de renovar el MIR y sus equivalentes (FIR, QIR, BIR, EIR, PIR, etc.).....	91
47. Es necesario mantener la colegiación obligatoria y apostar por el fortalecimiento de los colegios profesionales sanitarios.....	92
48. Debe promoverse la igualdad de oportunidades y de trato para mujeres y hombres en el sector sanitario con medidas que contribuyan de modo efectivo a la conciliación de la vida profesional, personal y familiar.....	94
49. Se hace necesario un sistema ágil y con plena seguridad jurídica en materia de reconocimiento y homologación de títulos.....	94
50. La evaluación profesional y la recertificación son instrumentos para promover	



	y garantizar la eficiencia y la calidad en el ejercicio profesional.....	96
51.	Promover la motivación de los profesionales y su reconocimiento social constituye un objetivo de primer orden.....	99
52.	Para una política moderna de recursos humanos es fundamental la gestión por competencias, así como dar prioridad a aquéllas que interesen más al sistema sanitario, prevaleciendo éstas sobre las titulaciones.....	100
53.	Los cambios demográficos y epidemiológicos, los avances tecnológicos y las mejoras en la educación y formación de las distintas categorías profesionales están dando lugar en distintos países a una revisión del papel de las distintas profesiones sanitarias.....	101
54.	La enfermería está experimentando un proceso de transformación considerable.....	102
55.	Si hasta ahora se venía hablando de profesionalismo, el futuro vendrá marcado por la Interprofesionalidad.....	103
56.	La "gestión del conocimiento" dentro del sistema sanitario sigue pendiente de adecuada regulación.....	104
57.	Es preciso proteger la propiedad intelectual de los trabajos de los profesionales sanitarios.....	105
58.	Desempleo, emigración, intrusismo y abandono profesional son otros tantos desafíos a los que debe dar respuesta la política de recursos humanos en el sector sanitario.....	106
59.	Con ocasión del ejercicio profesional pueden surgir situaciones de daño que generen demandas y reclamaciones. Por ello, es necesario impulsar un marco jurídico que ofrezca mayor seguridad y mayores garantías tanto para los profesionales como para los pacientes. A estos efectos, sería muy conveniente la aprobación de un baremo de indemnizaciones con ocasión de la actual reforma de la Justicia, ya que contribuiría a reducir la litigiosidad.....	107
60.	La mediación, factor de cambio en el modelo de organización sanitaria.....	108



IV. PROPUESTAS DEL CONSEJO ASESOR DE SANIDAD.

- 1. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud se ha visto seriamente comprometida por la crisis económica, que ha afectado seriamente a su financiación, pero también a otros factores clave, como es la política de recursos humanos.**

Tras la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (en lo sucesivo LOPS) y la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (en adelante, Estatuto Marco), se ha producido una situación de estancamiento en el ámbito de los recursos humanos que, al mismo tiempo, se ha visto sometido a un importante proceso de dispersión y de descoordinación, perjudicial para el sistema sanitario público y para los propios profesionales.

- 2. El Real Decreto-Ley 16/2013 ha abierto un escenario de reformas, incluyendo dentro de ellas el área de recursos humanos. Para llevar a cabo tales reformas la herramienta fundamental es el diálogo con las Comunidades Autónomas y con los agentes representativos del sector sanitario.**
- 3. El diálogo con las Comunidades Autónomas se viene desarrollando a través de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, en tanto que el diálogo con los profesionales ha empezado a dar frutos muy importantes.**

Este es el caso de los Acuerdos para la sostenibilidad y la calidad del Sistema Nacional de Salud entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Foro de la Profesión Médica, el Consejo General de Enfermería y el Sindicato de Enfermería SATSE, suscritos el 30 de julio pasado ante el Presidente del Gobierno.

Se trata de Acuerdos históricos por su amplitud y ambicioso contenido y que afectan a más de 500.000 médicos y enfermeros.

El Ministerio ha ofrecido a otras profesiones sanitarias la posibilidad de Acuerdos similares, además de aquellos pactos que puedan gestarse en el ámbito estrictamente laboral con las organizaciones sindicales.

- 4. Esta nueva política consensuada, sin perjuicio de ser sensible al contexto de austeridad presupuestaria, ha de trascender los problemas inmediatos y buscar soluciones a medio y largo plazo, de modo que pueda avanzarse en la consecución de objetivos tan prioritarios como una gestión clínica eficiente, la motivación del personal sanitario y una ordenación profesional que les ofrezca un marco más adecuado para el desarrollo de su actividad con crecientes niveles de calidad asistencial.**



5. **El proceso de reformas habría de enmarcarse en una nueva cultura organizacional, en la que las pautas fundamentales del funcionamiento diario del Sistema Nacional de Salud sean el trabajo en equipo, la formación continua, el sentido innovador, el uso habitual de las nuevas tecnologías, la cercanía al paciente, el uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles y la responsabilidad de todos para conseguir unos adecuados niveles de calidad y unos buenos resultados en salud.**
6. **La ética y los valores deben inspirar el funcionamiento del sistema sanitario. A tal fin se considera necesario que las actuaciones respondan a un código organizacional de comportamiento ético, en el que se definan y promuevan valores como: el respeto, la sinceridad, la asistencia, la justicia, la integridad, la confianza y la prudencia.**

Asimismo se considera conveniente proveer a las organizaciones de un manual de estilo que fomente una comunicación/relación profesional ciudadano-paciente efectiva.

En él se deberían contemplar aspectos como:

- La comunicación y la imagen de la organización que se debe proyectar.
- Las características del lenguaje escrito, el lenguaje hablado y el lenguaje no verbal, pautas que hay que evitar.
- La información.
- La escucha activa.
- La gestión de los conflictos.
- La política de la organización con relación a proveedores.
- La lealtad.
- La confidencialidad.
- La intimidad.
- El respeto del tiempo de los demás.

7. Los profesionales sanitarios deberían acomodar su actuación a los siguientes principios:

- **El principio de competencia:** de modo que se tenga en cuenta la conciencia ética, los límites propios de competencia profesional y científica, la actualización profesional y la abstención por incapacidad.
- **El principio de responsabilidad:** que incluirá la calidad y promoción del nivel asistencial, científico y profesional, la evitación de daños, la continuidad de la atención, la adecuada supervisión y el abordaje apropiado de los problemas éticos.



- **El principio de integridad en el ejercicio profesional:** que incluirá la honestidad, sinceridad y precisión en la información, el reconocimiento de los límites profesionales y los conflictos de intereses y la obligación de actuar cuando tengan conocimiento de prácticas contrarias al código ético.
- 8. El ordenamiento jurídico español cuenta con un importante bagaje de normas, la mayoría con rango de ley, que no sólo han reconocido la relevancia de la potestad deontológica, sino que han elevado la exigencia del cumplimiento de los principios deontológicos al máximo rango normativo.** En este sentido, el artículo 4 de la LOPS dispone: *“Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de norma-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión”* (Art. 4.5 LOPS) *“El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico”*(Art. 4.7 LOPS).

También es preciso tener presente que, aunque en la Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior, el legislador comunitario no ha querido entrar en una armonización completa o de detalle sobre el control deontológico, al estar esta función directamente ligada al sistema y estructura nacional de colegiación, ha reconocido que lo importante es la existencia de los códigos de conducta que aseguran los objetivos de calidad y de interés general y defensa de los derechos de los usuarios y pacientes.

Asimismo, es necesario señalar que el control deontológico ejercido por los órganos colegiales correspondientes no puede ser sustituido por otro sistema o procedimiento (como el simple aseguramiento de la responsabilidad civil).

La futura Ley de Colegios y Servicios profesionales debería abrir un horizonte positivo en este ámbito.

- 9. Durante toda una década, tal y como se señaló anteriormente, el conjunto de la LOPS se mantuvo pendiente de desarrollo reglamentario, congelando así las posibilidades que encerraba dicho texto legal, lo que, a su vez obligó a las Administraciones Autonómicas a buscar soluciones propias que, por falta de criterios o de preceptos comunes, no respondieron siempre al principio de cohesión territorial.**

Por eso, es necesario **recuperar el espíritu de la LOPS**, porque sólo así será posible garantizar que se alcancen los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud de los españoles y que se facilite la



corresponsabilidad de los profesionales sanitarios en la mejora de la calidad de la atención sanitaria.

La necesidad de salir del estancamiento normativo fue planteada por el Consejo Económico y Social (20 de octubre de 2010), y en el Congreso y en el Senado mediante diversas iniciativas parlamentarias, en particular la de 25 de mayo de 2011.

10. El estancamiento normativo al que se ha hecho referencia fue particularmente notorio respecto del Desarrollo Profesional.

Es cierto que la LOPS y antes la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (en lo sucesivo LCCSNS) apostaron por el Desarrollo Profesional, pero es hora ya de proyectarlo a la gestión diaria de los recursos humanos.

Conviene recordar que, según el Art. 40 de la LCCSNS, el Desarrollo Profesional *"constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud y deberá responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en relación con los siguientes ámbitos:*

- a. La formación continuada.*
- b. La carrera profesional.*
- c. La evaluación de competencias."*

Aunque el reconocimiento del Desarrollo Profesional es general, para todos los profesionales sanitarios, lo cierto es que los preceptos de la LOPS lo limitan a aquéllos que tengan título universitario.

De otra parte, es necesario no olvidar que el Desarrollo Profesional, como palanca fundamental en la política de recursos humanos, también es de aplicación a quienes presten servicios, por cuenta ajena o propia, en los centros sanitarios privados.

Los recientes Acuerdos suscritos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con médicos y enfermeros y el necesario impulso de la **Comisión de Recursos Humanos** deberían ser capaces de activar y dar coherencia a los mecanismos que integran el Desarrollo Profesional.

Igualmente sería muy útil, a estos mismos efectos, la puesta en funcionamiento de la **Comisión Consultiva Profesional** prevista en la LOPS.

De otra parte, hay que señalar que la LOPS encomienda al **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** el establecimiento de principios y criterios generales para la homologación del reconocimiento del Desarrollo Profesional. Habría que recuperar el tiempo perdido. Se ha visto ampliamente superado el plazo legal de cuatro años para



Llevar a cabo estas tareas, tan importantes para la formación, cualificación, motivación y modelo de retribución de los profesionales sanitarios.

- 11. Es necesario velar por la coordinación entre medidas y disposiciones, de distinto rango y origen, sobre profesiones sanitarias, especialmente las ya reguladas, para evitar contradicciones o falta de sintonía entre las políticas de los diferentes Ministerios y Administraciones Sanitarias. Sin ello, será imposible la cohesión interna del sistema sanitario y se generará inseguridad jurídica.**

Un mecanismo útil para evitar estos problemas y generar sinergias entre las distintas Administraciones podría ser la Comisión Consultiva Profesional, prevista en la LOPS, pero no puesta en funcionamiento.

El funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no ha alcanzado los niveles de ejecutividad necesarios para afrontar el problema de dispersión normativa que afecta seriamente a la ordenación y gestión de los recursos humanos.

Además de superar estos problemas internos del sistema sanitario, habría que velar por una mayor congruencia entre las políticas sanitarias y las educativas, y establecer mejores mecanismos de comunicación para la toma de decisiones en los distintos niveles: desde Rectores, Decanos, Gerentes, Directores Médicos, Directores de Enfermería, el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Educación y los diferentes Servicios Regionales de Salud.

- 12. La formación, la investigación y las nuevas tecnologías son claves para impulsar la modernización de la política de recursos humanos, siendo fundamental implicar la actividad investigadora con la actividad asistencial.**

La investigación clínica incorpora la investigación traslacional orientada a las enfermedades, así como a los pacientes y a los resultados.

La orientada a pacientes entra de lleno en la investigación de productos, procesos y cambios organizativos que hagan la asistencia más próxima, efectiva, segura, integrada y eficiente. No es sólo la brecha entre el conocimiento o el saber y la práctica o el hacer, sino también en la calidad de la atención, entre eficacia y efectividad, entre prescripción y cumplimiento terapéutico, entre eficiencia y despilfarro, entre preferencias del paciente y opinión del profesional; a todos esos hechos está dirigida la atención del clínico investigador.

Hay que reconocer que están empezando a recuperarse los ensayos clínicos impulsados por los investigadores, pero se requieren infraestructuras que aúnen centros asistenciales, unidades de ensayos clínicos y centros de investigación.



Todo ello se puede facilitar con las nuevas tecnologías de información y comunicación, como son las bases de datos de la historia clínica, la prescripción electrónica o los registros de pacientes.

También están apareciendo nuevos diseños de estudios y se promueven ensayos clínicos pragmáticos que buscan responder a las necesidades de los pacientes, de los profesionales de la salud y de los responsables sanitarios.

La propia práctica clínica, como objeto de investigación, debería ser el enlace entre los descubrimientos obtenidos en el laboratorio y la eficacia y efectividad clínica en contextos reales.

Este tipo de investigación convierte a la práctica en un laboratorio para estudios observacionales, encuestas de pacientes y profesionales, análisis de datos secundarios e investigación cualitativa. Incorpora la evaluación de la innovación oculta, es decir, la utilización de fármacos y productos sanitarios fuera de las indicaciones aprobadas para su comercialización (*off label*).

En cualquier caso el elemento imprescindible para revitalizar esta investigación es la capacitación y la disposición de los clínicos investigadores.

No debería haber ningún centro asistencial que periódicamente no examinase sus déficits y sus principales problemas tanto a nivel de resultados como de procesos u organización, y propusiese alternativas para la mejora de la atención a los pacientes, siendo éstas evaluadas por sus consecuencias en términos de salud y economía.

El declive del clínico investigador es aún más evidente fuera del ámbito hospitalario y de la especialización, a nivel de la atención primaria. Son los miembros de los equipos de atención primaria los que deben constatar las epidemias de enfermedades crónicas, la multipatología y la multimedicación individual. Estos profesionales han de atender toda la tipología de pacientes: los auténticamente sanos, los enfermos funcionales, los enfermos de verdad y los que se creen sanos; la atención sanitaria a este nivel pasa más a centrarse en el paciente que en la enfermedad.

Es en este terreno de atención primaria en donde más preguntas de investigación pueden surgir y donde las ciencias sociales, con sus aproximaciones y metodologías, más pueden aportar.

Es necesario revitalizar la investigación clínica y ha de hacerse a varios niveles empezando por la educación, la formación y la carrera profesional.

Es importante la formación en el pensamiento crítico y en la metodología de la investigación que debe iniciarse en las facultades, antes de la especialización y la formación continuada.



El desarrollo e incorporación de los estudios universitarios al Marco Europeo de Educación Superior ha logrado incorporar y diseñar los itinerarios formativos de nuestros futuros sanitarios marcando las competencias que estos deben alcanzar, es decir el conocimiento clínico y científico acreditado, las actitudes adecuadas a la atención y cuidado de la salud, las habilidades cognitivas y manuales ejecutivas, etc.

Las autoridades sanitarias deberían favorecer durante la especialización la realización del doctorado, por lo que es necesario incluir en esa fase formativa más formación investigadora. De hecho, la legislación universitaria actual contempla las condiciones y características del acceso de los MIR a dicha formación.

Para ello, habría que sistematizar la colaboración entre los hospitales universitarios y las Facultades de Medicina / Ciencias de la Salud, facilitando el proceso y su posterior aplicación. Podemos señalar positivamente las iniciativas del Instituto de Salud Carlos III respecto a convocatorias de proyectos de investigación con fondos de soporte a las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa y a los Centros de Investigación Biomédica en Red.

Probablemente la constitución y acreditación de los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) ha sido el salto más significativo en la búsqueda de sinergias entre instituciones y distintos tipos de investigación, a la vez que favorece la creación de una masa crítica que pueda potenciar la transferencia de los avances científicos en el abordaje de los problemas de salud.

Como conclusión, debe señalarse que la revitalización de la investigación clínica pasa por el establecimiento de módulos y programas de investigación en Ciencias de la Salud durante el grado que, de forma escalonada y progresiva en complejidad, permitan iniciarse en dichas actividades, sin olvidar nunca que la finalidad de los grados es la formación de un profesional sanitario para el ejercicio profesional generalista básico. Será por tanto la formación especializada y el desarrollo formativo a lo largo de la carrera profesional los que le lleven al desarrollo de su actividad investigadora plena.

Es importante remarcar la necesidad de aumentar la financiación de la investigación clínica en sus diferentes ámbitos.

Debería promoverse la figura del clínico investigador en los contratos de investigación dentro del Sistema Nacional de Salud y también a nivel asistencial, además de establecer las fórmulas correspondientes para desarrollar investigación asistencial con los establecimientos sanitarios privados, concertados con el citado Sistema Nacional de Salud. Deben desaparecer las barreras alrededor de la investigación clínica y encontrar el reequilibrio en su financiación y promoción, impulsando los ensayos clínicos promovidos por los investigadores y la figura del clínico.



13. Es preciso prestar mayor atención a las políticas y normativas de la UE en el ámbito de la gestión de los recursos humanos.

Las normas de la Unión Europea afectan directa e indirectamente a las políticas de salud nacionales, generando un marco que genera, en ocasiones, problemas, en tanto que en otras propicia oportunidades desde la perspectiva de los sistemas sanitarios.

Hay directivas no específicamente sanitarias que determinan importantes consecuencias para la gestión de recursos humanos, en tanto que otras están concebidas de modo directo para los profesionales sanitarios.

De la normativa de la Unión Europea relacionada con el mercado laboral, se derivan efectos importantes para los sistemas sanitarios de los Estados Miembros. Este es el caso de las directivas referidas a la salud y seguridad en el trabajo, no discriminación o de la *“working time directive”*.

Desde la perspectiva de la política comunitaria sobre recursos humanos, hay que señalar que se está poniendo una creciente atención al envejecimiento de los profesionales sanitarios, dado que este fenómeno agravará las carencias actuales de recursos humanos sanitarios en algunos Estados Miembros.

Se trata de una cuestión que se ha de abordar a nivel comunitario pero teniendo en cuenta el contexto y la realidad de cada país. Así, en España habría que potenciar una serie de estrategias destinadas a reclutar y retener dentro de nuestro sistema sanitario a los profesionales, sobre todo a aquellos que han tenido formación MIR, EIR, FIR, PIR, en razón a los recursos económicos y al tiempo invertidos.

Otra posible línea estratégica se relaciona con los cuidados de larga duración (*long term care*), a los cuales la Unión Europea ha dedicado diversas recomendaciones desde los años 90.

Profesiones emergentes, nuevas competencias, nuevos roles, mejores condiciones de trabajo, mejor cualificación, nuevos contenidos formativos, mayor estabilidad en el empleo y mayor coordinación de los servicios sociales y sanitarios son materias objeto de planteamientos e iniciativas comunitarias, sobre todo a partir de la anterior Presidencia Española de la Unión Europea.

En todo caso en las políticas de personal sanitario de los Estados miembros repercuten de manera especial ciertas Directivas, que es preciso tener muy presentes a la hora de gestionar recursos humanos.

Dentro de las directivas más relevantes figura la 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, que consolida las directivas existentes sobre seis profesiones sanitarias: médicos, enfermeros, dentistas, cirujanos veterinarios, matronas y farmacéuticos.



El objetivo de esta directiva consiste en **facilitar el suministro de servicios transfronterizos y mejorar los sistemas existentes de reconocimiento** entre Estados Miembros, aunque hay que recordar que un Estado Miembro puede imponer a toda persona que ejerza una profesión en su territorio **requisitos específicos** motivados por la aplicación de las normas profesionales justificadas por el interés general. Éstas se refieren, en particular, a las normas en materia de organización de la profesión, a las normas profesionales, **incluidas las deontológicas**, y a las normas de control y de responsabilidad.

A estos efectos, hay que destacar el papel y las responsabilidades que ostentan las Organizaciones Colegiales en cuanto al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Así se constata a través de las numerosas ocasiones en las que éstas son citadas en la propia Directiva 2005/36. En este sentido cabe mencionar que la Dirección General de Estudios del Parlamento Europeo realizó un estudio comparativo sobre el papel de los colegios profesionales en la aplicación del Derecho comunitario (marzo del año 2003), en el que se destaca su carácter de autoridad competente, carácter que confirma la Directiva 2006/123, de 12 de diciembre, relativa a los servicios en el mercado interior (artículo 4).

En la misma línea, la legislación española reconoce y resalta la labor llevada a cabo por las organizaciones profesionales, reconociéndolas también como autoridades competentes² y encomendándolas, entre otras funciones, la labor de organizar actividades formativas para sus miembros y de ordenar la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional.

Desde la perspectiva de otra de las libertades fundamentales de la Unión Europea (libertad de circulación de los profesionales), merece especial mención la Tarjeta Profesional Europea, que deberá constituirse no sólo en herramienta que facilite dicha libertad de circulación, sino que habrá de ser una verdadera garantía de calidad y de seguridad para los pacientes.

Es necesario garantizar que la **autoridad competente** al expedir la tarjeta (*e-professional card*) verifique que el solicitante tiene las cualificaciones adecuadas y las condiciones establecidas en la Directiva (por ejemplo, establecimiento legal, diplomas originales³, **ausencia de cualquier vulneración o sanción por incumplimiento del Código Deontológico**, etc.).

La expedición de dicha Tarjeta debe implicar que en el Estado Miembro de origen la/s autoridad/es competente/s ya ha/n examinado y comprobado toda la información requerida.

² Ley 17/2009, de 23 de noviembre; Ley 25/2009, de 22 de diciembre; y Ley de Sociedades Profesionales, de 15 de marzo de 2007.

³ Relato de competencias profesionales (documento de extensión al título universitario), grado de especialización y relato de competencias.



Algunas Organizaciones Colegiales españolas poseen ya el Carné de Colegiado con certificado digital y firma electrónica, que garantiza la identificación profesional del portador, no solo de sus especialidades, sino en un futuro muy próximo de sus competencias, en función de un mapeo de conocimientos y experiencias. Su importancia en el plano europeo y en el de relaciones entre Comunidades Autónomas es evidente para los profesionales, para la seguridad de los pacientes y para hacer reales las posibilidades que encierra la e-salud.

Otra Directiva, con especial incidencia en el sector de recursos humanos sanitarios, es la 2006/123/CE relativa a los servicios en el mercado interior, cuya transposición se ha llevado a cabo con la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, y con la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la ley 17/2009, respectivamente conocidas como **Ley "Paraguas" y Ley "Ómnibus"**.

Desde el punto de vista de la autorregulación profesional la directiva aporta elementos sustanciales, entre los que destacan los siguientes:

1. **Elaborar códigos de conducta comunitarios.**
2. **Fomentar que los códigos garanticen la independencia, la imparcialidad y el secreto profesional.**
3. Los códigos deberán **fijar normas mínimas de comportamiento, que complementarán** los requisitos legales de los Estados miembros.

Con respecto a España, hay que señalar que los Colegios de profesiones sanitarias tienen como función básica el control de la deontología profesional, sin que tal competencia pueda atribuirse a entidades u órganos de la Administración.

La Administración puede aplicar su propio régimen disciplinario, que no excluye, ni es incompatible, con la potestad de control y la disciplinaria de los Colegios.

Asimismo, para las políticas de recursos humanos, hay que tener en cuenta la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, ya que afecta a quienes son prestadores de servicios sanitarios, que deben facilitar a cada paciente la información oportuna sobre:

- a) Disponibilidad, **calidad y seguridad** de la asistencia que prestan.
- b) Información sobre su situación respecto **del registro** o la autorización pertinente.
- c) Facturas claras e información clara sobre precios.
- d) **Cobertura de su seguro** u otros medios de protección personal o colectiva en relación con su responsabilidad profesional.



La comunicación de sanciones es un tema clave para las profesiones sanitarias por las consecuencias que tiene para la seguridad del paciente y para la salud pública, aspecto este que plantea algunos problemas, porque dicha Directiva se plantea esta cuestión respecto del profesional sanitario que emigra a otro Estado miembro, pero deja fuera una situación tan importante como es la del profesional establecido que comete alguna sanción durante su ejercicio profesional aunque, de momento, no tenga previsto emigrar.

La opción mejor sería que las organizaciones colegiales, que son las que tienen los datos sobre el ejercicio profesional, estén integradas en la RED IMI a los efectos de participar en esta comunicación de sanciones, ya que son Autoridad reconocida y competente de Certificación de Idoneidad Profesional.

También, desde esta perspectiva europea, debería prestarse especial atención al llamado Proceso de Bolonia.

En efecto, el diseño de los planes de estudio y las programaciones docentes que se lleven a cabo, deberían tener como eje de referencia el proceso de aprendizaje de los alumnos, descrito en la legislación europea vigente sobre enseñanza universitaria.

La estructura de las enseñanzas que cursan y los niveles de los títulos que reciben al finalizar sus estudios serán más homogéneos con los correspondientes títulos y enseñanzas de los países de la Unión Europea, favoreciendo su movilidad e integración en el mercado laboral.

La normativa europea establece un mecanismo de reconocimiento basado en la coordinación de las condiciones mínimas de formación para las profesiones sanitarias a las que antes se hizo referencia, pero las demás profesiones de este sector, hasta el momento, siguen el procedimiento de reconocimiento general. Sería deseable que se continuara en el establecimiento de condiciones mínimas de formación para estas profesiones, entre ellas la de psicólogo.

14. Es indispensable establecer previsiones a medio y largo plazo, de las necesidades de personal sanitario, en los sectores público y privado, y hacerlo tanto desde el punto de vista cualitativo (especialidades) como respecto de su volumen y distribución.

Sin duda, la tardanza en promover la creación del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios está en la raíz misma del problema.

El Real Decreto Ley 16/2012 y su anunciado desarrollo reglamentario podrán ayudar a definir objetivos e impulsar estrategias sobre tan crucial cuestión.

Los recientes Acuerdos con el Foro Profesional Médico, Consejo de Enfermería y SATSE inciden en esta cuestión y detallan las características del mencionado Registro.



Entre tanto, cabe recordar algunos datos relevantes que aparecen en informes promovidos por algunas organizaciones colegiales.

En este caso está el del Consejo General de Enfermería, que pone el acento en el notorio desajuste en cuanto al número de enfermeros a tenor de las necesidades asistenciales y de los ratios europeos de médicos/enfermeros, aunque ciertamente la cifra varía entre los diferentes Estados Miembros.

En todo caso hay que tener presente que España cuenta con 528 enfermeros por cada 100.000 habitantes, muy por debajo de la media europea de 984 enfermeros por cada 100.000 habitantes (*Fuente: OCDE 2011*), promedio que no debería ocultar las diferencias entre Comunidades Autónomas. Sólo Navarra, con 881 enfermeros por cada 100.000 habitantes, supera la media europea; frente a Murcia, con 400 por cada 100.000 habitantes.

Para situarnos en la media europea, España, con 250.000 enfermeros para una población de 45 millones de habitantes, necesitaría un incremento de aproximadamente 120.000 enfermeros.

Por su parte, la Organización Médica Colegial en sus informes motivó la determinación de las necesidades de médicos y, en concreto, de médicos especialistas, para ajustar su número, formación y distribución geográfica y poblacional (áreas rurales, concentraciones urbanas) a las necesidades de salud de la población y demandas de asistencia previsible.

En concreto, el Informe sobre Demografía Médica de la Organización Médica Colegial (2009-2011: Apuntes para la eficiencia del Sistema Nacional de Salud) señala un problema de demanda asistencial no planificada, no regulada e inadecuadamente gestionada.

Aunque la tasa de médicos por 1.000 habitantes en el 2010 en España era de 3.8 (por encima del promedio de los países de la OCDE de 3.1), se constatan diferencias muy manifiestas de distribución entre Comunidades Autónomas.

