



Esta obra está bajo una licencia creative commons "Reconocimiento-NoComercial 3.0 España".

PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA EN UNA SELECCIÓN DE PAÍSES EUROPEOS: FRANCIA, ALEMANIA, ESPAÑA, SUECIA Y REINO UNIDO

Julio, 2010

AUTORAS: Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken

DISEÑO PORTADA: Elaboración propia con datos del estudio utilizando la aplicación "Wordle".

MAQUETA: De la A a la Z

DEPÓSITO LEGAL: Gr 4484-2010

ISBN: 978-84-693-8062-8

IMPRIME: Entorno Gráfico, Atarfe, Granada.

La presente publicación, realizada en el marco de la Acción "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido", ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea ni de las entidades asociadas a esta Acción.

La Acción "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido", financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo (Contrato Nº MIGR/2008/152-804), es desarrollada por la Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay a través del Grupo de Trabajo de Migraciones Profesionales del Espacio Iberoamericano, cuya Secretaría ostenta.

Introducción	7
Recogida de datos.....	9
Retos	11
Planificación de la fuerza laboral de profesionales de medicina y enfermería en una selección de países.....	13
Francia.....	13
Alemania.....	19
España.....	23
Suecia	27
Reino Unido	31
Iniciativas de ámbito europeo.....	39
Conclusión.....	41
Personas Consultadas.....	43
Lista seleccionada de documentos.....	45
Anexos	
Anexo 1: Cuestionario sobre planificación de médicos y enfermeros en una selección de países europeos (Francia, Alemania, España, Suecia y Reino Unido).....	49
Anexo 2: Panorama actual sobre planificación de la fuerza laboral en Inglaterra: Organizaciones clave, funciones y responsabilidades	51

EL ESTUDIO PRESENTADO en este trabajo se llevó a cabo en el marco del proyecto Migración de profesionales de la salud entre América Latina y Europa: Análisis y oportunidades para el desarrollo compartido, MIGR/2008/152-804(5.2), financiado por la CE. La ejecución de dicho proyecto corrió a cargo del consorcio compuesto por la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Organización Panamericana de Salud y el Grupo de Trabajo sobre migraciones profesionales coordinado por el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay.

La finalidad del estudio era examinar y describir la forma en que cinco países seleccionados de la UE planifican su fuerza laboral en lo que respecta a profesionales de medicina y enfermería. Se prestó especial atención a comprobar si los flujos migratorios de estos profesionales eran tenidos en cuenta en la planificación de la fuerza laboral en estos países. Los países seleccionados fueron: Francia, Alemania, España, Suecia y Reino Unido. Dadas las limitaciones de recursos y de tiempo, el estudio se concibió como una "radiografía de la situación actual", más que como un análisis en profundidad.

El informe comienza analizando brevemente la manera en que se recoge la información y los retos que se encuentran durante dicho proceso. A continuación, se examinan para cada uno de los países incluidos en el estudio la planificación de la fuerza laboral y otros temas relacionados. Por último, y antes de presentar las conclusiones, se repasan algunas iniciativas de ámbito europeo de relevancia para el asunto objeto de análisis.

LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN comenzó con una exploración de Internet en busca de documentos relevantes a partir de varias palabras clave (p. ej., “planificación de fuerza laboral para la salud”, “planificación de recursos humanos para la salud”, etc.). También se consultó la base de datos recopilada en el marco del proyecto de migraciones profesionales, alojada en el servidor de la EASP.

Posteriormente se envió un correo electrónico a diversos informantes clave en el que se solicitaba su opinión acerca de una serie de cuestiones relativas a la planificación de la fuerza laboral (véase Anexo I). Los sujetos fueron elegidos en base a su conocimiento del tema o bien porque su nombre fue sugerido por otro informante. Dos de los 20 individuos contactados no respondieron al mensaje. Tras el contacto inicial por e-mail, se entrevistó por teléfono a tres personas especialmente expertas en la materia.

COMO PRIMER RETO hay que señalar la falta de una definición universalmente aceptada de "planificación de la fuerza laboral", lo que hizo que las búsquedas en Internet dieran como resultado un conjunto heterogéneo de documentos, muchos de ellos de escasa relevancia. Los documentos más útiles fueron aquellos que se recibieron directamente de los informantes.

El segundo reto tuvo que ver con el idioma en el que estaban redactados los documentos, normalmente el de su país de procedencia, lo que en algunos casos condicionó la profundización en su contenido.

El tercer gran reto consistió en identificar los informantes clave en materia de planificación de la fuerza laboral del sector de salud en cada país. Para una identificación completa se habría necesitado comprender la forma en que cada país aborda la planificación de su fuerza laboral, cuáles son las organizaciones con un papel de planificación clave, quiénes de entre los informantes considerados forman parte de dichas organizaciones y/o qué investigadores han examinado los asuntos aquí abordados. Tal cometido habría superado en alcance a los recursos disponibles para el presente estudio, por lo que los individuos contactados constituyen una "muestra útil", en lugar de una muestra representativa. La información obtenida refleja únicamente la base de conocimientos de las personas consultadas, con sustanciales lagunas de información e inconsistencias en cuanto al tipo de datos recibidos de los distintos países.

El cuarto reto fue la definición de los profesionales de medicina y enfermería extranjeros. Existen diferencias de nivel de acceso a los países y a sus mercados de trabajo entre aquellos profesionales formados en alguno de los Estados miembros de la UE/CEE y los formados en otros países. La definición de trabajador de salud "extranjero" también varía de un país a otro, pudiendo significar una persona formada en otro país, un ciudadano de otro país o alguien nacido en otro país.

FRANCIA

LOS SERVICIOS de salud en el sistema francés de salud se prestan mediante una fórmula mixta público-privada. La atención ambulatoria recae principalmente en los centros de proximidad; un 70% de los médicos de familia ejercen en centros privados. Aunque existe un seguro sanitario universal que sufraga los costos de atención de salud, un 90% de la población también posee un seguro médico privado.

Los profesionales sanitarios de Francia gozan de absoluta libertad para elegir dónde y cómo desean ejercer. Esta libertad va unida a una estricta regulación y a una autoridad altamente centralizada.

ORGANIZACIONES DE PLANIFICACIÓN Y SUS FUNCIONES

El ONDPS (Observatorio Nacional Demográfico de las Profesiones Sanitarias) fue creado por el Ministerio de Salud en 2003. Su plantilla se compone de tres personas que trabajan en colaboración con los Observatorios de Profesionales Sanitarios de cada región. El ONDPS nacional se responsabiliza de:

- recoger, analizar y comunicar información objetiva sobre los profesionales sanitarios, e
- investigar las condiciones laborales, las necesidades en materia de profesionales sanitarios y su desarrollo profesional.

El ONDPS regional cuenta con un empleado fijo a tiempo parcial.

La planificación de la fuerza laboral de los médicos se realiza a nivel nacional y abarca tanto el sector público como el privado. La oferta está regulada por el Gobierno central a través de un sistema de números clausus, cuya cuantía aumentó sensiblemente hace algunos años debido a la proyectada escasez de facultativos tras constatarse una continua disminución del número de estudiantes de medicina (la profesión de comadrona también está sujeta a números clausus).

El número de puestos de formación para médicos especialistas cada año es asimismo una decisión que se toma a nivel central. Cada mes de octubre, la Dirección de Hospitalización y Organización de los Cuidados (DHOS) insta a los

Departamentos Regionales de Salud y Asuntos Sociales (DRASS) a recabar opiniones sobre las necesidades de formación para el año siguiente. El ONDPS regional reúne a representantes locales de los médicos, las autoridades estatales, los seguros de enfermedad, los hospitales y las facultades de medicina para formular recomendaciones. Estas se basan en el número de pacientes, el tamaño de la población, los proyectos previstos de infraestructuras y la capacidad docente de las universidades. El diagnóstico regional se envía al ONDPS nacional. Las directrices sobre el número deseable de especialistas se fijan en una reunión a nivel nacional que cuenta con la participación de representantes de los Ministerios de Salud, Educación y Defensa, las universidades, los profesionales en activo, los estudiantes, la ciudadanía, los hospitales y los investigadores. Entonces, el ONDPS realiza recomendaciones nacionales por especialidad y región para un periodo de cinco años, que son difundidas anualmente en forma de decreto.

La planificación de la fuerza laboral del profesional enfermero está más descentralizada, localizándose en el ámbito de las regiones. Cada región negocia con sus escuelas públicas y privadas el número de enfermeros que se requiere formar. La financiación de la formación es también una decisión adoptada a nivel regional. El nivel central revisa y da su aprobación al número de plazas de formación.

El ONDPS es responsable de vigilar la ejecución de los planes relativos a la fuerza laboral.

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL

La información sobre el "stock" de facultativos procede de dos grandes fuentes: el Gobierno y el Colegio de Médicos. La base de datos del Gobierno sólo incluye a los licenciados en una facultad de medicina y a los que trabajan en el sector público. El Colegio de Médicos también registra a los facultativos licenciados en el extranjero, por lo que mantiene una base de datos más completa.

El Gobierno lleva un registro de todos los profesionales de enfermería. Así, la información gubernamental sobre el "stock" de enfermeros es más exacta, sobre

todo desde que hace poco más de un año se crease el Colegio de Enfermería. La acreditación se realiza a nivel regional, y los datos son posteriormente enviados al nivel nacional. Existe siempre un cierto desfase en los datos sobre acreditaciones que se mantienen a nivel nacional, p. ej., a mayo de 2010 sólo se disponía de información relativa a 2008.

Si bien se dispone de datos sobre el número anual de licenciados en las escuelas nacionales de medicina, la información sobre el número de médicos que causan baja de la fuerza laboral debido a jubilaciones, migraciones, etc., es escasa o inexistente. El Colegio de Médicos posee datos sobre licenciados extranjeros que ingresan en la fuerza laboral, pero no sobre los que cesan en el ejercicio de la profesión. No hay disponibles datos sobre médicos, tanto nacionales como extranjeros, que abandonan el país.

Los datos sobre altas y bajas de profesionales de enfermería en la fuerza laboral están disponibles, aunque con cierto decalaje temporal. No se dispone de datos sobre los enfermeros que deciden abandonar Francia.

METODOLOGÍAS Y HORIZONTE DE PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL Y COSTO DE LA MISMA

Se cree que los métodos de proyección de las cifras de profesionales sanitarios hasta 2006 han pecado de excesivamente simplistas. En los modelos de proyección más recientes, la tendencia del "stock" total de médicos se relaciona principalmente con la tendencia de los números clausus. Las proyecciones actuales (por especialidad y región) llegan hasta 2030. Las proyecciones hasta 2020 se consideran relativamente fiables y son actualizadas anualmente para el periodo de cinco años subsiguiente. No se efectúan hipótesis especiales acerca de la inmigración. Los planes sobre fuerza laboral no incluyen su cuantificación en términos de costos.

INFLUENCIA DE LA EMIGRACIÓN EN LA FUERZA LABORAL

El reclutamiento internacional no tiene un papel destacado en Francia. La mayoría de los médicos extranjeros procede de países comunitarios y son empleados

en hospitales. En 2006, se estimaba que el 3% de los médicos formados en el extranjero eran extracomunitarios. El Gobierno no prevé una llegada masiva de médicos extranjeros a Francia en el futuro cercano. La inmigración no se tiene aún en cuenta en las proyecciones de la fuerza laboral debido a lo poco significativo de su número.

Pocos médicos franceses se forman fuera de Francia o buscan trabajo en el extranjero. En cambio, un número significativo de profesionales de enfermería ha cursado formación en el extranjero.

El siguiente recuadro refleja la postura del Consejo Nacional de Francia respecto a los médicos procedentes de países extracomunitarios.

La posición expresada por el Consejo Nacional sobre los médicos extracomunitarios en OECD Working Paper no. 36:

Estos médicos han contribuido a paliar el déficit de médicos hospitalarios francés, situación ligada tanto a un reclutamiento inadecuado, como a que los servicios hospitalarios y las instituciones no son atractivas. Estos médicos extracomunitarios también han participado en responder a la demanda de cuidados de la población, en los centros de proximidad. Conviene señalar que en el año 2.000, el primer concurso de Facultativo Hospitalario se abrió a 2.485 plazas para 3.330 candidatos. De 1.974 que entraron, 872 eran PAC [praticiens adjoints contractuels].

No se puede ignorar, además, que una cohorte nada despreciable de médicos está compuesta por franceses (por adopción o naturales) representando el 44% de los PAC y el 27 % de los médicos autorizados al pleno ejercicio. Son, sin embargo, médicos que se han saltado la exigencia de los números clausus, incluso en ocasiones, también se han saltado la prueba de PCEMI [première année du premier cycle des études de médecine].

Para el futuro, la Ordenación no es favorable a que se mantengan este tipo de reclutamientos por los siguientes motivos:

- Es difícil evaluar las capacidades de los extranjeros, los estudios y los diplomas que cursan y su situación, no parece comparable a la situación de las universidades europeas. El objetivo principal debe ser no disminuir la calidad de la atención.
- Una coherencia política en el reclutamiento de médicos que deben ejercer en Francia es indispensable, bajo el punto de vista ético, no parece normal que nuestro país contribuya a privar a los estados de sus élites, a sus hospitales y a su población de sus médicos y en el plano económico, la universidad francesa no puede vivir a expensas de las facultades de medicina extranjeras. Solo los médicos refugiados políticos y cuya competencia es reconocida deberían poderse beneficiar de una autorización para ejercer especial.
- Reclutados de manera temporal, estos médicos se mantengan probablemente a expensas de lo que les vaya permitiendo el reglamento. Serán llamados también a coger su jubilación en el futuro; A pesar de que se incluyen en las salidas se enumeran en la demografía general. Pero parecería deseable que su reemplazo entrara dentro de las vías comunes que son los concursos de entrada en medicina tras pasar el PCEMI y que las vías paralelas sean interrumpidas.

ALEMANIA es un país federal en el que los estados (länder) son responsables de los servicios de salud, la educación médica y la supervisión de las asociaciones profesionales. Las múltiples asociaciones regionales de médicos (23 en 2006) negocian los convenios colectivos con los seguros de enfermedad (300 en 2006). La atención médica gratuita a través de los seguros de enfermedad esta garantizada por ley. El acceso al ejercicio de la profesión elegida por cada persona se considera un derecho.

ORGANIZACIONES DE PLANIFICACIÓN Y SUS FUNCIONES

No existe un sistema nacional de planificación de la fuerza laboral del sector de salud. La enseñanza médica universitaria está regulada a nivel federal, mientras que los colegios de médicos gozan en la práctica de autonomía en la regulación de la formación de facultativos especialistas.

Los länder mantienen un censo de los profesionales sanitarios, y regulan y financian su formación. Una ley regula el número de médicos con el que contrata el sistema de seguro de salud. Esto tiene como finalidad prevenir un exceso de oferta en las zonas urbanas.

No existe un sistema de planificación o de seguimiento de la fuerza laboral para los profesionales de la enfermería, ni un Colegio de Enfermería o equivalente dedicado a su registro, control y supervisión.

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL

No se cuenta con una base de datos integrada para la fuerza laboral sanitaria. Por ejemplo, no existe un registro nacional de enfermeros, por lo que se carece de datos sobre distribución geográfica o especialización entre estos profesionales. Los datos disponibles sobre la fuerza laboral difieren de forma significativa dependiendo de la fuente.