Ante todos estos datos, insuficientes, pero significativos en cuanto a los desajustes existentes, es preciso recordar que los instrumentos más relevantes para regular la entrada de profesionales en el mercado sanitario son tres:

- las convalidaciones de profesionales (médicos especialistas) no comunitarios que requiere revisar expedientes y cumplir plenamente los requisitos establecidos en el artículo 8.3 de la LOPS,
- el *numerus clausus* de las Facultades de Ciencias de la Salud y
- la oferta de plazas de formación de especialistas por la vía MIR.



Todos estos instrumentos están tutelados por la Administración General del Estado.

La formación de un médico especialista es larga y costosa, por lo que el ajuste entre la oferta y la necesidad, es un aspecto clave para la política sanitaria. Para la evolución de la demanda sería deseable disponer de estándares consensuados de necesidad actual y futura, en términos de ratios de médicos por población, o de estándares basados en el *benchmarking* que permitieran trabajar con escenarios más realistas de necesidad.

Por su parte, la Comisión Europea ha propiciado la iniciativa de elaborar un “*libro verde*” sobre el personal sanitario europeo con los objetivos de dar más visibilidad a los problemas a que se enfrenta el personal sanitario de la Unión Europea, obtener una imagen más clara de la manera en que las administraciones sanitarias locales y nacionales afrontan retos similares y ofrecer una base más firme para estudiar las posibles actuaciones a nivel comunitario para abordar eficazmente estos problemas.

Entre los factores que este documento señala como relevantes en su influencia sobre las políticas de personal sanitario en la Unión Europea, se encuentran los siguientes:

- **Factores demográficos.**
- **Formación.**
- **Movilidad** dentro de la Unión Europea.
- **Migración** a escala mundial.
- **Insuficiencia de datos** para apoyar la toma de decisiones.
- Impacto de las **nuevas tecnologías.**
- Papel de las **empresas sanitarias.**

Volviendo a España, los estudios del sector odontológico evidencian un problema diferente. En lugar de insuficiencia, en nuestro país hay más del doble de los dentistas necesarios, si tenemos en cuenta la baja demanda asistencial.

Actualmente la *ratio* en España es de menos de 1.600 habitantes por dentista (a 1 de enero de 2012 era de 1.610 habitantes por dentista), y estará en aproximadamente 1.000 en el año 2020.

La baja demanda asistencial de los servicios odontológicos en España, 38,39% en el conjunto de todas las edades según el Instituto Nacional de Estadística (INE), se está traduciendo en pérdidas económicas e incluso en quiebras financieras de los profesionales, produciendo el cierre de consultas.

Esta baja demanda explica que, pese a que la *ratio* de habitantes/dentista en España es la sexta mayor de la Unión Europea, las *cargas de trabajo* por dentista sean más



bajas y nuestra posición relativa peor, de modo que en el horizonte de 2020 es previsible un importantísimo paro profesional.

Por lo que se refiere a los psicólogos españoles, también se registran similares problemas de información y signos de desajuste, tanto de armonización con las ratios de la Unión Europea como entre Comunidades Autónomas.

Los escasos datos disponibles, extraídos del Atlas de Salud Mental 2005 de la OMS y de un estudio de ese mismo año del Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), indican que en España sólo hay 4,3 psicólogos por cada 100.000 habitantes, mientras que en Europa esta ratio es de 18 psicólogos.

Sería importante mejorar la información comunitaria e internacional, instando a la oficina estadística de la Unión Europea y a la de la OMS, la inclusión de los datos sobre profesionales de la Psicología en las estadísticas sanitarias.

En todo caso, es preciso resaltar que la baja tasa de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud contrasta con las de prevalencia de los trastornos psicológicos y comportamentales que requieren intervención psicológica.

Según un informe del Senado de 2010, hay un déficit de 7.200 psicólogos en nuestro sistema sanitario.

Hay que recordar que este problema aparece también reflejado en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. El consumo de drogas está favoreciendo un incremento de este tipo de trastornos. Así se desprende de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España de 2011.

Desde la perspectiva autonómica, tampoco son satisfactorios los datos disponibles, que permiten constatar diferencias sensibles, que oscilan entre los 2 psicólogos clínicos por 100.000 habitantes en Cantabria, a los 6,15 en la Comunidad Foral de Navarra.

De otra parte, la ausencia de planificación lleva a que, pese a la falta de plazas de psicólogos clínicos, siga registrándose un evidente exceso de licenciados y graduados en Psicología en nuestro país, según confirman las últimas estadísticas del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Reflexiones parecidas cabe formular respecto del sector profesional de la Fisioterapia, una de las profesiones sanitarias más demandada y cuya labor, entre otras ventajas, contribuiría a reducir dolencias y complicaciones, aliviando la presión asistencial.

En nuestro país otras profesiones sanitarias, como la terapia ocupacional, también se encuentran muy por debajo de los ratios europeos. Como indican los datos de Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC, 2012), el número de



terapeutas ocupacionales que ejercen su profesión en España es aproximadamente de 5.300, pero si comparamos esta cifra con la de otros países de la Unión Europea (por ejemplo, Alemania con 35.000 terapeutas ocupacionales) podemos afirmar que la presencia en nuestro país es realmente baja. En efecto, en España el número de estos profesionales es de 8 o 9 por cada 100.000 habitantes, pero en Alemania es de 42.5, en Finlandia de 41.5, en Suecia de 34, en Portugal de 17 y en Bélgica de 60, por citar algunos ejemplos.

Por su parte, la Farmacia comunitaria tiene un importante aporte al conjunto de los profesionales sanitarios. En efecto, en la farmacia comunitaria trabajan 44.848 farmacéuticos, empleando a 80.000 profesionales, un empleo estable (90% contratos fijo), cualificado (56% licenciados), femenino (70,8% mujeres) y joven (51,5% menores 44 años).

En promedio, en España hay 2,1 farmacéuticos por farmacia, única modalidad en la que aumenta año tras año el número de farmacéuticos que ejercen, con un promedio de crecimiento anual del 1,6%. Los niveles de empleo muestran que España genera el doble de empleo de farmacéuticos de oficina de farmacia que Reino Unido.

Además, en España hay más de 3.000 farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria.

Así pues, con carácter general, cabría decir que todos estos datos, tan heterogéneos y tan necesitados de depuración, de análisis y de valoración, demuestran con claridad que debería abordarse con decisión y sin más demora la mejora de la información y la planificación de recursos humanos a medio y largo plazo.

- 15. Es fundamental promover medidas que fomenten la motivación y el desarrollo profesional, innoven la política retributiva (redefiniendo la estructura del modelo actual con nuevos elementos: reconocimiento, ascensos...), flexibilicen la gestión de los recursos humanos y, sobre todo, permitan una más fácil movilidad del personal entre servicios autonómicos y entre centros e instituciones sanitarias.**

El artículo 43 de la LCCSNS, el Estatuto Marco y más recientemente los Acuerdos suscritos con el Foro de la Profesión Médica, el Consejo General de Enfermería y el Sindicato SATSE aportan las principales herramientas para afrontar consensuadamente y con éxito estas tareas.

También son materias objeto de dichos Acuerdos son la formación, la evaluación, la promoción profesional, el itinerario profesional, la recertificación, la troncalidad, las áreas de capacitación específica, las especialidades de enfermería, la prescripción enfermera, el papel de la enfermería a efectos de la coordinación sociosanitaria y otras nuevas competencias en línea con lo previsto en la LOPS.



16. Es imprescindible promover cambios en las profesiones sanitarias para adecuarlas a estructuras organizativas más eficientes y a los requerimientos derivados del envejecimiento de la población, de la cronicidad, de la coordinación socio-sanitaria y del progreso científico y técnico.

Los cambios demográficos y epidemiológicos, los avances tecnológicos y las mejoras en la educación y formación están dando lugar, en algunos países, a una revisión del papel de las distintas profesiones sanitarias, cuestión que debe ser abordada, en su caso, en el marco de los planes de estudios, las competencias profesionales y la legislación vigente en Europa y en los diferentes países, como es el caso de la LOPS.

También incidirá en este punto la reorganización y la redistribución de recursos asistenciales en función de la llamada coordinación sociosanitaria, que, bajo diversas denominaciones, está impulsándose en la Unión Europea y en nuestro país. La Enfermería y el potencial de apoyo asistencial desde la farmacia comunitaria deberían ser relevantes a estos efectos.

17. Uno de los retos más importantes para ganar en calidad asistencial y en seguridad clínica es modernizar la gestión de recursos humanos sanitarios a través de la potenciación del trabajo en equipo.

A ello alude el artículo 9 de la LOPS que, al apostar por una atención sanitaria integral, considera necesario impulsar la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, evitando el fraccionamiento y la superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas. Por eso, el equipo de profesionales habrá de ser la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

Esta forma de actuar en equipo podrá articularse de forma jerarquizada o colegiada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, al de titulación de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

Habría que contemplar la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad y competencia legal para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.

Así pues, el trabajo en equipo habría de concebirse como un método de trabajo colectivo “**coordinado**”, en el que los participantes intercambian sus experiencias,



respetan sus roles, competencias y funciones, para lograr objetivos comunes al realizar una **tarea conjunta**. Sin embargo, a día de hoy, el propio personal sanitario considera que, en general, se trabaja poco en equipo y no se sabe trabajar bien en este contexto.

Para revertir semejante situación convendría tener presentes cuatro elementos fundamentales: a) el establecimiento de los objetivos y resultados; b) la composición y diseño de los equipos (recursos); c) el desarrollo de procesos de equipo que permitan transformar los recursos en resultados; y d) el apoyo institucional.

- a. Respecto a los objetivos: resulta fundamental que estos estén suficientemente claros, sean compartidos y participados, alcanzables y motivadores. Para conseguir esto, resulta fundamental que se divulgue la información necesaria y se realicen reuniones con los propios miembros de los equipos.
- b. En cuanto a la composición de los equipos, es importante considerar que los miembros posean, además de las competencias profesionales necesarias, habilidades de trabajo en equipo.
- c. Para impulsar el trabajo en equipo: es clave formar y entrenar en determinados procesos cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales
- d. El apoyo institucional habría de articularse con medidas específicas de las Comunidades Autónomas.

Las nuevas tecnologías y los sistemas de comunicación en red favorecerían el trabajo coordinado de los equipos multidisciplinares, lo que, a la postre, redundaría en una mejora en la atención integral y coordinada al paciente.

18. La gestión de recursos humanos habría de inscribirse en un contexto de redimensionamiento y de mayor coordinación entre los distintos niveles asistenciales, servicios y centros de referencia.

La mejor gestión del personal sanitario requiere superar la negativa situación actual en la que:

- a.- El sistema sanitario está, en gran medida, compuesto por compartimentos estancos. La relación entre hospital y primaria es escasa y casi nula la relación entre hospitales. Tampoco hay procedimientos definidos para la relación con la farmacia comunitaria.
- b.- El sistema sanitario es opaco. Pese a los avances en los sistemas de información, en el mejor de los casos se mide cantidad de actividad, no su calidad.
- c- Pacientes y profesionales sanitarios han perdido la posición central en el sistema sanitario. Los instrumentos (equipamientos, hospitales, etc.) se han convertido en un fin en sí mismo.



Así pues, al igual que ya están haciendo otros países, habría que rediseñar la organización del sistema sanitario para eliminar la compartimentación que genera ineficiencias y posibilitar un sistema integrado y centrado en la atención del paciente, de modo que la organización sanitaria gire alrededor del paciente y que no sea el paciente quien “peregrine” a través de la organización.

Este rediseño en los planos organizativo y de gestión de recursos humanos debería hacerse contemplando tres aspectos:

Primero.- Permeabilizar la relación Atención Primaria-Hospitalaria.

Esto exige que, en general, la atención continuada del paciente sea responsabilidad del médico de Atención Primaria y el especialista actúe como consultor de aquél. Igualmente, a estos mismos efectos, habría que tener presente las funciones de enlace y de gestión de casos a cargo de los enfermeros.

El paciente debería tener su entrada y “asiento” **en el Nivel Asistencial de la medicina/atención primaria**. La medicina especializada **en el Nivel Hospitalario**, debería prestar de manera eficaz el servicio que el paciente necesita, al ser enviado por su médico a confirmar o buscar un diagnóstico, y debe volver a su médico de Atención Primaria que es el que sigue al paciente. El especialista debe actuar como médico consultor del médico de Atención Primaria que será de nuevo el que inicie el procedimiento de una nueva actuación de la atención especializada. A veces, por las razones de complejidad o de especificidad se compartirá el seguimiento entre ambos niveles.

Es necesario definir circuitos para garantizar la asistencia especializada urgente o preferente, sin pasar por el servicio de urgencia. Todos los profesionales de los centros de salud y equipos de atención primaria deben conocer los recursos y capacidad del sistema, tener acceso a pruebas diagnósticas, compartir el cuidado de los pacientes y tener una comunicación ágil y fluida con el médico especialista de referencia, todo ello, de acuerdo a sus competencias y capacitación de establecimiento e interpretación.

Se ha de pasar de una atención centrada en episodios a una que garantice la continuidad asistencial. Para ello es necesaria una nueva sistemática de conocimiento del paciente en su entorno comunitario, percibiendo sus necesidades (especialmente la cronicidad) y adelantándose a sus necesidades lo que hace preciso un compromiso y una participación en la gestión.

Para mejorar la atención es necesaria la coordinación. La organización, con la participación de profesionales de ambos niveles asistenciales, debe identificar los procesos médicos, elaborar programas con protocolos compartidos y circuitos asistenciales, en los que se debe definir las actuaciones en cada situación y crear indicadores para valorar la calidad de proceso que sirvan para mejorar la eficiencia



del mismo. Los procesos deben iniciarse, de manera habitual, en Atención Primaria y retornar a ella. Esto obligará a:

- a. Desarrollar equipos verdaderamente multidisciplinares en los que estén representados todos los actores importantes en cada proceso y que cohesionen los ámbitos hospitalario y de Atención Primaria y más allá cuando sea necesario. Los especialistas con mayor conocimiento de cada proceso concreto deben ser los garantes y/o directores de la buena atención al mismo.

En línea con esto, la unidad mínima de trabajo en Atención Primaria debería ser el equipo entre médicos y enfermeros, en los términos establecidos por la LOPS. Ambas partes son fundamentales para una atención integral de los pacientes.

- b. Estandarizar la atención de todo lo que sea estandarizable, aplicando este criterio con la flexibilidad suficiente para no frenar el progreso en las especialidades.
- c. Definir qué debe hacer, cuál y dónde debe prestarse esa atención.
- d. Medir los resultados de lo que se hace e incorporar las mejoras que se identifiquen.

Los equipos de Atención Primaria, de acuerdo con su capacitación y sus competencias para su solicitud e interpretación, podrán tener un acceso más directo a pruebas complementarias en los casos en que se acuerde en cada proceso.

Asimismo, se les podrán asignar recursos para atender a la población que tengan asignada y que se encargarán de gestionar.

El número y el grado de adecuación de las derivaciones de pacientes a la atención especializada deberían estar entre los criterios de evaluación del equipo de Atención Primaria, así como la medición de los recursos asignados.

Segundo.- Reorganizar hospitales.

En el hospital, los cambios deberían ser, además de la ya mencionada relación con la Atención Primaria, en dos frentes: en la organización interna y en la relación con otros hospitales. Internamente se debe caminar hacia la interdisciplinaridad y con otros hospitales hacia el trabajo en red, para compartir recursos.

En el hospital, la asistencia se organiza en torno a especialidades que surgieron en torno a órganos, técnicas o perfiles históricos con un eje integral bio-psico-social del individuo.

Una especialidad presta su asistencia a través de una organización que denominamos Servicio. La asistencia queda fragmentada, al constituirse sistema de “cajas” o “silos” donde cada servicio atiende a “sus” pacientes.



Sin embargo, el paciente y sus padecimientos, muy frecuentemente, precisan ser abordados por la confluencia de distintos profesionales que pertenecen a distintos servicios. La atención, cuando se requiere el concurso de diferentes especialistas, tiende a ser realizada de manera secuencial, el paciente va pasando de un servicio a otro, situación que se ha ido superando con la constitución de unidades funcionales multidisciplinares, como es el caso de los Comités de Tumores que bien puede servir de ejemplo.

Además muchos padecimientos precisan de la actuación simultánea de profesionales provenientes de diferentes especialidades. La fórmula es “ajustar” la organización al paciente, para lo que es necesario crear modelos de atención integrados, que eliminen barreras entre servicios, buscando sinergias que aporten valor y eviten redundancias al compartir los recursos de los servicios o áreas de conocimiento que convergen en la atención. Será necesario eliminar barreras y crear puentes de comunicación. Los sistemas de medida y monitorización deben ser establecidos para valorar los resultados, la calidad y la eficiencia.

En este sentido, también hay que poner el acento en la necesidad de revisar el modelo de arquitectura hospitalaria en función de nuevos diseños, ya que los actuales están centrados en el tratamiento de pacientes agudos.

El proceso de reorganización debería incluir la relación entre los médicos, los enfermeros y otros profesionales sanitarios, en particular, los farmacéuticos que ejercen en los servicios de farmacia hospitalaria para conseguir la mejora en el uso eficiente de los medicamentos y productos sanitarios.

Tercero.- Relaciones entre hospitales.

Se debería caminar a que los servicios y unidades superen los límites estrictos del hospital, para integrarse en una red asistencial. Se trata de que se compartan unidades de diagnóstico y tratamiento con el fin de optimizar recursos, mejorar la calidad al concentrar y compartir conocimiento.

El modelo basado en atención por episodios en los hospitales, la conexión entre la atención primaria y la hospitalaria actual y la atención secuencial, de traslado a otro hospital según la necesidad en atención especializada, deber ser superado por un modelo de atención integrada basada en la atención por procesos.

El objetivo es que la organización sanitaria se diseñe centrada en el paciente para proporcionarle la atención adecuada, es decir la mejor opción diagnóstica o terapéutica con la máxima calidad y seguridad en el momento que la precise. Ese debe ser el criterio que presida el derecho de accesibilidad y de equidad

El acceso a los servicios y la equidad en la atención sanitaria no deberían conllevar situaciones de fragmentación en las estructuras sanitarias. Lo importante no es la



cercanía sino la agilidad en la atención, lo cual obliga a poner el acento en la importancia del transporte sanitario y en el funcionamiento de la atención sanitaria en red.

Será necesario que determinados procedimientos, o parte de ellos, puedan realizarse en un único centro como servicio a varios (un centro ofrecería este servicio aunque, físicamente, se realizara en otro).

Para ello es necesario que los diferentes centros tengan igual nivel de acceso a estos procedimientos, el mismo que el propio centro donde finalmente se realizará: equidad para los pacientes. El resultado debe ser visto por los profesionales y los pacientes como si la única diferencia entre centros fuera que en unos centros el pasillo para llegar hasta dónde se hacen los procedimientos es algo más largo que en otros.

Este trabajo coordinado se enmarca dentro del concepto de **red asistencial**. Una red abarca a toda una comunidad, incluye centros de referencia para patologías especiales que requieren personal experto en su realización y que para mantener ese grado de habilidad o suficiencia necesita realizar un número mínimo de exploraciones anuales, por centro y profesional.

A estos efectos será necesario redefinir procesos y darles respuesta integral desde todos los niveles posibles de la atención, en lugar de darla a episodios como en la actualidad.

Determinados procedimientos bien por su complejidad, baja frecuencia o dificultades logísticas de organización, puede ser aconsejable que se realicen en un único centro para que sus profesionales tengan la experiencia suficiente cada vez que se les presenta un caso. Es necesaria una planificación de la localización y características de los recursos compartidos en la que deben participar los profesionales.

Para alcanzar este objetivo se requiere la gestión compartida de los pacientes agrupados por “procesos”.

La gestión integral del proceso asistencial, obliga a la creación de **redes asistenciales** en las que se integren unidades especiales compartidas para garantizar la calidad, seguridad y eficiencia en la atención al paciente con determinada patología. Se justifican por la patología especial que atienden o por procedimientos que tengan un grado de complejidad que requiera un alto grado de especialización y de práctica continuada para garantizar la calidad.

Para contribuir a esto es necesario una organización en red que permita compartir recursos centralizados en unidades (**unidades asistenciales compartidas**) y poder dar respuesta con el mejor tratamiento a los pacientes agrupados en torno a



determinados procesos asistenciales que comparten una patología común y características determinadas.

La organización en red, adquiere especial importancia en el tratamiento de determinadas patologías agudas como ictus, infarto de miocardio con ST elevado, traumatismo craneoencefálico, etc.

Todo esto sólo será posible con estructuras sanitarias flexibles que permitan la plasticidad de su funcionamiento de acuerdo con necesidades siempre en constante evolución.

Los hospitales deben compartir y utilizar recursos altamente especializados y/o de continuidad asistencial (24h.).

Se hace muy necesaria una diferenciación estructural y organizativa definiendo claramente las carteras de servicios, la clasificación de hospitales y la utilización de estos para hacer tratamientos muy especializados, manejo del paciente crónico, media estancia, larga estancia, etc.

La burocracia establecida y la carencia de una gestión eficaz de la información, está propiciando que existan pacientes que reciben una doble o triple atención en Atención Primaria y especializada.

De otra parte, hay que señalar que todas las profesiones sanitarias pueden contribuir a la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, desde sus distintos y específicos roles.

En este sentido, hay que destacar el papel del farmacéutico de hospital, que aglutina conocimientos clínicos que son de gran ayuda para el paciente y para el resto de profesionales, con conocimientos y manejo de herramientas de gestión que les posiciona como aliados a la dirección así como a la administración.

También es importante promover la coordinación entre los farmacéuticos que ejercen en los servicios de farmacia de los hospitales, en los centros de atención primaria y las oficinas de farmacia.

En suma, hay por delante una importante y ardua tarea de reorganización asistencial que debería acompasarse a otro proceso paralelo de redistribución y de planificación de recursos humanos.



19. Hay que señalar que el profesorado de carreras sanitarias va a verse inmerso en un considerable número de jubilaciones, lo que habría de tenerse en cuenta para ir adoptando las oportunas medidas.

Entre dichas medidas hay que destacar la importancia que tiene definir los perfiles adecuados de modo que sean los candidatos que reúnan la capacitación y competencia adecuada, con los méritos clínicos, docentes e investigadores acreditados en cada caso, los que ocupen las plazas que queden vacantes en los cuerpos universitarios. La experiencia docente e investigadora acreditada por los candidatos deberá ser lo más próxima a los requerimientos marcados desde los departamentos universitarios, que son lo que deben establecerlos.

El acceso a dichos cuerpos docentes está condicionado a la previa obtención de una acreditación nacional que, valorando los méritos y competencias de los aspirantes, garantice la calidad en la selección del profesorado funcionario.

Las modalidades de contratación que contemplan actualmente la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades (LOU) y la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, de Modificación de la Ley Orgánica de Universidades (LOMLOU) son las que se corresponden con las figuras de Ayudante, Profesor Ayudante Doctor, Profesor Contratado Doctor, Profesor Asociado y Profesor Visitante. Hasta mayo de 2013, se contempla la figura de Profesor Colaborador a fin de dar respuesta a necesidades de determinadas titulaciones que presentaban dificultades para englobarlas en las modalidades mencionadas.

Para cada una de estas modalidades, la Agencia de Calidad ha establecido criterios de acreditación que son difíciles de alcanzar para los profesionales que se dedican principalmente al ámbito asistencial.

En consecuencia, sería preciso establecer modalidades docentes nuevas para dar respuesta a esta necesidad y convendría vincularlas a un departamento universitario, estando vinculados los profesionales tanto al hospital como a la universidad.

La prioridad actual del profesorado y de los decanatos de ciencias de la salud, es establecer un marco jurídico global actualizado de concertos entre consejerías de salud de las Comunidades Autónomas, instituciones sanitarias y universidades, dado que el marco actual ha quedado obsoleto y en algunas Comunidades Autónomas se rige por leyes anteriores a las transferencias.

A diferencia de medicina y enfermería, en psicología, el problema de las jubilaciones del profesorado no es tan inminente, porque su profesorado, en general, es más joven, pero sería conveniente incrementar las plazas vinculadas para impartir docencia en el máster de psicología general sanitaria y los itinerarios de salud del grado en psicología, ya que apenas existen al ser de nueva creación.



20. Para la planificación de recursos humanos sanitarios es necesario tener en cuenta los entornos público y privado. A este planteamiento global responde expresamente la LOPS.

El objetivo, según dicha Ley, es *“dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tanto en su vertiente pública como en la privada”*. **A este respecto, es necesario tener en cuenta que el actual desarrollo de diversas formas de colaboración público-privada y que en determinadas profesiones sanitarias el entorno privado es el más importante.** Este es el caso, por ejemplo, de la profesión de dentista, tanto por cuenta propia como ajena.

21. Hay que promover la transparencia, buen gobierno y buenas prácticas dentro del sistema sanitario, y la idea de responsabilidad ante los ciudadanos (dación / rendición de cuentas).

Necesidad de establecer un sistema de información, de modo que se proceda a publicar de forma sistematizada indicadores que permitan conocer los resultados económicos, los de gestión de recursos humanos, los de rendimiento, de actividad, de calidad y de seguridad del paciente tanto de los procesos como de los resultados de las organizaciones sanitarias.

22. Hay que promover un mejor conocimiento de la estructura, las cifras y los datos sobre recursos humanos en el sistema sanitario, ya que solo así es posible la comparación internacional, el análisis, el diagnóstico de situación y una valoración crítica. Sin unos datos fiables se resentirá la planificación, el control del gasto y la inversión en este crucial ámbito de los recursos humanos.

A día de hoy ésta no es una cuestión pacífica. Hay sensibles diferencias según cuál sea la fuente utilizada, y, probablemente, así seguirá sucediendo hasta tanto no esté en pleno funcionamiento el Registro Estatal de Profesiones Sanitarias.

El Registro Estatal debería ser fiable y complementario con los de las Organizaciones Colegiales, respetando su autonomía. En consecuencia, el proyecto de Real Decreto por el que se regule el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, habría de respetar los fines, las funciones y las competencias que la legislación vigente atribuye a los Consejos Generales, sobre todo en lo relativo a acreditar la habilitación y la capacitación de un profesional sanitario para ejercer su profesión.

Para ello, se considera necesario que se dé cumplimiento cuanto antes a lo previsto en el artículo 5.2 de la LOPS, de manera que los Consejos Generales puedan constituir sus Registros en debida forma y cumplir con sus obligaciones legales. Para ello sería preciso:



- a. Que los Consejos Generales de las profesiones sanitarias tengan un acceso directo a todos los datos obrantes en el Registro estatal.
- b. Que, en su condición de autoridades competentes en el marco del ordenamiento europeo y estatal, los Registros de los Consejos Generales contengan información sobre la habilitación inicial y la aptitud para el ejercicio de la profesión, en orden a determinar la continuidad de los profesionales sanitarios para seguir prestando servicios de atención al paciente.

Esta materia ha sido objeto de criterios específicos consensuados en los Acuerdos de 30 de julio pasado con el Foro de la Profesión Médica, el Consejo General de Enfermería y SATSE.

Entre tanto, en los últimos años, el Ministerio de Sanidad ha impulsado la elaboración de estudios dirigidos a conocer mejor las necesidades de personal sanitario.

Así, en 2007 se presentó el estudio *“Oferta y Necesidad de Especialistas médicos en España (2006-2030)”*, actualizado 2 años después con el informe *“Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)”*, elaborados por la Universidad de Las Palmas.

La utilidad práctica de estos estudios ha sido muy limitada, porque los datos en que se fundamentan no eran homogéneos ni actualizados.