METODOLOGÍAS Y HORIZONTE DE PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL Y COSTO DE LA MISMA

El cupo de plazas disponibles en las facultades de medicina determina el número de admisiones. Dicho cupo se negocia entre los responsables de política de salud y los educadores, y ha llevado a un exceso de oferta de médicos. Más recientemente, el Gobierno ha empezado a regular el número de puestos para médicos, aunque no el número de estudiantes de medicina.

Teóricamente, las necesidades de médicos se calculan atendiendo a su distribución regional dentro del sistema público de seguro de salud en 1990. El país está dividido en 10 categorías geográficas. No se permite abrir nuevos centros de salud en aquellas zonas en las que la oferta supere en un 110% el ratio médicos en activo en esa categoría geográfica en 1990 por número de habitantes.

La Ley sobre Estructura de la Atención de Salud, de 1993, reguló el número de enfermeros tomando como base los tiempos normalizados de enfermería. Esta regulación fue aplicada entre 1993 y 1996, pero condujo a un inesperado aumento de los niveles de personal, habiéndose dejado de aplicar desde entonces.

Un informe realizado sobre el desarrollo de un sistema de seguros de salud a largo plazo auguraba una escasez futura de enfermeros cualificados a menos que se adoptaran medidas adecuadas. Varias iniciativas de planificación específicas parecen haberse puesto en práctica a raíz de este informe.

INFLUENCIA DE LA EMIGRACIÓN EN LA FUERZA LABORAL

Alemania ha atraído a un número cada vez mayor de médicos extranjeros. La emigración no se consideraba significativa en 2006, pero desde entonces Alemania ha exportado médicos a países vecinos y a Inglaterra.

Cerca de mil enfermeros cualificados proceden de Asia y la antigua Yugoslavia. Los enfermeros asiáticos, en su mayoría de Corea y de Filipinas, fueron reclutados en las décadas de los 60 y los 70, mientras que los de la antigua Yugoslavia

lo fueron en la década de los 80. Algunos "trusts" hospitalarios han reclutado enfermeros de otros países de forma privada, aunque éstos no representan un grupo numeroso. Existe un mercado "gris" de profesionales de enfermería sin cualificación procedentes del Este de Europa, que es empleado por las familias para el cuidado de personas dependientes. El programa de regularización del Gobierno de 2005, dirigido a 10.000 enfermeros extranjeros, pretendía hacer aflorar esta bolsa de empleo sumergido, aunque todo apunta a que dicha medida fue claramente insuficiente. Sólo unos pocos enfermeros alemanes trabajan en el extranjero, tendencia ésta que se ha mantenido estable.

ESPAÑA traspasó las competencias de salud a las 17 Comunidades Autónomas en enero de 2002. La recaudación de los fondos con los que se financian tiene lugar de forma centralizada, y éstos son luego asignados a las CCAA. en función de su población. Los trabajadores sanitarios son empleados del respectivo sistema de salud regional de cada comunidad.

ORGANIZACIONES DE PLANIFICACIÓN Y SUS FUNCIONES

El Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) y el Ministerio de Educación regulan la formación, tanto a nivel universitario como de postgrado, de profesionales sanitarios. La Comisión Nacional sobre Recursos Humanos proporciona directrices sobre formación al amparo de la Ley sobre Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud español. La Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina, dependiente del Ministerio de Educación, determina el número de plazas universitarias. Las plazas en las facultades de medicina fueron drásticamente recortadas después de 1979, debido a que el número de médicos mostraba una clara expansión. Sin embargo, durante la última década, España ha pasado de una situación de superávit a otra de escasez de médicos.

El MSPS, los gobiernos autonómicos y el Consejo Nacional de Especialistas toman una decisión conjunta sobre el número de plazas anuales para la formación de especialistas. El número de plazas ofertadas supera al de estudiantes de medicina recién licenciados, debido a la demanda de mano de obra barata por parte de los hospitales. Existe un único examen de acceso al programa de formación de especialistas a escala nacional.

Las CCAA. son responsables de planificar el número y la clase de profesionales que requieren para prestar el servicio, así como su adecuada remuneración.

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL

No existen registros nacionales de profesionales de medicina y enfermería. Las asociaciones profesionales poseen información sobre sus miembros, pero la

pertenencia a una asociación profesional dejó de ser obligatoria en 2000. Se echan en falta, por tanto, datos exactos sobre el número de especialistas. El MSPS y el Ministerio de Educación mantienen un registro de titulados, pero los profesionales sanitarios inactivos o fallecidos no son dados de baja en la base de datos. Se reconoce actualmente la necesidad de contar con dicho registro de profesionales sanitarios en España, y el MSPS tiene intención de crear uno en los próximos años.

METODOLOGÍAS Y HORIZONTE DE PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL Y COSTO DE LA MISMA

Existe una ausencia de planificación coordinada de la fuerza laboral sanitaria en España. En 2006, el MSPS encargó un estudio sobre necesidades actuales y futuras de médicos por especialidad para utilizarlo como base a efectos de planificación. El estudio, recientemente actualizado, fue el primero de España en contener información completa y detallada de los médicos que trabajan en el sector público. Entre los datos aportados se incluían la especialidad, la edad, el sexo y la Comunidad Autónoma en la que trabajan. Se utilizó un modelo de simulación para la planificación del “stock” de médicos especialistas, basado en el software Systems Dynamics.

Dicho modelo de simulación abarca la totalidad de la vida profesional de un médico, desde su entrada en la carrera de medicina hasta su jubilación. Las variables utilizadas para evaluar las necesidades por especialidad incluyeron los números clausus existentes, el número de plazas de formación en cada especialidad, la edad de jubilación, las tasas de reducción natural del personal y de mortalidad (por edad y sexo), las tasas de emigración e inmigración, el perfil demográfico de la población, las previsiones de crecimiento y un estándar normativo de la necesidad (especialistas médicos por número de habitantes) en cada especialidad. Dicho parámetro de “necesidad” se estimó a partir de los datos de mercado. La evolución futura de las necesidades fue estimada mediante una técnica Delphi con expertos independientes y personal de las CC.AA. Un segundo estudio acerca de las necesidades de médicos, realizado hace poco por una Universidad madrileña,

puso énfasis en la conveniencia de ajustar los modelos de planificación de la fuerza laboral al cambiante contexto de la atención de salud.

En la actualidad, el MSPS está planeando:

- (1) actualizar el estudio sobre necesidades presentes y futuras de médicos.
- (2) llevar a cabo un estudio sobre necesidades de enfermeros, especialistas de enfermería y ayudantes de enfermería.
- (3) establecer un sistema común de planificación de la fuerza laboral sanitaria. Dicho sistema incluirá criterios para determinar la necesidad de personal médico de enfermería y otros profesionales, así como su distribución.

INFLUENCIA DE LA EMIGRACIÓN EN LA FUERZA LABORAL

La emigración de médicos a España ha aumentado en los últimos años. En los últimos cinco años, se convalidaron una media de 3.280 títulos, principalmente de médicos latinoamericanos.

Los médicos especialistas españoles están emigrando a países vecinos, si bien la magnitud de estos flujos ha sido tradicionalmente limitada. La cuantía exacta de las migraciones desde España se desconoce. Existe una escasa incidencia de la emigración entre el personal de enfermería. En 2000, España y Reino Unido firmaron un convenio para facilitar la contratación de médicos españoles en instituciones británicas, pero dicho acuerdo no ha tenido continuidad.

EL SISTEMA DE SALUD sueco está descentralizado a nivel provincial. Se financia con cargo a los impuestos nacionales.

ORGANIZACIONES DE PLANIFICACIÓN Y SUS FUNCIONES

La responsabilidad de la planificación de la fuerza laboral sanitaria sueca recae en las diputaciones provinciales, que también son indirectamente responsables de planificar la fuerza laboral privada, debido a que celebran contratos con empresas privadas de atención de salud para la prestación de servicios sanitarios.

El Ministerio de Salud no puede dar instrucciones a las diputaciones provinciales para que aumenten o disminuyan su número de efectivos, aunque sí puede influir indirectamente en dicho número mediante la financiación de plazas de formación.