En este mismo orden de cosas, a nivel comunitario, destaca el *“Libro Verde sobre la fuerza laboral europea para la Sanidad”*, elaborado en 2009, que arranca de la Estrategia de la Comisión Europea en materia de Sanidad, adoptada en octubre de 2007 y publicada en el Libro Blanco *“Juntos por la Salud”*.

Hoy por hoy los **datos más fiables son los aportados por el Instituto Nacional de Estadística. En función de ellos, hay que destacar la importancia del sector sanitario a efectos de empleo. Algo más de 1 millón de personas ejercen actividades en este sector. De ellos los médicos son 228.917 y los enfermeros 265.569** (a 31 de diciembre de 2012).

El grueso trabaja en el Sistema Público como personal funcionario, estatutario o laboral, concentrándose, sobre todo, en los Servicios de Salud de 4 Comunidades Autónomas: Madrid, Cataluña, Andalucía y Valencia.

Mientras, cerca de 300.000 personas trabajan en la Sanidad Privada, un sector en crecimiento, tal y como revela el *“Estudio de Demografía Médica 2011”*, del Foro de la Profesión Médica.

Este Estudio indica que, ya **en 2008, el 33,1% de los médicos colegiados ejercían en el sector privado, correspondiendo el 66,9% restante a la Sanidad Pública**. Por



Comunidades Autónomas la presencia de la medicina privada es especialmente importante en Cataluña, Baleares y Madrid.

Como ya se dijo anteriormente, la información disponible muestra serios desajustes en las ratios de Enfermería con respecto a la UE, además de notorios desequilibrios entre Comunidades Autónomas.

De otra parte, algunos informes estiman que **el número de médicos activos asistenciales en España no llega a 200.000**, de los cuales más de dos tercios ejercen en el Sistema Nacional de Salud. De este total, unos 161.000 lo hacen como especialistas.

Por razón de la **titulación** del personal sanitario, la variedad es amplia: desde el nivel universitario a la formación profesional. Y por su especialidad, la gama se asemeja a un árbol frondoso: médicos, enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas, odontólogos, psicólogos, técnicos sanitarios, investigadores, auxiliares y un largo etcétera.

Si hablamos de **perfiles sociológicos destacamos el envejecimiento de la profesión**: 4 de cada 10 médicos españoles tienen más de 50 años. También se registra **una creciente presencia femenina**.

Interesa destacar, muy especialmente, como la representación femenina se ha multiplicado. Según datos del INE a 31 de diciembre de 2011, en los últimos 10 años, las mujeres han pasado de 70.180 efectivos a 104.985, es decir, 34.805 más. Han pasado de representar en 2001 el 38,86% del total de médicos del Sistema (sobre 180.417 profesionales) al 46,36% diez años después (en 2011, sobre 226.424).

Por su parte, los varones, 110.237 en 2001 (61,10% del total) ya son 121.439, es decir, 11.202 efectivos más, en los mismos diez años (53,63% del total), una evolución claramente ralentizada.

En 2009, el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, a la vista de los datos entonces disponibles (incompletos y no homogéneos), definía la situación en España como “el resultado del desequilibrio entre oferta y demanda de recursos humanos generado por políticas insuficientes”. Hablaba de “debilidad” de nuestras políticas de gestión en este ámbito.

Estas debilidades se han visto agudizadas por los cambios sociales, económicos, profesionales y en el modelo sanitario durante los últimos años.

El envejecimiento de los recursos humanos, asociado a las jubilaciones, desconectado de otras consideraciones estratégicas, han llevado a políticas poco meditadas de aumento de admisiones de alumnos y de nuevas facultades de medicina de nuestro país, lo que unido al gran número de convalidaciones de extranjeros no comunitarios obliga en el momento actual a un control más riguroso de todos estos aspectos.



Esta tendencia creciente se ha reiterado a lo largo de los últimos 10 años, en ocasiones con mayor intensidad, como sucedió en el año 2007, momento en que la Conferencia General de Política Universitaria acordó aumentar un 15,68% las plazas de nuevo acceso a las facultades de medicina (es decir, cerca de 800 alumnos más).

Si consideramos dicho periodo decenal, en España hemos pasado de los 4.376 alumnos (4.140 egresados) en el curso 2001-2002 a 6.919 (4.377 egresados) en el curso 2011-2012.

En el último año, se produjo un incremento porcentual de punto y medio (1,5%) en el número de plazas universitarias, si bien este porcentaje se repartió de manera desigual entre Universidades públicas y privadas.

Las públicas redujeron su oferta un 0,58% por ciento, mientras que las privadas la aumentaron hasta un 15,14%. En suma, desde el curso 2005-2006 el número de plazas de medicina ha aumentado un 59,31%.

La trayectoria de las universidades en los últimos años también ha sido ascendente, de manera que en el curso 2011-2012, el número de facultades de medicina llegó a las 40, 32 públicas y 8 privadas. Este aumento progresivo ha sido un tanto indiscriminado y descontrolado, pues para el mismo no se han tenido en consideración las necesidades reales del sistema a corto y medio plazo, y por otra parte desconocido, dada la mencionada carencia del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

En términos absolutos, las Comunidades con mayor oferta de plazas universitarias vienen siendo tradicionalmente Cataluña, Andalucía y Madrid, con 1.044, 1.083 y 1.453 plazas en el último curso 2011-2012, respectivamente.

Estos datos contrastan con la congelación de la oferta de empleo público hasta el año 2015 y con el incremento del paro registrado en los últimos tiempos, especialmente entre médicos y enfermeros.

23. En materia de ordenación profesional, es preciso revisar y valorar el conjunto de normas pendientes y hacerlo a la luz de una política de recursos humanos para el Sistema Nacional, teniendo en cuenta las nuevas realidades poblacionales, organizativas y asistenciales y la necesidad de promover la coordinación entre legislaciones autonómicas de contenido heterogéneo.

Entre los temas pendientes destacan:

- la revisión de la formación pre y postgrado.
- la troncalidad.
- las áreas de capacitación específica.
- la recertificación.



- las nuevas competencias.
- la mejora de la movilidad funcional.
- el desarrollo profesional.
- los sistemas retributivos.

El Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, al abordar medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, incluyo en su capítulo quinto muchos de estos temas, estableciendo mandatos para su oportuno desarrollo reglamentario.

La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud viene trabajando en tales desarrollos con avances significativos en modelos retributivos, categorías equivalentes a efectos de facilitar la movilidad y troncalidad.

Estos trabajos van a hacer posible acuerdos en el Consejo Interterritorial y ayudarán a la tramitación de los oportunos Proyectos de Reales Decretos.

También van a ser fundamentales para todo ello los Acuerdos de 30 de Julio de 2013 entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Foro de la Profesión Médica, el Consejo General de Enfermería y el SATSE, así como los que se puedan alcanzar con otras profesiones.

24. La necesaria movilidad de los recursos humanos dentro del Sistema Nacional de Salud exige resolver la compleja situación generada por la heterogeneidad en las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios.

Mientras el INSALUD gestionó el grueso de la asistencia sanitaria pública en España los problemas de movilidad del personal fueron mínimos, pero a partir de la transferencia de competencias a las diez Comunidades Autónomas que faltaban por recibirlas, las dificultades han ido en aumento hasta constituirse en un importante factor de distorsión. Los distintos modelos de carrera profesional y los criterios aplicados a **la formación médica continuada, están generando indeseables barreras y provocando no pocos problemas e insuficiencias.**

Así, la valoración de cursos y otras actividades formativas llevadas a cabo en el ámbito de la Comunidad Autónoma que convoca un concurso para la provisión de plazas puede ser superior a la que se atribuye a la acreditada en otras Comunidades Autónomas diferentes y, por supuesto, a las realizadas en el extranjero, que en la mayoría de los casos no son consideradas ni puntúan.

En realidad esta situación la ha favorecido, al menos en parte, la LOPS al residenciar la **competencia de certificación** en las Comunidades Autónomas y no en la Administración General del Estado.



Es cierto que, con arreglo a esta Ley, lo certificado por una Comunidad tiene valor en todo el territorio nacional y así lo tiene declarado desde 2010 el Tribunal Constitucional, pero **el valor en puntos para un concurso queda al libre criterio de cada Servicio Autonómico de Salud.**

Otra dificultad añadida a la movilidad viene derivada de la **valoración del idioma** cooficial en algunas Comunidades Autónomas.

Los problemas de movilidad son particularmente serios en determinados territorios, pero por razones diferentes. Este es el caso de Canarias, que ve como el factor geográfico disuade la búsqueda de empleo en las Islas.

Ante las dificultades para la movilidad, **en ocasiones, la incentivación salarial ha sido utilizada como herramienta para atraer a los profesionales sanitarios de otras Comunidades Autónomas,** sobre todo ante la puesta en marcha de centros e instituciones sanitarias.

Cabe citar otros obstáculos a la movilidad de los profesionales dentro del sistema sanitario público. Unos son de origen administrativo, en tanto que otros son **de carácter personal.**

Entre los primeros, hay que destacar la creciente precariedad de ciertas situaciones laborales, que, utilizada para obviar rigideces normativas, imposibilita participar en concursos de traslado.

Este fue el caso de los MESTOS hasta que pudieron consolidar su status laboral. Fue la Ley reguladora de la Oferta Pública de Empleo extraordinaria del año 1999 la que puso fin a este problema, que desgraciadamente está volviendo a reverdecer.

Entre los factores de carácter personal, destacan, singularmente, los problemas de tipo familiar, que desafortunadamente carecen de medidas adecuadas.

Podemos aventurar que **surgirán nuevos problemas de movilidad, todavía no bien definidos, al hilo del desarrollo de nuevas formas de colaboración público-privada,** especialmente si tenemos en cuenta que la gestión asumida por el sector privado puede ser integral y ya no se limita a servicios complementarios (hostelería, jardinería, limpieza, etc.)

En suma, a día de hoy, **está por construir una auténtica política de movilidad de recursos humanos** para el Sistema Nacional de Salud.



25. Es preciso no demorar más el desarrollo reglamentario de la LOPS y del Estatuto Marco.

Este hecho ha frenado buena parte de los avances que supusieron la LOPS y el Estatuto Marco, pilares jurídicos fundamentales para nuestro Sistema Nacional de Salud, ya que por vez primera ordenan con rango de Ley: los deberes y derechos de los profesionales sanitarios, sus perfiles y competencias, su sistema retributivo, los mecanismos de selección, las condiciones laborales, las relaciones contractuales, los sistemas de promoción profesional, la formación y desarrollo profesional, las áreas de capacitación específica, los méritos o requerimientos para ocupar plazas o puestos de trabajo y los registros profesionales.

Es evidente que la LOPS para precisar estas materias necesita no sólo desarrollo reglamentario (p.ej., el Registro Estatal de Profesionales), sino también actualización en aspectos importantes como nuevas competencias de los perfiles profesionales o la gestión clínica.

26. Hay que reforzar el papel de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

El funcionamiento de la Comisión de Recursos Humanos debería ser más proactivo. Durante los últimos años ha tenido muchas dificultades a la hora de lanzar con éxito iniciativas y propuestas de criterios comunes para el desarrollo profesional.

Y lo que es peor, en ciertos casos el consenso alcanzado ha sido para aplazar la aprobación de medidas pendientes (p.ej., programas formativos de ciertas especialidades para el personal de enfermería, la clasificación profesional de los auxiliares de enfermería, etc.).

En todo caso, la Comisión no tiene una tarea fácil, porque su funcionamiento no responde a una imprescindible planificación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

En general, los acuerdos de la Comisión, cuando se alcanzan, afectan a temas muy puntuales y según van sobreviniendo.

En resumen, en la práctica, la Comisión no funciona como un verdadero órgano de impulso de las políticas de personal, sino más bien como “foro de intercambio de información” y para la emisión de informes a petición del Ministerio de Sanidad.

Buena parte de estos “acuerdos negativos”, de aplazamiento o de “bloqueo” tiene como argumento común la afirmación de que la aprobación de la medida en cuestión conllevaría efectos económicos insostenibles sobre los maltrechos presupuestos autonómicos.



Más allá de estos problemas, lo cierto es que la Comisión tiene ante sí la importante tarea de desarrollo de las medidas incluidas en el Real Decreto-Ley 16/2012 sobre modelos retributivos, categorías equivalentes, registro estatal de profesionales, jubilación, acción social y médicos y enfermeros APD y de cupo y zona, que, además, han sido objeto de pacto en los Acuerdos de 30 de julio con médicos y enfermeros.

27. Las propuestas consensuadas en el Senado a favor de una política integral de recursos humanos mantienen su vigencia y utilidad práctica.

El Informe que el Senado elaboró, y posteriormente elevó al Gobierno en 2010, sobre política de Recursos Humanos, constituye un referente obligado, ya que en él se reflejan acertadamente las preocupaciones y las demandas de representantes y expertos del sector. Por ello resulta de interés recordar sus recomendaciones:

- La planificación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud es un proceso de gran complejidad. Su abordaje requiere un conocimiento y análisis periódico de multitudes de variables demográficas (de la población general y de los profesionales sanitarios), epidemiológicas, sociales, tecnológicas y científicas.
- Para la planificación de los recursos humanos sanitarios del futuro, es esencial redefinir las competencias de cada una de las profesiones sanitarias, facilitando su transferencia de unas a otras, siguiendo criterios de calidad y eficacia.
- Es importante llegar a un acuerdo o pacto por la Sanidad, involucrando a todos los grupos parlamentarios y a los agentes sociales. Se trataría de un Pacto por la Sanidad que concretase acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema. Sería necesario que se estableciese en él una serie de reglas, normas y principios comunes para la planificación de los recursos humanos a medio y largo plazo (15-20 años), como las necesidades de profesionales sanitarios con criterios de distribución y necesidad para la Sanidad pública.
- Es preciso y urgente impulsar el sistema de Registro Nacional de los Profesionales Sanitarios y mantenerlo actualizado para que sea una herramienta básica que aporte información transparente y continua para planificar los recursos humanos, que facilite datos homologados a las Comunidades Autónomas sobre el número de profesionales, su distribución geográfica, edad... Dicho registro deberá estar basado en las tecnologías de la información y de las comunicaciones y ser accesible e interoperable entre las distintas Comunidades Autónomas.
- Es preciso revisar las políticas de salud, centradas más en la asistencia sanitaria que en la prevención y la promoción de la salud; al mismo tiempo, es preciso replantearse tanto el modelo asistencial (actualmente fragmentado entre primaria, especializada y servicios sociales), como el modelo de gestión de personal, (un



modelo que no genere desigualdades interterritoriales), así como lograr un modelo consensuado de organización sanitaria, con la atención primaria como eje y un crecimiento hospitalario organizado.

- Es esencial establecer una coordinación de las políticas asistenciales, en el seno del Consejo Interterritorial, con el establecimiento de un plan de recursos humanos de todo el Sistema Nacional de Salud, con la planificación de recursos, la organización de estrategias, la redistribución de los profesionales, geográficamente y por especialidades (garantizando la movilidad geográfica voluntaria de los profesionales), la redistribución de tareas entre los distintos profesionales sanitarios, la descentralización de la gestión y el control de la demanda asistencial (*en opinión del Consejo Asesor de Sanidad, la redistribución de tareas debería incluir también, cuando así proceda, a otro personal sanitario*). Esto sería posible:
 - a. Aumentando el rendimiento del trabajo, la autonomía de los profesionales y eliminando las tensiones con los gestores.
 - b. Estimulando la autorganización en los centros, implementando la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, reforzando los servicios de urgencia hospitalaria y concentrando los servicios de alta especialización.
 - c. Desburocratizando y potenciando el rol del médico y del enfermero de atención primaria, la atención primaria en sí misma, y delegando en otros profesionales competencias que, por su formación y experiencia, pueden desarrollar.
 - d. Desfuncionarizando la profesión médica, flexibilizando el empleo, incentivando el trabajo a tiempo parcial, fomentando la atención en el medio rural.
 - e. Promoviendo la prolongación voluntaria de la vida laboral hasta los 70 años e incentivando la figura del profesional sanitario consultor, así como jornadas laborales voluntarias de duración más corta, debidamente retribuidas, en determinadas especialidades.
 - f. Facilitar que los profesionales sanitarios inactivos o aquéllos que se dedican a otras labores profesionales como la docencia, la investigación, la gerencia, etc., puedan incorporarse a tareas asistenciales si así lo desean, mediante programas de reciclaje profesional.
- La modificación de las políticas retributivas, homogeneizando los niveles básicos retributivos en todo el país, para evitar desplazamientos en determinadas especialidades y contemplando criterios como la cantidad y calidad del trabajo efectuado. Igualmente fomentar la formación continuada y la participación de los profesionales en la gestión. Para ello, se propone:
 - a. Flexibilizar las condiciones de contratación, teniendo en cuenta la elevada tasa de feminización y la incorporación de generaciones jóvenes, que reclaman horarios que puedan compatibilizar con su vida personal o familiar. Evitar exclusividades contractuales que generan agravios comparativos. Buscar un



sistema de compensaciones laborales que sea atractivo para el profesional, con estrategias de desarrollo profesional y de reconocimiento de los méritos de los profesionales a nivel asistencial.

- b.** Evitar incentivos perversos y primar los criterios basados en la evaluación de los profesionales según resultados asistenciales en salud, sobre la investigación y otros factores.
 - c.** La promoción del liderazgo profesional y del desarrollo profesional continuo.
 - d.** Implicar a los profesionales en el gobierno de las instituciones en las que trabajan, para que se sientan comprometidos con los resultados, porque la Sanidad es de todos.
- Es imprescindible fomentar el trabajo en equipo, para lo cual es fundamental la colaboración entre los diferentes profesionales sanitarios (por ejemplo, entre los médicos de atención primaria y los especialistas, y entre los profesionales sanitarios y aquéllos otros que, sin serlo, tienen de un modo u otro relación con la sanidad), superando la actual fragmentación entre primaria, especializada y servicios sociales.
- Es necesario articular un modelo asistencial más equilibrado dentro de un sistema integrado de salud (que ofrezca mayor calidad, minimice costes, evite duplicidades en el tratamiento, impida la repetición innecesaria de pruebas diagnósticas y disminuya riesgos para los pacientes) en el que cada una de las partes se vea formando parte del todo y en el que tanto profesionales como ciudadanos compartan decisiones y responsabilidades.
- En cuanto a la formación, varias medidas podrían ponerse en marcha para remediar los problemas de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud, tales como:
 - a.** Incorporar a la profesión los valores del compromiso, la excelencia, que conforman el denominado «nuevo profesionalismo», educando a los estudiantes de medicina y a los especialistas en formación en los valores de la profesión sanitaria como el compromiso, la honestidad y la aspiración por la excelencia.
 - b.** Revisar el sistema de acceso a la universidad, considerándose diferentes fórmulas para acceder al estudio de las Ciencias de la Salud que valoren no sólo la nota de selectividad, sino también estableciendo pruebas específicas relacionadas con las materias que se han de cursar, velando porque las condiciones de ingreso sean las mismas para todos los alumnos matriculados.
 - c.** Articular medidas que lleven a equilibrar las plazas de pregrado con las de formación sanitaria especializada y éstas con las necesidades reales del Sistema Nacional de Salud.
 - d.** Actualmente, en los planes de estudio se han introducido progresivamente conocimientos de: política sanitaria, ética sanitaria, calidad asistencial,



sociología de la salud, gestión, liderazgo clínico, derecho sanitario, seguridad clínica, violencia de género/doméstica y atención a la diversidad y a la discapacidad, que mejoran la relación médico-paciente para el futuro ejercicio profesional de los estudiantes de medicina.

- e. Los planes de estudio de las facultades de medicina han de responder a las necesidades de la sociedad, al avance del conocimiento y a la atención sanitaria y, en este sentido, deberían ser informados sobre el futuro de la autonomía universitaria. Para ello precisan información de diferentes estamentos, como de las autoridades sanitarias de la Comunidad Autónoma donde se ubiquen, con el fin de adecuarse a las competencias profesionales que demanda el sistema sanitario.
 - f. Impulsar el desarrollo de la formación troncal de las especialidades médicas, lo que las hará más flexibles y permitirá el abordaje más integral de los problemas de salud de los pacientes, así como una mayor participación e implicación de los profesionales en equipos multidisciplinares para satisfacer nuevas necesidades asistenciales y/o sociales.
 - g. Estimular la participación de los especialistas en formación en actividades docentes y proyectos de investigación.
 - h. Avanzar en el desarrollo de las áreas de capacitación específica, dentro de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud.
 - i. Fomentar la cultura de la formación continuada y el desarrollo profesional continuo, como garantía de seguridad para los pacientes y estímulo para los profesionales.
 - j. Evaluación del sistema de formación sanitaria de especialistas, afrontando dos tipos de propuestas: conseguir un equilibrio entre los profesionales que se van a formar y las plazas ofertadas para ello (agregando las demandas y ofertas de las diecisiete Comunidades Autónomas), y establecer mecanismos que permitan cubrir las plazas no ocupadas o abandonadas.
 - k. Favorecer a los profesionales de atención primaria y de los centros hospitalarios de primer y segundo nivel la participación en los programas de formación continuada y en los proyectos de investigación que se desarrollen en los centros de tercer nivel.
- Por lo que se refiere a la problemática de los profesionales que ejercen en el Sistema Nacional de Salud únicamente con el título de licenciado, sería necesaria su regularización como especialistas, de conformidad con el Derecho Comunitario.

En cuanto a los profesionales extracomunitarios con el título de especialista sin homologar, sería necesario normalizar su situación a través de la aplicación del Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el



reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialistas en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea.

- Los mismos criterios de rigor, agilidad y garantía deben exigirse para la homologación de titulaciones de médicos comunitarios (de la Unión Europea).
- Incorporar las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación a la asistencia sanitaria: la historia clínica digital común, la tarjeta sanitaria única, la telemedicina y las distintas modalidades de teleconsulta.
- Evaluar los resultados clínicos, estableciendo unos indicadores de calidad asistencial, que habrá que introducir de manera pedagógica.
- Es necesario impulsar iniciativas que den a los ciudadanos información y formación suficiente, para conocer no sólo lo que corresponde a su proceso asistencial, sino también la necesidad del cumplimiento de los tratamientos y del uso adecuado de los servicios sanitarios, para lograr una mayor concienciación y corresponsabilidad ciudadana, así como desarrollar acciones que conduzcan a los ciudadanos a ser conscientes de la responsabilidad que tienen sobre su propia salud y también sobre sus posibles enfermedades, no sólo como prevención de éstas sino también en la toma de decisiones sobre las mismas (diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras, etc.).
- En fin, resulta también urgente iniciar la formación de pacientes, al modo de los programas de paciente experto y paciente tutor, dado que algunas experiencias nacionales e internacionales han puesto en evidencia la disminución de la frecuentación al médico, el aumento de las consultas a otros profesionales de la salud (por ejemplo, al farmacéutico), y la disminución de las urgencias; en definitiva, un aumento de la calidad de la atención sanitaria.
- La cartera de servicios común para todas las Comunidades Autónomas, basada en la descripción de un conjunto de actividades que responden a las necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios de evidencia científica y de factibilidad técnica, consensuados con los diferentes actores del continuo asistencial debe responder, además, a los objetivos de salud de los diferentes Planes de Salud o Programas Directores de las distintas Comunidades Autónomas.
- Por lo que respecta a la situación de determinadas especialidades médicas, para una adecuada organización de los recursos humanos se debería tener en cuenta:
 - a. Psiquiatría infanto-juvenil: la creación de la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil, con un primer nivel en atención primaria y otro de especializada.
 - b. Medicina física y rehabilitación: el incremento del envejecimiento poblacional y la cronicidad de algunas enfermedades hacen necesario definir el marco del proceso integral de rehabilitación multidisciplinar. La coordinación y dirección



médico clínica se realiza desde la especialidad de medicina física y rehabilitación del equipo, definiendo las competencias de aplicación terapéutica de los restantes profesionales que intervienen en el proceso.

- c. Anestesia: hay que tener en cuenta que, en el futuro, crecerá la demanda y las exploraciones fuera del quirófano, dada la importancia de la terapéutica del dolor, por lo que las carencias actuales aumentarán.
 - d. Atención primaria: hay que potenciar, mejorar y hacer más atractiva la especialidad para los profesionales, así como recuperar el papel fundamental y el reconocimiento social de quienes se dedican a ella.
 - e. Urgencias, emergencias y cuidados intensivos: la complejidad cada vez mayor del sistema de asistencia sanitaria hospitalaria y el aumento de la demanda de atención a pacientes críticos hacen conveniente establecer criterios específicos para los cuidados en urgencias, emergencias y en la atención al paciente crítico.
- En enfermería, se hace necesaria una planificación a medio plazo, desglosada por Comunidades Autónomas que tenga en cuenta los datos socio demográficos, las jubilaciones de profesionales, la oferta de plazas públicas y privadas y las condiciones contractuales, para tener «una foto real actual» de la situación. Y a partir de aquí, adoptar otra serie de decisiones, entre las que estarían:
 - a. Adecuar las plazas en las escuelas de enfermería, de acuerdo con la nueva titulación de grado y con los nuevos currículos de enfermeros generalistas y especialistas, sin perder de vista la situación socio-económica del país, con el fin de evitar carencias asistenciales o grandes bolsas de desempleo.
 - b. Definir los nuevos marcos competenciales de las enfermeros especialistas y los nuevos roles acordes con la implantación de la titulación de grado, así como poner en marcha programas formativos del catálogo actual de especialidades, para lo cual hay que canalizar nuevos currículos formativos (dependencia, urgencias).
 - c. Garantizar, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, la financiación para la consolidación y contratación del personal de enfermería suficiente para adecuar las ratios de enfermeros a las necesidades del sistema sanitario.
 - d. Valorar la distribución de funciones entre los profesionales sanitarios y planificar conjuntamente cuántos de cada uno de ellos se necesitarán para poder saber qué cartera de servicios se puede ofrecer con la máxima calidad.
 - Los equipos multidisciplinares han de ir paulatinamente incorporando a otros profesionales sanitarios —en atención primaria, pero también en especializada—. En concreto:
 - a. El farmacéutico supone un recurso asistencial importante, en un marco de contención del gasto público que exige modificaciones estructurales, y, entre



ellas, el desarrollo de nuevas competencias profesionales para dar respuesta a las nuevas necesidades asistenciales, tales como la farmacia en atención primaria, nutrición y dietética, sanidad ambiental y salud pública; la introducción en el mercado sanitario del farmacéutico como proveedor de servicios basados en su conocimiento y competencia profesionales, y el establecimiento de mecanismos de contraprestación económica.

- b.** En el caso de los psicólogos, las políticas irían en la línea de reorientar progresiva y decididamente a una parte de estos profesionales hacia las labores de prevención y promoción de la salud, además de fortalecer el actual sistema de formación y su incorporación a la salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud. Si se quiere reconocer el carácter sanitario de la psicología habría que estudiar el programa formativo y la cualificación de estos profesionales en el marco de la LOPS.
- c.** La prestación de servicios propios de los dietistas-nutricionistas precisa de una intervención por parte de las autoridades sanitarias, para modernizar el Sistema Nacional de Salud a través de la incorporación de estos profesionales sanitarios.
- d.** En cuanto a los podólogos, sería conveniente abrirles posibilidades laborales reguladas en el Sistema Nacional de Salud. A largo plazo y en tanto la situación económica lo permita, y debido a las competencias que la legislación vigente confiere a la profesión de podología (recepción directa del paciente, diagnóstico podológico, tratamiento, receta médica privada podológica y radiodiagnóstico) sería lógico abrir servicios hospitalarios específicos de Podología y/o incluir dicho servicio en Atención Primaria. En ellos, se abordarían las diferentes patologías del pie, con especial ahínco en el pie de riesgo (geriátrico, diabético y vascular), la ortopodología y la cirugía podológica. No obstante, y ante la no factibilidad (por motivos sociales, económicos, etc.), la prestación podría impulsarse bien directamente, o a través de la firma de convenios de colaboración con estos profesionales, para servicios podológicos que se requieran en ese momento por necesidades de los usuarios.
- e.** Por lo que se refiere a los ortoprotésicos, empezando por su formación, habría que estudiar su programa formativo y su cualificación. Por otro lado, habría que regular el sector, inspeccionar y controlar la prestación ortoprotésica y de los establecimientos, actualizar las carteras de servicios y revisar los presupuestos. Quizás debería ser obligatorio, por parte del técnico ortopédico, velar por el control de la fabricación y la calidad del producto que más tarde llega al usuario, con un responsable técnico en la fabricación de los productos de ortopedia a medida. Este responsable es, según RD 437/2002, un universitario titulado dentro de la rama de Ciencias de la Salud, que ha realizado el Curso de Responsable Técnico de 200 horas de duración. Por último, sería necesario fortalecer la relación de los ortoprotésicos con los servicios de rehabilitación y



de traumatología del Sistema Nacional de Salud, en su caso, con una relación de concierto con los establecimientos privados correspondientes.

- f. La presencia de los fisioterapeutas, como parte del equipo integral multidisciplinario de rehabilitación, se requiere cada vez más en muy amplias áreas de interés, tanto hospitalarias, como extrahospitalarias. Debe planificarse la constitución de unidades funcionales interdisciplinares (ya acometida, y extendiéndose) para atender el proceso de rehabilitación de patologías complejas como: grandes quemados, suelo pélvico, o patología de origen cardio-respiratoria, o en el neuro-desarrollo infantil, etc. Este horizonte implica acometer procesos de organización con recursos humanos multiprofesionales. Es imprescindible contar con profesionales altamente cualificados y especializados en el proceso de origen (cardiología, cirugía plástica, neurología, neurocirugía, cirugía ortopédica y traumatología, geriatría, ginecología, ap. digestivo, andrología, etc.), coordinados por profesionales y especialistas en medicina física y rehabilitación, que aúnen los esfuerzos de terapeutas específicos: logopedas, terapeutas ocupacionales, neuro-psicólogos, técnicos orto-protésicos, enfermeros, y desde luego fisioterapeutas. Sería pertinente fomentar el trabajo en equipo (como se indica en punto 16 de este documento) de todos los profesionales implicados en el proceso de rehabilitación. Con la definición de acuerdo a su formación, competencias y capacidades de las funciones clínico-médicas y las terapéuticas que corresponden a cada uno de ellos. El desarrollo de la capacitación y cartera asistencial de los fisioterapeutas que tratan en atención primaria, debe clarificarse respecto a la atención especializada, y estandarizarse para el conjunto de las Comunidades Autónomas.
- g. En el futuro sería recomendable el reconocimiento de los ópticos-optometristas en el Sistema Nacional de Salud, y la existencia de un óptico-optometrista en cada centro de atención primaria —vía convenio o vía directa de contratación— y en cada servicio de oftalmología del Sistema Nacional de Salud, al que se derivarían desde atención primaria los pacientes, con la consiguiente disminución de las listas de espera.
- h. El terapeuta ocupacional, como profesional sanitario presente como personal estatutario en los Servicios de Salud, tiene una presencia muy minoritaria en nuestro Sistema de Salud, y mínima en Atención Primaria.

Por lo que sería necesario completar su presencia en rehabilitación, en geriatría, en salud mental, en pediatría, en unidades de quemados, y en Atención Primaria; reconsiderando las funciones de este profesional y teniendo en cuenta la adquisición de competencias de los nuevos egresados como graduados. En la actualidad, la presencia de la terapia ocupacional en la patología dual, las adicciones a sustancias y las situaciones de riesgo social, amplían el campo de actuación de esta disciplina obligándola, igual que a otras



profesiones sanitarias, a trabajar en la detección precoz de estas situaciones para evitar su cronificación.

- i. Los graduados en logopedia, son profesionales universitarios de reconocida competencia con cometidos específicos en los trastornos del habla y el lenguaje. Forman parte del equipo integral de rehabilitación multidisciplinar. Actualmente estos profesionales ya se integran en atención especializada y primaria en el marco del proceso de rehabilitación, para la aplicación de técnicas específicas terapéuticas, coordinados y en colaboración con médicos foniatras (especialistas en ORL, o en medicina física y rehabilitación, ambos con una capacitación específica). Su consideración como profesionales sanitarios y el reconocimiento de su necesidad en el área sanitaria debe extenderse.
- Las nuevas necesidades, la atención de las enfermedades crónicas, degenerativas, etc. hace necesario un Sistema Nacional de Salud ágil en las respuestas, preparado y con equipos multidisciplinarios que trabajaran coordinadamente. En este sentido, se debe estar atento a las necesidades de otros colectivos tanto en formación como en responsabilidades que puedan moverse en pie de igualdad por el espacio único.
 - La asistencia sanitaria debe estar más centrada en una visión holística del paciente que en la enfermedad y no sólo en el tratamiento del síntoma sino también en la causa del problema.
 - La incorporación de las nuevas tecnologías y la telemática a los Servicios de Salud no debe suponer una deshumanización de la medicina ni una pérdida de confianza en la relación médico-paciente.
 - La asistencia sanitaria debe recobrar el papel humanitario centrado en el enfermo individualmente. El paciente debe estar mejor informado para poder responsabilizarse, no sólo de las decisiones de un tratamiento, sino también de la prevención de enfermedades.
 - Sería conveniente estimular la creación de programas de salud desde la atención primaria para utilizar la actividad física y el deporte no competitivo como herramienta de prevención de enfermedades evitables; programas en cuyo diseño colaborarán médicos, enfermeros y técnicos deportivos titulados.
 - Cada vez es más difusa la barrera entre la atención sanitaria y la socio-sanitaria; se hace necesaria no sólo una mayor coordinación de la asistencia, sino también la coordinación de la gestión de los servicios.
 - Es necesario impulsar el papel de las Administraciones Públicas, para que sean capaces de dar respuesta a las nuevas necesidades, tales como las enfermedades crónicas o las enfermedades degenerativas.



Estamos, pues, ante todo un programa de reformas, cuya implementación sería de extraordinaria importancia para una política de recursos humanos, que necesariamente habría de ser ambiciosa para fortalecer y hacer más eficiente nuestro sistema sanitario. También se han promovido importantes **iniciativas sobre recursos humanos en el Congreso de los Diputados**.

Sin duda, las más importantes fueron dos PNL que se refirieron al desarrollo de la LOPS, con fecha 26 de enero de 2011 y 15 de diciembre de 2010.

28. Carrera y desarrollo profesionales son herramientas indispensables para una moderna gestión de recursos humanos.

De entrada, sería importante que dichos instrumentos sean tenidos en cuenta en el ámbito de la formación en salud pública y no sólo en el asistencial.

En todo caso, el Desarrollo Profesional Continuo (DPC) ha de ser entendido como el proceso mediante el cual un profesional adquiere, mantiene y mejora sus conocimientos, habilidades y actitudes y le permite continuar su ejercicio profesional de forma competente, esto es, con la calidad exigida por la propia profesión, las organizaciones profesionales y el sistema sanitario, pero sobre todo por la sociedad.

El DPC incluye todas las actividades que los médicos llevan a cabo, formal o informalmente, y a diferencia de la Formación Médica Continuada (FMC) que se "hace", el DPC se "suscribe" y representa un compromiso entre el propio profesional y la sociedad.

Es necesario deslindar el concepto de DPC del concepto de carrera profesional (CP).

Este último es un concepto más restringido que el de DPC, concierne a la organización empleadora y supone generalmente algún tipo de contraprestación económica.

La CP es la trayectoria que sigue una persona a lo largo del ejercicio de su profesión en un "contexto laboral" determinado, mejorando su nivel de competencia mediante la experiencia, formación y actividades científicas.

La aplicación de este concepto en el desarrollo de la actividad y en el cumplimiento de los objetivos de la organización ha de comportar un reconocimiento y recompensa por parte de la institución para la que trabaja.

Si bien en muchos casos el DPC y la CP siguen caminos paralelos, no es forzoso que sea así. De la misma manera que el concepto de DPC está ligado al individuo, al profesional, el concepto de CP está ligado a la organización o la empresa.



El artículo 39 de la LOPS contempla la *homologación del reconocimiento del desarrollo profesional* y establece las estructuras y los principios que han de permitir mantener la cohesión del sistema de formación de los profesionales de la salud. Para ello se establecerán los principios y criterios para la homologación del reconocimiento del desarrollo profesional en todo el Sistema Nacional de Salud.

En todo caso habrá que atenerse a lo dispuesto en los artículos 37 y 38 de la LOPS y 40 y 41 de la LCCSNS.

Interesa en este punto recordar que el artículo 40 dispone que *“el desarrollo profesional constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud y debe responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en relación con los siguientes ámbitos:*

- A) *La formación continuada*
- B) *La carrera profesional*
- C) *La evaluación de competencias”*

Por su parte, el artículo 41 define la carrera profesional como *“el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos en la organización en la cual prestan sus servicios”*, para añadir en su apartado 2º que, *“el Estatuto Marco previsto en el artículo 84 de la LGS, contendrá la normativa básica aplicable al personal del Sistema Nacional de Salud, que será desarrollada por las Comunidades Autónomas”*.

Esta previsión legal **ha derivado en la situación indeseable de tener dentro del Sistema Nacional de Salud 17 modelos diferentes de carrera profesional con su correspondiente sistema retributivo.**

En cualquier caso, todo modelo de carrera profesional debería valorar los **méritos profesionales, reconocer la cualificación profesional y constituir un elemento incentivador del personal.** Debería, asimismo estimular y premiar **la dedicación, la formación continuada y la calidad** de los servicios prestados.

Cualquier modelo de carrera profesional debería propiciar el tránsito de un viejo y obsoleto sistema de reconocimiento profesional basado fundamentalmente en la **antigüedad**, hacia un nuevo modelo en el que, **la evaluación de méritos, los resultados y la resolución de los problemas, sean el eje central sobre el que gravite la política de personal de las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.**

La introducción de un modelo de carrera profesional para el personal del Sistema Nacional de Salud al que le es de aplicación el Estatuto Marco, se enmarca en el



objetivo general de obtener una mejora cuantitativa y cualitativa de la atención sanitaria, a través de la instrumentación y desarrollo de aspectos fundamentales, como: la consideración de la formación continuada como indicador del esfuerzo individual en la mejora de la calidad técnico-asistencial, la apertura de cauces para una mayor y más efectiva participación de los profesionales en la dirección y gestión de los servicios sanitarios, y la introducción de mecanismos de motivación e incentivación que posibiliten la adecuada orientación de esfuerzo y reconocimiento de los resultados asistenciales obtenidos.

Es por esto que, **la carrera profesional, debería convertirse de hecho, en un sistema de promoción profesional e incentivación individual**, estableciendo unos niveles o categorías claramente diferenciados a los que se acceda por un sistema previamente establecido y consensuado, que recoja los méritos y capacidad demostrada a lo largo de la vida profesional.

La carrera profesional se convierte, por tanto, en un sistema paralelo e independiente de la carrera jerárquica, convirtiéndose en una herramienta imprescindible en el área de los recursos humanos de cualquier institución sanitaria.

Un baremo debería valorar separadamente, de una parte, la actividad asistencial y, de otra, las actividades de dirección-gestión clínica, la docencia, la formación y la investigación.

En el apartado de dirección-gestión, docencia, formación, investigación y desarrollo técnico, serían objeto de valoración las actividades de formación continuada voluntaria, docentes y discentes, teniendo en cuenta, entre otros, los procedimientos de acreditación del Sistema Nacional de Salud.

También sería preciso establecer procedimientos para reconocer y acreditar la labor que desempeñan las oficinas de farmacia y los servicios de farmacia de los hospitales en la formación de los futuros farmacéuticos, a través de las prácticas tuteladas.

En el marco de la DPC y la formación continua, debería ser también considerada la docencia y la transmisión del conocimiento a otros profesionales sanitarios, en el baremo de actividades.

Siempre con la perspectiva de mejoras que incidan directamente en la calidad y metodologías asistenciales clínicas, organización y sistemas de trabajo de los centros o servicios, así como las actividades de responsabilidad directiva y de gestión clínica.

Cada profesional sanitario debería tener la responsabilidad de planificar y desarrollar su carrera profesional mediante la autoevaluación.



El desarrollo de la carrera profesional habría de fomentarse y sostenerse mediante un **sistema de formación** articulado, unas **estructuras profesionales reconocidas** (con niveles clínicos) suficientemente flexibles para que haya posibilidades de movilidad profesional y acceso a oportunidades de espíritu emprendedor y empresarial.

Es esencial que los Consejos Generales como órganos reguladores y autoridades competentes, las administraciones y otros órganos, faciliten el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios mediante sistemas articulados de formación y desempeño de la carrera profesional que les brinden oportunidades de pasar de una categoría a otra, o a puestos diferentes.

Para preparar esos sistemas, es necesario identificar un núcleo de competencias: conocimientos, capacidades, actitudes y principios científicos para el ejercicio de cada una de las profesiones sanitarias.

El acervo exclusivo de conocimientos de cada una de las profesiones sanitarias **debería renovarse constantemente** mediante la incorporación de los avances de las ciencias sociales, educativas y de la salud y fomentando la aparición de planteamientos innovadores de la prestación de la atención clínico-sanitaria y los cuidados.

Para convertir en realidad todo su potencial, el desarrollo de la carrera profesional de todos los profesionales sanitarios habría de evolucionar en el contexto del conjunto del sistema de salud y habría de permitir la movilidad profesional individual horizontal y vertical.

La mera antigüedad no puede constituir el único ni siquiera el primordial criterio de valoración.

Conviene recordar que tanto la LOPS como el Estatuto Marco, asignan a las Comunidades Autónomas la competencia para establecer el sistema de carrera como ha quedado expuesto. Aunque, ambas normas legales prevén el establecimiento de principios y criterios generales de homologación de los sistemas existentes en cada Servicio de Salud, a fin de permitir la libre circulación de profesionales. Principios y criterios generales que, como ya sabemos, corresponde establecer a la Comisión de Recursos Humanos.

Sin perjuicio del papel protagónico de las Comunidades Autónomas en la materia, la movilidad profesional y la cohesión del Sistema Nacional de Salud exige, sin embargo, una cierta homologación de los criterios establecidos para el desarrollo profesional, lo que determina, asimismo, un papel esencial del Estado en este concreto campo para establecer los principios y criterios de dicha homologación que, puede garantizar la libre circulación de profesionales dentro del Sistema Nacional de Salud.



El proceso de consolidación de una carrera profesional había comenzado ya, en las diversas Comunidades Autónomas, a través de normas y acuerdos con los representantes de los trabajadores.

En efecto, desde que en 1992 Navarra se constituyera como la primera Comunidad Autónoma con carrera profesional propia, el resto de Comunidades se han sumado a la iniciativa aunque si bien, en algunas de éstas, aún quedan pendientes determinados aspectos del sistema que podremos analizar más adelante. Los procesos de carrera autonómica se han aprobado de la siguiente forma:

- ANDALUCÍA: Acuerdo de 18 de julio de 2006, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Acuerdo de 16 de mayo de 2006, de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, sobre política de personal, para el período 2006 a 2008, por el que se aprueba el sistema de carrera profesional del Servicio Andaluz de Salud.
- ARAGÓN: Orden de 5 de diciembre de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Gobierno de Aragón de 4 de diciembre de 2007, por el que se otorga la aprobación expresa y formal, ratificándolos, a los Acuerdos alcanzados en la Mesa Sectorial de Sanidad sobre carrera profesional, retribuciones, políticas de empleo y tiempos de trabajo, jornada y horario de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.
- ASTURIAS: Resolución de 14 de febrero de 2007 que aprueba el Acuerdo de 16 de diciembre de 2006 sobre la Carrera y Desarrollo Profesional.
- COMUNIDAD VALENCIANA: Decreto 66/2006, de 12 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el sistema de carrera profesional en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad.
- CANARIAS: En el caso canario, nos encontramos con los siguientes cuerpos legales: el Decreto 278/2003, de 13 de noviembre, sobre carrera profesional del personal facultativo del Servicio Canario de la Salud, y el Decreto 129/2006, de 26 de septiembre, por el que se aprueba y desarrolla el modelo de carrera profesional del personal diplomado sanitario del Servicio Canario de la Salud.
- CANTABRIA: Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se regulan el sistema de Carrera Profesional y los criterios generales para el Desarrollo Profesional del Personal Estatutario de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.
- CASTILLA-LA MANCHA: Decreto 117/2006, de 28 de noviembre, que regula el sistema de Carrera Profesional de Licenciados y Diplomados Sanitarios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- CASTILLA Y LEÓN: Resolución de 22 de diciembre de 2006, de la Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales, por la que se dispone la inscripción en el Registro Central de Convenios Colectivos de Trabajo, el depósito y la publicación del



Acuerdo (de 12 de diciembre 2006) de la Mesa Sectorial del Personal al Servicio de las Instituciones Sanitarias públicas sobre la Carrera Profesional del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

- CATALUÑA: Resolución TIC/2809/2003, de 15 de mayo, por la que se dispone la inscripción y la publicación del Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre las condiciones de trabajo del personal de las instituciones sanitarias del Instituto Catalán de la Salud (ICS).
- CEUTA Y MELILLA: La carrera profesional se encuentra regulada en el Acuerdo de 2007 por el que se define e implanta la Carrera Profesional del Personal Licenciado y Diplomado Sanitario que presta sus servicios en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y por el que se establece el Marco de Negociación de la Carrera Profesional para el resto de los Profesionales de los Artículos 6.2,b) y 7 del Estatuto Marco.
- EUSKADI: En este modelo, nos encontramos con: el Decreto 395/2005, de 22 de noviembre, por el que se regula el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios del grupo profesional A.1. Facultativo médico y técnico del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza –Servicio vasco de salud; el Decreto 35/2007, de 27 de febrero, por el que se regula el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios del grupo profesional B.1. de Osakidetza– Servicio vasco de salud.
- EXTREMADURA: Resolución de 23 de enero de 2006, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la publicación del Acuerdo (de 24 de octubre de 2005) suscrito entre el Servicio Extremeño de Salud y las organizaciones sindicales CEMSATSE, CC.OO., UGT, CSI-CSIF y SAE sobre carrera y desarrollo profesional en el Servicio Extremeño de Salud.
- GALICIA: Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia.
- ISLAS BALEARES: Acuerdo del Consejo de Gobierno del día 22 de diciembre de 2006, por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 3 de julio de 2006, sobre sistema de promoción, desarrollo profesional y carrera profesional del personal dependiente del Servicio de Salud de las Illes Balears.
- LA RIOJA: Acuerdo de 27 de julio de 2006 para el Personal del Servicio Riojano de Salud.
- MADRID: Acuerdo de 25 de enero de 2007, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, por el que se aprueba el Acuerdo de 5 de diciembre de 2006 alcanzado en la Mesa Sectorial de Sanidad entre la consejería de sanidad y consumo y las organizaciones sindicales presentes en la misma sobre carrera profesional de licenciados sanitarios y diplomados sanitarios.
- MURCIA: Acuerdo de 12 de diciembre 2006 de la Mesa Sectorial de Sanidad por el que se establecen las Bases del sistema de Carrera Profesional para los médicos y otros



licenciados sanitarios especialistas y no especialistas, enfermeros y otros diplomados sanitarios, y la promoción profesional para el personal sanitario de los grupos C y D y del personal no sanitario de los grupos A, B, C, D y E del Servicio Murciano de Salud.

- NAVARRA: Ley Foral 11/1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de Carrera Profesional del Personal Facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Finalmente, cabe señalar que, junto a estas iniciativas normativas, no faltan algunas de carácter colegial, como la de los dentistas, que han elaborado un baremo que permita un permanente seguimiento de la formación continua apropiada a veces enmascarada por diplomas y certificados de dudosa virtualidad.

29. Es preciso promover mejoras en los sistemas de selección de recursos humanos.

Dentro del marco normativo vigente y en la medida que éste lo permita, convendría que los procesos de selección estuvieran basados, preferentemente, en la gestión de competencias.

Para ello sería preciso definir las competencias de los puestos de trabajo de toda la organización y la definición de las competencias en los perfiles de los candidatos.

Sería deseable utilizar una metodología que, en esencia, respondiese a estos dos principios:

- 1) Principio de eficiencia predictiva, que significa que los instrumentos que se empleen en la selección de personal deberían dar lugar a la mejor clasificación de demandantes (solicitantes) en términos de su posterior desempeño en el trabajo.
- 2) Principio de cumplimiento de la ley de Igualdad, que significa que los instrumentos utilizados no pueden producir discriminación indirecta entre los grupos sociales.

A la vista del conocimiento científico actualmente disponible a partir de los meta-análisis realizados en España, Europa y Estados Unidos, la selección para el personal del Sistema Nacional de Salud sería aconsejable que incluyera al menos dos pasos y los instrumentos que se mencionan seguidamente (sin perjuicio de que pudieran ser ampliados):

FASE 1. Que incluyese:

- Un test de habilidad cognitiva general (es el mejor predictor del desempeño futuro).
- Un cuestionario de personalidad.
- Un test de conocimientos del puesto o, alternativamente, un test de muestras de trabajo y un cuestionario de *screening* de psicopatología.



FASE 2.

Los candidatos que hubieran superado la fase 1, serían sometidos a una entrevista estructurada de selección de personal, que valorase aspectos no redundantes con las características evaluadas en la fase 1.

El proceso selectivo debería cumplir las normas de buenas prácticas y calidad en la selección de los recursos humanos y, al planificarlo, debería tenerse en cuenta que la mera evaluación de los conocimientos de los candidatos no es suficiente para una adecuada selección, por lo que es imprescindible incorporar sistemas de evaluación de competencias, incluyendo las habilidades de comunicación con los pacientes.

Es conveniente evitar la endogamia y el localismo en la selección, por lo que sería conveniente crear un sistema unificado (por ejemplo, un espacio Web con sistema de alertas) a escala nacional, o al menos autonómica, donde se publiquen todas las ofertas de plazas, incluyendo, cuando sea posible, las interinidades y los contratos de sustitución.

La selección de recursos humanos basada en competencias requiere tener perfectamente definidos los perfiles competenciales. Estos perfiles deberían incluir tanto las competencias específicas acordes con las funciones profesionales, como las competencias genéricas y/o transversales, entre las que pueden mencionarse las competencias de comunicación, de trabajo en equipo, de autoaprendizaje y de automotivación, entre otras, así como las que estén relacionadas con los objetivos propios de la de la organización.

Además, en la selección de recursos humanos por competencias, es necesario tener presente que deberían demostrarse en un contexto determinado y con los recursos disponibles, y que el profesional debería evidenciar que posee capacidad de innovación y creatividad para crear nuevas competencias, adaptándose a las situaciones que seguramente se plantearán en un contexto cambiante como en que nos encontramos actualmente.

Una vez establecidos y definidos claramente los perfiles competenciales, sería necesario determinar el procedimiento de evaluación y seleccionar el instrumento a utilizar.

Entre la multitud de instrumentos a los que se puede recurrir, es importante elegir aquellos que demuestren mayor fiabilidad y validez, características esenciales de cualquier herramienta de medición, para evidenciar realmente el mérito y por tanto la competencia.

Asimismo, los instrumentos deberían ser homogéneos para garantizar la igualdad de oportunidades, de fácil utilización y a un coste económico y asequible, permitiendo



una toma de decisiones sobre la adecuación de los candidatos al puesto, basada en pruebas lo más objetivas posibles, siendo necesario, en ocasiones, utilizar más de uno.

Si la selección de personal está correctamente realizada permitirá la incorporación de efectivos de alto rendimiento y, por sus mismas características, estos efectivos mostrarán un buen aprovechamiento de la formación, unas excelentes posibilidades de promoción y una tasa de rotación que se sitúe en márgenes aceptables para las organizaciones sanitarias.

Una de las características clave de la selección de personal, es la utilización de procedimientos (métodos) evaluativos que permitan la toma de decisión sobre la adecuación de los candidatos al puesto.

Los instrumentos que se podrían emplear en un proceso de selección son innumerables y entre ellos se encuentran: hojas de solicitud, currículums, historiales profesionales, entrevistas no estructuradas, estructuradas, entrevistas conductuales, tests de habilidades cognitivas, tests de habilidades psicomotoras, tests y cuestionarios de personalidad normal, tests de desórdenes de personalidad, simulaciones (dinámicas de grupo, tests "in-basket", juegos de empresa, etc.), *assessment center*, tests de juicio situacional, pruebas de realidad virtual, tests de muestras de trabajo, tests de integridad y honestidad, tests orientados al criterio, referencias.

Que se utilicen unos u otros instrumentos depende fundamentalmente del enfoque o modelo de selección que se está usando en cada organización concreta y de la estrategia de gestión (dirección) que se está utilizando: el modelo de selección tradicional (incluida la versión tradicional del modelo de competencias) o el modelo de selección estratégica.

30. Son muy diferentes las modalidades de incorporación al empleo en el sector sanitario, que en la actualidad se ve afectado, al igual que el conjunto del mercado de trabajo, a importantes tasas de inestabilidad.

La condición de estatutario (que a su vez tiene diversas submodalidades), funcionario o contratado laboral indican la diversidad de condiciones de trabajo y una dificultad añadida en la gestión de los recursos humanos del sistema sanitario.

Ante esta realidad es necesario ofrecer respuestas nuevas a la hora de promover la ordenación jurídica de los recursos del sistema, teniendo en cuenta el proceso de reorganización, colaboración público-privada, de coordinación sociosanitaria y de redimensionamiento de los niveles asistenciales y las exigencias del día a día derivadas de la gestión clínica.



Un modelo flexible, pero que ofrezca seguridad tanto a los responsables de la gestión como al personal sanitario, constituye uno de los desafíos más importantes para garantizar un futuro sostenible y de calidad para el sistema sanitario.

En esta línea de política renovadora de la gestión de recursos humanos se inscriben el Real Decreto-Ley 16/2012 y los recientes Acuerdos entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Foro de la Profesión Médica, el Consejo General de Enfermería y el SATSE.

De otra parte, en el caso de la contratación laboral, habría que considerar la incidencia de la reciente Reforma Laboral y los incentivos que está promoviendo el Gobierno para la creación y el mantenimiento de empleo, especialmente cuando se trata de empleo sanitario en el sector privado.

La convivencia de situaciones jurídicas diferentes, con ocasión de determinados procesos de externalización en la gestión sanitaria, requerirá también, como se dijo anteriormente, una atención específica.

Hay que tener en cuenta que, en el caso de los profesionales médicos, España es una excepción (junto con los médicos de los hospitales universitarios franceses) en el tipo de relación contractual para el desempeño del ejercicio de la profesión dentro del sector público. Nos encontramos ante un contrato tipo “funcionario” tanto en la Atención Primaria como en hospitales, y una remuneración “salario/capitativa”.

La estabilidad laboral, bastante debilitada como consecuencia de las crisis económicas y de las restricciones presupuestarias, es un valor importante en la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

Influye en la continuidad de la asistencia a los pacientes y en el desarrollo de la carrera profesional de los profesionales.

Por ello, se considera como modalidad de referencia la contratación estatutaria con movilidad provincial. Esto no sería óbice para que existan modalidades de contratación más flexibles por un máximo de dos años y con un proceso selectivo de consolidación, como personal fijo estatutario posteriormente. Las condiciones laborales y económicas serían, en principio, iguales.