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL

Hay disponibles varias fuentes de información:

1. Registro nacional de profesionales sanitarios (HOSP): Base de datos de licencias y acreditaciones por especialidades, no por personas. Contiene un registro completo de todas las licencias/acreditaciones concedidas a profesionales sanitarios y odontológicos (obsérvese que una misma persona puede tener múltiples licencias, p. ej., una comadrona puede estar licenciada simultáneamente para ejercer como enfermera y como comadrona).
2. Sistema de integración longitudinal para el seguro médico y los estudios laborales (LISA): es una base de datos basada en las personas que integra los ficheros de datos existentes en los sectores social, educativo y laboral.
3. Los datos sobre médicos formados en países no pertenecientes a la UE/EEE o Suiza y que trabajan dentro del programa de perfeccionamiento del Consejo están disponibles a través del Consejo Nacional de Salud y Bienestar.

4. El National Planning Support mantiene datos de inmigración y emigración respecto al personal tanto sueco como extranjero, desglosado por país de formación. La inmigración en ambas categorías está disponible por país de formación, excepto en el caso específico del personal de enfermería que proceda de países terceros no pertenecientes a la UE/EEE. Los datos sobre emigración relativos al personal sueco y extranjero no se encuentran desglosados por país de destino.

Los datos engloban a todas las personas con acreditaciones o licencias para ejercer profesiones sanitarias registradas en Suecia. Existe una base de datos interactiva donde se pueden realizar consultas a partir de la edad, el sexo, la región, etc. de todo el personal empleado. En esta base de datos, se considera "empleado" a todo aquel trabajador que ha realizado un mínimo de una hora de trabajo en el mes de noviembre. Por tanto, la base de datos no incluye a los contratados a tiempo parcial.

La mayoría de los profesionales que figuran en el HOSP sin un número de identificación nacional sueco se han formado en el extranjero. A falta de un número de identificación nacional sueco, resulta imposible saber si una persona es residente en Suecia o incluso si está viva. Durante 2010, el Consejo tiene intención de proceder a la introducción en el HOSP de los números de identificación suecos inexistentes para los médicos extranjeros que fueron empleados por las diputaciones provinciales en 2008. Ello se realizará mediante una conexión única entre el código HOSP y los registros sobre el empleado que mantienen las diputaciones y los ayuntamientos. Éstos son incluidos en la base de datos de la Asociación Sueca de Municipios y Regiones. Se espera que los cambios redunden en una mejora considerable de la información sobre el estatus profesional de los médicos extranjeros.

METODOLOGÍAS Y HORIZONTE DE PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL Y COSTO DE LA MISMA

El proyecto "National Planning Support" realiza proyecciones sobre la oferta de trabajadores sanitarios cada tres años. Los datos consultados para este trabajo no aclaran cuál es la metodología empleada en la elaboración de dichas proyecciones, que incluyen las migraciones internacionales de profesionales de

medicina, aunque no de enfermería. Las próximas proyecciones se publicarán en otoño de 2010.

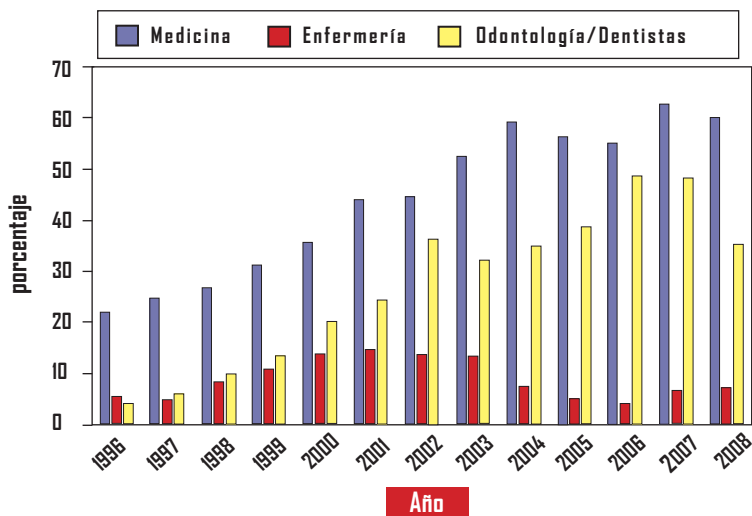
INFLUENCIA DE LA EMIGRACIÓN EN LA FUERZA LABORAL

La inmigración neta de médicos ha aumentado en los últimos años. El primer año en el que fueron acreditados más médicos con formación extranjera que médicos formados en Suecia fue 2003. El personal formado en el extranjero procede fundamentalmente de países de la UE/EEE. La migración neta de enfermeros es muy limitada. En total, el 18% de los médicos y el 2,6% de los enfermeros y comadrones pertenecientes al sector público en 2007 se formaron en el extranjero.

En el Diagrama I se aprecia el crecimiento del porcentaje de medicina, enfermería y odontología formados en el extranjero entre 1996 y 2006.

Diagrama I:

Proporción de profesionales autorizados para la práctica formados en el extranjero (por año en el periodo 1996-2008)



Fuente: Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2008. Socialstyrelsen. Suecia. Agosto 2009.

EL REINO UNIDO está formado por cuatro países: Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Las competencias sanitarias fueron transferidas en 1998. Cada uno de estos cuatro países tiene capacidad legislativa en materia de política sanitaria. Comparten un marco regulatorio único y una misma estructura salarial y de promoción profesional dentro de todo el Sistema de Salud Nacional (NHS, National Health Service). Inglaterra es el mayor y cuenta con el sistema de planificación más desarrollado, seguido por Escocia.

ORGANIZACIONES DE PLANIFICACIÓN Y SUS FUNCIONES

La planificación en el Sistema de Salud Nacional (NHS) de Inglaterra ha registrado variaciones en los últimos diez años. Las "Confederaciones para el Desarrollo de la Fuerza Laboral" regionales quedaron abolidas tras la cesión de competencias en materia de planificación de la fuerza laboral a las Autoridades Sanitarias Estratégicas (SHAs). El número de dichas SHAs fue más tarde reducido de 28 a 10.

El programa "Modernizando las Carreras Médicas" (MMC, Modernising Medical Careers) dio comienzo en 2002. Cinco años después, se introdujeron las reformas planeadas. Los nuevos procesos y procedimientos de reclutamiento, en especial la adopción de un sistema nacional informatizado de "emparejamiento" (MTAS, Medical Training Application Service), y la introducción de una nueva formación de especialidad basada en programas transversales ("run-through") despertaron muchas reticencias. No obstante, los médicos formados en el extranjero, que gozaban de una vía de entrada relativamente franca al Reino Unido por medio del régimen de "formación exenta de permiso" o del "Programa de Emigrantes Altamente Cualificados", vieron con buenos ojos el nuevo programa de formación de especialidad "run-through". Dicho interés cristalizó en un número de solicitudes muy superior al previsto, desbordando el sistema en 2007, cuando unos 10.000 médicos licenciados en el extranjero presentaron su candidatura para los 23.247 puestos de prácticas ofrecidos. Esta respuesta masiva aumentó notablemente la competencia para los licenciados nacionales.

Por esas mismas fechas, el Comité de Salud de la Cámara de los Comunes había mostrado su inquietud sobre el sustancial aumento de la plantilla del NHS, tras registrarse déficits de financiación en muchos "trusts". En 2006, el Comité decidió acometer una encuesta sobre la planificación de la fuerza laboral sanitaria, y detectó deficiencias significativas en esta área. Citando textualmente del informe de 2007: "Existe una preocupante falta de planificación de la fuerza laboral. La planificación a largo plazo o estratégica ha sido objeto de escasa o nula consideración. Faltaba, y sigue faltando, un número suficiente de personas con capacidad y habilidades para asumir ese cometido. La situación se ha visto exacerbada por la constante reorganización, incluida la constitución y supresión de las Confederaciones para el Desarrollo de la Fuerza Laboral en cuestión de 3 años. El sistema de planificación sigue estando mal integrado, con una grave falta de coordinación entre la planificación de la fuerza laboral y la planificación financiera. El sistema de salud, compuesto por el Ministerio de Sanidad, las Autoridades Sanitarias Estratégicas (SHAs), los "acute trusts" y los "Primary Care Trusts" (PCTs) no ha hecho de la planificación de la fuerza laboral una de sus prioridades".