- **Habría que mantener un equilibrio adecuado entre el personal a tiempo completo y el personal a tiempo parcial, dentro de una planificación ordenada de los recursos humanos.**
- **Asimismo, según se señaló anteriormente, habría que contemplar nuevas fórmulas de incorporación de los profesionales sanitarios en el desarrollo de nuevas formas de colaboración público – privada.**



31. Es necesario que jornada y organización del tiempo de trabajo respondan a criterios flexibles.

Las organizaciones sanitarias deberían flexibilizar la gestión de recursos humanos, mejorando y ampliando el abanico de posibilidades de la jornada laboral, así como de los turnos de trabajo, intentando hacer coincidir las necesidades de la organización con la de sus trabajadores. Ello conllevaría la disminución del abandono de la profesión y mejoraría la motivación de los profesionales.

Deberían buscarse nuevos modos de distribución de la carga de trabajo para garantizar a la vez la seguridad, los derechos legítimos y las expectativas del paciente y de todos los profesionales sanitarios.

La naturaleza misma de la atención clínica de los profesionales sanitarios supone un servicio que se presta durante las 24 horas del día y que **sólo puede mantenerse mediante el trabajo por turnos**. Es sabido que este modelo de empleo exige que los profesionales sanitarios se adapten física, emocional y socialmente.

El trabajo a turnos genera preocupación desde la perspectiva estrictamente asistencial y desde la consideración de sus efectos sobre el personal sanitario.

En este orden de cosas, para superar los problemas de atención a los pacientes, se considera indispensable velar por una **adecuada organización que garantice el adecuado enlace entre los mencionados turnos**, lo que evitará riesgo de inseguridad y pérdida de calidad asistencial.

Por otra parte, constituye una preocupación, científicamente contrastada, el hecho de que el **trabajo por turnos puede tener efectos negativos** en la salud de la persona, en su capacidad para actuar, en el grupo de apoyo inmediato y en la continuidad de los cuidados, y que ello podría afectar a los servicios que se dispensan.

Los turnos de tarde y de noche suelen estar menos dotados (menos personal) y los profesionales sanitarios tienen dificultades de acceso al transporte y a servicios básicos.

Se señala que, por el estrés de los turnos, aumentan los niveles de absentismo y rotación del personal, lo que afecta a la calidad de la atención de los profesionales sanitarios.

La rotación de los turnos se ha relacionado con un mayor número de perturbaciones del sueño, con diversos problemas de salud (digestivos, fatiga y riesgo de ingesta de alcohol), y con una salud psicológica y un rendimiento laboral menos satisfactorio.



Se ha indicado que el personal sanitario que trabaja por turnos, toma más días de permiso por enfermedad y aduce, para tomarlos, razones más graves que los trabajadores de turnos fijos.

La remuneración con que se intenta recompensar el trabajo por turnos no resuelve los riesgos de salud ocupacional que afectan a los profesionales sanitarios.

En la organización del trabajo por turnos, desde la perspectiva de las políticas de recursos humanos, deberían tenerse en cuenta:

- El número de profesionales sanitarios y el conjunto de capacidades necesarios para satisfacer las necesidades de la comunidad y de los pacientes y garantizar la seguridad de éstos últimos.
- Las necesidades personales de los profesionales sanitarios.
- La seguridad de los trabajadores.
- Los requisitos que fije la legislación.

Una propuesta en este ámbito podría ser que se prueben nuevas pautas de turnos a título experimental para poder hacer una evaluación a fondo (con participación de todos los profesionales sanitarios).

Entre los métodos aplicados para reducir los efectos nocivos del trabajo por turnos figuran los siguientes:

- Horarios de trabajo individualizados.
- Menos horas por semana en los turnos de tarde y noche.
- Programas informatizados para conseguir horarios equitativos.

A modo de resumen, cabría formular las siguientes propuestas:

- Ampliar el abanico de posibilidades de organización de la jornada laboral, turnos de trabajo, haciendo coincidir las necesidades de la Organización con la de sus trabajadores.
- Buscar nuevos modelos de distribución de cargas de trabajo cuando hay que garantizar la atención las 24 horas del día, evitando el estrés de los turnos ya que aumenta los niveles de absentismo y de rotación del personal, afectando a la calidad de la atención.
- Identificar nuevas pautas de turnos durante un tiempo determinado y con una evaluación del mismo.
- Avanzar en aspectos como:
 - ✓ Identificar las tendencias de gestión del trabajo por turnos.



- ✓ Difundir información veraz sobre los efectos del trabajo por turnos y sobre las correspondientes estrategias para incluirlas en los programas de formación y orientación.
- ✓ Conseguir que se reconozcan los riesgos laborales relacionados con el trabajo por turnos.

32. Bioseguridad, seguridad en el trabajo y violencia son cuestiones que merecen especial atención dentro de la agenda de recursos humanos sanitarios.

La Unión Europea establece normas básicas para la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores, que deben asegurar la eliminación de los factores de riesgo de enfermedad y accidentes de trabajo.

Los entornos laborales deben establecer medios y medidas de protección de los trabajadores orientadas a:

- evitar los riesgos o gestionar aquellos que no pueden ser evitados;
- dar instrucciones adecuadas a los trabajadores favoreciendo las medidas de protección colectivas;
- adaptar las condiciones de trabajo, los equipos y los métodos de trabajo teniendo en cuenta las evoluciones técnicas.

Se consideran especialmente las medidas de primeros auxilios, protección y guías de actuación en situaciones de catástrofes o desastres. Incluye también actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores.

En el caso del personal sanitario, grupo profesional de riesgo y especialmente vulnerable, habría que insistir en que los integrantes sean responsables de:

- la utilización correcta de los equipos, las herramientas y las sustancias vinculadas a su actividad;
- la utilización correcta del equipo de protección individual;
- la vigilancia continua de los dispositivos de seguridad para asegurar que son aptos para su utilización siempre que sea necesario;
- la notificación inmediata de toda situación laboral que represente un peligro grave e inminente.

De otra parte, numerosas investigaciones ponen de relieve como un entorno de trabajo seguro en el sector de salud contribuye en medida significativa a la seguridad de los pacientes y favorece los resultados positivos.



Por ello es necesario promover desde todos los ámbitos, la elaboración y aplicación de políticas o instrumentos que preserven el derecho de los profesionales sanitarios a un entorno seguro de trabajo, a la formación continua, la inmunización y los equipos de protección.

Las heridas causadas por agujas y otros instrumentos punzo-cortantes representan uno de los riesgos comunes más graves para el personal sanitario en Europa, particularmente para los enfermeros, además de imponer un elevado coste a los sistemas sanitarios y a la sociedad en general.

En este orden de cosas, cabe señalar que el objetivo permanente de la Organización Colegial de Enfermería ha sido y es la **implantación de dispositivos de bioseguridad** en todos los Centros Sanitarios del Sistema Sanitario Español, públicos y privados:

- Porque reducen el 85% de los riesgos.
- Porque su coste se considera soportable por las instituciones sanitarias públicas y privadas.
- Por el impacto psicológico que ejerce la amenaza de contraer una enfermedad incurable y estigmatizante.

España ha sido el primer país del mundo que ha regulado, mediante legislación específica, la prevención de accidentes de estas características.

En la actualidad, **cinco Comunidades Autónomas** han desarrollado una legislación específica para afrontar la prevención de accidentes biológicos: **Madrid, Castilla-La Mancha, Baleares, Navarra y Galicia.** En el reciente **Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad, el Consejo General de la Enfermería y el SATSE se prevé la extensión al conjunto del Sistema Nacional de Salud de medidas de este tipo, que, a su vez, son resultado de lo previsto en la normativa comunitaria.**

En efecto, tras la aprobación de la nueva Directiva comunitaria 2010/32/UE del Consejo de 10 de mayo de 2010 que aplica el Acuerdo Marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por HOSPEEM y EPSU **es imprescindible instar a los gobiernos nacionales a garantizar la adopción de todas las medidas necesarias para establecer un planteamiento sólido y sin soluciones de compromiso a la hora de implementarla en la legislación nacional sin dilación alguna.**

Asimismo, hay que destacar por su relevancia los actos de violencia en el lugar de trabajo. Dichos actos violan los derechos de los profesionales sanitarios a la dignidad e integridad personales y a verse libre de todo daño.



En este sentido, los organismos representativos profesionales han condenado, reiteradamente, los actos de abuso y violencia cometidos contra todos los profesionales de la salud, pacientes, niños, ancianos y cualquier otro ciudadano.

Las condiciones de trabajo específicas del sector de salud ponen a los profesionales sanitarios en mayores riesgos de violencia, por:

- Las **pautas de dotación de personal**, sobre todo cuando éstas y la supervisión son inadecuadas, el empleo de personal eventual e inexperienced, y el hecho de constituir la primera línea en las unidades de cuidados de salud.
- El trabajo por turnos, incluidos los desplazamientos nocturnos de ida y vuelta al trabajo.
- Las medidas de seguridad deficientes en las instalaciones de salud.
- Las intervenciones que exigen un contacto físico próximo.
- **Las cargas de trabajo exigentes**, que se dan con frecuencia en entornos emotivamente tensos.
- Los lugares de trabajo fácilmente accesibles con poca o ninguna privacidad.
- Las visitas a domicilio, con el aislamiento que conllevan.

Los efectos de la violencia van más allá del lugar de trabajo y **afectan a la familia** de la víctima y a los observadores: este fenómeno recibe el nombre de violencia contra terceros.

No debe minimizarse la importancia del abuso verbal, cuyos efectos son similares a los de la violencia física, incluidas sus repercusiones en la prestación de los cuidados.

Por todo ello, en los Centros Sanitarios, **la violencia en el lugar de trabajo amenaza la prestación de servicios eficaces de atención al paciente y, por tanto, la seguridad de los mismos.**

Para poder dispensar unos cuidados de calidad, los profesionales deben tener garantizado un **entorno de trabajo seguro y un trato respetuoso**. Las cargas de trabajo excesivas, las condiciones de trabajo inseguras y el apoyo inadecuado pueden considerarse formas de violencia, incompatibles con el buen ejercicio de la profesión.

Debe aplicarse el **principio de “tolerancia cero”** hacia cualquier acto o manifestación de violencia, en especial el acoso moral/mobbing, y prevenirla y sancionarla a través de la legislación, los reglamentos del personal, las sanciones judiciales, etc.

Son necesarias al menos las acciones siguientes:



- **Proceder a las modificaciones y acciones legislativas necesarias para proceder a la unificación de criterios en las sentencias sobre violencia contra personal sanitario en todo el Estado**, instaurando al profesional sanitario como autoridad y la agresión al mismo como un atentado contra la autoridad, con las penas y sanciones que esto conlleva.
- **Sensibilizar** al público y a la comunidad de profesionales sanitarios acerca de las diversas manifestaciones de violencia contra ellos.
- **Asegurar el acceso** de los profesionales (víctima o causante de violencia) a los servicios de asesoramiento, y apoyar al personal sanitario durante los procedimientos de denuncia/compensación y reclamación.
- Negociar la introducción y mantenimiento en el entorno de trabajo de **medidas de seguridad adecuadas** y de un mecanismo confidencial de tramitación de quejas.
- Apoyar al profesional sanitario y facilitarle el **acceso a ayuda jurídica** cuando proceda.
- Sensibilizar y exigir de las administraciones y los correspondientes grupos de empleadores la ayuda necesaria para avanzar en la consecución de entornos de trabajo seguros y respetuosos.
- Cerciorarse de que los empleadores cumplen sus obligaciones de seguridad e higiene en el trabajo, incluida la de conseguir niveles adecuados de dotación de personal y métodos de trabajo que favorezcan los cuidados de calidad y la obligación de promover pautas de comportamiento seguras. **Esto puede incluir la vigilancia y la denuncia de los empleadores que no cumplan estas obligaciones.**
- Cerciorarse de que se conocen y se tiene acceso a los recursos actuales de que disponen los profesionales sanitarios para tratar los abusos y/o la violencia en el lugar de trabajo.
- Proporcionar e impulsar una **mayor formación y capacitación continua** en lo que se refiere al reconocimiento y la gestión del abuso y de la violencia en el lugar de trabajo.
- Ayudar a crear una cultura entre los profesionales sanitarios que no perpetúe la tendencia a culparse a sí mismos de los incidentes de violencia.
- **Fomentar imágenes positivas de los profesionales sanitarios** y de respeto a los derechos a la dignidad y a la seguridad personal mediante modelos de referencia. En la actualidad se han incluido, y deben generalizarse **en los planes de estudios** de las titulaciones universitarias en Ciencias de la Salud, cursos sobre la supresión y/o gestión de la violencia.
- Contribuir al acopio de **datos fiables** sobre la violencia en el sector de salud.



- **Contribuir al desarrollo de métodos de trabajo que proporcionen atención sanitaria y cuidados de calidad, que mantengan niveles adecuados de dotación de personal y fomenten pautas de comportamiento seguras.**
- Negociar estrategias de reducción de la violencia en el lugar de trabajo que incorporen intervenciones orientadas a la organización, al entorno y a las personas.
- Crear o facilitar mecanismos de denuncia eficaces, confidenciales y de fácil acceso.
- **Prestar apoyo a las instituciones de formación** para que introduzcan formación oficial en lo referente al abuso y a la violencia en el lugar de trabajo.

Asimismo, habría que insistir en que la violencia es destructiva por naturaleza e incide de manera profundamente negativa en los observadores y en las víctimas, que a menudo muestran síntomas de respuesta postraumática al estrés. **Puede decirse que la violencia "envenena" el entorno de trabajo.**

Convendría que el Ministerio de Sanidad estudiase conjuntamente con el Ministerio de Justicia posibles alternativas para que se aumenten las penas que se puedan imponer a los agresores de los profesionales sanitarios, así como estudiar la forma más adecuada para la protección por parte de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

A modo de síntesis, cabría formular las siguientes propuestas:

- Aplicación de las normas básicas para la protección de la salud y seguridad de los trabajadores que deben asegurar la eliminación de los factores de riesgo de enfermedad y accidentes de trabajo.
- Promover, desde todos los ámbitos, la elaboración y aplicación de políticas o instrumentos que preserven el derecho de los profesionales sanitarios a un entorno seguro de trabajo, a la formación continua, la inmunización y los equipos de protección.
- Trasposición de la Directiva Comunitaria 2010/32/UE del Consejo de 10 de Mayo de 2010, que aplica el Acuerdo Marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario, garantizando la adopción de todas las medidas necesarias para establecer un planteamiento sólido y sin soluciones de compromiso a la hora de implantarla en la legislación española.
- La violencia en el lugar de trabajo amenaza la prestación de servicios eficaces de atención al paciente y, por tanto, la seguridad de los mismos; es necesario garantizar un entorno de trabajo seguro y un trato respetuoso, aplicando el principio de "tolerancia cero" hacia cualquier acto o manifestación de violencia, mediante legislación, reglamentos de personal, sanciones judiciales, etc.



33. Entre las prioridades de la política de recursos humanos habrían de figurar la modernización de los modelos retributivos y la regulación de las condiciones de trabajo, haciéndolo en consonancia con las exigencias de la gestión clínica.

El modelo retributivo que se aplica actualmente a los profesionales sanitarios se instaure a partir del Estatuto Marco. Delimita unas retribuciones como fijas a cargo del Estado, y otras complementarias a cargo de las Comunidades Autónomas.

Las retribuciones de los médicos en nuestro país están por debajo de la media de los países de nuestro entorno, todo ello en un contexto de recursos limitados, de crisis financiera y de demandas asistenciales crecientes.

En España el salario medio de un médico general / de familia puede alcanzar los 35.000 euros anuales, mientras que el de un médico de otras especialidades se sitúa en torno a los 50.000 euros de media.

En comparación con el salario medio de los médicos europeos, esto supone un 19% menos de media.

Por todo ello, cada vez es mayor el número de profesionales sanitarios que optan por emigrar a otros países donde el panorama sanitario y el clima y la estabilidad laboral les ofrece mejores oportunidades.

El tema retributivo recobra interés en el momento actual en el que prima la preocupación por la sostenibilidad del sistema nacional de salud.

Partiendo de este escenario, se hace preciso abrir un debate sobre la definición de un modelo retributivo para todo el Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta la situación actual del mapa dibujado de nuestro país: 17 sistemas sanitarios, cada uno de ellos con un modelo retributivo distinto, con pocas semejanzas entre unos y otros y que tiende cada vez más a la divergencia.

La consecuencia de todo ello no es otra que un malestar creciente, la desincentivación y la desmotivación de los profesionales sanitarios.

Los compromisos de retribución variable en función de objetivos concretos pactados entre empresas y trabajadores han ganado terreno en los últimos años y parecería razonable ligar también, de una u otra forma, el salario del personal sanitario con su rendimiento y los resultados obtenidos.

La productividad variable, fruto de objetivos, debería asociarse también a la evaluación del desempeño y, al mismo tiempo, a la participación en los beneficios del ahorro que se produzca de las buenas prácticas.



El objetivo debería ser que todos los profesionales sepan en qué **deben contribuir a conseguir los resultados de la organización** y generar una atención más satisfactoria y sostenible.

El capítulo de las retribuciones del personal sanitario presenta una importante complejidad. Las causas son muy diversas, pero, entre ellas, hay que destacar la multiplicidad y la superposición de normas. Unas tienen rango legal y provienen del Estado, en tanto que otras han sido aprobadas por parlamentos y administraciones autonómicas.

También son muchos y de muy diferente calado los acuerdos entre las administraciones autonómicas y las organizaciones sindicales.

Además, sobre las normas sectoriales sanitarias se superponen las respectivas Leyes anuales de Presupuestos, que establecen criterios y porcentajes de incremento de obligado cumplimiento.

Pero si todo esto es cierto, no lo es menos que el intento de poner orden en este agitado océano es bastante reciente.

En su momento, la LGS no dio pautas útiles para "gobernar" un tema tan sensible como las retribuciones, de modo que la descoordinación quedó "servida" durante varias décadas.

Fueron la LOPS y el Estatuto Marco los que en 2003 pretendieron reencauzar la situación a partir de planteamientos nuevos.

En efecto, las retribuciones pasaron a vincularse de modo intenso a la idea de carrera profesional, de suerte que el modelo salarial quedó muy condicionado por elementos y circunstancias susceptibles de evaluación por grados o niveles y de cuantificaciones periódicas.

La formación, la asistencia y su calidad, la gestión clínica, la investigación y la docencia pasaron a tener gran relevancia, lo que permitió buscar una regulación salarial que respondiera a razones más técnicas y objetivas, haciendo más previsibles y justas las decisiones en materia retributiva.

Todos estos temas y otros conexos han sido abordados en mesas de negociación distintas por lo que no sorprende que también distintos sean los modelos retributivos de los servicios autonómicos de salud.



A todo ello hay que añadir que el vínculo entre estos servicios y el personal sanitario es muy variado. Junto al personal estatutario, se sitúan los funcionarios y los laborales regidos por el Estatuto de los Trabajadores, que tanto ha cambiado tras la reciente Ley de julio pasado (reforma laboral), de medidas urgentes del mercado de trabajo.

En cuanto a condiciones salariales y laborales, cabe registrar algunas situaciones especiales, en tránsito, como la de los APD y médicos de zona y cupo y la de los Mestos.

Respecto de los médicos APD y de zona y cupo, su situación jurídica actual, teniendo en cuenta el Real Decreto Ley 16/2012, habría de finalizar en diciembre del 2013, pero, dadas las circunstancias que concurren en aquéllos, parece necesario, y así figura en los recientes Acuerdos del Ministerio de Sanidad con el Foro de la Profesión Médica, Consejo General de Enfermería y SATSE, que dicha situación se resuelva en base a criterios de flexibilidad y con un horizonte temporal suficientemente amplio.

En todo caso, el Real Decreto Ley 16/2012 pretende recuperar el tiempo perdido desde la aprobación de la LOPS y del Estatuto Marco e insta a la definición de una retribución básica común y a promover un modelo más convergente que el actual.

También insta a los Servicios de Salud a evaluar el desempeño a través de procedimientos fundados en los principios de igualdad, **mérito y capacidad según competencias**, con objetividad y transparencia.

Por ello, todo apunta a que la Comisión de Recursos Humanos y la Mesa Sectorial tendrán ante sí un arduo trabajo.

34. La promoción profesional es un potente factor de motivación, aunque está poco presente en la práctica clínica.

Lo cierto que el ejercicio de la práctica asistencial sanitaria carece en la actualidad de un sistema de promoción dentro del propio lugar de trabajo para obtener una mejora tanto de las condiciones retributivas como de reconocimiento o categoría profesional. La única opción ha sido, hasta ahora, optar a cargos directivos.

Es preciso, por tanto, **diseñar un sistema de incentiación y promoción que reconozca tanto la competencia profesional en las tareas asistenciales como el cumplimiento de los objetivos de la institución en la cual presta sus servicios.**

Esta necesidad se vería por los propios gestores como un mecanismo de incentiación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios, mientras que los propios profesionales verían así reconocido su esfuerzo y dedicación en su ámbito asistencial.



De aquí la conveniencia de **establecer un sistema de promoción y desarrollo profesional basado fundamentalmente en las tareas asistenciales, aunque también se tengan en cuenta otros aspectos relacionados con su trabajo diario, como la docencia o la investigación clínica.**

De especial importancia, es la figura del tutor de residentes, que debería ser reconocida y reforzada.

35. El modelo de categorías profesionales equivalentes facilita la movilidad y con ella una gestión dinámica del Sistema Nacional de Salud, permitiendo, además, ampliar las oportunidades profesionales.

Mientras el INSALUD gestionó el grueso de la asistencia sanitaria pública en España los problemas de movilidad del personal fueron mínimos, pero a partir de la transferencia de competencias a las diez Comunidades Autónomas que faltaban por recibirlas, las dificultades han ido en aumento hasta constituirse en un factor distorsionante de la cohesión territorial.

Además de las barreras generadas por los distintos modelos de carrera profesional, la formación está provocando no pocos problemas. La valoración de cursos y otras actividades formativas llevadas a cabo en el ámbito de la Comunidad Autónoma que convoca un concurso para la provisión de plazas suele ser superior a la que se atribuye a la acreditada en otras Comunidades Autónomas diferentes. Otros problemas adicionales se dan en el caso de concursos convocados por Comunidades Autónomas con idioma cooficial o por Comunidades Autónomas insulares.

Como ya se dijo anteriormente, también las **políticas salariales**, en ocasiones, distorsionan o perturban la movilidad, cuando se utilizan incentivos extraordinarios para atraer a profesionales sanitarios de otras Comunidades Autónomas.

A veces, para paliar toda esta serie de problemas, que frenan la movilidad, los gestores del personal sanitario de las Comunidades Autónomas acuden a la contratación sistemática de interinos o incorporan médicos extranjeros, que, según ciertas estimaciones, superan los 8.000, bordeando incluso cuestiones relacionadas con homologación y/o convalidación.

Pero, en lugar de estos mecanismos "especiales", la movilidad debería producirse conforme a pautas más transparentes y estables, como la utilización de categorías equivalentes, que posibilita el Estatuto Marco.

Así, el Artículo 15 del Estatuto Marco aborda la creación, modificación y supresión de categorías y, en base a ello, en el Pleno del Consejo Interterritorial del 20 de diciembre de 2012 se adoptaron varios acuerdos relativos a los profesionales sanitarios, entre ellos un sistema de homologación de categorías con un cuadro de equivalencias.



36. Es preciso promover mayor transparencia en cuanto a oportunidades de empleo para los profesionales en el conjunto del sistema sanitario.

El sistema de selección profesional articulado en la actualidad para los puestos de trabajo del ámbito sanitario se articula en torno a un conjunto de normas, acuerdos y resoluciones, que las Comunidades Autónomas desarrollan, en base a la legislación básica, establecida fundamentalmente en **el Estatuto Marco**.

Así, todas las Comunidades Autónomas, a través de sus Servicios Regionales de Salud, han venido desarrollando ofertas públicas de empleo para la contratación indefinida y la configuración de bolsas de empleo para disponer de personal que ocupe puestos temporales.

En ambos casos, dichos procesos deberán contar con ***procedimientos que se basarán en los principios de igualdad, mérito, capacidad, competencia y publicidad*** y que *serán establecidos previa negociación en las mesas correspondientes (art. 33, E.M.)*.

No obstante, esto ha derivado en el establecimiento de **bolsas únicas** por categoría profesional, que en muchos casos ha supuesto un gran inconveniente y freno para una gestión de personal, ya que, en muchos casos no se trata de ocupar un número correlativo, sino de adecuarse al perfil profesional que precisa la vacante.

Por tanto, se hace preciso adecuar las bolsas de empleo a los perfiles profesionales, teniendo en cuenta los diferentes puestos de trabajo a cubrir y en consonancia con el desarrollo efectivo de las especialidades y de la creación de las categorías profesionales, adecuándose a la definición de puestos de trabajo en base a ellas.

Al mismo tiempo, conviene tener en cuenta que se precisa de un replanteamiento en los baremos para el acceso a las plazas y puestos de trabajo.

Dada la evolución de las profesiones sanitarias, no parece adecuado que no sean tenidos en cuenta aspectos como la participación en investigaciones, realización de ponencias, comunicaciones en congresos, etc.

Es preciso unificar los criterios a tener en cuenta en los procesos selectivos de las diferentes Comunidades Autónomas.

Con respecto a las salidas profesionales de los actuales licenciados en medicina, éstas han sido y siguen siendo muy diversas.

La gran mayoría desarrolla exclusivamente actividades asistenciales. Relativamente pocos combinan la actividad asistencial con la investigación y/o la docencia; algunos se dedican en exclusiva a una de estas dos actividades o a ambas de forma simultánea,



otros desarrollan sólo actividades de gestión sanitaria, desempeñan funciones de prevención, de información o de educación sanitarias, realizan funciones de carácter no asistencial en las distintas administraciones públicas, o trabajan en la industria

Son más los que desarrollan la tarea asistencial dentro del Sistema Nacional de Salud frente a los que la desempeñan vinculados a entidades privadas.

En la medida en que la formación de profesionales se realiza sin prejuzgar la integración en el sector público o en el privado, las previsiones sobre necesidades de profesionales deberían dirigirse al conjunto del sistema sanitario.

En suma, hay que insistir en que es necesario evitar la endogamia y el localismo en la selección, por lo que sería conveniente crear un sistema unificado (por ejemplo, un espacio Web con sistema de alertas) a escala nacional, o al menos autonómica, donde se publiquen todas las ofertas de plazas incluyendo las interinidades y los contratos de sustitución.

También habría que establecer bolsas de empleo en todas las profesiones sanitarias y especialidades y elaborar una normativa que homogenice los sistemas de creación de bolsas de empleo en el Sistema Nacional de Salud y en las distintas Comunidades Autónomas.

Asimismo, es preciso limitar la valoración de la experiencia de trabajo en la propia Comunidad Autónoma en los criterios de adjudicación de plazas y permitir en las bolsas de interinos perfiles específicos y sistemas de flexibilización en la adjudicación, que posibiliten ajustar el perfil del candidato a las necesidades, valorando las competencias específicas y sin necesidad de seguir rígidamente el orden de lista.

Es igualmente importante disponer de información sobre el mercado laboral sanitario, que presenta una evidente heterogeneidad de condiciones laborales y retributivas, según el Servicio autonómico de Salud de que se trate.

37. La formación de grado y de postgrado para todas las profesiones sanitarias es una exigencia para la calidad asistencial y uno de los pilares básicos del ejercicio profesional.