El Comité definió cuatro retos importantes para la planificación de la fuerza laboral del NHS en Inglaterra:

- Aumentar la capacidad de planificación de la fuerza laboral a nivel nacional, regional y local.
- Integrar mejor la planificación de la fuerza laboral respecto al conjunto del personal (médico y no médico), el NHS (área financiera y de servicios) y la asistencia sanitaria (NHS y organizaciones distintas del NHS).
- Conseguir una fuerza laboral más productiva.
- Conseguir una fuerza laboral más flexible.

Una revisión independiente dirigida por el catedrático Sir John Tooke examinó en 2008 el marco y los procesos subyacentes al programa "Modernizando las Carreras Médicas" (MMC). Su informe (2008) también identificó varios problemas en la planificación de la fuerza laboral, tales como una capacidad de planificación de la fuerza laboral limitada y con insuficientes recursos; tensiones y solapa-

mientos en los procesos de planificación entre los ámbitos local, de las SHA y nacional; y una falta de supervisión nacional efectiva de los planes adoptados a nivel de las SHA.

Como respuesta a las críticas, el Gobierno británico se propuso reformar el sistema de planificación de la fuerza laboral. La Revisión “Next Stage Review” del NHS, dirigida en 2008 por Lord Darzi, se centró en cómo mejorar la calidad y la responsabilidad clínica dentro del NHS. Dentro de esta iniciativa se emprendió una revisión específica de la fuerza laboral y de la planificación de la misma. El amplio alcance de esta revisión, denominada “High Quality Workforce: NHS next stage review”, incluía los siguientes puntos:

- La planificación debe basarse en una visión clínica clara construida alrededor de los itinerarios médicos de los pacientes.
- Los PCTs, los proveedores y las SHAs deben trabajar juntos para que los planes sobre fuerza laboral reflejen los requerimientos futuros de salud, y para garantizar la congruencia entre la planificación en materia de fuerza laboral, de actividad y financiera.
- Los órganos de asesoramiento profesional regionales y nacionales deberán ofrecer un input clínico coherente basado en evidencias, en especial en lo relativo a los desarrollos a largo plazo y su efecto sobre las necesidades futuras de fuerza laboral.
- Se constituirá un Centro de Excelencia (posteriormente rebautizado como Centro de Inteligencia sobre Fuerza Laboral [CWI]) como principal recurso objetivo para el sistema de salud y de asistencia social.

El informe Darzi declara que “en un entorno de NHS descentralizado, las competencias de planificación de la fuerza laboral deben traspasarse a nivel local y garantizarse a nivel nacional si se desea que tengan éxito”. Se definió un enfoque de abajo hacia arriba o “bottom up” para la planificación de la fuerza laboral del NHS y la oferta de formación. Se reforzó la responsabilidad a nivel local (NHS, “foundation trust”, proveedores independientes del sector y PCTs), con lo que ahora se pretende que dichas entidades “planifiquen las necesidades de fuerza laboral atendiendo a las necesidades de los pacientes por itinerario y modelo de

atención". Se establecieron grupos de innovación y educación sanitaria (HIECs) para fomentar la innovación en la fuerza laboral y en la prestación del servicio. Las SHAs continúan siendo responsables de la planificación de la fuerza laboral y de la oferta de la formación en sus regiones.

Estaba previsto que el CWI entrase en funcionamiento en octubre de 2009 pero la firma del contrato se retrasó hasta marzo de 2010. El Centro tiene como funciones:

- Alinear el conjunto del sistema en torno a un esfuerzo compartido, orientado a mejorar y utilizar información, análisis y modelos de alta calidad.
- Examinar el horizonte en busca de posibles temas relevantes para la innovación y la prestación de servicio en el futuro, la fuerza laboral y el mercado laboral.
- Aportar liderazgo de cara a la creación de capacidad en materia de planificación de la fuerza laboral.
- Definir los estándares de calidad sobre recursos y herramientas.

La función del Ministerio de Salud es:

- Procurar formación universitaria para las profesiones médicas y odontológicas.
- Garantizar y asignar fondos para el desarrollo, el aprendizaje y la formación de la fuerza laboral.
- Identificar riesgos nacionales mediante un proceso bilateral reforzado y bien fundamentado con las SHAs.
- Emprender una planificación estratégica a largo plazo de la fuerza laboral y de desarrollo de políticas.

El informe "Next Stage Review" sobre fuerza laboral del NHS estableció una nueva estructura para la planificación de la fuerza laboral del NHS y otorgó papeles clave a nivel de las SHAs y nacional. En el Anexo 2 se detallan las organizaciones clave y sus funciones y responsabilidades en Inglaterra. Uno de los principales

cambios consistió en la reinstauración de un mecanismo de asesoramiento nacional sobre enseñanza y formación de la fuerza laboral médica, denominado "Medical Education England" (MEE) (Escocia ya poseía un organismo equivalente).

El cometido del MEE es:

- Establecer un consenso sobre la estructura futura de la enseñanza universitaria.
- Examinar y asesorar sobre planes en materia de fuerza laboral a nivel nacional.
- Realizar un escrutinio de la oferta de enseñanza y formación, tarea encomendada a las SHAs a nivel regional.
- Asesorar sobre el desarrollo del currículo.

La planificación de la fuerza laboral médica se ha realizado siempre a nivel nacional teniendo en cuenta en cierta medida los flujos internacionales. El MEE es la piedra angular del proceso de planificación. Junto con los Reales Colegios de Médicos y el Ministerio de Salud, determina el cupo de admitidos a las facultades de medicina, siendo el Gobierno el encargado de dotar los fondos para las plazas de formación.

El Consejo de Enfermería y Partería (NMC) mantiene un único marco regulatorio general, aunque la planificación sobre la fuerza laboral de los enfermeros se realiza básicamente a escala regional. Los flujos internacionales son mucho más difíciles de tener en cuenta a este nivel. Nunca ha existido una planificación o un seguimiento de la fuerza laboral de los enfermeros para todo el Reino Unido.

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL

Todos los profesionales sanitarios del NHS están registrados a nivel nacional, y en su práctica totalidad forman parte de la plantilla del NHS. Casi todos los "trusts" del NHS aportan información de planificación mediante un nuevo sistema nacional denominado Electronic Staff Record (ESR). Sin embargo, esto no es así

en el caso del cada vez mayor número de proveedores de servicios ajenos al NHS y contratistas independientes. Los "foundation trusts" tampoco están obligados a proporcionar información sobre fuerza laboral a los sistemas nacionales.

Los Reales Colegios de Médicos disponen de datos sobre altas y bajas en la profesión de médicos tanto nacionales como formados fuera del Reino Unido. La información sobre flujos profesionales entre los cuatro países constituyentes del Reino Unido es menos precisa que la de las entradas y salidas al/del Reino Unido: p. ej., la información escocesa indica que un sujeto abandonó Escocia, pero no cuál fue su destino.

El consejo único de enfermería dispone de información razonablemente buena sobre entradas y salidas a escala nacional. No obstante, un 25%-30% de los enfermeros trabajan fuera del NHS, lo que se traduce en bases de datos más fragmentadas.

METODOLOGÍAS Y HORIZONTE DE PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL Y COSTO DE LA MISMA

En general, la planificación de la fuerza laboral del NHS se ha centrado en modelizar la oferta futura de una sola profesión. La fuerza laboral de médicos a escala nacional y, en particular, todo lo relacionado con la oferta, ha acaparado la atención. Para modelizar las cifras futuras de la fuerza laboral se ha partido del "stock" actual de la fuerza laboral y se ha ajustado por los "flujos" estimados relacionados con las jubilaciones (teniendo en cuenta la edad) y los nuevos entrantes (teniendo en cuenta las cifras de formación).

Las proyecciones realizadas por diversos grupos profesionales individuales han sido la principal fuente de las estimaciones de la demanda futura. El énfasis ha recaído fundamentalmente en la oferta de plazas de formación universitaria, o en la garantía de suficientes puestos de formación a nivel de postgrado. Tales decisiones suelen adoptarse a nivel regional o nacional.

La revisión "Next Stage Review" del NHS considera un ciclo de planificación anual. Comienza con la contratación por los PCTs y los consejos locales con proveedores

de servicios para cubrir las necesidades sanitarias de las poblaciones locales. Dichos proveedores deben demostrar que poseen planes integrados de servicio y de fuerza laboral, incluidas propuestas en materia de formación y desarrollo. Los PCTs generan planes conjuntos de servicio y fuerza laboral, y los envían a las SHAs, quienes combinan dichos planes en un único plan regional y desarrollan planes integrados de servicio y fuerza laboral para cada región. El plan regional de la SHA, que engloba a todas las categorías de trabajadores, debe ser enviado, por medio del Centro para la Inteligencia sobre Fuerza Laboral, a los “consejos de asesoramiento profesional nacional y regional pertinentes para su escrutinio y análisis”.

En Escocia, el Gobierno modificó en 2009 su proceso para la formulación de proyecciones de médicos a largo plazo. El nuevo proceso sustituyó a las proyecciones a cinco y diez años resultantes de los ciclos de planificación anteriores, y refleja las distintas necesidades asociadas al proyecto “Reshaping of Medical Workforce” (Remodelación de la Fuerza Laboral Médica). En 2009, se pidió a los Consejos escoceses del NHS que estimasen las necesidades de fuerza laboral clínica para cada especialidad a nivel de departamentos. Dichas estimaciones se utilizaron más tarde para modelizar los cambios en los cinco años posteriores.

INFLUENCIA DE LA EMIGRACIÓN EN LA FUERZA LABORAL

Los profesionales formados en el extranjero representan un porcentaje sustancial de la fuerza laboral sanitaria británica. Una tercera parte de los médicos, por ejemplo, son titulados extranjeros. Tradicionalmente, Reino Unido ha formado un número insuficiente de médicos y ha recurrido a profesionales del extranjero para cubrir dicho déficit. Los esfuerzos de reclutamiento de médicos extranjeros a principios de la década de 2000 se centraron en países con superávit como, por entonces, España. Sin embargo, también se han captado médicos de otras procedencias, p. ej. Sudáfrica. El Ministerio de Salud inglés apoyó el reclutamiento internacional de profesionales de enfermería como medio para conseguir la expansión del personal. Esto dio lugar a una intensa contratación de enfermeros. Inicialmente, el reclutamiento se concibió como una solución provisional a corto plazo, pero pronto se convirtió en parte integral de la

política de personal del NHS en Inglaterra. Finalmente, se promulgó un Código de Prácticas sobre reclutamiento, si bien sus disposiciones no eran vinculantes para el sector privado.

La política sobre migración cambió hace 2-3 años, dando lugar a un sistema de asignación de puntos en base a la edad, la situación económica, las habilidades y la titulación. Como resultado se formula una lista de categorías profesionales cuyo número de efectivos se considera escaso, la cual es revisada cada seis meses. La mayoría de categorías profesionales no aparecen en dicha lista. En la actualidad, no se encuentra activo ningún programa de reclutamiento internacional.

EL OBSERVATORIO EUROPEO sobre Sistemas y Políticas de Salud de la OMS lidera un consorcio encargado de implantar el proyecto PROMeTHEUS, financiado con fondos de la CE. El proyecto pretende responder a las siguientes seis preguntas:

- ¿Cuál es el grado de movilidad de los profesionales sanitarios en Europa?
- ¿Qué elementos ligados a los países, a los sistemas de salud y a cada individuo incentivan la movilidad de los profesionales sanitarios?
- ¿Qué implicaciones tiene dicha movilidad para los sistemas de salud, los profesionales y los pacientes?
- ¿Qué respuestas de política se han revelado más efectivas, y de qué modo?
- ¿Cuáles son los retos futuros para la movilidad de los profesionales sanitarios?
- ¿Qué pueden hacer los responsables de la toma de decisiones para desarrollar políticas de recursos humanos apropiadas, y para orientar, interrumpir, promover o facilitar la movilidad de los profesionales sanitarios?

El foco del proyecto PROMeTHEUS recae fundamentalmente en los profesionales de medicina, enfermería y odontología. Las conclusiones se darán a conocer en forma de libro en el verano de 2010.

Bélgica, que ostentará la Presidencia rotativa de la UE durante el segundo semestre de 2010, ha adoptado la fuerza laboral sanitaria europea como una de sus prioridades y organizará una Mesa Redonda de Ministros sobre este tema en septiembre de 2010. Como preparativo para la Presidencia Belga, el Observatorio Europeo organizó tres diálogos de política bajo el lema "Investing in

Europe's Health Workforce of Tomorrow: Scope for Innovation and Collaboration" (Invirtiendo en la Fuerza Laboral Sanitaria del Mañana: Margen para Innovación y Colaboración"). Se celebraron en Leuven (Bélgica) en abril de 2010, y contaron con la presencia de ministros, académicos y otros grupos interesados. Uno de los resultados de estos diálogos de política fue la petición de apoyo a la CE para crear una red europea de planificadores de la fuerza laboral sanitaria.

El Registered Nurse Forecasting project (RN4CAST) es un proyecto de investigación, financiado dentro del Séptimo Programa Marco de la CE. Su finalidad es perfeccionar los típicos modelos de planificación de la fuerza laboral mediante la inclusión de factores que tengan en cuenta el impacto de los distintos aspectos del entorno laboral y la titulación de los enfermeros en su rotación, productividad y los resultados con los pacientes.

La "Carta Europea" es un proyecto de la CE aún pendiente de concreción. Dicho proyecto contempla la expedición a los médicos de la UE de una tarjeta identificativa con un chip que contenga sus datos profesionales relevantes. Los funcionarios de cualquier otro Estado miembro de la UE podrían consultar esos datos, lo que permitiría disponer de información precisa sobre el número de médicos de la UE que han dejado su país para trabajar en otro Estado de la UE. El sistema sólo incluiría a aquellos médicos formados en terceros países que hubieran sido autorizados para ejercer en un Estado de la UE.

EL PRESENTE ESTUDIO viene a confirmar las observaciones incluidas en el reciente resumen sobre políticas de recursos humanos a cargo de Dussault et al. En él, los autores señalaban que “el estado actual de la mayoría de las bases de datos nacionales es, por lo general, inadecuado para permitir un análisis válido y fiable de la situación de partida”, y que la “inmensa mayoría de países del mundo carecen de un enfoque estructurado en su estrategia sobre recursos humanos”. En su lugar, la mayoría de países, incluidos los integrantes de la UE, “optan por un enfoque reactivo consistente en responder a los problemas sólo en el momento en que estos pasan a ser apremiantes y sensibles políticamente”.

La planificación de la fuerza laboral, cuando existe, continúa estrechamente centrada en categorías individuales del personal. Incluso en Reino Unido, donde la planificación de la fuerza laboral está considerablemente más desarrollada que en otros países analizados, los procesos de planificación revisados recientemente no han propiciado su reorientación hacia una planificación integrada que abarque todas las profesiones y disciplinas.