En el caso del médico, la formación especializada ha supuesto uno de los hechos más notables que han contribuido, de manera indiscutible, a lograr las altas cotas de calidad que hoy tiene el Sistema Nacional de Salud. La formación de postgrado del médico en España, se realiza a través de un sistema reglado, uniforme y basado en una acreditación continua conocida coloquialmente como "Sistema MIR". Desde hace más de 30 años, su prestigio está internacionalmente reconocido y, a día de hoy, es uno de



los pocos en Europa con una única regulación, tanto en el acceso como en el propio programa formativo o en el seguimiento de su cumplimiento.

De otra parte, la profesión médica ha vivido con intensidad un proceso de especialización, que se ha traducido en:

- Un número elevado de especialidades en medicina (medio centenar) en continuo aumento, sin parangón en el resto de profesiones universitarias.
- La exigencia de seguir un procedimiento reglado para adquirir la condición de especialista.

Por su parte, en la actualidad los estudios de enfermería han quedado establecidos con un grado de 4 años y como novedad, respecto de los anteriores programas formativos, contemplan las competencias en materia de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios.

Nos encontramos, pues, ante un título que incorpora nuevas competencias y ello hace necesario que se facilite a todos los enfermeros el nuevo título de grado en enfermería.

De otro lado, los estudios de posgrado, han cobrado interés entre los profesionales de enfermería y, por tanto, se deberían poner en marcha másteres de tipo profesionalizante que permitan la adquisición de competencias en materias como la gestión.

En cuanto al doctorado, los enfermeros, hasta la aprobación de la nueva normativa en materia de ordenación de las enseñanzas universitarias, tenían limitado su acceso, a este tercer nivel académico. Por ello, ahora, habría que promocionar los correspondientes estudios con el fin de que los enfermeros puedan alcanzar el grado de doctor y así participar plenamente de las actividades investigadoras. De igual forma, se hace preciso que los programas de doctorado contemplen todas las fórmulas de acceso y con especial atención a los ya especialistas, tal y como recoge la normativa vigente (Artículo 6 del Real Decreto 99/2011).

Otra cuestión a tener en cuenta es que en la actualidad no existe una política activa para conseguir que los profesionales sanitarios sean de excelencia científica.

La incorporación de personal científico de estas características permitiría que la investigación clínica en los centros sanitarios españoles tuviese un alto nivel. Hay que registrar, no obstante, como hecho positivo en la buena dirección el reciente “Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica e Innovación 2013-2016”.

En todo caso, estas acciones deberían ser definidas y coordinadas por el Instituto de Salud Carlos III.



Por lo que se refiere al **título de farmacéutico** -ya sea de licenciado o de graduado-, hay que señalar que habilita para una amplia variedad de modalidades en el ejercicio profesional, de modo que las autoridades sanitarias y educativas deberían asegurar que se mantengan y refuercen las actuales competencias de los farmacéuticos que implanta la Orden CIN/2137/2008, 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 farmacéutico.

Además, el título de grado en farmacia se debería transformar en máster integrado, ya que la formación actual comprende 300 créditos. De esta manera los farmacéuticos españoles serían competitivos con compañeros del resto de Europa, que ya comienzan a disponer de la citada titulación y con profesiones reguladas que ya disponen del máster.

A tal efecto ya se ha iniciado la tramitación del proyecto de Real Decreto por el que se establece el marco español de cualificaciones para la educación superior (MECES) y la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales para adscribir determinados títulos universitarios de grado al nivel de (máster) del MECES que contempla la posibilidad de que los titulados con el Grado de Farmacia, tengan a la vez el título de Máster.

Además de lo anterior, es deseable sistematizar la formación de postgrado de los farmacéuticos determinando las modalidades que requerirán una formación especializada, de las que deberán establecerse un mínimo de acreditación de la actividad correspondiente a través de la expedición del título correspondiente.

En **Odontología** no existe formación especializada oficial, aunque existe una *especialización de facto* a través de:

- Estudios de postgrado no reglados, como los títulos (propios u otros títulos) de universidades, caracterizados por:
 - Precios elevados.
 - Criterios de acceso diversos.
 - Externalización de la formación a centros sanitarios sobre cuya posibilidad de acreditación penden razonables reservas de objetividad.
- Másteres oficiales, en los que la normativa reguladora permite supeditar el acceso a algún título propio previo (de lo que se deriva un riesgo de inequidad por inasequibilidad)

Convendría crear especialidades.



Es evidente, de otra parte, que se debería exigir el título que habilita como psicólogo general sanitario para poder acceder a la especialización en psicología clínica.

Se debería regular el grado en psicología ya que es un requisito para el acceso a profesiones sanitarias, dando cumplimiento a lo previsto en el punto 3 de la Disposición Adicional Séptima de la Ley de Salud Pública.

Sería necesaria la reducción el número de plazas ofertadas por las universidades en los grados en psicología acreditados por la ANECA en Ciencias de la Salud (requisito para acceder a la especialidad de psicología clínica y al máster en psicología general sanitaria) e incrementar el nivel de experimentalidad de estos títulos universitarios.

A modo de resumen, cabría decir que es preciso:

- **Diseñar planes de estudios basados en competencias con la identificación del perfil o de los correspondientes perfiles profesionales, con competencias comunes a la gran mayoría de titulaciones en Ciencias de la Salud y con otras competencias específicas propias de la titulación.**
- **Atenerse a la normativa específica que regula los niveles académicos de grado, máster y doctorado (Real Decreto 1393/2007) y acordar con la Universidad que en los planes de estudios de las diferentes profesiones sanitarias se incorporen las nuevas competencias que habiliten para el ejercicio de la profesión.**
- **Poner en marcha másteres de tipo “profesionalizante” que permitan la adquisición de competencias en diferentes materias y que no podrán coincidir con los planes de formación de las especialidades.**
- **Ordenar todos aquellos estudios de postgrado no reglados, como los títulos (propios u otros títulos) de Universidades.**
- **Promocionar los estudios de doctorado en todas las profesiones sanitarias y poder participar en todas las actividades investigadoras.**
- **Identificar una política activa para conseguir que los profesionales sanitarios sean de excelencia científica. La incorporación de personal científico permitirá que la investigación clínica en los centros sanitarios tenga un alto nivel.**

38. Hay que promover la formación continua durante todo el período de ejercicio profesional. Todos los profesionales sanitarios deben tener acceso a la formación continua, tal y como establece la LOPS.

A pesar de las actuales dificultades económicas, en las que nos encontramos, no deberíamos abandonar este principio y, por tanto, las instituciones sanitarias deberían realizar los correspondientes esfuerzos para mantener y desarrollar las actividades



formativas con el fin de conseguir una adecuada formación continuada de los profesionales sanitarios.

La formación continuada tiene como objetivo fundamental la actualización de los conocimientos obtenidos mediante estudios reglados (títulos oficiales: grado/licenciatura, máster, etc.). Por tanto, no tiene como misión sustituir a la formación universitaria, sino complementarla y actualizarla en el tiempo, con particular interés en el área de desarrollo profesional.

Otras vías que en paralelo deberían desarrollarse son la articulación de los diplomas de acreditación y diplomas de acreditación avanzada regulados en el artículo 36 de la LOPS, que permitirían certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específico de una determinada profesión o especialidad, de acuerdo con las actividades de formación continuada acreditadas que el profesional disponga.

El concepto de *“formación a lo largo de la vida”* se ha impuesto como garante de la calidad de las intervenciones profesionales en Europa. El problema radica en crear sistemas de acreditación adecuados de esta formación continua.

Sin duda el sistema de acreditación de la formación continuada de los profesionales del Sistema Nacional de Salud supuso un avance importantísimo en esta línea, pero deben seguir dándose pasos en este sentido.

También con relación a la formación continua hay que destacar el importante respaldo e impulso que representan los Acuerdos de 30 de julio pasado con el Foro de la Profesión Médica, el Consejo General de Enfermería y el SATSE.

Así pues, a estos efectos habrá que poner el acento en los siguientes objetivos:

- **Impulsar la formación continuada al considerarse una herramienta fundamental para el profesional sanitario, siendo un elemento primordial para el desarrollo profesional, además de una garantía para los usuarios del Sistema sanitario.**
- **Articular los diplomas de acreditación y diplomas de acreditación avanzada que regula el artículo 36 de la LOPS, que permitiría certificar el nivel de formación avanzado por un profesional en áreas de su actividad profesional.**
- **Mantener por parte de las instituciones sanitarias la permanencia y desarrollo de las actividades formativas con el fin de conseguir una adecuada formación continuada de los profesionales sanitarios.**
- **Regular el reconocimiento específico de la formación continuada en el desarrollo profesional de todos los profesionales sanitarios.**



39. La troncalidad es una poderosa herramienta para la modernización de la formación en el ámbito sanitario.

Se trata de un complemento generalista e integrador, inmediato al Título correspondiente, de gran utilidad, respecto del cual cabría formular las siguientes **propuestas:**

- Orientar el grado a las necesidades del Sistema. Preparar durante el grado los perfiles que el Sistema va a demandar. Huir de los contenidos superespecializados y apoyar la polivalencia que defiende la troncalidad.
- Unificar los planes de estudios en unos mínimos comunes denominadores en relación a esta orientación.
- Unificar o en su defecto coordinar las estructuras administrativas centrales y autonómicas de las que dependen ambos espacios formativos.
- Elaborar una estrategia de coordinación entre las Conferencias Nacionales de Decanos de facultades con grados sanitarios (CNDs) y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, que asesore sobre este tema a ambos Ministerios.
- La utilización y reconocimiento del último año en su modalidad de *practicum* que figura en la “Ficha Técnica de Propuesta de Título Universitario” de médico, serviría para recuperar, modernizado, el antiguo rotatorio cumpliendo esos mismos objetivos, permitiendo la continuidad con la troncalidad.
- Este *practicum* debería cerrarse con una prueba homologada de evaluación de habilidades, centralizada y elaborada por las CNDs que permita evaluar esas habilidades y actitudes que el tradicional examen MIR test multirespuesta no puede abordar.

Refiriéndonos a la profesión enfermera, se considera que el proyecto de Real Decreto, en trámite, debería dejar muy claro e incorporar los siguientes aspectos específicos, para que pueda considerarse una regulación general de todas las especialidades sanitarias:

- Asimismo, se propone el análisis y estudio de creación de las siguientes áreas de capacitación específica:
 - a. ACE Perfusión.
 - b. ACE Catástrofes y helitransporte sanitario.
 - c. ACE Prevención y control de la infección.
 - d. ACE Cuidados al paciente crítico en unidades de cuidados intensivos.
 - e. ACE Cuidados paliativos y atención en el proceso final de la vida.



- Igualmente se debería contemplar un **modelo de evaluación por competencias** así como el **reconocimiento expreso de que, para la adquisición de las mismas, será la Comisión Nacional correspondiente la que establezca la duración del programa formativo**, en todo caso, no inferior a dos años.
- El Proyecto de Real Decreto debería reflejar que el término “facultativo” y/o “facultativo especialista” **alcanza al conjunto de las profesiones sanitarias** conforme a lo establecido en la LOPS.
- 4
- Se debería valorar si es preciso derogar o no el RD 450/2005 o sólo hacerlo en aquellos puntos incluidos en el futuro RD de troncalidad, todo ello sin perjuicio de los derechos adquiridos a través de la Disposición adicional 2ª del citado RD.
- En el ámbito de la Farmacia Hospitalaria, se hace necesaria la aprobación definitiva del programa de la especialidad por la Comisión Nacional de RRHH.

40. La formación en su modalidad de residencia es un referente fundamental en nuestro sistema formativo.

El modelo tiene como fundamento jurídico el artículo 20 de la LOPS, que establece el sistema de formación de especialistas y la Disposición Adicional Primera, que fija la relación laboral especial de residencia. Posteriormente, el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, regula dicha relación laboral especial.

Convendría que el número de plazas de formación especializada (MIR, BIR, QIR, EIR, PIR, etc.) convocadas, permita cubrir las necesidades futuras de especialistas en el país para el ejercicio público y la práctica privada.

41. La formación para la atención domiciliaria y para las enfermedades mentales son objetivos prioritarios en el contexto actual y con vistas al futuro.

Los cambios en el modelo de atención sanitaria para mejorar la atención a la cronicidad y a las personas mayores, requieren de profesionales ampliamente

⁴ Según el Consejo General de la Enfermería, se debe analizar, estudiar y permitir el **acceso a la nueva especialidad de análisis clínicos y bioquímica clínica por parte de los graduados en enfermería, por cuanto que:**

- La profesión de Enfermería ha contado durante 40 años con la especialidad de Análisis Clínicos
- En la actualidad los estudios de Enfermería se configuran con el título de Grado, al igual que otras disciplinas.
- Los actuales planes de estudio, regulados según 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, contienen las correspondientes competencias en esta materia.

La Organización Médica Colegial no comparte dicho criterio.



formados en el seguimiento y cuidados de la enfermedad, así como para la formación en autocuidados, tanto a los pacientes como a las familias y cuidadores informales.

Por ello sería necesario definir las competencias precisas para los puestos de trabajo de este nuevo modelo de atención y formar a los profesionales adecuados en ellas. Probablemente ello conllevará la necesidad de modificar los programas de grado o de postgrado correspondientes.

Algunas profesiones sanitarias como los psicólogos especialistas en psicología clínica y el máster en psicología general sanitaria, junto con otros profesionales especializados en salud mental, están específicamente formados para la atención de los trastornos mentales.

Del mismo modo, la profesión farmacéutica está trabajando para sistematizar la atención farmacéutica domiciliaria para, entre otras cosas, facilitar a los pacientes y/o cuidadores la identificación de sus medicamentos y el conocimiento de las pautas de administración de los mismos, así como de los dispositivos de administración en su caso.

El abordaje domiciliario de este tipo de patologías, realizado de manera multidisciplinar y coordinado, mejora los resultados en términos de salud de los afectados, y tiene numerosos beneficios tanto por la disminución de la presión asistencial en el sistema sanitario, como por la reducción de los costes indirectos, como son las bajas laborales y la carga que supone para los familiares.

42. La jubilación en las profesiones sanitarias merece una especial atención, valorando alternativas y posibilidades reales para su flexibilización.

Aunque la edad de jubilación para las profesiones sanitarias, en términos generales, debería ser la misma que la establecida en el marco de la Seguridad Social, convendría contemplar su ampliación con carácter voluntario, previa solicitud y valoración del rendimiento profesional y actualización de las competencias en cada caso, siempre que los criterios de concesión sean objetivables y explícitos.

De cualquier modo, de ampliarse ésta, parecería oportuno que se realizara mediante contratación parcial y con contrato de relevo.

De otra parte, el Real Decreto-Ley 5/2013 ha abierto nuevas posibilidades que convendría explorar a través del nuevo modelo de jubilación activa y de compatibilidad de la percepción de la pensión con el trabajo.



Esta disposición ofrece nuevas alternativas a los profesionales sanitarios, aunque su formulación ha generado debate en torno a su alcance y la mejor manera de hacerlo efectivo.

43. El Registro Estatal de Profesionales es una herramienta indispensable para la política de recursos humanos y para la planificación a medio y largo plazo.

Los Acuerdos de 30 de julio de 2013 con el Foro de la Profesión Médica, el Consejo General de Enfermería y SATSE, han permitido dar la configuración definitiva a este Registro.

Sus características básicas serán las siguientes:

- “ El desarrollo reglamentario previsto del Registro Estatal de profesionales sanitarios se acomodará a las finalidades establecidas en el Real Decreto Ley 16/2012 (planificación de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y coordinación de las políticas de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud) y respetará los fines y funciones que correspondan legalmente a los Consejos Generales de las profesiones sanitarias.*
- El Registro Estatal coordinará la información contenida en otros Registros, conforme a los procedimientos de incorporación de datos que se establezcan al efecto.*
- La normativa reglamentaria que se apruebe se atenderá a lo establecido en la Directiva 2011/24/UE (asistencia transfronteriza) y en las demás Directivas aplicables, teniendo en cuenta lo dispuesto en ella sobre el carácter de autoridad competente de los Consejos Generales de Médicos y de Enfermeros.*
- La relación de los mencionados Consejos Generales con el Registro Estatal se regirá por los principios de máxima y leal cooperación y colaboración institucional.*
- A estos efectos se garantizará la accesibilidad recíproca a los datos, de modo que pueda darse cumplimiento al mandato del artículo 5.1 de la LOPS y a lo dispuesto en la LOPD.*
- En el desarrollo reglamentario del Real Decreto Ley 16/2012 se determinarán las características y el contenido básico de los Registros de los citados Consejos Generales. Se establecerá que, entre los contenidos de los Registros de los Consejos Generales figure la información relativa a la habilitación inicial para el ejercicio de la profesión, así como para el mantenimiento de la competencia a lo largo de la vida profesional, y su certificación conforme al artículo 8.3 de la LOPS. También se incorporará aquella información que corresponda de conformidad con la Directiva*



2005/36/UE, en especial la que sea precisa a efectos de la tarjeta profesional europea.

- *La incorporación de datos en el Registro Estatal tendrá carácter y efectos informativos y se acomodará a lo previsto en la LOPD.*
- *Para cumplimentar sus datos, tanto el Registro Estatal como los Registros de los Consejos Generales podrán recabar aquella información que sea necesaria para el cumplimiento de sus fines respectivos, vía telemática.*
- *La información sobre cobertura de responsabilidad civil comprenderá tanto al sector público como al privado.*
- *Se regulará la responsabilidad por el mantenimiento de las bases de datos correspondientes a los diferentes Registros, así como por veracidad y la comunicación de aquellos, de conformidad con la LOPD.*

Anualmente se elaborará un informe sobre el funcionamiento del Registro Estatal, con propuestas, en su caso, para su mejora.”

Así pues, el desarrollo reglamentario supondrá una importante mejora para la planificación y gestión de los recursos humanos, garantizando al propio tiempo la coordinación y colaboración de las organizaciones colegiales sanitarias.

44. Es preciso que se produzca el desarrollo efectivo de las especialidades en Enfermería.

A este respecto hay que recordar que el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería, contempla la puesta en marcha de siete especialidades enfermeras:

- a) Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).
- b) Enfermería de salud mental.
- c) Enfermería geriátrica.
- d) Enfermería del trabajo.
- e) Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos.
- f) Enfermería familiar y comunitaria.
- g) Enfermería pediátrica.

A día de hoy han sido aprobados los nuevos programas formativos de las especialidades de enfermería reguladas en este Real Decreto, con la sola **excepción del**



correspondiente a la especialidad de enfermería de cuidados médico-quirúrgicos cuya tramitación se encuentra en fase avanzada.

La Comisión Nacional de la citada especialidad presentó sucesivas propuestas para el desarrollo de su programa formativo, que han ido adaptándose para conseguir el mayor consenso. El último texto fue aprobado por la Comisión en junio de 2011, presentado ante la Comisión Delegada de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y aún no ha sido aprobado.

Es necesario dar el paso definitivo hacia su definitiva aprobación, para lo cual el Acuerdo de 30 de julio de 2013 con el Consejo General y SATSE establece compromisos concretos:

El programa formativo de la especialidad de Cuidados Médico-Quirúrgicos que será objeto de la necesaria tramitación ante los órganos competentes debe contemplar los siguientes perfiles:

- Cuidados a pacientes crónicos complejos
- Cuidados a pacientes críticos y de urgencias y emergencias.
- Cuidados periquirúrgicos y periintervencionista

Además se incluirán las correspondientes competencias transversales

Tras la aprobación del programa formativo, se impulsará la creación de Unidades Docentes de la Especialidad.

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, en el marco del citado acuerdo, y con vistas a desarrollar lo previsto en la Disposición transitoria segunda (vía excepcional de acceso a las especialidades) del RD 450/2005, deberá promover cuantas medidas sean necesarias para facilitar la puesta en marcha de las convocatorias de las pruebas de evaluación de la competencia pendientes para el acceso por vía excepcional, primando criterios similares a los que se tienen en cuenta para otros profesionales en cuanto a ampliación de los plazos para adquisición de méritos para el acceso, incremento del número de oportunidades, tipo de pruebas, etc..., para las especialidades de:

- Enfermería Familiar y Comunitaria
- Enfermería Pediátrica
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.

Se hace necesario:



- Definir y regular las funciones específicas de los enfermeros especialistas para la dirección, evaluación y prestación de los cuidados especializados de enfermería, de acuerdo con las competencias profesionales previstas en los programas formativos correspondientes.
- Realizar un estudio sobre las necesidades de enfermeros y enfermeras especialistas en los servicios de salud y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- Promover la creación de la categoría de enfermero especialista en todos los servicios de salud, con integración en la misma de las diferentes categorías de especialista existentes hasta la actualidad en los servicios de salud, para dar cumplimiento a la disposición adicional tercera del RD 450/2005, en relación con el artículo 16.3 de la LOPS.
- Definir los puestos de trabajo que requieran ser catalogados como puestos específicos de cada una de las especialidades, en consonancia con lo establecido en el artículo 16.3 de la LOPS
- Facilitar mediante concurso extraordinario, el acceso voluntario a la plaza de especialista cuando la plaza de enfermero haya sido transformada en plaza de especialista.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad debe impulsar un Acuerdo en el ámbito del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el que se determinen las bases para la creación de las categorías de enfermero especialista, definición de los puestos de especialistas a catalogar, así como el acceso mediante concurso extraordinario en los casos de transformación de plazas actuales en plazas de especialistas.

En el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se debe promover un acuerdo que contemple un plan de implantación progresiva de los puestos de trabajo de especialista, respecto de quienes actualmente vengán realizando funciones de especialista sin el título correspondiente.

A los efectos de garantizar la seguridad de los pacientes y hasta tanto se desarrollen en su totalidad las especialidades de enfermería, se debe promover un sistema para que en el acceso a determinados puestos de trabajo para los cuales, por su especificidad, resulte conveniente acreditar una cualificación adicional, se requiera estar en posesión de un Diploma de Acreditación o Acreditación Avanzada, conforme se determine en la norma correspondiente.



45. Las especialidades en Farmacia, Odontología, Veterinaria y Fisioterapia están en la lista de asuntos pendientes.

En el ámbito de la **farmacia**, las especializaciones están reguladas por el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Además de lo que en el mismo se establece, convendría considerar el acceso de los farmacéuticos al sistema de formación de especialistas en otras áreas sanitarias que tengan carácter multidisciplinar, teniendo en cuenta, en todo caso a estos efectos, los ámbitos profesionales definidos en el marco comunitario de aplicación, así como la evolución de los contenidos formativos.

En el campo de la odontología deberían desarrollarse especialidades odontológicas (o dentales).

En España no existen especialidades odontológicas o dentales, pero constituyen una necesidad indiscutible por varios motivos:

- (i) La imposibilidad fáctica de poder abarcar los conocimientos y habilidades en totalidad de los campos de la odontología/estomatología para poder proporcionar en todos ellos una asistencia de alta calidad.
- (ii) El derecho de los pacientes a conocer qué dentistas tienen un adiestramiento o cualificación específica en un campo concreto de la odontología/estomatología.
- (iii) La existencia de **especialidades en la odontología** es una realidad en casi todos los Estados de la Unión Europea. Se comprende así la situación de agravio en que se encuentran los profesionales españoles *realmente* cualificados en un campo especializado (pero *necesariamente* de manera *no reglada u oficial*) cuando migran, al amparo de la libre circulación de profesionales, a ejercer su profesión, dentro de su campo especializado, en el ámbito de la Unión Europea.
- (iv) Las situaciones de inequidad que se están dando con los másteres oficiales y con los títulos propios u otros títulos universitarios (no oficiales).

No es éste el momento de decir cuáles deben ser las especialidades que se deben crear (cuestión siempre supeditada a presiones e intereses sectarios). En este momento apostamos por un simple *reconocimiento* de la necesidad de crear y validar un *sistema de formación especializada* para los dentistas (odontólogos y también estomatólogos, aunque éstos ya sean especialistas médicos, en cuanto que constituyen una única profesión bajo el paraguas de dos títulos diferentes), y el



establecimiento de los *criterios* esenciales y preceptivos para que un determinado campo odontológico pueda ser reconocido como especialidad *oficial* (sin perjuicio de que también se requiera una posterior disposición normativa específica para su creación).

El artículo 20 de la LOPS, bajo la rúbrica: “*Sistema de formación de especialistas*”, dispone en su apartado 2, que la formación de especialistas en Ciencias de la Salud «tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados», y en su apartado 4 indica que «los principios establecidos en el número anterior y en las secciones 1ª y 2ª de este capítulo podrán ser adaptadas por el Gobierno a las específicas características de la formación especializada en Ciencias de la Salud de las profesiones previstas en los artículos 6.2, párrafos b), c) y d), 6.3 y 7 de esta Ley» (entre las que se encuentra la profesión de dentistas).

Se ha querido entender este cuarto apartado (pese a la indicación taxativa en el apartado segundo, ya señalada, de que la formación ha de tener lugar por el sistema de residencia) como la viabilidad legal a una formación y titulación en la universidad al estilo de los nuevos másteres oficiales, si bien se requeriría una previa disposición normativa específica, al hallarse aquellos constreñidos a un máximo de dos años de formación (120 ECTS), mientras que las especialidades comunitarias requieren tres (a tenor de lo dispuesto en la ya citada Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo).

Una formación y titulación de especialista en el marco de la legislación universitaria comportaría varios inconvenientes, a nuestro juicio muy graves:

- (i) *Problemas y riesgos de inequidad y de sesgo de selección*, de los que resulta recomendable la creación de las especialidades de odontología que fueran procedentes, como medio de perfeccionamiento y ampliación de la formación graduada, ya que es la única manera de impedir legalmente la creación de títulos de máster con las mismas denominaciones que dichas especializaciones.
- (ii) *Otros riesgos de la «especialización» o «formación postgraduada» como titulación universitaria*: por la posibilidad de contratación o convenio con entidades externas que supuestamente provean la formación clínica propia de la especialización y las instalaciones necesarias para ello. Este riesgo existe tanto en universidades privadas como en universidades públicas (y no sólo en las primeras, como a veces se dice).

Por todo ello, defendemos la especialización odontológica mediante un modelo de «residencia» (DIR —Dentistas Internos y Residentes— u OIR —Odontólogos Internos y Residentes—), que, contra lo que a veces se sostiene erróneamente, no se limita a las especialidades de interés para el Sistema sanitario público.



Posibilidades de crear una especialidad en Odontología de Familia o de Atención Primaria.

Enlazando con lo dicho, sugerimos la creación de la especialidad de odontólogos de Atención Primaria (o de familia) o, subsidiariamente, un internado o pasantía en odontología de atención primaria.

En el ámbito de la **Veterinaria** no existen actualmente especialidades legalmente reconocidas, si bien constituyen una necesidad tal y como se ha justificado reiteradamente por la Organización Colegial Veterinaria Española en todas y cada una de las comunicaciones e informes remitidos, esencialmente en los dos últimos ejercicios, al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tanto de forma separada como cuando se han cumplimentados los respectivos trámites de audiencia en los procedimientos de elaboración de disposiciones de carácter general, tales como el reciente proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud.

En este sentido, resulta indispensable considerar, de forma definitiva, el acceso de los veterinarios a las especialidades multidisciplinares de “Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica” (de nueva creación en el proyecto de Real Decreto citado) y a las de “Inmunología, Microbiología y Parasitología”. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias contempla a los veterinarios entre los profesionales sanitarios y, como tales, debieran haber sido incluidos en el sistema de formación especializada, máxime cuando su acervo académico y científico (constatable en los planes de estudios del Grado y de la Licenciatura) justifica sobradamente el acceso a esas especialidades.

Y del mismo modo, también se ha justificado adecuadamente la creación de sendas nuevas especialidades veterinarias, denominadas “Veterinario Especialista de Salud Pública” y la de “Veterinario Especialista en Animales de Laboratorio y Reproducción Asistida”. En ambos casos, aparte del bagaje académico antes citado, ocurre que en la práctica son muchos los veterinarios que desempeñan su cometido profesional en el ámbito de la Salud Pública, situación que igualmente se reproduce en la segunda de las especialidades propuestas, por lo que, en definitiva, se trataría de adaptar la realidad normativa a la práctica existente desde hace años en esas actividades.

En consecuencia, se considera que debe adoptarse la decisión del reconocimiento de la necesidad de integrar a los veterinarios en el sistema de formación especializada del Sistema Nacional de Salud sirviendo los criterios y fundamentos contenidos en los informes y solicitudes antes citados, como base para tal integración, con el objetivo final de, por un lado, la inclusión de los veterinarios en las especialidades



mencionadas; y, por otro lado, la creación como especialidades oficiales de las también nombradas en el párrafo anterior.

En las Ciencias de la Salud, la especialización se ha ido abriendo camino, adquiriendo carta de naturaleza. Como profesión sanitaria que es la **fisioterapia** -y así lo establece la LOPS-, esta profesión ha alcanzado unas dimensiones de desarrollo profesional y metodológico en las diferentes áreas que abarca la fisioterapia, que precisan de una renovación evolutiva que pasa indefectiblemente por la oficialización de las especialidades.

Las especialidades en fisioterapia, al igual que en los otros campos de Ciencias de la Salud son necesarias debido a:

- El progreso incesante en conocimientos de diagnósticos funcionales y terapéuticos que obliga, a quien pretende dominarlos, a concretar a una parcela determinada de su campo de acción.
- El avance de los conocimientos tecnológicos en fisioterapia utilizados como métodos diagnósticos y de tratamiento.
- La necesidad imperiosa de la evidencia científica a través de la investigación, en busca de una mejor labor asistencial dentro de un perfil profesional determinado.
- La especificidad del desarrollo metodológico en las diferentes áreas.
- Facilitar el tránsito por la comunidad europea a los profesionales españoles, igualando las condiciones de especialistas. (en Europa las especialidades en fisioterapia son reconocidas en once países).
- Reforzar el principio de sostenibilidad del sistema sanitario, a través del aumento del nivel de competitividad profesional.
- Redundar en la mejora de la calidad, eficiencia y eficacia de los procesos asistenciales de fisioterapia que se verán reflejados en el coste final.

El desarrollo profesional y metodológico, alcanzado en las diferentes áreas que abarca la fisioterapia, pasa indefectiblemente por la oficialización de las especialidades, consiguiendo de este modo: un avance en los conocimientos tecnológicos utilizados como métodos de diagnóstico y tratamiento, el desarrollo de la investigación clínica, en busca de una mejor labor asistencial basado en la evidencia científica dentro de un perfil profesional determinado. Redundando todo esto en la mejora de la calidad, eficiencia, y eficacia de los procesos asistenciales de fisioterapia que se verán reflejados en: “el coste final, el principio de sostenibilidad sanitario basado en el aumento del nivel de competitividad profesional y en facilitar el tránsito por la Unión Europea a los profesionales españoles igualando las condiciones entre especialistas.



46. Hay que afrontar la tarea de renovar el MIR y sus equivalentes (FIR, QIR, BIR, EIR, PIR, etc.).

En los últimos años, se ha producido un aumento no proporcional del número de plazas de formación especializada ofertadas y el de aspirantes que concurren a la prueba de acceso, destacando el creciente porcentaje de extracomunitarios. Con la apertura de nuevas facultades y el incremento del *numerus clausus*, la tendencia es que cada año aumente el número de presentados al examen MIR.

La gestión del acceso a la formación sanitaria especializada requiere, en primer lugar, analizar la distribución actual de los profesionales sanitarios en nuestro país, y cuáles son las necesidades que se prevén para los próximos años en demografía sanitaria. Este estudio debe ir seguido de una planificación sanitaria que busque el equilibrio entre oferta y demanda, entre el número de egresados de las facultades españolas que pretenden completar la etapa especializada de su formación y las necesidades asistenciales de nuestra población, sin perder de vista el objetivo prioritario: mantener y mejorar el alto nivel de calidad conseguido tanto en la formación especializada como en la atención sanitaria en nuestro país.

En este sentido planteamos las siguientes propuestas:

- Se debería elaborar por las autoridades sanitarias, con la participación de los Colegios Profesionales, un registro de profesionales fidedigno que permita realizar un análisis exhaustivo de la situación en la que se encuentran los profesionales en formación y un estudio prospectivo de las necesidades de profesionales sanitarios por especialidades y por Comunidades Autónomas.
- Sería oportuno analizar las características del colectivo de aspirantes que ha concurrido a los exámenes de residentes en formación de los últimos años: porcentaje de nacionales y extranjeros comunitarios y extracomunitarios; distribución geográfica, por especialidades, y por intervalos de expediente; puntuación en el examen y número de orden final. Asimismo, es procedente analizar el número y distribución de las renunciaciones de plaza a lo largo de la formación especializada.
- Lograr la transparencia en la concesión de la visa de estudios a los titulados extracomunitarios, y que se analice la manera en la que ésta se articula con el procedimiento de acceso a la formación sanitaria especializada, con el objetivo de evitar que los permisos, en contra de lo previsto en la LOPS, pudieran ser una vía para eludir la aplicación efectiva del cupo para extracomunitarios.

En el borrador del Real Decreto-Ley sobre troncalidad, que tiene por objeto potenciar, modernizar y actualizar la formación de especialistas en Ciencias de la Salud prevista en la LOPS, se contempla la incorporación de criterios de troncalidad en la formación



de determinadas especialidades, el establecimiento del procedimiento para la obtención del título de especialista, la regulación de áreas de capacitación específica y la creación de los nuevos títulos de especialista, entre otros.

El motivo esencial que inspira el Real Decreto, es la ordenación de la formación troncal en las especialidades médicas, aunque también incluye como objetivo una puesta al día de la formación especializada sanitaria. Esta norma debería aprovecharse para modificar el acceso a la especialidad de psicología clínica, de acuerdo con la lógica legal actual del ámbito profesional, de forma que exista coherencia entre la normativa que regula actualmente la formación del psicólogo para ejercer en el ámbito sanitario y la formación especializada. La propuesta normativa debería tener en cuenta la nueva legislación de la psicología en el ámbito de la salud que se ha establecido en la Ley General de Salud Pública.

Atendiendo a la creciente complejidad de los ámbitos de actuación de la psicología clínica y de la salud, y tal como se justificará en el apartado de nuevos roles, sería necesario desarrollar nuevas especialidades sanitarias de la psicología, en concreto: especialista en psicología clínica infanto-juvenil, especialista en neuropsicología clínica, especialista en psicooncología y cuidados paliativos y especialista en psicología de la salud. Estas especialidades tendrían, junto con la actual especialidad de psicología clínica, un tronco común de dos años que podría denominarse psicología clínica y de la salud.

Se propone crear un tronco común de especialidades de psicología en el que se integren las especialidades de psicología clínica de adultos, psicología clínica infantil y juvenil, neuropsicología, psicooncología y cuidados paliativos y psicología de la salud.

47. Es necesario mantener la colegiación obligatoria y apostar por el fortalecimiento de los colegios profesionales sanitarios.

Una visión actual de las profesiones sanitarias, de sus derechos y deberes, implica la existencia de organizaciones colegiales independientes y centradas en una atención de calidad al ciudadano, como eje básico de sus actividades y fines. En este sentido, se pronuncia la doctrina del Tribunal Constitucional (Sentencia TC 194/1998, de 1 de octubre).

Corresponde a los colegios profesionales velar por la observancia en el ejercicio profesional de las más altas cotas de calidad y de conducta para garantizar la seguridad de sus pacientes.

El proceso de modernización de los colegios profesionales debe proyectarse también sobre España, haciéndolo en línea con la Directiva 2006/123/CE, relativa a los Servicios



en el Mercado Interior, en los términos en que fue transpuesta a nuestro ordenamiento jurídico mediante la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre Libre Acceso a las Actividades de Servicios y su Ejercicio, y en la Ley 25/2009, de 22 de diciembre.

La liberalización de los servicios profesionales debe ser compatible con la protección de los intereses de los ciudadanos y de su seguridad clínica, tal y como reconoce la Disposición Transitoria Cuarta de la Ley 25/2009.

En todo caso, el Anteproyecto de Ley de Servicios Profesionales, que en este momento se está elaborando, debería ser coherente con lo previsto en la normativa europea que, a propósito de los colegios profesionales y de sus consejos generales, establece que:

- Son **indispensables para el fomento de los servicios de calidad y para la aplicación de la política comunitaria de calidad de los servicios profesionales**, como autores de las llamadas “*cartas de calidad*” y de los códigos de conducta a nivel nacional y a nivel europeo.
- Son calificados como **autoridad competente**, y únicos interlocutores para informar sobre la existencia o no de expedientes disciplinarios, comunicación de sanciones y expedientes de inhabilitación para el ejercicio profesional.
- Son considerados Autoridad Competente como emisores y receptores de certificaciones e informes de todo tipo, específicamente los que tienen que ver con la habilitación, capacitación e idoneidad de los profesionales ejercientes, así como certificados de situación profesional solicitados al efecto por aquellos médicos que salen de nuestras fronteras por diversos motivos o cuando nos lo solicitan de otros países.
- Son indispensables para el funcionamiento del **sistema de ventanilla única**.
- Son imprescindibles para el **fomento de la evaluación independiente de la calidad de los servicios**.
- Constituyen la única y más eficaz **garantía de legalidad del ejercicio profesional, a través de la exigencia de registro y la certificación de la habilitación actualizada para el ejercicio**.
- Son fundamentales para establecer los **mecanismos y procedimientos de resolución extrajudicial de conflictos**.

En el ámbito sanitario, estos fines y funciones se centran en la **garantía de la seguridad clínica del paciente, sobre la base de las buenas prácticas, apoyadas en la deontología profesional**, junto con el imprescindible e inevitable **control de los profesionales** en profesiones que afectan a bienes especialmente protegidos, como la vida y salud de las personas, o la seguridad física y jurídica de las mismas.



Los estándares de calidad del ejercicio profesional sólo pueden asegurarse, por tanto, si todos los profesionales del sector, sin diferenciación alguna en razón de la naturaleza de su vínculo profesional o del carácter público o privado del empleador, están sometidos a las disposiciones de los códigos deontológicos y para ello es imprescindible que todos los profesionales estén sometidos a la obligación de colegiación.

Por ello, resulta imprescindible que el Anteproyecto de Ley de Servicios Profesionales determine no sólo quién asume el control sobre los profesionales sanitarios en garantía de la salud de los pacientes, sino también que se dote de estructuras e instrumentos eficaces para la exigencia de las responsabilidades que se produzcan.

48. Debe promoverse la igualdad de oportunidades y de trato para mujeres y hombres en el sector sanitario con medidas que contribuyan de modo efectivo a la conciliación de la vida profesional, personal y familiar.

La feminización de las profesiones sanitarias y el incremento de las responsabilidades familiares derivadas del envejecimiento progresivo de la población, hacen necesario que se contemplen algunas acciones que mejoren la conciliación de la vida familiar y laboral, potenciando diferentes horarios y condiciones laborales que respondan a las necesidades del personal sanitario y que sean compatibles con las de la organización sanitaria, para conseguir así mayor eficiencia y calidad.

Las organizaciones sanitarias habrían de flexibilizar la gestión de recursos humanos, mejorando y ampliando el abanico de posibilidades de jornada laboral, así como los turnos de trabajo.

En algunos sistemas sanitarios, el personal cuenta con servicios de guarderías para hijos y de centros de día para personas mayores que conviven en el domicilio familiar, además de permisos y condiciones laborales especiales para mejorar la atención a la familia.

49. Se hace necesario un sistema ágil y con plena seguridad jurídica en materia de reconocimiento y homologación de títulos.

Compete al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tramitar y resolver las solicitudes de habilitación para el ejercicio profesional en España de las profesiones reguladas (Anexo X del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE del Consejo, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales).



Las directivas sectoriales aplicables en esta materia permiten un reconocimiento de los títulos prácticamente automático, al establecerse en cada una de ellas la lista de títulos de los diferentes Estados susceptibles de reconocimiento.

Son profesiones reguladas por directivas sectoriales las siguientes:

- Médicos.
- Médicos especialistas.
- Odontólogos.
- Farmacéuticos.
- Veterinarios.
- Enfermeros responsables de cuidados generales.
- Enfermeros especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica (matronas).

A dichas profesiones hay que sumar, según la normativa europea, también la profesión de arquitecto.

El Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialistas en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados No miembros de la Unión Europea.

El reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en terceros países, ha de demostrar la equivalencia cualitativa y cuantitativa de la formación en contenidos y duración obtenida en el país de origen al ámbito del país de recepción utilizando la normativa vigente de la Unión Europea, la evaluación adecuada de las competencias, así como contemplar la formación complementaria, una prueba teórico práctica supervisada y condicionada, y el periodo de prácticas tuteladas en su caso, y poder disponer de un sistema de registro nacional por especialidades para evitar el intrusismo, las malas prácticas, la falsificación de titulaciones, etc. que influyen de forma grave en la calidad y seguridad de la asistencia a los pacientes.

Es muy importante que los procedimientos para regular las condiciones de reconocimiento/homologación de títulos extranjeros de especialista en las diferentes ramas médicas, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea, no vayan en detrimento de los altos niveles de calidad conseguidos en la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea, en lo que a formación especializada reglada se refiere.

Constituye, por ello, una exigencia y una garantía que el interesado no solamente demuestre documentalmente la equivalencia cualitativa y cuantitativa de su formación adquirida en el extranjero sino, en todo caso, verificar que dicha formación ha comportado la adquisición de competencias inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que corresponda, como paso previo exigible por imprescindible antes de



proceder a su contratación o de su acceso al mercado laboral. Asimismo, los conocimientos suficientes de la lengua o el idioma con el que el profesional médico en cuestión ha de relacionarse con el ciudadano / paciente han de ser tomados muy en consideración.

50. La evaluación profesional y la recertificación son instrumentos para promover y garantizar la eficiencia y la calidad en el ejercicio profesional.

Un sistema que no se evalúa se devalúa, y un sistema que se evalúa mal se deteriora. Si no reconocemos los puntos en los que existen deficiencias, jamás se podrán promover medidas para mejorar.

Actualmente en nuestro país no existe ningún proceso que oficialmente se denomine *certificación* ni *re-certificación*. En cualquier caso, por analogía con lo que sucede con países fundamentalmente del ámbito anglosajón, deberíamos utilizar el término *certificación* como la autorización y el reconocimiento para el ejercicio de una especialidad profesional de acuerdo con los requisitos establecidos, y concedida por una institución legitimada oficialmente como puede ser una sociedad científica. Igualmente deberíamos utilizar el término *re-certificación* como la renovación periódica de la autorización para el ejercicio de una especialidad profesional basándose en el cumplimiento de los requisitos establecidos.

Cada vez más el público exige una garantía de competencia continuada de todas las profesiones sanitarias. En una época en la que desaparecen las fronteras, la competencia continuada de los profesionales de la salud es un objetivo de primer orden.

Entendemos la competencia profesional como la aptitud de un profesional sanitario para integrar y aplicar el conocimiento, las capacidades, el juicio y los atributos personales requeridos para ejercer la profesión con seguridad y ética en una función y en un marco designado.

Mantener esta aptitud continuada implica un proceso continuo que vincula el código ético, las normas de la práctica de la profesión y el aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Los **elementos-clave** de un programa de evaluación continuada deberían ser los siguientes:

- **El público tiene derecho** a esperar que los profesionales sanitarios demuestren una competencia continuada a lo largo de toda su vida profesional. La función de **los consejos generales como órganos reguladores** es establecer mecanismos que promuevan la prestación de cuidados competentes, éticos y seguros.



- Los programas de evaluación de la competencia deben desarrollarse de manera que favorezcan la movilidad de los profesionales sanitarios por todo el territorio nacional.
- **El código ético y las normas de las buenas prácticas de la profesión establecidas por los colegios profesionales** como órganos reguladores y autoridades competentes deberían constituir los cimientos de los programas de evaluación de la competencia.
- Los programas de evaluación de la competencia continuada deben ser:
 - a. **Factibles** a nivel administrativo.
 - b. **Creíbles** a nivel público.
 - c. **Respaldados** a nivel profesional.
 - d. **Factibles** a nivel económico.
 - e. **Transparentes**.
 - f. **Eficaces** (ofrecer beneficios que resulten claros).
- Un programa de competencia continuada debería ser flexible, aplicable a la práctica profesional en una variedad de situaciones, proporcionar a los miembros la elección de opciones para la demostración de la competencia continuada y comunicarse con claridad a todas las personas interesadas.

Los objetivos que habrían de perseguirse a través de la evaluación continua de la competencia son los siguientes:

- Garantizar a los pacientes una práctica profesional con criterios de calidad y seguridad, de acuerdo con el código ético y las normas de la práctica profesional, a lo largo de toda la vida profesional.
- Garantizar el compromiso profesional de un aprendizaje a lo largo de la vida.
- Aumentar la confianza del público en los profesionales.

El artículo 4.6 de la LOPS recoge lo siguiente: ***“Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada y acreditarán regularmente su competencia profesional”.***

Asimismo en su artículo 8.3 expresa: ***“Los centros sanitarios revisarán, cada tres años como mínimo, que los profesionales sanitarios de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer la profesión conforme a lo previsto en esta ley y en las demás normas aplicables, entre ellos la titulación y demás diplomas, certificados o credenciales profesionales de los mismos, en orden a determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente...”***



Y, en función de ello, la OMC ha establecido un sistema de validación periódica de la colegiación que tiene las siguientes características:

Validación periódica de la Colegiación.

- Proceso voluntario.
- Periodo: Cada 6 años.
- Instrumentos:
 - Certificación de buenas prácticas: expedida por el Colegio (en base a reclamaciones, quejas, denuncias de incompetencia,...)
 - Certificación del PAIME: expedida por el Colegio (falta o existencia de soporte del Programa de Asistencia Integral al Médico Enfermo).
 - Certificación del empleador: expedida por el empleador (consta el tiempo trabajado y falta o existencia de reclamaciones, quejas, denuncias,...)

Validación periódica de la Colegiación.

- Proceso en segunda fase:
 - Certificación de la Formación Continuada: con créditos y sin créditos (baremo Ad hoc).
 - Valoración de las competencias transversales. Definición de competencias para todos los colegiados + instrumentos de medida.
 - Valoración de competencias específicas. Competencias por cada especialidad

Por su parte, el Consejo General de Enfermería, entre otras, asume las siguientes funciones:

- Aprobar las normas deontológicas y las resoluciones que ordenen, en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, las cuales tendrán carácter obligatorio, como forma de tratar de garantizar el derecho a la salud mediante la calidad y la competencia profesional.
- Adoptar las resoluciones y acuerdos necesarios para llevar a cabo el control de calidad de la competencia de los profesionales de la enfermería.

El modelo que propone la Organización Colegial de Enfermería plantea una re-certificación con periodicidad de cinco años.

Los objetivos de este plan son los siguientes:

- Proporcionar una práctica profesional segura de acuerdo con el código ético y las normas de la práctica de la profesión.



- Facilitar a los enfermeros el desarrollo de su práctica profesional en el área donde existe mejora o existe potencialmente.
- Apoyar a los enfermeros colegiados en su compromiso profesional de un aprendizaje a lo largo de la vida y de la excelencia.
- Apoyar los cuidados de calidad y seguridad a los ciudadanos por parte de los enfermeros colegiados.
- Aumentar la confianza del público en la profesión de enfermería.

Un marco nacional coordinado para el desarrollo de programas de competencia continuada es importante para fomentar los cuidados competentes, éticos y seguros por parte de los enfermeros colegiados en todo el país y para facilitar la movilidad de los enfermeros entre Comunidades Autónomas y fuera de nuestras fronteras.

Hay que explorar las posibilidades de profundizar en la exigencia de formación continua durante la vida profesional, llegando a que, en los casos que se considere necesario, esta actualización formativa tenga carácter obligatorio. Un ejemplo de este sistema es el certificado de psicólogo especialista en psicoterapia de la EFPA, que se concede durante un periodo de 5 años, y para cuya renovación es necesario demostrar que se han mantenido actualizada su competencia profesional.

Así pues, la necesidad de actualización profesional debería exigirse a los profesionales sanitarios, y las organizaciones colegiales deberían participar tanto en la determinación de los requisitos, como en los procedimientos concretos para la renovación de las acreditaciones, a semejanza de lo que sucede en otros países.

La Farmacia Hospitalaria está trabajando también en la recertificación global, es decir, que se contemple una formación básica en todas las áreas que garantice una preparación adecuada en todas ellas. Se trata de un programa de formación que ayuda a mejorar la cualificación profesional y cuyo fin es la recertificación de tu título de especialista y que está basado en el Mapa de competencias profesionales y en la Pirámide de Miller, que se compone de los siguientes escalones: Conocimientos – Habilidades – Actuaciones – Práctica. Este programa de formación está previsto que se lleve a cabo a través de una plataforma de formación individualizada que estará en la página web de la SEFH. (Documento anexo sobre principales competencias en Farmacia Hospitalaria).

51. Promover la motivación de los profesionales y su reconocimiento social constituye un objetivo de primer orden.

Entre los factores que más influyen para la motivación de los profesionales sanitarios cabe citar:

- **Horario de trabajo.**



- **Desarrollo Profesional Continuo (DPC).**
- **Salarios.**

A estos efectos, las administraciones sanitarias deberían esforzarse para el logro de los siguientes objetivos:

- Establecer, promover y mantener programas que permitan **conseguir un nivel de reconocimiento económico y social proporcionado** a su contribución a la sociedad.
- **Promover oportunidades sostenibles** para el desarrollo y apoyo de las opciones profesionales, con inclusión del espíritu empresarial.
- Definir el trabajo profesional y participar en la elaboración de instrumentos adecuados de evaluación.
- Conseguir el reconocimiento y recompensa justos por la formación continua, y por la formación y las cualificaciones postbásicas.
- Alentar a los profesionales sanitarios a que reconozcan, valoren y expliquen su trabajo.

Convendría que para la evaluación de la satisfacción de los profesionales:

- Se empleen conjuntamente métodos cualitativos y cuantitativos.
- Se analicen las negativas a responder y los no sabe/no contesta.
- Se incluyan preguntas comparativas.

52. Para una política moderna de recursos humanos es fundamental la gestión por competencias, así como dar prioridad a aquellas que interesen más al sistema sanitario, prevaleciendo éstas sobre las titulaciones.

Las competencias, son características del individuo que guardan relación causal con el desempeño efectivo o excelente del puesto de trabajo. Son un conjunto identificable y evaluable de conocimientos, actitudes, valores y habilidades relacionadas entre sí que permiten desempeños satisfactorios en el puesto de trabajo.

La gestión por competencias es la base para la realización de los procesos de adecuación al puesto de trabajo: selección, orientación y descripción del puesto; para los procesos de retribución: salarios, incrementos y gratificaciones; para los de rotación: adquisición de experiencias; para los de promoción: nuevas responsabilidades y carrera; y para los de formación, perfeccionamiento y reciclaje.

Se basa en la descripción de las competencias necesarias en cada puesto de trabajo y tras ello la realización del diccionario de competencias de la organización. Estas competencias se recogen en el manual que contiene el sistema de evaluación objetivo



y sistemático de las mismas para poder evaluar todos los puestos y personas de la organización.

El sistema de gestión es eficaz por cuanto permite: elaborar una política de recursos humanos, detectar necesidades y planificar acciones de formación, identificar criterios de selección más pertinentes, racionalizar las remuneraciones, optimizar la organización de trabajo, obtener informaciones que ayuden a decidir movimientos de personal, introducir a todos los niveles un espíritu de eficacia y autocontrol, y detectar las capacidades individuales o la inadaptación.

Hoy en día se viene apostando por una atención integral basada en la premisa de que ésta deba realizarse mediante los equipos multidisciplinares.

53. Los cambios demográficos y epidemiológicos, los avances tecnológicos y las mejoras en la educación y formación de las distintas categorías profesionales están dando lugar en distintos países a una revisión del papel de las distintas profesiones sanitarias.

Sería importante que este fenómeno tuviera su proyección en la legislación y en los planes de estudio, tal y como están haciendo ya otros países europeos, siempre que tal cuestión sea abordada, en su caso, consultando con las Corporaciones Profesionales y en el marco de los planes de estudios, las competencias profesionales y la legislación vigente en Europa y en los diferentes países.

En nuestro país existen diversos ejemplos de esta situación de cambio. Entre otros, cabe citar los psicólogos, los odontólogos y los farmacéuticos. Mención especial debe hacerse también de la enfermería.

En el caso de los psicólogos, la alta prevalencia de los trastornos mentales, la saturación que éstos producen en la atención primaria y los análisis de la eficiencia de los tratamientos psicológicos, junto con experiencias evaluadas en otros países de nuestro entorno, recomiendan potenciar el papel del psicólogo en la atención primaria, así como en otras áreas, tales como cuidados paliativos, oncología o neurología.

En algunos sectores, como el odontológico, se está produciendo un proceso de debate interprofesional, no exento de conflictividad, aspecto este que ha merecido incluso diversas sentencias del Tribunal Supremo, sobre todo a propósito de la facultad de prescripción.

En cuanto al papel sanitario de los farmacéuticos comunitarios, se está reivindicando cada vez con mayor insistencia, su función asistencial en el ámbito del medicamento en coordinación con el resto de los profesionales sanitarios, siendo deseable el impulso de procedimientos que faciliten la intervención multidisciplinar.



54. La enfermería está experimentando un proceso de transformación considerable.

El ámbito de la práctica no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que incluye la prestación de cuidados directos y la evaluación de sus resultados, la defensa de los pacientes y de la salud, la supervisión y la delegación en otros, la dirección, la gestión, la enseñanza, la realización de investigaciones y la elaboración de una política de salud para los sistemas de atención sanitaria.

El incremento de la competencia profesional enfermera, derivado de la nueva formación de grado junto con el desarrollo de las nuevas especialidades enfermeras y los programas de postgrado y doctorado posibilitan el desarrollo de nuevas competencias “emergentes” mucho más eficaces y eficientes en tiempos como el actual de profunda crisis y necesidad de adoptar medidas conducentes a la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Los cuidados paliativos son una forma de ejercer la profesión, en el ámbito hospitalario y domiciliario, que se caracteriza por el trabajo en equipo, para dar soporte a las personas enfermas y sus familias en situaciones críticas.

Los cuidados paliativos consisten en una práctica compleja para aquellas situaciones en que el proceso de enfermedad que padece la persona es evolutivo, y no tiene curación con los tratamientos biomédicos actuales.

La enfermera de enlace es una práctica reciente. Su trabajo consiste en dar soporte, y facilitar recursos a los usuarios del Sistema sanitario público cuando proceden de la Asistencia Hospitalaria, y su estado de salud requiere la atención en Asistencia Primaria.

Los espacios profesionales enfermeros, unos son emergentes, y otros van perdiendo peso, en función de las necesidades sociales en materia de salud. Entre los emergentes, está la enfermera de enlace de la Asistencia Hospitalaria y la Asistencia Primaria.

La enfermera en empresas es una forma de ejercicio tradicional, pero aumenta progresivamente. En las empresas la atención sanitaria cambia de orientación en los últimos años. Tradicionalmente se basa en la atención a los problemas de salud reales de las personas.

La enfermera higienista es un espacio profesional emergente, en el ámbito hospitalario.



Al final de la década de los años ochenta empieza la “enfermera de control de infecciones”. Su ámbito de trabajo es el hospital y su objetivo reducir el nivel de infecciones nosocomiales.

La enfermera escolar: la presencia de enfermeros en los centros educativos, tanto de educación especial, integración u ordinarias, se hace necesaria para el desarrollo de los objetivos educativos de los alumnos, no solo como personal imprescindible para aportar la asistencia y asesoramiento con respecto al alumnado con necesidades sanitarias específicas, sino también como perfil más adecuado para dirigir y desarrollar programas de educación para la salud.

En cuanto a **la enfermera de cuidados domiciliarios**, se proponen las siguientes acciones:

- Promover la función de la enfermera, en el contexto de los cuidados a domicilio, como profesional de salud encargada de la evaluación del paciente y de la delegación y supervisión del trabajador de salud no acreditado cuando proceda.
- Promover la función de enfermería en el diseño de los cuidados a domicilio para cerciorarse de que se tienen en cuenta y se tratan las consecuencias para los recursos humanos de salud, para la calidad de los cuidados y para la seguridad de los pacientes.
- Desarrollar principios para la formación y modelos de supervisión para los cuidados a domicilio al inicio de la práctica profesional y la práctica especializada, e impartir cursos de perfeccionamiento profesional continuo.
- Desarrollar principios en relación con la seguridad de los enfermeros, de los pacientes y de los demás trabajadores que participan en la prestación de los cuidados a domicilio.
- Promover y crear oportunidades para que los enfermeros participen en actividades empresariales de servicios de cuidados a domicilio.
- Promover la prestación de unos cuidados integrales, incluido el derecho a formular órdenes de dispensación de medicamentos y productos sanitarios, conforme a lo previsto legalmente, en el contexto de los cuidados a domicilio.

55. Si hasta ahora se venía hablando de profesionalismo, el futuro vendrá marcado por la Interprofesionalidad.

La LOPS, en su exposición de motivos II, indica la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y establecer las bases para que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.



Además, el artículo 9 está íntegramente referido a las *“relaciones interprofesionales y al trabajo en equipo”*. En este artículo se indica que *“la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas”*. Por otra parte, cita: *“el equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos”*. Finalmente, establece que *“los equipos de profesionales, una vez constituidos y aprobados en el seno de organizaciones o instituciones sanitarias serán reconocidos y apoyados y sus actuaciones facilitadas, por los órganos directivos y gestores de las mismas. Los centros e instituciones serán responsables de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación en las tareas y funciones que les sean encomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo”*.

A este respecto hay que señalar que para hacer efectivo el mandato legal, habría de promoverse el necesario consenso en torno a la necesidad de planificar las actuaciones orientadas a reforzar la educación interprofesional y la práctica interprofesional de colaboración.

Se mejoraría así la atención sanitaria y se haría posible la educación interprofesional y transprofesional en la preparación de los futuros recursos humanos del sistema sanitario, que se vería con ello muy fortalecido.

Habría que hacer real el principio según el cual *“ya no es suficiente ser profesional, también se debe ser interprofesional”*.

56. La "gestión del conocimiento" dentro del sistema sanitario sigue pendiente de adecuada regulación.

En el marco del sistema sanitario, las políticas de gestión del conocimiento deberían contemplarse como una herramienta eficaz en la mejora de la práctica clínica y en la búsqueda de un sistema sanitario de excelencia.

El contexto debería ser aquél en el que los profesionales sean capaces de aprender a partir de las necesidades de los pacientes, y que se base en las infraestructuras tecnológicas y en un sistema que fomente e incentive el uso y transferencia eficaz de los conocimientos, poniendo en valor y evitando que se infrutilice el importantísimo capital humano existente de las organizaciones sanitarias.



57. Es preciso proteger la propiedad intelectual de los trabajos de los profesionales sanitarios.

Aunque hay un marco normativo relativamente completo, sin embargo hay aspectos que deberían contemplarse para la protección y garantía plenas de los derechos de dichos profesionales.

A este respecto hay que recordar que el artículo 17 de la Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación (en lo sucesivo LCTI) desarrolla el objetivo de movilidad del personal investigador haciendo hincapié en la necesidad de que dicha movilidad sea fomentada, apoyada y valorada por las entidades públicas en las que prestan sus servicios el personal investigador.

Así se establece, como regla general, la posibilidad de que las universidades públicas, los organismos públicos de investigación y los organismos de investigación de las Comunidades Autónomas, autoricen la adscripción del personal investigador a otros agentes públicos de investigación y a otros agentes privados sin ánimo de lucro.

En caso de personal funcionario, se establece la posibilidad de solicitar períodos de excedencia temporal con objeto de facilitar dicha movilidad.

La regulación es relativamente detallada, en contraste con otras normas contenidas en la LCTI; entra en el detalle de los requisitos que ha de cumplir el personal investigador para poder gozar de estos programas de intercambio o de contrataciones en otros organismos.

Sin embargo, hay un aspecto en el que no ha pensado el legislador: se trata del régimen de los derechos de propiedad industrial e intelectual de los resultados de la investigación y las obras científicas que desarrolle el investigador durante el período de adscripción al otro centro u organismo de investigación. En la Ley de Patentes, refiriéndose al personal universitario, se establece que en este caso, el régimen de propiedad y de explotación sobre los resultados de la investigación ha de ser previamente acordado contractualmente.

El artículo 18 de la LCTI recoge una medida de promoción de la transferencia de tecnología que no es nueva en nuestro ordenamiento. Se trata de la autorización al personal investigador para que preste servicios, mediante contrato laboral a tiempo parcial y de duración determinada en sociedades mercantiles creadas o participadas por la entidad para la que dicho investigador venía prestando sus servicios.

Como consecuencia de que el personal investigador pueda prestar servicios para empresas mercantiles, la LCTI introduce una modificación en el artículo 3 apartado 1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y los productos sanitarios, en el sentido de que no será incompatible con el ejercicio



clínico de la medicina, la odontología, la veterinaria y otras profesiones sanitarias con facultad para prescribir o indicar la prestación de medicamentos, la participación del personal de los centros de investigación dependientes de las Administraciones Públicas en las entidades creadas o participadas por aquellos con el objeto previsto en la LCTI, como, el de fomentar la investigación, el desarrollo y la innovación, o el de la valoración y transferencia de resultados de la actividad de investigación, desarrollo e innovación, o el de la prestación de servicios de investigación y asistencia técnica entre otros.

Pero hay que distinguir esta medida de aquellas consistentes en la creación de empresas de base tecnológica, spin-off, consorcios de investigación, o generación de polos de innovación con objeto de llevar a cabo el objetivo de transferir los resultados de la investigación a la sociedad.

En la Ley de Economía Sostenible ya se incorporaron normas que promovían la transferencia de tecnología mediante este tipo de medidas. Concretamente en el artículo 56 se regula la cooperación de los agentes públicos de ejecución con el sector privado a través de la participación en empresas innovadoras de base tecnológica. En este precepto se prevé la posibilidad de que universidades (públicas o privadas), organismos públicos de investigación y los demás agentes de ejecución de políticas de innovación participen en el capital de sociedades mercantiles cuyo objeto social sea la realización de investigación, desarrollo e innovación; o la explotación de patentes de invención y, en general, la cesión y explotación de los derechos de propiedad industrial e intelectual; o el uso y aprovechamiento, industrial o comercial, de las innovaciones, de los conocimientos científicos o la prestación de servicios técnicos de investigación.

Además, en el artículo 64.3 de la Ley de Economía Sostenible se prevé la posibilidad de que las universidades promuevan la creación de empresas innovadoras de base tecnológica, abierta a la participación en su capital societario de uno o varios de sus investigadores, con el objetivo de explotar económicamente los resultados de la investigación y desarrollo obtenidos por ellos mismos.

La norma prevé que el Gobierno apruebe el Estatuto de esta nueva categoría de empresa tecnológica en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la LCTI.

58. Desempleo, emigración, intrusismo y abandono profesional son otros tantos desafíos a los que debe dar respuesta la política de recursos humanos en el sector sanitario.

Dentro del contexto de crisis económica y de pérdida de puestos de trabajo, hay que señalar que estos fenómenos están teniendo un importante impacto para los profesionales sanitarios, aunque con distintas intensidades.



De acuerdo con los datos de la Organización Médica Colegial, los españoles requieren la expedición de “*certificados de idoneidad*” para ejercer en el extranjero cada vez con mayor intensidad, ya para explorar nuevas oportunidades laborales, ya para ampliar su formación especializada.

Se está registrando un claro agravamiento de la situación, que apunta a que la cifra de certificaciones expedidas llegó a 2.405 al cierre del año 2012, aumentando respecto al 2011 un 75%.

En la actualidad, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ha creado una oficina específica de promoción de empleo para la búsqueda activa y el asesoramiento experto de empleo médico, especialmente fuera de España.

También en este caso las oportunidades en otros países se están abriendo para los enfermeros españoles dada su alta cualificación. El Consejo General de Enfermería está dedicando especial esfuerzo y atención a esta situación, velando porque dichas oportunidades se desarrollen en las mejores condiciones laborales mediante convenios de cooperación.

59. Con ocasión del ejercicio profesional pueden surgir situaciones de daño que generen demandas y reclamaciones. Por ello, es necesario impulsar un marco jurídico que ofrezca mayor seguridad y mayores garantías tanto para los profesionales como para los pacientes. A estos efectos sería muy conveniente la aprobación de un baremo de indemnizaciones con ocasión de la actual reforma de la Justicia, ya que contribuiría a reducir la litigiosidad.

Actualmente, los procesos sobre responsabilidad civil de los profesionales sanitarios se apoyan en el baremo de daños regulado para los accidentes de tráfico, que es orientativo y sólo se puede aplicar con muchas limitaciones. Hay aspectos intrínsecamente sanitarios que no se contemplan en ese baremo, como los daños derivados del parto, secuelas en neonatología, infecciones o la aplicación de los avances sanitarios en el campo de la investigación biomédica, por poner algunos ejemplos.

Los criterios seguidos por la jurisprudencia son variables, acarreando desorientación y problemas en las relaciones entre los sanitarios y los pacientes.

Sería, pues, necesario un baremo para determinar las indemnizaciones, específicamente sanitario, que incluso pueda regularse por profesiones afectadas, y que responda a la realidad actual del ejercicio profesional y a los daños que, en su caso, pueda generar.

La actual situación produce además inseguridad jurídica por la falta de previsiones normativas.



En consecuencia, sería muy conveniente regular esta materia, contemplando aspectos como la prueba pericial, la cadena de responsabilidades, la concomitancia de las mismas, los daños no patrimoniales (antes daños morales), el contenido del baremo orientado más a funciones que a órganos afectados, etc.

Algunas experiencias, como la de la legislación portuguesa, podrían ser un referente de indudable utilidad.

60. La mediación, factor de cambio en el modelo de organización sanitaria.

Quienes trabajan juntos en una organización sanitaria, están en continua interacción, encontrándose con el reto de hacer frente a posibles diferencias que, si no gestionan positivamente, se pueden transformar en un conflicto. Si éste se agrava o se cronifica, la capacidad de trabajo y la eficiencia pueden verse seriamente de las partes queda comprometida con un sinnúmero de costes directos, indirectos y de oportunidad.

Es un hecho cierto que **los conflictos** que surgen en el día a día del acontecer sanitario **obedecen a diferencias interpersonales que se producen habitualmente en el marco de los equipos de trabajo.**

Se observa que *equipos y personas pueden encontrarse, en algún momento de su vida laboral, sin explicarse conflicto.*

Ante este hecho la mediación se presenta como la mejor alternativa tanto para prevenir conflictos como para intentar solucionarlos.

La mediación, por su efecto positivo, contribuye a desarrollar una organización y unas **relaciones laborales saludables.**

La mediación puede abarcar un amplio abanico de intervenciones:

- **Asesoramiento** para la gestión inteligente de las diferencias en situaciones concretas.
- **Coaching directivo y de equipos**, para mejorar la competencia y la figura del líder como modelo a seguir, así como para mejorar los aprendizajes de las personas y asegurar buenas prácticas sostenibles.
- **Grupos de consenso**, para diseñar el futuro deseado de manera creativa, inteligente y realizable. Este tipo de intervenciones sirven para potenciar la motivación, reflotar equipos, crear espacios de comunicación abierta y directa, donde sean posibles las propuestas integrativas de los equipos.
- **Intervenciones estratégicas para la mejora y el cambio**, para asegurar la inclusión, la participación activa y el consenso productivo.



- **La formación** dirigida a los líderes de equipos y de la organización, grupos diana (vulnerables), y personal de la organización en general, para producir cambios desde sí mismos, de tal manera que muestren los valores asumidos y presenten un modelo coherente, a seguir. Así mismo, los líderes a través de la formación, se aprenderá a detectar precozmente e intervenir de modo rápido, ante **los signos de aviso- alarma** (bajas laborales, absentismos, quejas frecuentes, disminución de la productividad, etc.),
- **Actuaciones de unidades o servicios establecidas** para gestionar de modo eficaz los conflictos ya producidos, promoviendo su solución o limitando su alcance. Algunas experiencias ya implantadas en España dan idea de la **eficiencia de la que esta revestida la mediación en términos de reducción de costes derivados de conflictos.**

En suma, utilizar la mediación como modelo para liderar el cambio, significa:

- **Apostar por el cambio organizacional a partir de un enfoque sistémico** para que, desde las distintas estructuras y estancias de la organización, se introduzca este nuevo paradigma cultural que tiene que ver con un hacer y estar distinto, en el marco de una misión, visión y valores compartidos.
- **Promover la Salud Relacional,** fomentando las relaciones e intercambios pacíficos e inteligentes, potenciando las sinergias de los equipos y las buenas prácticas, creando ilusiones y objetivos compartidos, y dinamizando de este modo las instituciones.
- **Prevenir** los conflictos y costes asociados, proporcionando apoyo a los líderes y recursos para la gestión precoz de las diferencias en sus equipos, para la mejora del ambiente laboral y para liderar los cambios necesarios y deseados.
- **Tratar los conflictos,** de modo precoz y si esto no es posible, a través de intervenciones especializadas, para recudir los costes personales, grupales y institucionales, así como restablecer la confianza en la organización.
- **Trabajar constantemente en la rehabilitación** de la estructura grupal y organizacional, promoviendo el espíritu apreciativo y cooperativo, sumando las potencialidades de las personas y grupos y actuando directamente en las áreas de oportunidad.

Son notables los beneficios de las técnicas y de la cultura de la mediación para las personas, equipos e instituciones. En efecto, genera:

- **Mejora de la calidad en el trabajo,** de la implicación, del entusiasmo, de la creatividad, de la voluntad de aportar conocimiento agregado y de abrir nuevos proyectos conjuntos.



- **Mejora del clima laboral**, a través de la reconstrucción de la confianza, reconocimientos mutuos, sentido de pertenencia, motivación y mejora de las relaciones.
- **Mejora del trabajo en equipo**, proporcionando habilidades e instrumentos para el tratamiento de las diferencias y conflictos, a través de acuerdos consensuados, realistas y sostenibles.
- **Potencia la responsabilización de las personas involucradas**, ayudándolas a tomar mejores decisiones personales y grupales, que mejoran las buenas prácticas, los rendimientos y la satisfacción por el trabajo bien hecho.
- **Disminuye la probabilidad de aparición de nuevos conflictos**, evitando la aparición de los costes asociados.
- **Proporciona un sistema de apoyo activo a los directivos**, sobre los que suele recaer –en primera instancia- la expresión del conflicto de sus equipos.
- **Promueve habilidades para el tratamiento positivo de las diferencias y la gestión precoz del conflicto**, produciéndose un efecto preventivo y de gestión pacífica, inteligente y resolutoria del conflicto, de modo institucional.
- **Neutraliza “la cultura de la demanda y la queja”**, a partir del ofrecimiento de un nuevo sistema proactivo y personalmente responsable, mejorando la imagen de la organización.
- **Produce aprendizajes de valor y de impacto transformador**, promoviendo el cambio hacia una “organización de éxito compartido”.
- **Promueve la construcción de cultura de paz en las organizaciones** y como consecuencia, la salud de las personas, grupos y organización, con un impacto positivo en la comunidad en general.

Las experiencias positivas incluyen como herramientas para el éxito de la mediación los siguientes dispositivos:

- **Unidad de mediación**: Como sistema de atención especializada del conflicto, donde se tratan los conflictos de alta intensidad, de gran dimensión, de gran impacto y cronificados.
- **Mediadores inter pares**: Como sistema de atención primaria del conflicto, con mediadores internos en los propios equipos que son los que actúan en primera instancia y derivan al servicio de atención especializada los casos que requieren una intervención por parte de mediadores expertos.
- **Prácticas avanzadas** de mediación organizacional, a través de convenios con distintas Universidades y empresas, siendo considerada una unidad formativa de alto nivel.
- **Formación en empresa**, a través de talleres continuados dirigidos a los trabajadores de manera sostenida y continuada.



- **Sistemas protocolizados de derivación mutua** con otros servicios que también tratan el conflicto desde otras perspectivas (recursos humanos, servicio de atención al paciente y familia, etc.), con la finalidad de crear sinergias, potenciar las buenas prácticas y conseguir mejores resultados trabajando colaborativamente.
- **Visibilización e inserción de la mediación**, como recurso, a todos los niveles:
 - Web, memorias anuales, comunicaciones internas
 - Formación de postgrado para residentes de medicina, psicología, enfermería y farmacéuticos.
 - Cláusulas de mediación en documentos de uso interno, (usuarios y trabajadores) y externo (convenios y contratos)

En suma, cabría decir que sería preciso promover gradualmente, pero con determinación, que las *organizaciones sanitaria que inserten la mediación en su propia estructura o en las instituciones o espacios que de ella dependen, demostraran su interés activo en trabajar a favor del diálogo, de la concordia, del trabajo bien hecho, del cuidado a las personas, de la eficiencia, de la eficacia y del cuidado de todo aquello que es público, o sea de todos.*

De otra parte, la mediación ha encontrado un reciente espaldarazo con los preceptos contenidos en la Ley 5/2012, de 6 de julio.

Si bien esta Ley pone el foco en los ámbitos civil y mercantil, ello no impide que el sector sanitario pueda beneficiarse del procedimiento de mediación, facilitando la resolución de conflictos dentro de la organización sanitaria y con los pacientes, disminuyendo la litigiosidad.

Por último, en el ámbito de los Colegios Profesionales y de sus Consejos Generales, la mediación encaja plenamente con las reformas en curso, estableciéndose al efecto Servicios de Atención a Pacientes y a Colegiados.

Con todo, la clave para el éxito de este tipo de procedimientos está en la figura del Mediador, que debe estar revestida de rigor, formación y profesionalidad.



V. CONCLUSIONES

1. Dentro del proceso de reformas estructurales en nuestro Sistema Sanitario, es crucial y urgente la definición, con el mayor nivel de consenso posible, de una política integral de recursos humanos.
2. La política de recursos humanos es una palanca esencial para hacer posible el cambio de organización y gestión de nuestro Sistema Sanitario, que viene exigida, entre otros factores, por la cronicidad, el envejecimiento, la necesidad de coordinar los servicios sociales y sanitarios, el desarrollo de la investigación y de las nuevas tecnologías y la mejora de la calidad en la atención a los pacientes.
3. Las medidas, preferentemente consensuadas, que contribuyan a mejorar la gestión de recursos humanos habrían de favorecer el desarrollo profesional, el trabajo en equipo y la interprofesionalidad.
4. Es indispensable abordar con determinación el desarrollo pleno de la LOPS y recuperar el espíritu de compromiso y acuerdo que sirvieron de base para su aprobación hace una década.
5. La movilidad de los profesionales y la flexibilidad en la gestión de los recursos humanos son por completo necesarias, al igual que la promoción de políticas que contribuyan a la estabilidad en el empleo y a la mejora de las condiciones del ejercicio profesional.
6. Es preciso contar con la colaboración de todos para promover un marco normativo que haga realidad la cohesión territorial en materia de recursos humanos. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la Comisión Consultiva Profesional prevista en la LOPS y nuevos marcos que puedan establecerse legalmente habrían de ser los cauces adecuados para superar situaciones de dispersión y contradicción entre normas y medidas de las distintas Administraciones sanitarias y de otros Ministerios con competencia en la materia.
7. La troncalidad, el desarrollo pleno de las especialidades, la formación en su conjunto, la investigación y la docencia, así como la potenciación del uso de las nuevas tecnologías entre los profesionales sanitarios, deben ser bases firmes para una política adecuada a las necesidades del futuro de la sanidad española.
8. La planificación de los recursos humanos en el ámbito sanitario ha de encontrar su fundamento en la información que se facilite por el Registro Estatal de Profesionales, en colaboración permanente y fluida con las Comunidades Autónomas, los Consejos Generales y los Colegios Profesionales.



9. La gestión de los recursos humanos habría de inscribirse en un contexto de redimensionamiento y de mayor coordinación entre los distintos niveles asistenciales, servicios y centros de referencia.
10. La superespecialización en el ámbito sanitario no debería conllevar una fragmentación excesiva que pueda afectar negativamente la gestión de los recursos humanos.
11. Es prioritario apostar por una nueva cultura organizacional en el Sistema Sanitario, velando por los valores éticos y por el uso racional y responsable de los recursos sanitarios disponibles.
12. El Pacto por la Sanidad, que debería ser fruto del compromiso compartido del Gobierno, Comunidades Autónomas, Grupos Políticos y Agentes Profesionales, Sociales y Económicos, tan deseable como necesario, debería incluir de modo inequívoco los principios y los objetivos básicos de la política de recursos humanos, a los cuales ha querido contribuir con sus propuestas el Consejo Asesor de Sanidad.

4 de octubre de 2013



ANEXOS

- Cuadros -



**TABLA 1.- LOS RECURSOS HUMANOS EN EL
SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL (*)**

	TOTAL
SECTOR SANITARIO PÚBLICO	560.385
SECTOR SANITARIO PRIVADO	283.048
TOTAL	843.433

(*) Incluye personal sanitario y no sanitario



TABLA 2.- PERSONAL EMPLEADO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

	A. PRIMARIA	A. ESPECIALIZADA	TOTAL
PERSONAL SANITARIO	64.448	354.872	419.320
PERSONAL NO SANITARIO	21.309	119.756	141.065
TOTAL	85.757	474.628	560.385

No incluye médicos en formación (MIR)..... 20.489

En No Sanitario de A. Primaria no se incluye el personal
directivo.

NOTA: REFERIDO EXCLUSIVAMENTE A PERSONAL VINCULADO LABORALMENTE.

Últimos datos disponibles (2011).

FUENTE: MSSSI / Estadísticas de Atención Primaria y Atención especializada.



TABLA 3.- LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SANITARIO PRIVADO

	ÁMBITO DE PROVISIÓN HOSPITALARIA	ÁMBITO DE PROVISIÓN EXTRAHOSPITALARIA	TOTAL
MÉDICOS	13.611	41.015	54.626
OTROS PROFESIONALES	75.973	103.449	179.422
TOTAL	89.584	144.464	234.048
PERSONAL NO SANITARIO (*)	----	----	49.000
TOTAL			283.048

(*) Estimación

Datos de 2012

FUENTE: Instituto IDIS



**TABLA 4.- ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD, PRIVADO Y TOTAL
PERSONAL DE DIRECCIÓN Y NO SANITARIO**

	Públicos-SNS	Privados	TOTAL
	Total	Total	
Dirección y Gestión	6.493	1.403	7.896
Personal de Oficio	25.366	5.054	30.420
Administrativos (1)	43.097	6.542	49.639
Otro Personal No Sanitario (2)	44.800	3.832	48.632
TOTAL	119.756	16.831	136.587

(1) Incluye personal especialista en TIC

(2) Incluye personal celador

NOTA: REFERIDO EXCLUSIVAMENTE A PERSONAL VINCULADO LABORALMENTE

Últimos datos disponibles (2011)

FUENTE: MSSSI / Estadísticas de Atención Primaria y Atención especializada



TABLA 5. - EVOLUCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS POR SEXO

(INCLUYE COLEGIADOS JUBILADOS Y EN DESEMPLEO)

AÑO	MÉDICOS		FARMACÉUTICOS		ODONTÓLOGOS		VETERINARIOS		ENFERMEROS		MATRONAS		FISIOTERAPEUTAS		PODÓLOGOS	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1994	107.811	54.278	14.724	25.599	9.330	3.912	14.355	4.395	35.540	132.417	244	5.861				
1995	107.688	54.962	15.001	26.386	9.745	4.267	14.604	4.752	36.077	136.055	287	5.785				
1996	108.340	57.220	15.397	27.824	10.082	4.795	14.828	5.064	35.730	141.304	266	6.048				
1997	107.060	61.180	15.731	29.259	10.229	5.062	14.991	5.376	36.229	145.648	272	5.823				
1998	109.031	62.463	16.043	30.718	10.548	5.585	15.159	5.674	38.271	154.327	284	6.103				
1999	110.193	64.723	16.448	32.269	10.806	6.085	15.320	6.018	38.328	159.012	320	6.024				
2000	111.320	67.713	16.850	33.909	11.046	6.492	15.417	6.317	39.907	164.578	326	6.113				
2001	110.237	70.180	17.280	35.361	11.434	7.073	15.729	6.956	40.759	167.792	368	6.095				
2002	111.851	74.057	17.820	36.890	11.716	7.576	16.380	7.717	41.717	171.651	382	6.165				
2003	113.077	77.588	18.072	38.429	12.006	7.999	16.393	8.344	40.620	180.149	348	6.416			1.754	1608
2004	114.138	80.530	18.380	39.565	12.536	8.519	16.616	8.988	41.471	184.016	360	6.338			1.846	1873
2005	115.296	83.827	18.550	40.701	13.184	8.966	16.604	9.223	40.233	190.768	369	6.405			1.996	2162
2006	116.037	87.054	18.288	42.293	13.528	9.772	16.490	10.012	40.837	196.213	392	6.476	8.465	17.878	2.179	2375
2007	117.360	90.738	18.285	43.015	14.067	10.448	16.776	10.818	41.328	201.672	411	6.646	9.266	19.454	2.281	2628
2008	119.018	94.959	18.496	44.011	14.575	11.122	16.806	11.382	41.719	208.420	439	6.777	10.102	21.127	2.308	2806
2009	120.216	98.815	18.735	44.642	15.151	11.574	16.696	11.707	42.094	213.351	457	6.897	10.773	22.515	2.350	2913
2010	121.232	102.252	18.871	45.332	15.481	12.345	16.707	12.242	42.994	219.921	469	7.111	11.321	24.309	2.431	3109
2011	121.439	104.985	18.858	46.119	16.090	12.980	16.582	12.478	42.941	225.368	469	7.244	12.013	25.467	2.511	3303

FUENTE: INE. Profesionales sanitarios colegiados 2011



TABLA 6.- DESEMPLEO

Fecha	ENFERMEROS			MÉDICOS		
	Parados	Demandantes de empleo	Tasa de paro	Parados	Demandantes de empleo	Tasa de paro
Sept-2009	3.562	7.819	1,61%	839	1.713	0,42%
Ene-2010	6.720	11.364	2,96%	949	1.741	0,47%
Dic-2010	6.371	13.719	1,47%	1.005	2.013	0,49%
Dic-2011	9.772	17.998	3,91%	1.295	2.604	0,63%
May-2012	16.375	22.625	6,55%	2.458	4.204	1,19%
Nov-2012	18.459	24.662	7,70%	2.373	3.987	1,15%
Feb-2013	19.639	25.673	7,97%	2.728	4.205	1,30%
May-2013	18.210	24.439	7,39%	3.395	5.235	1,63%
	Nº Parados		Tasa paro	Nº Parados		Tasa paro
Aumento en 3 años	14.648		5,78%	2.556		1,21%

(Tablas actualizadas versión 4-3-13)

FUENTE: Observatorio de las ocupaciones del SEPE (datos según titulación) e INE