La situación varía considerablemente entre los países examinados por lo que respecta a los métodos de planificación de la fuerza laboral y su nivel de sofisticación, la robustez de la información disponible, la participación de los actores relevantes y el grado en el que se tienen en cuenta los flujos de médicos formados en el extranjero a la hora de la planificación. En cambio, casi todos estos países afrontan unos desafíos parecidos, que incluyen el gradual envejecimiento de la fuerza laboral sanitaria, la creciente cuota de mujeres médicas, el menor atractivo de las profesiones sanitarias, la Directiva Europea sobre la Jornada de Trabajo y unas necesidades cambiantes en materia de atención de salud. Estas y otras cuestiones han contribuido a situar la planificación de la fuerza laboral en un lugar destacado de la lista de prioridades de los responsables de políticas de salud y gestores, tanto a nivel europeo como en otros muchos países. Aunque últimamente está empezando a prestarse la debida atención, todavía queda mucho por hacer para garantizar el acceso a una información robusta, el desarrollo de habilidades de planificación de la fuerza laboral y el diseño y la implantación de sistemas de planificación apropiados.

1. James Buchan, Professor, Faculty of Social Sciences and Health Care, Queen Margaret University, Escocia.
2. Martine Burdillat, Secrétaire Générale, Observatoire National de la Demographie des Professions de Sante, Francia.
3. Yann Bourgueil, Directeur de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), Francia.
4. Mario dal Poz, OMS/Ginebra.
5. Christophe Debout, Ecole de Hautes Études de Santé Publique, Francia (sin respuesta).
6. Norbert Dreesch, OMS/Ginebra.
7. Josep Figueras, Director del Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Salud.
8. Alberto Infante, Ministerio de Sanidad y Política Social, España.
9. Mireille Kingma, Consultant, Nursing and Health Policy, Consejo Internacional de Enfermeros.
10. Leif Lindberg, Senior Administrative Officer, Employer Policy Division, Asociación Sueca de Municipios y Regiones, Suecia.
11. Cristina Mattsson Lundberg, International Strategist, Director General's office, Instituto Nacional Sueco de Salud Pública, Suecia.
12. Mario Millan, Deputy Manager, Department of Demography and Training of Health Workforce, Ministerio de Salud, Francia.
13. Maria Möllergren, International Affairs, National Board of Health and Welfare, Suecia
14. Galina Perfilieva, Regional Adviser, Health Sector Human Resources, OMS/Euro (sin respuesta).

15. François Petitjean, Responsable de Formation, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Francia.
16. Jeanine Pommier, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Francia.
17. Paul de Raeve, Federación Europea de Organizaciones de Enfermería.
18. Eva Szutkowska, International Officer, RN, Asociación Sueca de Profesionales Sanitarios, Suecia.
19. Peter Tackenberg, Senior consultant, German Nurses Association, Alemania.
20. Matthias Wismar, Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Salud.

1. Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del sistema nacional de salud. Consejo Interterritorial del SNS, España. 18 de marzo de 2010.
2. Årsrapport NPS 2010. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Socialstyrelsen. Suecia.
3. Barber Pérez P. y González López-Valcárcel B. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025). Diciembre 2008. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Marzo 2009.
4. Bourgueil Y. y Berland Y. Health care human resource policy in France. Eurohealth Vol 12 No 3, 2006, pp 24-26.
5. Buchan J., Baldwin S. y Munro M. Migration of Health Workers: The UK Perspective to 2006. OECD Health Working Paper No. 38. OECD. DELSA/ELSA/WP2/HEA (2008)5. 13 de octubre de 2008.
6. Buchan J. Nurse workforce planning in the UK. A report for the Royal College of Nursing. Royal College of Nursing. Londres. 2007.
7. Cash R. y Ulmann P. OECD Health Working Papers no. 36. Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé: Le cas de la France. DELSA/ELSA/WP2/HEA(2008)3. 1 de octubre de 2008.
8. Lord Darcy of Denham. High quality care for all: NHS Next Stage Review final report. Department of Health, U.K. 30 de junio de 2008.
9. Dussaut G., Buchan J., Sermeus W. y Padaiga Z. Assessing future health workforce needs. Policy Summary Draft for consultation. Produced by the European Observatory of Health Systems and Policies and the Health Evidence Network of WHO/Europe to be discussed in policy dialogues organised on behalf of the EC/SANCO in Leuven, Belgium, 26-30 de abril de 2010.
10. Francia: Estudio prospectivo de las profesiones más afectadas por los factores de evolución probables de la función pública hospitalaria. Tomo I: Factores

de evolución probables a medio y largo plazo en el ámbito sanitario, social y medico-social público. Traducido del francés. Sin fecha.

11. Francia: Estudio prospectivo de las profesiones sensibles de la función pública hospitalaria. Tomo 2: Monografía de 10 profesiones y grupos de profesiones sensibles. Traducido del francés. Sin fecha.
12. Francia: La renovación del personal médico. Tomo 3: Investigación de 2008-2009. Traducido del francés. Sin fecha.
13. Grantham D. Towards self-sufficiency in the supply of medical staff – UK perspective. 11th International Medical Workforce Collaborative Conference. Edinburgh, Scotland. Septiembre 2008.
14. Guidance for projecting future medical requirements within clinical workforce 2009-2014. The Scottish Government. Health Workforce Planning and Development Division. 30 de junio de 2009.
15. Hann M., Sibbald B. y Young R. Workforce participation among international medical graduates in the National Health Service of England: a retrospective longitudinal study. *Human Resources for Health* 6:9, 2008.
16. Imison C, Buchan J. y Xavier S. NHS workforce planning: Limitations and possibilities. King's Fund. Londres. 2009.
17. Izquierdo Martínez M., Avellaneda Fernández A. y Rivero Cuadrado A. Las necesidades de médicos en España. Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Universidad Europea de Madrid. España. Sin fecha (2010?).
18. La politique française concernant la repartition des médecins. Ministère de la Santé et des Sports. Francia. Abril 2009.
19. Labour Supply in Sweden: Midwives, nurses, doctors, dental hygienists and dentists. 2007. National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), Suecia.
20. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2008-2023. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. Socialstyrelsen. Suecia.

21. Rechel B., Dubois C.-A. y McKee M. (eds.) *The Health Care Workforce in Europe: Learning from Experience*. Organización Mundial de la Salud 2006, en nombre del Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Salud.
22. *Skilled Shortage Sensible. Second review of the recommended shortage occupation lists for the UK and Scotland: Autumn 2009*. Migration Advisory Committee Report. Reino Unido. Octubre 2009.
23. *Spanish Initiatives: Assessing future health workforce needs*. Una presentación en Powerpoint del Ministerio español de Sanidad y Política Social, durante la Presidencia Española de la Unión Europea. 2010.
24. *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2008*. Socialstyrelsen. Suecia. Agosto 2009.
25. *The Looming Crisis In the Health Workforce: How can OECD countries respond?* OECD Health Policy Studies. OCDE 2008. (www.sourceoecd.org/social-issues/9789264050433)
26. Sir John Tooke. *Aspiring to excellence. Final report of the independent inquiry into modernising medical careers*. MMC Inquiry. Londres. 2008.
27. *Workforce Planning. Fourth Report of Session 2006-07. Volume I*. House of Commons Health Committee. Londres. 22 de marzo de 2007.

CUESTIONARIO SOBRE PLANIFICACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMEROS EN UNA SELECCIÓN DE PAÍSES EUROPEOS (FRANCIA, ALEMANIA, ESPAÑA, SUECIA Y REINO UNIDO)

1. ¿Quiénes (qué entidades/organizaciones) participan en la planificación de la fuerza laboral de médicos y enfermeros a nivel local, regional y/o nacional?
2. ¿Cuáles son las funciones/responsabilidades específicas en materia de planificación de la fuerza laboral de dichas entidades/organizaciones?
3. En su opinión, ¿existe una capacidad de planificación de la fuerza laboral adecuada a las funciones/responsabilidades en los diferentes niveles de planificación?
4. ¿Qué metodologías de planificación de la fuerza laboral (esto es, análisis de stocks y flujos, planificación de escenarios, etc.) se utilizan? ¿Varían las metodologías empleadas según el nivel de planificación (local, regional o nacional)? ¿Adopta la planificación un enfoque “de arriba hacia abajo” o “de abajo hacia arriba”?
5. ¿Cuál es el horizonte de planificación de la fuerza laboral en cada nivel de planificación?
6. ¿Se han realizado estudios de costos en relación con los planes de la fuerza laboral?
7. ¿Tienen en cuenta los planes de la fuerza laboral la emigración internacional de médicos y enfermeros hacia/desde el país? En caso afirmativo, explicar cómo. ¿Consideran o incluyen la emigración circular?
8. ¿Están los distintos procesos de planificación y planes de la fuerza laboral integrados entre los niveles local, intermedio y central? En caso afirmativo, explicar de qué forma.
9. ¿A quién reportan los planificadores de la fuerza laboral en los diferentes niveles de planificación?
10. ¿Se controla periódicamente la ejecución de los planes de la fuerza laboral? En caso afirmativo, ¿por quién?

11. ¿En la planificación de la fuerza laboral, se tienen en cuenta los requerimientos tanto de los servicios de salud públicos como privados (a nivel local, regional o nacional)? ¿O los planes sólo cubren los médicos y los enfermeros requeridos para prestar los servicios estatales de salud?
12. ¿Quién (qué entidad o entidades) recoge y mantiene la información sobre los stocks actuales de médicos y enfermeros? ¿Se encuentra esta información disponible de forma desglosada por licenciados nacionales e internacionales?
13. ¿De qué información se dispone sobre el stock futuro (esto es, altas y bajas en la fuerza laboral) de médicos y enfermeros nacionales? ¿Quién (qué entidad o entidades) recoge y mantiene dicha información?
14. ¿De qué información se dispone sobre el stock futuro (esto es, altas y bajas en la fuerza laboral) de médicos y enfermeros internacionales? ¿Quién (qué entidad o entidades) recoge y mantiene dicha información?
15. ¿De qué información se dispone sobre altas y bajas de médicos y enfermeros nacionales e internacionales registradas en el país? ¿Quién (qué entidad o entidades) recoge y mantiene dicha información?
16. En su opinión, ¿la información sobre stocks y flujos de profesionales sanitarios nacionales e internacionales es precisa, adecuada y está fácilmente a disposición de todos los que necesitan acceder a ella? En caso contrario, ¿qué información considera que es especialmente escasa o inexistente?

PANDRAMA ACTUAL SOBRE PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL EN INGLATERRA: ORGANIZACIONES CLAVE, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES¹

(a) El Workforce Directorate Analysis Team (WDAT) es un equipo reducido dentro del Workforce Directorate dependiente del Ministerio de Salud, que:

- Proporciona apoyo analítico sobre temas relacionados con la capacidad de la fuerza laboral, incluida la planificación de la fuerza laboral,
- Actúa como enlace técnico entre el Ministerio de Salud y el equipo NHS Workforce Review (WRT).
- Ayuda a especificar y a evaluar por pares el análisis realizado por el WRT.
- Colabora en el desarrollo de modelos con asociados, como el WRT.

(b) El WRT es un grupo de planificadores de la fuerza laboral dedicados, entre los que se incluyen analistas de información, modelizadores de datos y asesores profesionales (p. ej., en lo relativo a medicina, enfermería, etc.). Sus funciones son:

- Generar datos y análisis fiables sobre la totalidad de la fuerza laboral registrada del sistema público de salud (NHS) en Inglaterra.
- Identificar prioridades clave en la fuerza laboral para el NHS mediante el desarrollo y mantenimiento de relaciones mutuamente beneficiosas con las Autoridades Sanitarias Estratégicas (SHAs), los colegios profesionales, los académicos y representantes independientes y de sectores terceros.
- Desarrollar modelos y herramientas técnicas y distribuirlos de forma amplia dentro del NHS.
- Dirigir un curso de bienvenida y adaptación para los planificadores de la fuerza laboral.

¹ Adaptado del Apéndice A en Imison C, Buchan J y Xavier S. NHS workforce planning: Limitations and possibilities. King's Fund. Londres. 2009.

(c) Skills for health (SfH) es el Consejo de Habilidades correspondiente al Sector de la atención de salud. (Existen 25 Consejos, autorizados por el Secretario de Estado de Educación y Habilidades).

- Desarrolla y gestiona las competencias de la fuerza laboral sanitaria nacional.
- Traza perfiles de la fuerza laboral del Reino Unido.
- Mejora las habilidades de la fuerza laboral.
- Influye en la educación y la oferta de cursos de formación.
- Trabaja con los asociados.

Es probable que el SfH se convierta en la autoridad más importante en materia de información e inteligencia sobre el mercado laboral. Está desarrollando una base de datos sobre competencias de la fuerza laboral nacional. El SfH incluye el equipo Workforce Projects (WPT), que ofrece herramientas, técnicas y enfoques para la planificación de la fuerza laboral. También dirige un curso de introducción a la planificación de la fuerza laboral, un título de postgrado más avanzado, talleres y clases magistrales.

(d) Skills for Care (SfC) England

- Desarrolla el Conjunto Nacional Mínimo de Datos sobre Asistencia Social.
- Aporta datos fiables sobre fuerza laboral a los empleadores para contribuir a desarrollar nuevos procedimientos de trabajo y prestar servicios de ayuda social.

(e) NHS Institute for Innovation and Improvement (NHS I²) aporta un enfoque nacional coordinado para los principales retos que afronta el NHS.

- Prioriza el desarrollo y la diseminación rápida de nuevas tecnologías y procedimientos de trabajo.
- Brinda oportunidades de aprendizaje, p. ej., "liderazgo transformacional".
- Gestiona el Plan de Gestión para la Formación de Licenciados del NHS.

(f) NHS Employers (NHSE)

- Representa a “trusts” dedicados a temas relativos a la fuerza laboral, como remuneración y negociación, políticas y prácticas de empleo, reclutamiento, etc.
- Da a los empleadores voz en la formulación de políticas sobre asuntos nacionales relativos a la fuerza laboral a través del Social Partnership Forum.
- Apoya a los empleadores con asesoramiento e información sobre planificación de la fuerza laboral.
- Brinda apoyo general sobre desarrollo profesional a los empleados del NHS.

(g) NHS Information Centre for Health and Social Care (ICHSC)

- Actúa como foco de estadísticas nacionales comparadas y de datos sobre fuerza laboral en materia de atención de salud y asistencia social.
- Verifica (con los “trusts”) la información registrada en el Registro Electrónico de Personal (ESR).
- Recoge datos sobre número de empleados del NHS, beneficios, rotación, vacantes y ausencias, y prepara un censo anual de la fuerza laboral.

(h) Colegios/asociaciones profesionales

- Excelentes fuentes de datos, aunque las funciones y responsabilidades varían de una organización a otra.
- La mayoría de Reales Colegios de Profesiones Médicas desarrollan alguna recolección de datos sobre la fuerza laboral o alguna función de planificación. Algunos elaboran sus propios censos de la fuerza laboral (el Real Colegio de Patólogos y el Real Colegio de Médicos son especialmente activos en este sentido).

La Acción " Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido", financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo (Contrato Nº MIGR/2008/152-804), es desarrollada por la Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/DMS) y en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay a través del Grupo de Trabajo de Migraciones Profesionales del Espacio Iberoamericano, cuya Secretaría ostenta.

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Juan Ignacio Martínez Millán

Lic. M^º Agustina Pando Letona

Campus Universitario de Cartuja

Apdo. de correos 2070

18080 Granada - España

Tel. +34 958 027 400

Fax +34 958 027 503

E-mail: maritxu.pando.easp@juntadeandalucia.es

Web EASP: www.easp.es

Web Acción: www.mpdc.es



Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo

