



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

IX LEGISLATURA

Serie I:
BOLETÍN GENERAL

18 de junio de 2010

Núm. 483

ÍNDICE

Páginas

PONENCIAS DE ESTUDIO

- Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo (543/000005) 1

PONENCIAS DE ESTUDIO

543/000005

PRESIDENCIA DEL SENADO

Se ordena la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES del Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo.

Lo que se publica para general conocimiento.

Palacio del Senado, 16 de junio de 2010.—P. D., **Manuel Cavero Gómez**, Letrado Mayor del Senado.

Al Excmo. Sr. Presidente de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo.

Excmo. Sr.:

La Ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo, ha aprobado, por unanimidad, el siguiente Informe:

INFORME DE LA PONENCIA DE ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

I

ANTECEDENTES

La Comisión de Sanidad y Consumo, en su sesión celebrada el día 16 de octubre de 2008, aprobó una moción presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Senado, por la que se acordaba la creación de una Ponencia, en el seno de la mencionada Comisión, que estudiara las necesidades de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, con el siguiente texto:

«La Comisión de Sanidad y Consumo del Senado acuerda la creación en su seno de la Ponencia que estudie las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud.

Las conclusiones de dicha Ponencia, una vez sean aprobadas por el Pleno del Senado, se trasladarán al Gobierno, para que las ponga en conocimiento de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de

Salud, donde se encuentran representadas todas las Administraciones competentes en la materia.»

En la reunión de la Comisión de Sanidad y Consumo celebrada el día 27 de octubre de 2008 se designó a los Senadores que iban a formar parte de la Ponencia:

- Aleixandre y Cerarols, D.^a Rosa Nuria (Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió)
- Corcuera Muguerza, Paulino Ramón (Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas)
- Esquerda Segués, D. Josep Maria (Grupo Parlamentario Entesa Catalana de Progrés)
- Maestre Martín de Almagro, D.^a Cristina (Grupo Parlamentario Socialista)
- Pan Vázquez, D.^a María Dolores (Grupo Parlamentario Popular en el Senado)
- Pérez Bouza, D. José Manuel (Grupo Parlamentario Mixto)
- Velasco Morillo, D.^a Elvira (Grupo Parlamentario Popular en el Senado)
- Villagrán Bustillos, D. Pedro (Grupo Parlamentario Socialista)

Posteriormente, se produjeron las siguientes altas y bajas:

- Corcuera Muguerza, D. Paulino Ramón (Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas), fue miembro de la Ponencia desde el 27 de octubre de 2008 al 11 de junio de 2009.
- Pérez Bouza, D. José Manuel, fue miembro de la Ponencia desde el 27 de octubre de 2008 al 15 de junio de 2009, como Senador del Grupo Parlamentario Mixto, pasando posteriormente al Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas, y formando parte, igualmente, de la Ponencia.
- Mur Bernad, D. José María, Grupo Parlamentario Mixto, miembro de la Ponencia desde el 23 de junio de 2009.

La Ponencia se reunió por vez primera el 5 de noviembre de 2008 con el objeto de programar el calendario y los trabajos de la Ponencia, nombrándose a D.^a María Dolores Pan Vázquez, del Grupo Parlamentario Popular en el Senado, coordinadora de la misma, con el fin de facilitar la organización de los trabajos de la Ponencia.

Incluyendo esta primera, de 5 de noviembre de 2008, la Ponencia ha celebrado un total de 28 reuniones en las siguientes fechas:

- 5 de noviembre de 2008
- 3 de diciembre de 2008
- 2 de febrero de 2009
- 3 de febrero de 2009
- 30 de marzo de 2009
- 15 de abril de 2009
- 21 de abril de 2009
- 6 de mayo de 2009
- 7 de mayo de 2009
- 18 de mayo de 2009
- 8 de junio de 2009

- 22 de junio de 2009
- 8 de septiembre de 2009
- 1 de octubre de 2009
- 28 de octubre de 2009
- 29 de octubre de 2009
- 10 de diciembre de 2009
- 3 de febrero de 2010
- 3 de marzo de 2010
- 13 de abril de 2010
- 27 de abril de 2010
- 10 de mayo de 2010
- 12 de mayo de 2010
- 25 de mayo de 2010
- 26 de mayo de 2010
- 1 de junio de 2010
- 9 de junio de 2010
- 15 de junio de 2010

En dichas sesiones, la Ponencia ha contado con la presencia y explicaciones de los 65 comparecientes que a continuación se relacionan, representantes de distintos sectores (colegios profesionales, asociaciones y sindicatos, autoridades políticas, etc.):

- Secretario General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, D. Juan José Rodríguez Sendín.
- Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, D. Máximo González Jurado.
- Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Fisioterapeutas de España, D. Pedro Borrego Jiménez.
- Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, D. Pedro Capilla Martínez.
- Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Veterinarios de España, D. Juan José Badiola Díez.
- Presidente del Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña, D. Jordi Dalmasas Balañá.
- Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, D. Manuel Alfonso Villa Vigil.
- Vicesecretario de la Junta de Gobierno del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, D. Fernando Chacón Fuerte.
- Presidente del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, D. Miquel Bruguera Cortada.
- Presidenta del Consejo Catalán de Colegios de Enfermería de Cataluña, D.^a Mariona Creus i Virgili.
- Secretario General de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), D. Patricio Martínez Jiménez.
- Secretario General de Acción Sindical del Sindicato de Enfermería (SATSE), D. Rafael Reig Recena.
- Secretaria General de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras (CC.OO), D.^a M.^a José Alende Maceira.
- Secretaria General de Sanidad de la Confederación Intersindical Gallega (CIG), D.^a M.^a José Abuin Álvarez.
- Secretaria del Sector Salud y Servicios Sociosanitarios de la Unión General de Trabajadores (UGT), D.^a Pilar Navarro Barrios.

- Presidenta de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) D.^a Ana Vicente Cintero.
- Presidente de la Federación Española de Ortesistas Protesistas, D. Carlos Córdoba Berlanga.
- Vicedecano del Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas, D. Ángel García Muñoz.
- D.^a María Jesús Rivero Alemán, óptico-optometrista.
- Presidenta del Consejo General de Colegios de Logopedas, D.^a Anna Civit i Canals.
- Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, D. José Mariano de León Lázaro.
- Presidente del Colegio Oficial de Ópticos Optometristas de Cataluña, D. Vicenç Masià Gómez.
- D. Jordi Castellví Manent, óptico-optometrista.
- Presidente de la Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas, D. Giuseppe Russolillo Femenías.
- Representante de la Asociación de Médicos extracomunitarios (ASOMEX), D. Abraham Moisés Barbero González.
- Representante de los colectivos Médicos Especialistas sin Título (MESTO), D.^a María Mercedes Zahonero Caba.
- Representante de los colectivos Médicos Especialistas sin Título Oficial (MESTO) y Farmacéuticos Especialistas sin Título Oficial (FESTO) de la Comunidad Autónoma de Cataluña, D. Ricard Yago Escobedo.
- Representante del Royal College of Nursring of the United Kingdom, Mr. Alan Dobson.
- Presidente de la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina, D. Joaquín García-Estañ López.
- Presidenta de la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería, D.^a Pilar Tazón Ansola.
- Presidenta de la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Fisioterapia, D.^a M.^a Teresa Labajos Manzanares.
- D.^a Pilar Navarro Pérez, Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), D. Benjamín Abarca Buján.
- Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semMFYC), D. Luis Aguilera García.
- Presidente de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), D. Juan Ruiz-Canela Cáceres.
- Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), D. Julio Zarco Rodríguez.
- Presidente de la Conferencia de Decanos de Psicología, Dr. Jesús Gómez Amor, para informar en relación con la materia objeto de estudio de la Ponencia.
- Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, Dr. Ezequiel Rodríguez Rodríguez.
- Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Dr. Enrique Cáceres Palou (SECOT).
- Jefa de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Gregorio Marañón, Dra. M.^a Jesús Mardomingo Sanz.
- Vicepresidente Primero de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Dr. Tomás Toranzo Cepeda.
- Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, Dr. Francisco Vicente Fornés Ubeda.
- Vicepresidenta de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, Dra. María Isabel Benavent Gordo.
- Vocal de Relaciones Institucionales de la Asociación Española de Cirujanos, Dr. José Ignacio Landa García.
- Presidente de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), D. Fernando Gilsanz Rodríguez.
- Presidente de la Comisión Nacional de Urología, D. Juan Morote Robles.
- Presidenta de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, D.^a Inmaculada García Montés.
- Secretario de la Sociedad Andaluza de Ortesistas y Protesistas (S.A.D.O.P.), D. Daniel García Jurado.
- Director del Instituto Diagnóstico por la Imagen (IDI) del Hospital Universitario Doctor Josep Trueta de Girona, D. Salvador Pedraza Gutiérrez.
- Adjunto a la Gerencia Territorial Metropolitana Sur Costa de Ponent, D. Lluís Gamell Álvarez.
- Presidente del Foro Español de Pacientes, D. Albert Joan Jovell Fernández.
- Director Adjunto Corporativo del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, D. Marc Soler Fábregas.
- D.^a Beatriz González López-Valcárcel, Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Vicepresidente 1.º de la Federación Europea de Médicos Asalariados (FEMS), D. Carlos Amaya Pombo.
- Presidente de la Asociación Española de Neurocirugía, D. José Eiras Ajuria.
- Presidente de la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, D. Marciano Sánchez Bayle.
- Vocal de la Sección de Análisis Clínicos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, D. Apolinar Serna Martínez.
- Consejera de Salud de la Generalidad de Cataluña, D.^a Marina Geli i Fábrega.
- Consejera de Sanidad de la Junta de Galicia, D.^a M.^a del Pilar Farjas Abadía.
- Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, D. Juan José Güemes Barrios.
- Vicepresidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas, D. Antonio Montero Sines.
- Secretario General de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, D. José Luis Rocha Castilla.
- Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, D.^a María Mercedes Roldós Caballero.
- Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, D. Alfonso Moreno González.
- Presidente de la Comisión Ejecutiva de Biocat, D. Manel Balcells Díaz.

— Presidente de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), D. Cristóbal León Gil.

Las sesiones con los referidos comparecientes se iniciaron el día 3 de diciembre de 2008 y finalizaron el día 3 de marzo de 2010.

Se transcribe, seguidamente, un extracto del contenido de cada una de las comparecencias celebradas, agrupadas por sesiones y siguiendo estrictamente el calendario de su celebración.

II

EXTRACTO DE LAS COMPARECENCIAS CELEBRADAS

1. Sesión de 3 de diciembre de 2008.

1.1. Comparecencia del Secretario General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, D. Juan José Rodríguez Sendín.

«El déficit de médicos es un problema complejo, selectivo para ciertas plazas y ubicaciones, específico para algunas especialidades y, sin duda, un problema grave que puede condicionar la calidad y el rumbo del Sistema Nacional de Salud.»

Con esta afirmación dio comienzo a su intervención el compareciente, quien pasó, de inmediato, a analizar cómo se llegó a la deficitaria situación actual: del exceso de oferta asistencial de los años ochenta y noventa, que motivó una precarización laboral sin precedentes, se pasó, tras las transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas, a un sistema de 17 partes sin coordinación, que se comportan como mercados de trabajo cerrados con diferencias salariales importantes entre ellos. Sin embargo los puestos de trabajo a pesar de las diferencias individuales se siguen tratando como iguales, sin incentivos ni reconocimientos profesionales.

La falta de desarrollo en aspectos fundamentales de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la paralización del Consejo Interterritorial agravaron la situación.

A continuación, el compareciente se detuvo en exponer las cifras de médicos colegiados (208.098 en 2007, ita est, 459,55/100.000 habitantes), de médicos colegiados menores de 65 años (187.780 en 2007, o sea, 414,68/100.000 habitantes), de médicos asistenciales (172.364 en 2007, es decir, 380,64/100.000 habitantes) y de médicos asistenciales desglosados por Comunidades Autónomas y de médicos asistenciales en el Sistema Nacional de Salud (85.477 en 2006, lo que supone 189,11/100.000 habitantes). De los datos detallados, el Sr. Sendín extrajo una conclusión: si consideramos el número de médicos colegiados, España se encuentra en las primeras posiciones del mundo. Sin embargo, lo cierto es que no hay médicos suficientes para cubrir ciertas plazas en ciertos lugares de algunas especia-

lidades y para ciertas condiciones bien de las plazas, bien de los incentivos que se ofrecen para su desempeño.

El problema, además, no sólo es cuantitativo, sino cualitativo: los médicos españoles emigran a otros países (fundamentalmente al Reino Unido y Portugal) y, por otro lado, España importa médicos de otros países (de Iberoamérica o de Europa del Este) para compensar el déficit que ocasiona la marcha de nuestros médicos.

La solución del problema expuesto pasa por replantearse tanto el modelo asistencial (actualmente centrado en agudos a pesar de que el enfermo más frecuente es crónico, polimedicado, anciano, dependiente, fragmentado entre primaria, especializada y servicios sociales) como el modelo de gestión de personal (centralizado). Sería necesaria la articulación de un modelo asistencial más equilibrado (mixto, capaz de atender al enfermo agudo y de ofrecer atención continuada al crónico) dentro de un sistema integrado de salud (que ofrezca mayor calidad, minime costes, duplicidades en el tratamiento, repetición 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.

Tanto la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, de 21 de noviembre), como el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) regularon determinados aspectos cuyo desarrollo sería imprescindible para una adecuada gestión de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud: la creación de los registros públicos de profesionales (lo que permitiría disponer de una información fiable sobre el número de profesionales, su distribución geográfica, edad...), el reglamento de especialidades (reconocimiento de titulaciones de países extracomunitarios, obtención de títulos de especialista de especialidades del mismo tronco, áreas de capacitación específica, requisitos de acreditación de centros o unidades para formación de especialistas, especialidades sin sistema de formación en residencia) y la declaración formal del carácter de profesión sanitaria para actividades distintas de las que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias define mediante norma con rango de ley. Cuestiones con un desarrollo normativo muy desigual entre las distintas Comunidades Autónomas son, además, los planes de ordenación de recursos humanos, la clasificación de personal, la carrera profesional, retribuciones, la complementación de la productividad o la jubilación.

En conclusión, a pesar de la cantidad de médicos asistenciales y de médicos activos profesionalmente existentes en España, el Sistema Nacional de Salud sufre un déficit selectivo de médicos, motivado por varias razones —entre ellas, el actual modelo asistencial y de gestión—, agravado por la falta de planificación estratégica de recursos humanos, por la carencia de un sistema de información apropiado y por la estructura rígida y descoordinada del Sistema Nacional de Salud.

Propuestas que el compareciente formuló —y con ellas puso fin a su exposición— para resolver el problema referido fueron las siguientes:

— La necesidad de un pacto sanitario, con refrendo parlamentario, que garantice la coordinación general sanitaria (médicos + sanitarios + gestores).

— Contar con un sistema de información transparente continua que facilite datos homologados de distintos organismos y de las Comunidades Autónomas.

— Realización de estudios específicos, independientes por especialidades, para conocer la distribución y necesidades de médicos, así como de los factores que las determinan, como las actividades no asistenciales de los médicos, número de horas disponibles, modelos de práctica médica, bajas en la actividad asistencial, jubilaciones, horas de trabajo de los médicos en formación, consecuencias del binomio inmigración/emigración.

— Lograr un modelo consensuado de organización sanitaria, con la atención primaria como eje y un crecimiento hospitalario organizado.

— Coordinación de las políticas asistenciales y de recursos humanos, con la planificación de recursos, la organización de estrategias, la regulación de plazas pre y postgrado, la reconsideración de las jubilaciones, la redistribución de los profesionales, geográficamente y por especialidades, la redistribución de tareas entre los distintos profesionales sanitarios, la descentralización de la gestión y el control de la demanda asistencial.

Pese a todo lo cual, en afirmación final del compareciente, «tenemos un buen Sistema Nacional de Salud y una profesión médica excelentemente valorada, en quienes los ciudadanos tienen depositada su confianza».

1.2. Comparecencia del Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, D. Máximo González Jurado.

Partiendo de la definición de profesiones sanitarias que se contiene en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, el compareciente centró la primera parte de su intervención en el concepto de la enfermería como profesión sanitaria regulada (en la medida en que cuenta con una titulación universitaria en el ámbito de la salud y cuenta con colegios profesionales reconocidos por los poderes públicos), que se ocupa de la dirección, evaluación y prestaciones de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

La regulación de la enfermería, desde el punto de vista europeo, se contiene en la Directiva de cualificaciones de 2005 (que establece qué es el enfermero, cuáles son sus atributos, qué formación ha de tener —programa, tiempo— y la libre circulación de profesionales en el entorno de la Unión Europea), así como, en lo que a formación se refiere, en el proceso de Bolonia (que establece el grado y el postgrado de los estudios de enfermería).

Desde el punto de vista español, la Ley Orgánica de Universidades, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley de Colegios Profesionales establecen los estándares de la práctica y la educación del enfermero.

Especial mención hizo el compareciente, en este punto, al programa de grado de enfermería, que comporta la rea-

lización de 240 créditos en cuatro años, ya implantado en algunas universidades españolas y que, para 2010, debe, por imperativo de Bolonia, ofrecerse en todas; así como a los programas universitarios de máster (de 60 a 120 créditos) y de doctorado (tercer ciclo) de la propia disciplina, con un tiempo de 2-3 años de especialización, según el viejo modelo MIR. Se trata, con ello, de avanzar en el nivel de formación basado en competencias, para luego desarrollar esas competencias en el Sistema Nacional de Salud.

A continuación, el Sr. González Jurado hizo entrega del «Libro Verde sobre la fuerza laboral europea para la sanidad» —todavía no aprobado oficialmente—, del que comentó algunos datos:

— La necesidad de adaptar los sistemas sanitarios y sociales a los cambios demográficos, tecnológicos, económicos e institucionales.

— Los trabajadores sanitarios suponen el 7% de la fuerza laboral de la Unión Europea, la atención sanitaria consume entre el 7 y el 11% del PIB en Europa occidental y el 70% de los presupuestos sanitarios europeos se dedica a los sueldos de los trabajadores en el ámbito de la salud.

— En Europa son reseñables el envejecimiento de la población (66 millones de personas de 55 a 64 años frente a 44 millones de 15 a 24 años para 2050) y el aumento de la esperanza de vida (2,5 años por década).

— Asimismo, envejecen los profesionales de enfermería: en el Reino Unido, la mitad de las enfermeras son mayores de 45 años y en España, el 38%.

— Aumenta la demanda de servicios sanitarios, porque se vive más y con mejor salud, por el tratamiento de las enfermedades crónicas cerca de los hogares, y porque el empleo femenino conlleva una menor capacidad de las familias de cuidar a los enfermos, con lo que se demandan más servicios especializados; entre otras causas.

En cuanto al tema concreto de los recursos humanos de enfermería en España, el compareciente ofreció cifras absolutas de España, y situando a nuestro país en el entorno europeo. Así, España cuenta con 531 enfermeras por cada 100.000 habitantes, muy por debajo de la media europea de 800 enfermeras por cada 100.000 habitantes y muy alejada de las entorno a 2.000 de países a la cabeza como Finlandia o Irlanda.

En cuanto al número de médicos en relación con las enfermeras, es de 45,58%, 445,38 médicos por cada 100.000 habitantes, quedando España también en este punto situada en los países de cola (sólo por encima de Bulgaria, Portugal, Rumanía, Grecia y Chipre).

Estos ratios permanecen más o menos iguales si se hace un estudio en España por Comunidades Autónomas: sólo Navarra, con 913 enfermeras/100.000 habitantes, supera la media europea; frente a Murcia, la Comunidad Autónoma con menos enfermeras, 332/100.000 habitantes. Y en cuanto a la ratio de médicos en relación con enfermeras, estamos en un 46,13% en Navarra, frente a los 53,13% de Murcia.

Para estar en la media europea, España, con 243.000 enfermeras para una población de 45 millones de habitantes, necesitaría un incremento de 122.400 enfermeras; con una proyección de 48 millones de personas en 2020, 150.000 enfermeras; y con una población de 50 millones para 2030, 160.000 enfermeras más.

Varias estrategias propuso el Sr. González Jurado frente a la descrita situación:

— Desarrollo de nuevas competencias acordes a los nuevos currículos de enfermeras generalistas y especialistas (siendo, a diferencia del modelo médico, compatibles ambas prácticas).

— Incremento de la oferta de plazas educativas en el grado universitario de enfermería, así como en las especialidades enfermeras (en unas 100.000 plazas más de las que actualmente se ofertan).

— Estrategias dirigidas a la fidelización y motivación de las enfermeras.

— Pacto por la Sanidad, con el compromiso de las diferentes Administraciones sanitarias de alcanzar los ratios de enfermeras, proyectadas para 2020 y 2030, así como homogeneización de los niveles retributivos de la carrera profesional en todo el Estado español.

En fin, el compareciente sintetizó, en sus conclusiones, lo expuesto a lo largo de su comparecencia:

— El modelo asistencial español se encuentra fuertemente medicalizado: España es el segundo país en mayor número de médicos y el tercero con menos número de enfermeras de la Unión Europea.

— Es alarmante la escasa dotación de enfermeras en España respecto de la Unión Europea. España necesita actualmente 150.000 enfermeras más.

— Con este aumento de 150.000 enfermeras, España necesitaría casi 500.000 enfermeras más para alcanzar la proporción 30%-70% (médicos-enfermeras) que existe en la Unión Europea.

— Y teniendo en cuenta que en los próximos años se van a jubilar 40.000 enfermeras, con la capacidad educativa actual de 90.000, se necesitarían otras 100.000 más en los próximos 10 años.

— Existe un desequilibrio importante de recursos humanos de enfermería entre Comunidades Autónomas, lo que supone una ruptura de la equidad en el sistema.

— Y existe, asimismo, una inadecuada proporción de recursos humanos según el ámbito, atendiendo a la actividad asistencial y, a las competencias profesionales.

— La dotación de enfermeras en atención primaria está en función del médico (1/1'3) y no de las necesidades de cuidados de las personas, las familias y la comunidad.

— El número de enfermeras que trabajan en asistencia especializada es prácticamente igual al de médicos, siendo los cuidados de enfermería los que justifican la estancia en el hospital.

— La nueva formación de grado y especializada dota a las enfermeras españolas de un alto nivel de competencia profesional, que garantiza unos altos estándares de calidad asistencial y seguridad clínica, con un coste sostenible para el sistema sanitario.

— Es imprescindible elaborar un Libro Blanco de enfermería en España, para establecer una adecuada planificación de la profesión, en consonancia con los países de la Unión Europea, incardinada en el sistema sanitario español y al servicio de los ciudadanos.

1.3. Comparecencia del Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Fisioterapeutas de España, D. Pedro Borrego Jiménez.

El compareciente comenzó su intervención sobre los recursos humanos asociando éstos al tema de la calidad e innovación de los servicios sanitarios.

A partir de esta idea, subrayó algunas otras:

— La transferencia de competencias sanitarias a la Comunidades Autónomas ha permitido una gestión más eficiente, pero dispar entre las mismas, con unos ratios que van desde los 20.000 habitantes por fisioterapeuta en Málaga a los 42.000 habitantes por cada fisioterapeuta en Madrid.

— La desmesurada demanda de servicios de fisioterapeuta en atención primaria ocasiona un desbordamiento asistencial en éstos y una sobrecarga —con aumento de listas de espera— en los servicios de atención especializada, llegándose en determinados casos a producirse una duplicidad terapéutica —tratamiento simultáneo y descoordinado en el centro de salud y en el hospital de referencia—.

— El tiempo de tratamiento establecido para pautas complejas, como es el caso de pacientes neurológicos, es extremadamente corto en relación con la necesidad real de los mismos (quince minutos máximo, al tratarse seis pacientes a la hora).

— Son escasos los servicios de subespecialidades de atención especializada que cuentan con fisioterapeutas, con dedicación parcial o completa, y que, además de las Unidades de quemados, deberían existir unidades de fisioterapia neonatal, UVI y UCI, Unidades de suelo pélvico y urgencias, entre otras.

— Mientras la atención primaria, pese a la referida saturación, cuenta con una estructura eficiente que permite la funcionalidad completa y autónoma del fisioterapeuta, así como su integración total en el equipo de atención primaria, en cambio, la estructura jerárquica y desfasada de la atención especializada, en la que el fisioterapeuta trabaja bajo la ineficaz dependencia funcional y profesional del rehabilitador —en la actualidad, sin base legal— pone en entredicho la expansión asistencial del fisioterapeuta en todos sus ámbitos, en los erróneamente denominados «servicios de rehabilitación».

En cuanto al concepto de «calidad e innovación», el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, impulsor del Proyecto de «Fisioterapia Excelente Privada», no ha conseguido datos resolutive de certificación de calidad en unidades, centros o servicios públicos de fisioterapia. El análisis de nuevos proyectos —insuficientes— relacionados con la implantación de profesionales de fisioterapia en unidades especiales no conlleva evoluciones de calidad o previsión de proceso certificativo, necesari-

rias tanto para la viabilidad del proyecto como para la garantía de calidad de los profesionales y de los pacientes.

Por otro lado, a pesar del creciente avance científico de la profesión (en el campo de la electrotermoterapia, ondas de choque de frecuencia e intensidad moderada, por ejemplo), no se ha procedido a reestructurar la cartera de servicios de fisioterapia con la implementación de modelos innovadores, métodos y técnicas que, bajo la garantía de evidencia científica, están presentes en el ejercicio libre de la fisioterapia que, en cambio, parecen carecer de interés para el Sistema Nacional de Salud.

Tampoco existen grupos de trabajo específicos para el estudio de los entornos laborales o situaciones profesionales, que puedan conllevar una mejora e innovación de las actuales instalaciones, servicios y profesionales Y, en fin, si el fomento de la formación continuada parece haber tomado auge desde la aplicación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, ello no se ha traducido en mayor investigación, desarrollo e innovación, al menos, en el ámbito de la fisioterapia pública.

1.4. Comparecencia del Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, D. Pedro Capilla Martínez.

El punto de partida de la exposición del compareciente fue lo que representa la actividad del farmacéutico para el Sistema Nacional de Salud, en cuanto que servicio sanitario imbricado en el mismo, ya que, además de las funciones correspondientes a la conservación, custodia y dispensación de los medicamentos, los farmacéuticos participan en la gestión del procedimiento de financiación con fondos públicos de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Para la Ponencia —continúo el compareciente— tienen, pues, interés esas otras actividades farmacéuticas que guardan una directa relación con el Sistema Nacional de Salud: farmacia hospitalaria, radiofarmacia, análisis clínicos, bioquímica, química, microbiología y parasitología e inmunología, así como los farmacéuticos que ejercen en el ámbito de la atención primaria, con una problemática distinta.

Respecto de las primeras, el principal problema que se plantea es el de la escasez de plazas que se ofertan anualmente para acceder a la formación especializada; junto al de la distribución poco equitativa, en el caso de las especialidades pluridisciplinarias. El compareciente incidió en este segundo punto, en el sentido de que se debe tener en cuenta la orientación tan específica que tienen los farmacéuticos en materias del laboratorio clínico, que les hacen tener una mayor predisposición que otros profesionales sanitarios con una preparación no tan orientada hacia el laboratorio clínico.

Este hecho se concreta en que, en el caso de otros profesionales sanitarios que optan a las plazas de laboratorio clínico, se produce un número elevado de renunciaciones en los primeros años de formación, quedando vacantes dichas plazas, lo que podría evitarse si desde un principio fuesen asignadas estas plazas a otros profesionales, entre los que se encuentran los farmacéuticos, más proclives a cumplir

por completo el ciclo formativo de la especialidad del laboratorio clínico.

En cualquier caso, en opinión del compareciente, se debería buscar un sistema que facilitase la cobertura de las plazas que quedasen vacantes como consecuencia de la renuncia de los residentes en formación.

Por otro lado, resulta fundamental, a juicio del compareciente, garantizar la formación especializada a los farmacéuticos ampliando las actuales especialidades con especialidades propias de los farmacéuticos (alimentación humana, nutrición y dietética, sanidad ambiental y salud pública y análisis y control de medicamentos y drogas), contemplando otras nuevas (farmacia comunitaria y atención primaria) y adaptando el sistema de formación especializada de farmacia industrial y galénica.

En cuanto a los farmacéuticos que ejercen en oficina de farmacia, la legislación vigente establece un vínculo especial de colaboración entre el Sistema Nacional de Salud y los profesionales farmacéuticos en el desempeño de funciones de servicio público, que beneficia tanto al Sistema Nacional de Salud, como a los ciudadanos (garantiza la independencia de las actuaciones sanitarias del farmacéutico, evita conflictos de intereses mediante una política de concertos con las Administraciones sanitarias, asegura un asesoramiento al paciente, realiza un seguimiento farmacoterapéutico al paciente....). Por todo ello el compareciente manifestó la necesidad de seguir apoyando públicamente el actual modelo de farmacia, por considerarlo el más adecuado para dar servicio al ciudadano.

De la etapa del farmacéutico como dispensador del medicamento, se ha pasado al farmacéutico asesor del medicamento y experto en atención farmacéutica al paciente, así como a desarrollar tareas que requieren un adiestramiento y puesta al día en las nuevas tecnologías, como es el caso de la implantación de la receta electrónica y de la trazabilidad de los medicamentos.

— En cuanto a la receta electrónica, su implantación requiere un mutuo compromiso de colaboración entre los servicios autonómicos de salud y los colegios oficiales de farmacéuticos, quienes ofrecen desempeñar una labor de facilitadores de sistemas de receta electrónica en el ámbito de la dispensación. En este punto, el compareciente consideró fundamental avanzar hacia la interoperabilidad de los diferentes modelos autonómicos de receta electrónica.

— En cuanto a la trazabilidad de los medicamentos, los colegios y el Consejo General fueron pioneros en la organización de sistemas de información que permiten el seguimiento del suministro de medicamentos y, asimismo, que las autoridades sanitarias intervengan en casos de detección de suministros irregulares. En este sentido, el compareciente se manifestó en favor de la utilización de la radiofrecuencia como sistema idóneo para poner en práctica la trazabilidad entre todos los agentes de la cadena del medicamento. Asimismo, el compareciente propuso la conveniencia de considerar a las estructuras colegiales como colaboradoras del sistema sanitario, por ser la forma más eficaz para racionalizar económica y funcionalmente las estructuras de la Administración sanitaria.

— Por lo que respecta a la colaboración de los farmacéuticos en la racionalización del gasto en medicamentos, los farmacéuticos colaboran con el Sistema Nacional de Salud mediante aportaciones establecidas por el Real Decreto-Ley 5/2000, independientemente de su contribución vía impuestos. A lo que hay que añadir la inversión que realiza el farmacéutico en la facturación de recetas al Sistema Nacional de Salud, la aplicación de los precios de referencia, el desarrollo de la atención farmacéutica, las campañas sanitarias y la recogida de residuos de medicamentos. Al respecto, el compareciente señaló la necesidad de actualizar anualmente los parámetros que fijan el valor de las aportaciones, así como la de conocer el destino de dichas aportaciones en cada una de las Comunidades Autónomas y sugirió la posibilidad de que los compromisos sanitarios desarrollados con la colaboración de las oficinas de farmacia se beneficiasen de esta aportación que realizan los farmacéuticos. Además, el compareciente puso de manifiesto la necesidad de estudiar mecanismos más racionales para contener el gasto en medicamentos, en particular, respecto de la aplicación del sistema de precios de referencia, para no poner en cuestión la calidad y accesibilidad de los medicamentos a la población, así como para evitar la carga burocrática que viene soportando la farmacia.

— En fin, la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios consolida una nueva manera de enfocar las actuaciones del farmacéutico hacia el paciente, a través de la puesta en práctica de la atención farmacéutica, con la que se contribuye a la disminución del número de ingresos hospitalarios, garantizando la equidad en el servicio asistencial y la calidad de vida de los ciudadanos, por lo que serían necesarios el impulso y el reconocimiento general de esta práctica.

Concluyó el compareciente su intervención insistiendo en la importancia de la farmacia en el conjunto de prestaciones que proporciona el sistema sanitario español y subrayando las cuatro condiciones que, a su juicio, resultan imprescindibles para la adecuada prestación farmacéutica:

— Seguir apoyando el modelo de farmacia por tratarse de «establecimientos sanitarios privados de interés público», integrados plenamente en el Sistema Nacional de Salud y desde los cuales se realiza una serie de servicios sanitarios a los ciudadanos mediante una política de concertos con las Administraciones autonómicas.

— Facilitar los medios humanos y económicos necesarios para integrarse en mayor medida con el Sistema Nacional de Salud.

— Derogar la aplicación de la escala de deducciones a la facturación de recetas al Sistema Nacional de Salud, por suponer un fuerte deterioro para la economía de la farmacia, y tener en cuenta la colaboración de los farmacéuticos en otro tipo de iniciativas para el control del gasto en medicamentos, como es el sistema de precios de referencia.

— Contar con los adecuados medios humanos y económicos necesarios para poder llevar a cabo los proyectos en común que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria.

1.5. Comparecencia del Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Veterinarios de España, D. Juan José Badiola Díez.

El compareciente comenzó su intervención resaltando el papel considerable —no siempre conocido— que la profesión veterinaria juega en el campo de la salud y, en particular, en el área de prevención de las enfermedades colectivas y de la promoción de la salud, para pasar, a continuación, a ejemplificar dicha afirmación.

— En el ámbito de la seguridad alimentaria y el control de las zoonosis, además de crisis sanitarias graves como las de los últimos años (gripe aviar y encefalopatía espongiiforme bovina), son muchas las enfermedades animales susceptibles de transmisión a los humanos: triquinosis, brucelosis, tuberculosis, hidatosis, son las más conocidas, pero la cifra alcanza hasta trescientas.

— En el control de la producción, transformación y comercialización de los alimentos producidos en España, en la Unión Europea y en terceros países, cuidando la higiene y la sanidad animal en las explotaciones primarias, interviniendo en el control en los mataderos, en las industrias alimentarias, en la comercialización, la hostelería y la restauración.

— En el Sistema Nacional de Salud y, en concreto, en el ámbito hospitalario, los veterinarios desarrollan sus funciones, por una parte, en el área de bromatología y seguridad alimentaria hospitalaria (normas de higiene, manipuladores de alimentos, etc.), y, por otra, en los animales hospitalarios para investigación médica.

Tras señalar la existencia de profesionales sanitarios en todas las Administraciones públicas territoriales, tanto en la General del Estado (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Agencia del Medicamento, Puestos de Inspección Fronteriza), como en las autonómicas (Departamentos de Sanidad y Consumo, Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente, Agencias de seguridad alimentaria e investigación hospitalaria), como en los grandes municipios.

A la vista de las atribuciones de los veterinarios en el ámbito de la salud, destacó el Sr. Badiola los problemas relativos a los recursos humanos, con los que cerró su exposición:

a) Carencias de plantilla en los Puestos de Inspección Fronteriza (PIF's), así como diferencias retributivas entre unos y otros.

b) Desequilibrios y carencias en las plantillas de veterinarios de las Comunidades Autónomas.

c) Escasez de efectivos dedicados a la investigación experimental en animales en los hospitales y áreas de bromatología de los hospitales.

d) Falta de aplicación y desarrollo de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en lo que se refiere a la carrera profesional para los veterinarios. Hasta el momento, sólo Extremadura, Valencia y Navarra han establecido dicha carrera profesional.

e) Necesidad de crear especialidades veterinarias reconocidas legalmente y, en especial, de crear VIR (Veterinarios Internos Residentes) en los hospitales y centros de salud, de forma similar a lo que ocurre en otras profesiones sanitarias.

2. Sesión de 2 de febrero de 2009.

2.1. Comparecencia del Presidente del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Cataluña, D. Jordi Dalmases Balañá.

Inició el compareciente su intervención exponiendo brevemente la situación actual de los farmacéuticos (cuya profesión se caracteriza por la diversidad de ámbitos de ejercicio profesional) y su relación con el Sistema Nacional de Salud (el 84% de los colegiados ejerce en oficina de farmacia, el 7% como analistas clínicos, el 3% en farmacia hospitalaria, el 2% en salud pública y un 1,5% en servicios de atención primaria).

Seguidamente, el Sr. Dalmases, realizó un repaso histórico del marco legal que ha regulado la profesión farmacéutica, caracterizándola como una actividad sanitaria de iniciativa privada, pero para prestar un servicio público, en razón de lo cual, ha sido siempre una actividad profesional fuertemente intervenida. Desde las Ordenanzas de Farmacia de 1860, que consideraban al farmacéutico como el profesional que, en su botica, elaboraba los medicamentos, hasta —ciñéndonos al ámbito estatal— la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos de 2006, pasando por la Ley General de Sanidad de 1986, y las de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y de las profesiones sanitarias, de 2003, el farmacéutico, sin dejar la esencia de sus orígenes profesionales, ha ido ampliando sus actividades profesionales, para convertirse en un profesional que participa activamente en el sistema sanitario, a través de proyectos que pueden beneficiar la salud y el bienestar de las personas, de la prevención de la enfermedad, la educación sanitaria, la investigación, el diagnóstico en el ámbito de los análisis clínicos, la farmacovigilancia y la farmacia hospitalaria.

Por todo ello —concluyó el compareciente— es el momento de, en un impulso estratégico, decidido y firme, y en el marco de una planificación normativa adecuada, fijar las competencias y responsabilidades del farmacéutico en relación a las necesidades de los ciudadanos y el Sistema Nacional de Salud. En un escenario como el actual, con una diáspora nada despreciable de profesionales que salen a países extranjeros atraídos por mejores condiciones laborales (tanto desde el punto de vista retributivo como de reconocimiento profesional), la optimización de recursos deviene en tarea esencial, y a ella deben dirigirse todos los esfuerzos.

En este sentido, se requeriría una conceptualización del farmacéutico como verdadero agente de salud en el seno de los sistemas de atención sanitaria, más allá del profesional que garantiza la calidad y accesibilidad del fármaco en condiciones para su uso adecuado y con información objetiva sobre el mismo. El uso del recurso asistencial que supone el farmacéutico en un marco de conten-

ción del gasto público en sistemas nacionales de salud es —a decir del compareciente— especialmente efectivo y eficiente en realidades como la española, en las cuales variables demográficas y epidemiológicas condicionan escenarios no por previsible, menos complejos. No obstante, para que la profesión farmacéutica sea un «valor añadido» del sistema sanitario, se necesitan modificaciones estructurales, de entre las cuales, el Sr. Dalmases citó algunas:

— La elaboración de una cartera de servicios, lo que supone la descripción de un conjunto de actividades que respondan a las necesidades y demandas de la población, sustentados en criterios de evidencia científica y de factibilidad técnica, consensuados con los diferentes actores del continuo asistencial y que respondan a los objetivos de salud de los diferentes Planes de Salud o Programas Directores.

— El desarrollo de nuevas especialidades farmacéuticas para dar respuesta a las nuevas necesidades asistenciales, tales como la farmacia en atención primaria o la especialidad de nutrición.

— La regulación de la situación de los FESTOS, farmacéuticos que trabajan en el Sistema Nacional de Salud sin el título oficial requerido.

— El establecimiento de un marco normativo que favorezca 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.

Con las referidas propuestas, tendentes todas ellas a potenciar el papel del farmacéutico como profesional integrado en el sistema sanitario público, contribuyendo, junto a los demás profesionales sanitarios a la consecución del objetivo de la universalización de la salud, el Sr. Dalmases puso fin a su exposición.

2.2. Comparecencia del Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, D. Manuel Alfonso Villa Vigil.

Después de una breve introducción, en la que el compareciente se refirió a la profesión de los dentistas (odontólogos y estomatólogos) como profesión sanitaria, titulada y regulada, cuyas atribuciones se centran en la promoción de la salud buco-dental, así como en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las anomalías y enfermedades de la boca, maxilares, dientes y estructuras anexas (entre los que se incluye la rehabilitación de secuelas, como el edentulismo), pasó a abordar los tres apartados en que estructuró su exposición: 1) La necesidad de incrementar el número de dentistas en el sistema público de salud; 2) La necesidad de especialidades odontológicas; 3) El entorno profesional privado y sus peligros.

1. La necesidad de incrementar el número de dentistas en el sistema público de salud. En este primer apartado denunció el compareciente la deficitaria situación de los profesionales de la salud buco-dental en el ámbito de

la sanidad pública, tanto por comparación con las excelentes coberturas de España en otros ámbitos de la medicina, como por comparación con las prestaciones odontológicas públicas de la mayoría de los países de la Unión Europea, como por la situación epidemiológica de los últimos lustros (crecimiento de la población inmigrante, bolsas de necesidad terapéutica en niños, adultos, discapacitados, pacientes con enfermedades sistémicas, bolsas de patología con repercusión laboral, listas de espera en extracciones y cirugía bucal menor que atienden los maxilofaciales y podrían hacerlo los dentistas).

Dado que no es posible financiar toda la patología buco-dental actualmente existente, se impone una priorización de las necesidades, basada en criterios técnicos, y que sería, a juicio del compareciente, la siguiente: discapacitados, pacientes con enfermedades sistémicas, ancianos en situación económica difícil con necesidad de rehabilitación protésica y ampliación de las prestaciones actuales a las cohortes de edades comprendidas entre los 2 y los 18 años.

La propuesta del Sr. Villa Vigil para incrementar las prestaciones del sistema público sanitario, sin hacer esfuerzos prohibitivos de financiación, fue la que sigue: ampliación de la dotación equipamental de un tercio de las actuales unidades de salud buco-dental; creación de dos plazas en cada una de dentistas especialistas en formación o de dentistas internos, pasantes o becarios, que podrían realizar 1500 atenciones anuales cada uno (unas 400 extracciones, unos 1.000 intervenciones preventivas o terapéuticas, y unas 100 prótesis), con un coste estimado (incluidos la ampliación de equipos e instrumental, honorarios y seguros sociales, y coste de materiales y prótesis) de 50 millones de euros al año.

2. La necesidad de especialidades odontológicas, que son una realidad en toda Europa, y que, según la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, de reconocimiento de cualificaciones profesionales, serían cuatro: Ortodoncia, Cirugía bucal, Periodoncia y Odontopediatría.

En este apartado, el compareciente advirtió de los peligros de la formación postgraduada por vía universitaria, tal y como se está haciendo actualmente, al amparo del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, de ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales que permite requerir en la selección de candidatos una formación complementaria específica del tipo de los títulos propios (como ya está ocurriendo en una Universidad con un determinado Máster Oficial), con precios muy caros, por lo que la posibilidad de obtener la formación postgraduada oficial es discriminatoria para quien no tiene recursos económicos, por un lado; y, por otro, los convenios con entidades externas para la formación clínica propia de la especialidad no garantizan los requisitos de calidad que imponen las Comisiones de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Las alternativas al modelo actualmente existente serían, o bien, el establecimiento de un modelo de residencia DIR (dentistas internos y residentes) u OIR (odontólogos internos y residentes), o bien la especialización de los odontó-

logos mediante el ejercicio clínico general en atención primaria.

3. La plétora profesional en el entorno privado y sus peligros. En este último punto de su intervención, el compareciente analizó el porqué de la concentración de dentistas en el ámbito privado (88% frente al 12% del ámbito público), citando como causas de la situación de plétora profesional las siguientes: la baja demanda asistencial de los servicios odontológicos en España, derivada principalmente de la escasez de prestaciones con financiación pública, la inexistencia de *númerus clausus* eficaces en las universidades públicas, el aumento de Facultades de Odontología en Universidades privadas, con falta de límites de admisión acordes a su equipamiento y dotación de profesorado, los impedimentos económicos para el acceso a la formación postgraduada y los cambios en las expectativas de los profesionales, monopolizados por el trabajo por cuenta ajena.

Finalizó su exposición el Sr. Villa Vigil advirtiendo de los riesgos de la descrita situación: aparición de seguros dentales espurios, de marcas y franquicias con publicidad equívoca, contratación ilícita y abusiva de odontólogos, precios prohibitivos para los pacientes, mala praxis y deformación profesional motivadas por el cumplimiento de unos objetivos de producción que obligan a trabajar a contrarreloj y, en fin, sobrediagnósticos, y sobretratamientos o tratamientos innecesarios.

2.3. Comparecencia del Vicesecretario de la Junta de Gobierno del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, D. Fernando Chacón Fuertes.

Comenzó su exposición el compareciente subrayando dos paradojas que, a su juicio, habría que resolver para que España cuente con una atención sanitaria de más calidad que aborde con éxito los problemas de salud del siglo XXI: una primera, que aunque la de psicólogo es una profesión eminentemente sanitaria (el 60% de los psicólogos trabajan directamente en ámbitos sanitarios), sólo una minoría desarrolla su labor profesional dentro del Sistema Nacional de Salud; y, la segunda, que siendo —insistió el Sr. Chacón— una profesión sanitaria, el reconocimiento legal de esta realidad en España es insuficiente (según la Ley 44/2003, sólo se reconoce como profesionales sanitarios a los que cuentan con la especialidad de Psicología clínica, a la que se accede vía PIR, con un escaso número de plazas anuales).

A continuación, señaló las dos cuestiones claves para determinar los recursos (humanos, materiales, económicos) que requeriría el Sistema Nacional de Salud para satisfacer las necesidades de atención sanitaria realmente existentes en la población:

1. Análisis de las necesidades de atención sanitaria y, específicamente, de atención psicológica: trastornos mentales y trastornos causados por el uso indebido de sustancias (tabaquismo, alcoholismo, adicciones a otras drogas). Según datos tomados de la Estrategia en Salud Mental aprobada en 2007 por el Ministerio de Sanidad, «en España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebi-

do de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece, al menos, un trastorno mental en la actualidad y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida». La repercusión en la salud de la población de los trastornos mentales y adictivos (del comportamiento) es dramática, y está demostrado que en la mayoría de los referidos trastornos, el tratamiento psicológico es prioritario y de primera elección.

Por otro lado, un importante número de enfermedades (artritis reumatoide, asma bronquial o lupus eritematoso, entre otras) tiene componentes psicológicos tanto en la etiología como entre los factores que condicionan su evolución.

En consecuencia, es incuestionable que, bien porque el problema de salud sea de esa naturaleza, bien porque la atención de los aspectos psicológicos sea necesaria para la evolución mejor de una enfermedad de carácter físico, las necesidades de atención sanitaria de la población, en un porcentaje muy elevado, tienen componentes psicológicos.

2. Análisis de los recursos que se emplean para satisfacer las necesidades de atención sanitaria, en las dos estrategias generales de prevención y promoción de la salud y tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y de los trastornos mentales y del comportamiento.

Desgraciadamente —dijo el compareciente— no sólo la atención sanitaria psicológica que los ciudadanos reciben no responde a una demanda elevada, sino que además, se reciben tratamientos cuestionables («test psicoafectivos y sociales» en atención primaria y «apoyo emocional» en cuidados paliativos, por ejemplo). Esto es debido a la escasez de psicólogos (expertos en el comportamiento humano) en el Sistema Nacional de Salud: de las 7.866 plazas ofertadas en 2009, sólo 126, esto es, el 1,6% del total, fueron para psicólogos, dándose, además, la circunstancia de que para cada plaza se presentaron 18 candidatos, la ratio más elevada, con mucho, de los profesionales sanitarios. Para alcanzar la media europea (18 psicólogos/100.000 habitantes, frente a los 4,3 de España), sería necesaria la incorporación de unos 7.200 psicólogos a los servicios de salud mental.

Para finalizar, el Sr. Chacón extrajo algunas conclusiones:

— El Sistema Nacional de Salud centra sus recursos, más que en la prevención y promoción de la salud, en la curación de la enfermedad.

— Un porcentaje elevado de los problemas de salud de la población son psicológicos o presentan componentes de esta naturaleza.

— Los referidos problemas no reciben el tratamiento psicológico adecuado: o no reciben tratamiento, o lo reciben únicamente farmacológico.

— En el Sistema Nacional de Salud hay un déficit de miles de profesionales de la Psicología, Licenciatura cuyo carácter sanitario se pone en duda.

Las recomendaciones del Sr. Chacón, a la vista de ello, fueron las siguientes:

a) Reorientación progresiva y decidida de los recursos hacia las labores de prevención y promoción de la salud, con la incorporación de psicólogos, en cuanto que

expertos del comportamiento, a los departamentos de salud pública del Sistema Nacional de Salud.

b) Generalización del tratamiento psicológico —cuya eficacia y eficiencia a medio y largo plazo están demostradas— para todas aquellas personas que lo requieran.

c) Incorporación progresiva (vía PIR) de miles de profesionales de la psicología al Sistema Nacional de Salud para cubrir dicha demanda, tanto en los Servicios de Salud Mental como en los Centros de Salud de atención primaria.

d) Reconocimiento legal de los estudios de grado y postgrado en Psicología como sanitarios, con la regulación de unos contenidos esenciales obligatorios en todas las universidades españolas, facilitando seguridad jurídica al ejercicio profesional de los psicólogos y la plena integración de la Psicología en el sistema sanitario.

2.4. Comparecencia del Presidente del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, D. Miquel Bruguera Cortada.

Partió en su exposición el compareciente de una premisa: existe el convencimiento general de que faltan médicos en el Sistema Nacional de Salud, debido a varias razones: dificultades en la cobertura de determinadas especialidades, sobre todo, en centros o instituciones alejados de las grandes ciudades y cobertura de dichas plazas con médicos extranjeros.

Desde esta premisa inicial, el compareciente estructuró su intervención en torno a cuatro puntos:

1) Datos demográficos sobre el número de médicos en España; 2) Interpretación de dichos datos; 3) Soluciones para paliar la falta de médicos; y 4) Propuesta alternativa a la del Ministerio de Sanidad en materia de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud.

1. Datos demográficos: Cuántos médicos hay en España y cómo son. A partir de los datos recogidos en el Colegio de Médicos de Barcelona —extrapolables al resto de España—, el Sr. Bruguera ofreció los siguientes datos: existen 208.000 médicos colegiados en España, de los cuales aproximadamente el 75% ejerce actividad asistencial en el Sistema Nacional de Salud (el 25% restante no ejerce dicha actividad porque está jubilado, se dedica a la gestión, a la investigación, a la medicina forense, la industria farmacéutica o ejerce exclusivamente en el ámbito privado). En cuanto a la distribución por géneros, el 53,7% son varones y el 46,3% mujeres, si bien el hecho de que entre los menores de 40 años esta última cifra se eleve al 64% denota una progresiva feminización de la profesión médica. Por otra parte, la profesión médica muestra en España una progresiva tendencia al envejecimiento, en cuanto que las promociones de mayor edad son mucho más numerosas que las más jóvenes, debido a la implantación de los *numerus clausus* en las facultades de medicina en los años 80 (lo que derivó en la aparición de los MESTOS, médicos que no pudieron especializarse por la escasez de plazas de MIR ofertadas por el Sistema Nacional de

Salud). Finalmente, en los últimos diez años se ha incrementado considerablemente el número de médicos extranjeros colegiados en España y formados en otros países (del 9% en 1999 al 56% en 2008), que desarrollan su actividad en el Sistema Nacional de Salud.

2. Interpretación de dichos datos: ¿son suficientes los médicos que tenemos? Si no lo son, ¿a qué es debido? Pese a que la tasa de médicos por cada 1000 habitantes es en España similar o superior a la de otros países de nuestro entorno (3,8 frente al 3,4 de Francia, Austria, Alemania y Portugal, al 3,1 de Suecia y al 2,7 de Reino Unido), parece que el número de médicos españoles en el Sistema Nacional de Salud no es suficiente por cuanto España importa médicos extranjeros. Ello es debido, en opinión del compareciente, a varias causas:

— La rigidez del sistema sanitario español para establecer diferencias retributivas en función de la dificultad, dureza o lejanía del puesto de trabajo.

— La ineficiencia de nuestro sistema sanitario, que requiere de un gran número de médicos para ofrecer un sistema de calidad.

— La baja productividad de nuestros médicos, con menor dedicación horaria que en otros países de nuestro entorno.

— El «hospitalocentrismo» de nuestra sanidad, con plantillas de determinados hospitales infraccionadas en relación con su previsible actividad diaria.

— El excesivo consumismo sanitario que se da en nuestro país, debido al sistema de «barra libre», sin límite alguno para su uso.

— Falta de coordinación y comunicación entre atención primaria y hospitalaria.

3. Soluciones para combatir la falta de médicos. Dos se han buscado hasta la fecha:

— Importación de médicos extranjeros, preferentemente extracomunitarios, con los inconvenientes que ello conlleva en cuanto a su nivel formativo, dificultades idiomáticas, homologación de títulos y descapitalización de profesionales de los países en vías de desarrollo.

— Ampliación del número de estudiantes en las facultades de medicina españolas, que tardarán diez años en convertirse en médicos especialistas.

4. ¿Cómo debería abordarse la política de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud? Como alternativas a las soluciones referidas, el compareciente propuso las siguientes:

— Reformar el sistema sanitario, estimulando la autoorganización de los médicos en los centros de atención primaria, implementando su coordinación con la atención especializada, reformando los servicios de urgencia en los hospitales, concentrando los servicios especializados y promoviendo tanto las jubilaciones voluntarias a los 70 años como jornadas laborales de duración más larga, debidamente retribuidas, en determinadas especialidades.

— Frenar el consumismo sanitario con la «corresponsabilización» económica de los ciudadanos, por ejemplo.

— Aumentar el rendimiento del trabajo de los médicos, aumentando su autonomía, eliminando las tensiones con los gestores y educando a los estudiantes de medicina y a los MIR en los valores de la profesión médica como altruismo, compromiso, honestidad, aspiración por la excelencia.

— Modificar las políticas retributivas, contemplando criterios como la cantidad y calidad del trabajo efectuado.

— Reconocer el título de especialista tanto a los MESTOS como a los médicos extranjeros extracomunitarios que se especializaron en su país y vinieron a trabajar a España hace años, valorando su competencia en el lugar y en la especialidad que están ejerciendo más que la formación que pudieron haber adquirido en su país de origen.

Con las referidas medidas, a juicio del Sr. Bruguera, el Sistema Nacional de Salud necesitaría menos médicos y, a la vez, aumentaría la productividad de los que ya están en el Sistema; en definitiva, funcionaría más eficazmente y estaría mejor organizado.

2.5. Comparecencia de la Presidenta del Consejo Catalán de Colegios de Enfermería de Cataluña, D.^a Mariona Creus i Virgili.

Centró su intervención la compareciente en el modelo sanitario específico de Cataluña, de características distintas al resto de España, y, a partir de las informaciones disponibles en el Consejo de Colegios de Enfermería de Cataluña, pasó a detallar la situación de la enfermería en Cataluña, para finalmente, formular algunas propuestas.

¿Qué es una enfermera? Es una profesional de la salud, con una titulación (actual) de diplomado, que cuida a las personas y las orienta en todas sus circunstancias vitales, desde el nacimiento (o, incluso, antes) hasta la muerte (y después de la muerte). La enfermería es una profesión autónoma desde 1977, no obstante lo cual, todavía persisten los estereotipos que ven en las enfermeras únicamente a las ayudantes de los médicos.

Su trabajo se desconoce en buena medida y es poco visible (quizá por ser la enfermería una profesión femenina en el 90%), pero se ejerce en atención primaria, en los hospitales, en la docencia, en centros de mayores, en urgencias extrahospitalarias, en terapias complementarias, en empresas, en cárceles, en el ejército, en ONG's, etc.

En cuanto al número, es una profesión claramente deficitaria. En Cataluña son 40.000 y en España, más de 200.000, con unas ratios respectivas (con relación a la población real atendida) de 522 y 571 enfermeras por cada 100.000 habitantes. Para igualar estas ratios con los de países de la Unión Europea como Francia, Italia u Holanda, nos harían falta 25.000 enfermeras más (en 5 años, 10 años...).

Las autoridades sanitarias están ahora tomando conciencia de la situación.

La falta de enfermeras ha tenido consecuencias para la propia profesión: ha tendido a estabilizar la oferta y a una mejora en las condiciones de trabajo. Esto da la oportunidad de rotación a las enfermeras entre ámbitos profesiona-

les, del ámbito hospitalario se marchan a los hospitales de agudos o al socio-sanitario o a la primaria, donde los sueldos son más elevados o las condiciones laborales mejores.

Por otro lado, el cambio de los estudios de enfermería de diplomado a grado (de 3 a 4 años) o la jubilación de muchas en los próximos años tendrán, asimismo, incidencia en la falta de enfermeras, que se agravará más en los próximos años, dado que la demanda de los servicios sanitarios crece, hay una tendencia al aumento de la natalidad, al envejecimiento de la población, se crean más y mejores infraestructuras hospitalarias y se amplía la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (la vacuna del papiloma o la dependencia, por ejemplo).

Ante esta situación, las recomendaciones de la Sra. Creus fueron las siguientes:

- Incrementar el número de enfermeras.
- Revisar la proporción médico-enfermera.
- Incrementar las plazas en las escuelas de enfermería (y establecer conciertos con las escuelas adscritas).
- Mejorar las condiciones laborales y profesionales.
- Revisar el modelo sanitario centrado en la enfermedad.
- Una campaña de comunicación.
- Mejorar el sistema de recogida de datos.

3. Sesión de 3 de febrero de 2009.

3.1. Comparecencia del Secretario General de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), D. Patricio Martínez Jiménez.

Para encuadrar su comparecencia, el Sr. Martínez Jiménez comenzó por situar a España en el marco de la Unión Europea: si el gasto sanitario, según el informe de la OCDE, es de 2.155 dólares (aproximadamente 1.600 euros) ciudadano/año, España ocupa el lugar 22 de los 27 en gasto sanitario; el número 4 de los 27 en cuanto a gasto farmacéutico, a razón de 571 dólares (aproximadamente 344 euros) ciudadano/año; y el puesto 6 de los 27 en frecuentación del número de visitas ciudadano/año (9,5). A la vista de estos datos, resulta que el presupuesto es escaso y el consumo excesivo, con lo que surge la pregunta: ¿Vamos a poder sostener el Sistema Nacional de Salud, un sistema configurado como universal, equitativo y financiado con los Presupuestos Generales del Estado? A la escasa financiación y a la cartera de prestaciones de «barra libre» se añaden otros dos problemas: el envejecimiento y el crecimiento poblacionales.

Dejando de lado la sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud, el compareciente, tras haber hecho mención del mismo, pasó a centrarse en el problema de la sostenibilidad de recursos humanos del Sistema, a partir de una sencilla pregunta: ¿faltan o sobran médicos?

Según datos de OCDE, en España habría unos 163.500 médicos en activo, dado que esta cifra incluye odontólogos; la Fundación CESM calcula que la cifra real sería de unos 143.500, mientras que los datos del Ministerio apuntan a la cifra de 159.884. El INE da unas cifras de 192.787 médicos no jubilados y 205.000 licenciados en

medicina no jubilados. De estos, ni todos trabajan en el Sistema Nacional de Salud, ni todos trabajan de médicos, por lo que, redondeando cifras, puede decirse que el número de médicos activos trabajando en el Sistema Nacional de Salud es de entre 150.000 y 160.000, con lo que existen unos 45.000 médicos inactivos, que no están trabajando en el Sistema. Pero es que, además, del superávit de médicos en España en 1996 se ha pasado a una situación de escasez de médicos en 2005.

De entre las causas de esta situación, el compareciente señaló algunas:

— Las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, con unos presupuestos no finalistas y con una descentralización de los servicios, que ha conllevado inauguración de nuevos centros de atención sanitaria sin un aumento paralelo de medios humanos.

— El sistema de «barra libre» ha triplicado la demanda asistencial, máxime cuando también mejoran los medios tecnológicos.

Por otro lado, se tarda entre 9 y 12 años en formar a un médico especialista, con un coste social, académico, humano y también económico, porque hace falta tener una estructura sanitaria y docente de calidad para la preparación de los médicos.

A la pregunta de «¿habrá en unos años suficientes médicos?», el Sr. Martínez Jiménez respondió con otra serie de datos:

— Si la situación es ahora preocupante, empezará a ser dramática a partir del año 2017, porque entre el 2018 y el 2027 se van a jubilar 72.000 médicos. Si se tarda 10-12 años en hacer un médico, hay que empezar ya a preparar un número de médicos suficiente para cubrir las jubilaciones en cada una de las especialidades.

— Los flujos migratorios. Unos 7.300 médicos han salido de España para trabajar en el extranjero, pero no sabemos exactamente qué número de médicos extranjeros han venido a trabajar en España, a los cuales se les ha homologado su título, lo que, según el compareciente, desde el punto de vista de conciencia social, supone la expropiación de un bien escaso a países normalmente en situación económica y de desarrollo peor que la nuestra.

— La ausencia de un plan de recursos humanos del Ministerio de Sanidad, con el paralelo de los planes descentralizados de las 17 Comunidades Autónomas, agravan el problema, a lo que se une la falta de desarrollo normativo del Estatuto Marco, fundamentalmente en algunos aspectos, como el registro de profesionales.

Para finalizar el compareciente propuso algunas medidas de mejora, que habrían de ser medidas estructurales fundamentadas en el consenso y con unas expectativas de alcance en el tiempo necesario para permitir una programación a corto (hasta el 2017) y a largo plazo (a partir del 2018):

— El establecimiento de un plan de recursos humanos de todo el Sistema Nacional de Salud, total y absolu-

tamente imprescindible para facilitar la libre circulación de profesionales entre Comunidades Autónomas.

- La creación del registro de profesionales.
- Recuperar a los cuarenta y tantos mil médicos inactivos.
- Resolver la situación de los MESTOS (médicos especialistas sin título oficial), que tendrán que tener, al menos, las mismas condiciones que los médicos extranjeros a los que se les ha homologado su título.
- Hacer una oferta adecuada a las necesidades, con el aumento de los *númerus clausus* en las universidades pero contenido, que permita una cifra de 6.500/7.000 estudiantes al año.

Con estas medidas, en opinión del compareciente, se podría llegar a conseguir un pacto sanitario, un pacto social por la sostenibilidad económica, por la sostenibilidad de recursos humanos y por la sostenibilidad de la calidad de la asistencia.

3.2. Comparecencia del Secretario General de Acción Sindical del Sindicato de Enfermería (SATSE), D. Rafael Reig Recena.

Enfocó su intervención el compareciente desde una perspectiva amplia: cuántos, de qué categorías y en qué lugares se requieren profesionales sanitarios, haciendo, además, una estimación de necesidades presentes y futuras, partiendo de las escasas fuentes de datos fiables y actualizadas (Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Estadística, EUROSTAT, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Organización Mundial de la Salud (OMS) y el reciente Estudio Next realizado por la Unión Europea para el caso específico de los profesionales de enfermería).

A partir de los datos extraídos de las referidas fuentes, el compareciente analizó los factores determinantes del déficit general y permanente de profesionales de enfermería en España, cifrado por el Sr. Reig Recena en más de 60.000 enfermeras, sólo ciñéndose a los Servicios de Salud de la sanidad pública:

- El incremento de la población (aumento de la esperanza de vida, de nacimientos y de la población inmigrante).
- El aumento de prestaciones y de la actividad sanitaria por la mayor oferta asistencial y por la ampliación de derechos.
- El incremento de infraestructuras de nuestro Sistema Nacional de Salud (no acompañado en la misma medida de aumento en las plantillas de enfermería).
- Los nuevos ámbitos de actuación de enfermería (enfermería del trabajo, salud escolar o atención a la dependencia).
- La repercusión de la jubilación de profesionales (30% en un plazo de 10-15 años).
- El abandono de la profesión y el éxodo de profesionales hacia otros países.
- El impacto de la nueva titulación de grado en Enfermería.

Las propuestas del interviniente frente a la situación descrita fueron las siguientes:

- Consolidación de todas las plazas estructurales ocupadas por personal no fijo en las plantillas orgánicas del Sistema Nacional de Salud.
- Implantación urgente en todos los Servicios de Salud del registro de profesionales.
- Realización de un estudio de las necesidades de profesionales de enfermería en los Servicios de Salud y en el conjunto del sistema sanitario, valorando en el mismo la incidencia del desarrollo de las especialidades de enfermería.
- Participación conjunta de las Comunidades Autónomas en la determinación del número de plazas para la formación de profesionales sanitarios en las universidades y en las plazas de formación de especialistas.
- Aumentar las plantillas orgánicas de enfermería, en función de la población real atendida.

Especial mención hizo el Sr. Reig Recena a las difíciles condiciones de trabajo de las enfermeras (turnos rotatorios, guardias, trabajo nocturno, fines de semana y festivos) en un ambiente de elevado estrés y contacto permanente con el dolor y la enfermedad, lo que repercute en aspectos sociales y personales de los profesionales de enfermería y se traduce en la aparición temprana de problemas de salud y en un apreciable deterioro de su calidad de vida, agudizado por el déficit de profesionales (que en el 85% son mujeres).

Para mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de la enfermería, formuló el compareciente diversas propuestas, tanto sobre la jornada laboral (exención de turnos rotatorios, reducción de guardias, de números de fines de semana, libranzas tras las guardias, planificación de turnos, compensación por la desprogramación de turnos, compensación por solapamiento de la jornada, dedicación de parte de la jornada anual a actividades profesionales no asistenciales), como para la disminución de cargas de trabajo (eliminación de tareas repetitivas o innecesarias, racionalización de la actividad, detección de áreas de mejora, catalogación de puestos con menor o sin carga asistencial), como de carácter social (guarderías y centros de día para mayores, actividades de progresión profesional, excedencias voluntarias, jubilaciones anticipadas, permisos sabáticos o segunda actividad) o de salud laboral (rediseño o adaptación de puestos de trabajo, estudio de las condiciones laborales, implantación de ayudas tecnológicas o mecánicas, formación de profesionales en seguridad y salud, política de mejora de condiciones laborales, vigilancia de la salud de los profesionales).

Finalizó el compareciente su exposición con cuatro conclusiones:

- La enfermería es el colectivo más deficitario en nuestro Sistema Nacional de Salud.
- Ello afecta a la prestación de la asistencia sanitaria a los ciudadanos, a la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y a las condiciones de trabajo y de salud de los profesionales.

— Se debe garantizar en el conjunto del Sistema Nacional de Salud la financiación suficiente para la consolidación y contratación del personal de enfermería suficiente para adecuar las ratios de enfermería a las necesidades del sistema sanitario.

— Es urgente que se adopten medidas coordinadas para promover una mejora general de las condiciones de trabajo en el Sistema Nacional de Salud y, específicamente, de los profesionales de enfermería.

3.3. Comparecencia de la Secretaria General de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras (CC.OO), D.^a M.^a José Alende Maceira.

La Sra. Alende Maceira dio comienzo a su exposición resaltando la importancia de la política de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, en la medida en que influye tanto en la calidad del mismo percibida por los ciudadanos, como en la sostenibilidad del propio sistema sanitario público. Si los Servicios de Salud suponen entre el 35 y el 50% del total del presupuesto de las Comunidades Autónomas, los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, ahora descentralizado, suponen, de este capítulo del gasto sanitario, entre el 42 y el 47% del gasto total.

A continuación, la compareciente pasó a referirse a tres factores determinantes, dentro del escenario poliédrico, de la necesidad actualmente existente de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud: el crecimiento de la población, tanto autóctona como inmigrante; el crecimiento de la infraestructura sanitaria, con fuertes inversiones por parte de todas las Comunidades Autónomas; y la edad media de las personas que vienen trabajando en el Sistema Nacional de Salud, muy próxima a la de jubilación en colectivos importantes.

Especial interés tiene, en este escenario, a juicio de la compareciente, el Estatuto Marco del Personal del Sistema Nacional de Salud, en el que se preveía la realización de un informe, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre las necesidades presentes y futuras de recursos humanos o de profesionales en el Sistema Nacional de Salud; así como el Foro Marco para el Diálogo Social, un espacio propicio para tejer complicidades entre todos los agentes sociales implicados en todo lo que tiene que ver con la gestión de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consejerías de Salud autonómicas, organizaciones sindicales más representativas, otros Ministerios, en su caso...).

De entre los distintos aspectos que el referido estudio tendría que abordar, mencionó la compareciente la formación reglada en las universidades (que permita tener un número suficiente de licenciados en medicina), la modificación de los estudios por el Plan de Bolonia (que fundamentalmente afectará al personal de enfermería, que pasará a tener un requerimiento formativo de 240 créditos y a ser una titulación de grado) y la incorporación de parámetros homogéneos en el marco de la Unión Europea en relación con la formación profesional para los auxiliares de enfermería (Acuerdo de Copenhague).

Finalmente, la Sra. Alende subrayó otro de los problemas importantes, en su opinión, en nuestro Sistema Nacional de Salud: la dificultad de compaginar la descentralización de los Servicios de Salud (en cuanto a la gestión y la financiación) con la centralidad que corresponde liderar al Ministerio de Sanidad y Consumo, en su papel de coordinador de las distintas políticas de salud autonómicas.

Las dificultades existentes para combinar tales principios (como se hace, por ejemplo, en Alemania) ha provocado diferencias retributivas extraordinarias e inadmisibles entre los profesionales de la salud de las distintas Comunidades Autónomas, con el consiguiente «efecto reclamo» desde aquéllas que ofrecen mejores condiciones hacia las que se encuentren en situación más desventajosa.

Finalizó la Sra. Alende su comparecencia insistiendo en la conveniencia de que el Ministerio de Sanidad y Consumo realice el estudio a que se refirió en la primera parte de su intervención, para conocer de forma clara y global las necesidades del sistema sanitario público y poder actuar no desde el desconocimiento o con un conocimiento parcial de las mismas, sino con el conocimiento real que permita, a aquéllos que tienen la responsabilidad política, adoptar soluciones con acierto.

3.4. Comparecencia de la Secretaria General de Sanidad de la Confederación Intersindical Gallega (CIG), D.^a M.^a José Abuín Álvarez.

Resolver el problema agudo de la escasez de profesionales sanitarios y adoptar medidas a corto, medio y largo plazo para satisfacer la demanda de los servicios sanitarios exige abordar otros problemas ligados a las necesidades de los profesionales, tales como la clasificación profesional, las condiciones de trabajo, la provisión y movilidad del personal, relaciones laborales, carrera profesional y competencias entre las Administraciones. A comentar los referidos aspectos dedicó su intervención la compareciente.

— El origen de la escasez de profesionales en la Administración sanitaria, más acusada donde las especialidades aportan mayor rigidez al mercado laboral (FEAS y matronas), se debe, en opinión de la compareciente, a un problema de planificación y, en concreto, en la gestión de entrada y salida del sistema educativo a través de los *númerus clausus*, problema que se agrava cuando las soluciones que aporta la Administración sanitaria sólo consiguen parchear la realidad; homologación «Express» de títulos y compatibilización de contratos.

— La clasificación de las categorías profesionales, es otro problema mal resuelto, transversal entre el sistema sanitario y el educativo, que requeriría, a juicio de la compareciente, adoptar medidas de solución en relación con las especialidades médicas y de enfermería, reclasificación de técnicas sanitarias superiores y en unidades de auxiliares de enfermería, catalogación de celadores y técnicos de transporte sanitario e incorporación de las nuevas categorías asociadas a las nuevas titulaciones.

— Retribución, jornadas y permisos, turnos de trabajo, guardias y exceso de trabajo, medidas sobre la conciliación familiar, sobre la salud laboral conforman lo esen-

cial de problemática de las condiciones de trabajo. Para solucionarla se requiere la adopción de medidas en un plano vertical (marco normativo especial adecuado para regular los problemas específicos, distintos y distantes en muchos aspectos de la regulación laboral y funcional; insuficiencia de la Ley 55/2003, del 16 de septiembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud; falta de adaptación a la realidad y necesidades del Sistema Nacional de Salud de las regulaciones generales como el Estatuto Básico de la Función Pública y las normas sobre conciliación) y en un plano horizontal (determinación de la regulación sectorial que debe considerarse básica y común para todo el Sistema Nacional de Salud, superándose con ello las diferencias en los aspectos mencionados entre los distintos Sistemas de Salud de las Comunidades Autónomas).

— En cuanto a la carrera profesional, la Administración sanitaria y el Consejo Interterritorial han optado por cerrar un compromiso de reconocimiento mutuo de grados —dijo la compareciente— sin introducir la cultura de la evaluación del desempeño y el reconocimiento profesional. A su juicio, habría que seguir apostando por una carrera profesional que diese valor añadido al sistema.

— Por lo que se refiere a la selección del personal sanitario y su movilidad, tres medidas señaló la Sra. Abuin: la regulación de criterios comunes a valorar en los concursos de méritos (asociados a las especialidades, períodos formativos y a la prestación de servicios), creación de un registro de personal del Sistema Nacional de Salud (con las equivalencias entre categorías y especialidades de los distintos Servicios de Salud) y establecimiento de algún mecanismo de información fácilmente accesible a los interesados, sobre las convocatorias.

— En fin, en cuanto a las relaciones laborales, desde la CIG se rechaza cualquier opción que tienda a burocratizar y acartonar la negociación colectiva y el ámbito de las relaciones laborales a través de pactos estatales para estructurar la negociación colectiva de todos los ámbitos, y se reclama que se respete la configuración territorial y competencial del Estado. El Ministerio impulsa leyes y regula normas con contenidos laborales y profesionales que escapan de los procedimientos de negociación exigibles, llegando a elegir los interlocutores, en un escenario que conforma nuevos frentes de tensión y de conflicto que es preciso recomponer.

Con esta reflexión concluyó su comparecencia en la Ponencia la Sra. Abuin.

3.5. Comparecencia de la Secretaria del Sector Salud y Servicios Sociosanitarios de la Unión General de Trabajadores (UGT), D.^a Pilar Navarro Barrios.

La compareciente inició su intervención con una afirmación: aun teniendo en cuenta que la gestión de los Servicios de Salud corresponde a las Comunidades Autónomas y que al Estado compete únicamente la coordinación y cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de las decisiones adoptadas en el Convenio Interterritorial, así como la falta de una base de datos centralizada que integre la información sobre los recursos humanos existen-

tes en los distintos servicios sanitarios, se tiene la percepción generalizada de la existencia de un déficit de profesionales sanitarios. Dicha afirmación la avalan datos tanto facilitados por las Comunidades Autónomas (sobre la necesidad de ampliar la oferta de plazas para estudios universitarios en medicina y enfermería, para la formación de especialistas y la contratación de trabajadores extracomunitarios), como obtenidos indirectamente de la prestación de servicios (listas de espera, retrasos en atención primaria, inexistencia de pediatras, dificultades para los desplazados) o de actuaciones administrativas (elaboración de un Real Decreto para la homologación de títulos de profesionales extracomunitarios, replanteamiento de las especialidades, eliminación de la dedicación exclusiva al servicio público, autorización de compatibilidad de dos puestos públicos en distintas Comunidades Autónomas), así como también de publicaciones o prensa (datos sobre la ratio médico/población, abundancia de ofertas de empleo para especialistas, disminución de las bolsas de temporalidad y precariedad en el empleo).

Subrayó, a continuación, la compareciente, algunos aspectos del Sistema Nacional de Salud:

— Existencia de una segmentación del mercado laboral, geográfica (como consecuencia de la transferencia de la gestión de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas) y profesional (como consecuencia de la exigencia de especialización como título habilitante para el ejercicio de la profesión sanitaria de médico).

— Impacto de las nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, que dan lugar —en opinión de la Sra. Navarro— a una privatización de servicios, a un desmembramiento del servicio público y a la modificación de las condiciones laborales y retributivas.

— Impacto del Estatuto Básico del Empleado Público sobre las normas específicas del sistema sanitario (Estatuto Marco y Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias), con la judicialización de determinadas materias, como el reconocimiento de la antigüedad al personal temporal o la nueva clasificación de personal.

— El principio de la libre circulación de trabajadores *versus* la difícil movilidad de trabajadores en el Sistema Nacional del Salud y los problemas para la conciliación de la vida laboral y familiar.

— Reclutamiento de trabajadores sanitarios de países extracomunitarios porque sigue aumentando la necesidad de recursos y, a la vez, fuga de profesionales españoles a otros países de la Unión Europea.

En una situación como la descrita, desde FSP-UGT —finalizó la Sra. Navarro— se considera prioritario adoptar las siguientes medidas:

— El desarrollo del diálogo social en el ámbito sanitario.

— La negociación colectiva en el ámbito estatal y en los autonómicos, para abordar problemas tales como la recuperación de médicos (MESTOS, MAEQUIS, licenciados pre y post 95), la mejora de las condiciones laborales (precariedad, carga de trabajo, sustituciones, ordena-

ción del tiempo de trabajo), procesos de movilidad del personal en el Sistema Nacional de Salud.

— La aplicación del Estatuto Básico del Empleado Público (clasificación de personal, jubilación anticipada y parcial).

— La homologación de titulaciones en el espacio europeo.

— La revisión del sistema de formación y las cualificaciones (especialidades de médicos, de enfermería, troncalidad, cualificación de los técnicos superiores sanitarios, formación de celadores...).

— La potenciación del sistema de información del Sistema Nacional de Salud (integración de la información sobre los procesos de negociación colectiva en el ámbito estatal y en los autonómicos, acceso a los acuerdos, registro de profesionales, transparencia en cuanto a las necesidades por servicio de salud, información sobre las instituciones —o empresas— que proveen el servicio público).

— La constitución de un observatorio del Sistema Nacional de Salud para evaluar el propio sistema (plantillas, productividad, condiciones laborales, tipos de contratación).

En fin, concluyó la compareciente resaltando que los problemas de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud no se circunscriben al colectivo de médicos, sino a todos aquellos profesionales que forman parte de los equipos multidisciplinares (biólogos, físicos, químicos, investigadores, ingenieros, trabajadores sociales, personal de mantenimiento, etc.) que intervienen en el proceso asistencial.

4. Sesión 30 de marzo de 2009.

4.1. Comparecencia de la Presidenta de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) D.^a Ana Vicente Cintero.

Trató de situar, en su exposición, la compareciente la terapia ocupacional y los servicios en que está esta disciplina en nuestro país, remontándose al origen de la terapia ocupacional a mediados del siglo XIX en Europa, con el Movimiento del Tratamiento Moral, el autocuidado y la ocupación de los pacientes en hospitales psiquiátricos y su desarrollo en los Estados Unidos de América después de la I Guerra Mundial, con el tratamiento de los soldados con lesiones físicas. En España, la terapia ocupacional no se inicia hasta el año 1964, con la creación de una única Escuela en el Centro Nacional de Rehabilitación, perteneciente a la Escuela Nacional de Sanidad.

La terapia ocupacional trata a personas con alteraciones funcionales físicas, psíquicas, sensoriales, intelectuales, independientemente de su edad; y su objetivo general es conseguir que estas personas sean lo más autónomas posible en todos los aspectos de su vida diaria, en el aspecto familiar, social, educativo, laboral y en la adaptación al entorno.

Actualmente, el número de profesionales en España es de 7.000, de los cuales, unos 300 son extranjeros. Si comparamos España con otros países europeos, la ratio de

nuestro país (14/100.000 habitantes) dista mucho de la de Dinamarca (74/100.000) o de la de Suecia (72/100.000).

Los terapeutas ocupacionales trabajan en la sanidad pública en la atención especializada, en los equipos multidisciplinarios de los servicios de rehabilitación, sobre todo, en las unidades de agudos, y en los diferentes recursos y servicios de salud mental.

La carencia más importante de nuestro sistema se sitúa en la atención primaria. En el modelo nórdico, existen equipos comunitarios dentro de la atención primaria y los pacientes son derivados por médicos especialistas (no necesaria ni exclusivamente rehabilitadores). En el modelo anglosajón, el equipo de atención comunitaria integra, junto a médicos y enfermeros, a fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, y los pacientes son derivados al terapeuta ocupacional por enfermeros y trabajadores sociales.

¿Cuál sería el papel del terapeuta ocupacional en atención primaria? Fundamentalmente, la prevención de enfermedades y patologías que podrían derivar o llevar a una situación de dependencia o a una cronicidad y, también, la atención temprana, de 0 a 3 años. Asimismo, dentro de la atención primaria se podrían llevar a cabo programas para grupos con riesgos de dependencias, grupos de Parkinson, Alzheimer, artritis reumatoide y otras patologías. Esta prevención podría extenderse también a la salud mental, porque, al ser la atención primaria el servicio más próximo a los ciudadanos, se podrían detectar psicosis incipientes, problemas de madres separadas, hijos de familias desestructuradas, de adolescentes...

En los servicios de atención primaria también se podría hacer la rehabilitación de pacientes que son dados de alta en los hospitales de agudos sin haber recibido la rehabilitación durante el tiempo adecuado.

Y en fin, la atención domiciliaria, que permitiría al paciente que, en su casa, con las ayudas técnicas pertinentes, pudiera seguir o conseguir ser autónomo.

Las conclusiones de la compareciente fueron:

— Hay un número insuficiente de terapeutas ocupacionales en la atención especializada, con desigualdades territoriales que habría que corregir y sin desarrollo de la cartera básica de prestaciones.

— Deberían existir terapeutas ocupacionales en atención primaria.

4.2. Comparecencia del Presidente de la Federación Española de Ortesistas Protesistas, D. Carlos Córdoba Berlanga.

Dio inicio el compareciente a su exposición situando a la ortopedia en la sanidad: es el sector que atiende a la población con discapacidad, bien sea temporal o permanentemente, facilitándoles su integración y el desarrollo en la sociedad.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008, realizada por el INE, la ortopedia española presta atención sanitaria ortoprotésica a 9.500.000 usuarios; de ellos, 3.800.000 son discapacitados (8,5% de la población española); de ellos, 1.390.000 no pueden realizar alguna de las activida-

des básicas de la vida diaria sin ayuda; 4 de cada 10 tienen dificultada o limitada la movilidad; 1.100.000 padecen deficiencias osteoarticulares como secuelas de una enfermedad o accidente; 1.500.000 de personas —fundamentalmente mayores— reciben ayudas técnicas; y se atienden al año 2.065.000 prescripciones médicas ortoprotésicas de los centros de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud y 3.600.000 provenientes de la sanidad privada o mutual.

Por otro lado, la Confederación Española de Ortopedia tiene censadas 137 patologías susceptibles de recibir tratamiento ortoprotésico. El sector acoge a 2.500 profesionales titulados y 14.000 trabajadores en toda España. De los 2.450 establecimientos sanitarios de ortopedia abiertos al público en la actualidad, 1.120 tienen licencia de fabricación de productos sanitarios a medida, pudiendo estar al frente de los mismos titulados universitarios de cualquier rama sanitaria con una formación de postgrado. Éste es, en cifras, el sector que tiene que atender el técnico ortoprotésico español.

La diferencia entre los profesionales que ejercen la ortopedia y el resto de los profesionales sanitarios es que el técnico ortoprotésico ejerce su profesión de forma exclusiva en «micro PYMES» privadas que mantienen convenios asistenciales con el Sistema Nacional de Salud (formato idéntico al de otros países comunitarios).

Para poder prestar una asistencia de calidad a 9.500.000 usuarios, de los que 3.800.000 son discapacitados, la prestación ortoprotésica, en opinión del compareciente, pasa por la resolución de tres cuestiones:

1. La regulación del sector y de los establecimientos sanitarios en los que se ejerce utilizando los mismos criterios en todo el territorio nacional, superando gastos desiguales entre unas y otras Comunidades Autónomas, presupuestos irreales y carteras de servicios obsoletas. La falta de regulación del sector genera, a su vez, una situación que confunde al usuario, que no sabe diferenciar tres tipos de establecimiento: los de venta y fabricación de productos a medida, los de la venta y adaptación de productos, y los de venta sin adaptación, que no son «auténticos» establecimientos sanitarios (ortopedias).

2. Una formación adecuada. La actual formación profesional de 2.000 horas, repartidas en dos cursos, se ha probado insuficiente para dotar de cualificación a los nuevos titulados, siendo necesario ampliar el número de horas, bien alcanzando el máximo permitido por la Formación Profesional, bien creando una titulación de grado en ortoprotésica, lo que permitiría la homologación de la titulación española en Europa por adaptarse al «Plan Bolonia», así como el ejercicio profesional de nuestros técnicos superiores en Ortoprotésica en otros países europeos.

3. La inspección y el control por parte de la Administración de la prestación ortoprotésica y los establecimientos sanitarios, evitando el funcionamiento de los referidos establecimientos sin autorización o una vez vencida ésta.

Porque —y fue la conclusión del compareciente— la ortopedia no es considerada una profesión sanitaria, pero

el ortoprotésico desarrolla sus funciones en establecimientos sanitarios como profesional sanitario. Por ello debe responder a los más altos niveles de calidad, por sus repercusiones terapéuticas en el proceso rehabilitador del paciente.

4.3. y 4.4. Comparecencia del Vicedecano del Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas, D. Ángel García Muñoz y de D.^a María Jesús Rivero Alemán, óptico-optometrista.

A partir de las funciones que la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias atribuye de manera enunciativa, no limitativa, al Diplomado en Óptica y Optometría —a saber, actividades dirigidas a la detección de los defectos de la refracción ocular, a través de su medida instrumental, a la utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual y a la adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas— el compareciente desglosó un amplio abanico de las mismas. A continuación, expuso el modelo global de competencias en optometría propuesto por el Consejo Mundial de Optometría y el Consejo Europeo de Optometría y Óptica, un modelo que diferencia cuatro categorías, englobando cada una de ellas las competencias de la anterior. España se sitúa en la categoría tercera, que incluye, además de la dispensación, la graduación de la vista y la prescripción de elementos correctores, también la detección de patología ocular sin la utilización de fármacos.

Tras comparar, a los efectos de establecer la relación del óptico-optometrista con el sistema sanitario, el sistema español con el de Alemania y el de Reino Unido, el Sr. García Muñoz señaló la doble relación del colectivo con el sistema sanitario: existen ópticos-optometristas ejerciendo en hospitales y clínicas privadas (o públicas con gestión privada) —más de 450— y otros, con menor presencia —alrededor de 60 en toda España— dentro del Sistema Nacional de Salud, generalmente mediante la fórmula atípica de la citación de servicios como autónomos. En cualquier caso, la actuación del óptico-optometrista en el Sistema Nacional de Salud mejora la calidad del servicio, realizando exámenes visuales para los que está capacitado y descargando al oftalmólogo de dicha tarea.

Por otro lado, en distintas Comunidades Autónomas se han firmado convenios (el primero, en 1999, en el País Vasco) que integran al óptico-optometrista en el sistema sanitario público como agente de atención primaria de la salud visual, mediante una derivación del usuario que quiera graduarse la vista por el médico de atención primaria a alguna de las ópticas adheridas al convenio, en la que se evaluará su función visual; de esta forma, se evita que pasen por servicios de oftalmología del Sistema Nacional de Salud los usuarios que únicamente requieren una revisión, reduciéndose notablemente las listas de espera. Según datos del Consejo Nacional de Ópticos-Optometristas, durante el último año, se realizaron más de 105.000 derivaciones a las ópticas desde los centros de salud.

Concluyó su intervención el compareciente subrayando la aportación fundamental de los ópticos en el cuidado de la visión, para lo cual, sin perjuicio de que se potencia-

sen los convenios a los que hizo referencia, consideró deseable la existencia de, al menos, un óptico-optometrista en cada uno de los Servicios de Oftalmología del país, así como prioritaria la definición clara de las funciones del óptico mediante el desarrollo normativo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, reconociéndole su capacidad de prescripción, de diagnóstico diferencial y de detección de patologías oculares.

Seguidamente, D.^a M.^a Jesús Rivero Alemán, óptico-optometrista de la Delegación Regional del Colegio Nacional Óptico-Optometrista en Canarias, tomó la palabra para detallar el funcionamiento del sistema de convenios de los ópticos con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas: el usuario es remitido a la óptica desde su centro de salud, con una petición del médico de atención primaria de examen visual. Dicho examen consiste en la realización de una serie de pruebas, como son la medida de la agudeza visual, el examen de la refracción ocular, la prueba de la rejilla de Amsler, para determinar el campo visual, la evaluación de los reflejos pupilares, el test de Worth y una tonometría de no-contacto, para la medida de la presión intraocular mediante una técnica no invasiva. El resultado de las pruebas se entrega al usuario, que lo entregará, a su vez, a su médico de familia.

Concluyó la Sra. Rivero con los datos estadísticos del resultado de otros convenios en las dos provincias canarias: 16.075 usuarios atendidos por los ópticos en 2007, de los cuales, sólo 2.949 fueron derivados al Servicio de Oftalmología por el médico de familia; es decir, que casi un 82% de las personas atendidas no precisaron más que una revisión visual y hubieran pasado a engrosar las listas de espera de no haberse aplicado el convenio, lo que revela claramente su utilidad.

4.5. Comparecencia de la Presidenta del Consejo General de Colegios de Logopedas, D.^a Anna Civit i Canals.

La compareciente, después de hacer una breve referencia a la creación del Consejo General de Colegios de Logopedas en septiembre de 2006, se centró en la función del logopeda en sus múltiples ámbitos de actuación: el logopeda se ocupa de todo el proceso comunicativo (prevención, valoración, diagnóstico y tratamiento de las operaciones de comunicación) y, aunque es una profesión sanitaria, está también dentro de los ámbitos educativo, social y, últimamente, judicial. Las patologías que requieren intervención logopédica son diversas, unas más graves que otras y de tratamiento preferente, unas en el ámbito sanitario, otras en el educativo: alteraciones de la voz, alteraciones del habla, trastornos del leguaje oral-escrito, trastornos de las funciones orales no verbales, etc...

En cuanto a la atención logopédica pública en el ámbito sanitario, la compareciente aportó algunas cifras a partir de datos obtenidos de centros públicos (no de concier-

to, como ocurre en Cataluña) de seis Comunidades Autónomas: Andalucía tiene 10 centros públicos con 18 plazas de logopeda, Baleares 3 centros con 4 plazas de logopeda, Castilla-La Mancha 11 y 15, respectivamente, Cataluña 27 exclusivamente públicos y 36 logopedas, Murcia 1 centro y 2 logopedas y Valencia 1 centro y 1 logopeda.

Las plazas de logopedia en la sanidad pública, a la vista de las cifras, son claramente insuficientes. Existiría la posibilidad de integrar a los logopedas en los servicios hospitalarios de otorrinolaringología, dado que en estos servicios se trata a pacientes con problemas auditivos, con disfonías, con patologías en las cuerdas vocales...

Ante la escasísima atención logopédica en el ámbito público, los pacientes con problemas que requieren estos tratamientos (que son muchos y por distintas causas: enfermedades degenerativas, traumatismos, problemas docentes vasculares, etc.) no tienen otra alternativa que acudir a consultas privadas.

Por otro lado, se han hecho conciertos entre logopedas que ejercen en el ámbito privado y algunos Servicios de Salud de Comunidades Autónomas (en Valencia, por ejemplo), pero estos conciertos presentan algunos problemas, porque se hacen grupos de pacientes —no se tratan de uno en uno— con patologías diferentes —no con la misma— que requieren tratamientos también distintos y que no se pueden hacer.

Según opinión de la Sra. Civit, uno de los graves problemas de la logopedia es que no existen estudios epidemiológicos (del mismo modo que sí existen entre los médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios) que determinen cuáles son las necesidades, qué número de logopedas hacen falta según la población y qué patologías han de atenderse por la sanidad pública.

La conclusión de la compareciente fue que el número de plazas de logopedia en el ámbito sanitario público son insuficientes y que para detectar las necesidades reales de logopedia y poder incluir a estos profesionales en la sanidad pública hace falta investigación, desarrollo, innovación y, sobre todo, un estudio epidemiológico que establezca qué patologías hay que tratar a nivel sanitario, quién las detecta, quién las deriva, qué sistema de evaluación se utiliza, cómo se hace el tratamiento y por qué profesionales.

4.6. Comparecencia del Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, D. José Mariano de León Lázaro.

En nombre del Consejo General de Podólogos, el compareciente abordó el objeto de la ponencia desde la perspectiva de su disciplina, la podología, una especialidad de las Ciencias de la Salud que tiene por objeto el estudio de las enfermedades y alteraciones que afectan al pie, y que abarca el diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies mediante las técnicas terapéuticas propias de dicha disciplina. Para ejercer la podología en España es preciso estar en posesión de la titulación universitaria de podólogo y colegiado en el colegio oficial de la Comunidad Autónoma en la que se vaya a ejercer la profesión.

¹ Desde la entrada en vigor de la Ley 28/2009 de 30 de diciembre de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, se permite la prescripción de determinados medicamentos por los podólogos.

La podología, en su aspecto médico, se remonta a tiempos muy lejanos. No obstante, con las regulaciones tempranas de 1855, 1904 y 1944, la regulación general de la podología como profesión sanitaria no se logra hasta la promulgación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

A continuación, el compareciente hizo una mención de los estudios de podología (hasta hoy de diplomado universitario) y la incidencia de Bolonia en dichos estudios (titulación de grado que dará paso a los posteriores títulos académicos de máster y doctorado).

Por otro lado, la característica esencial del podólogo en su ejercicio profesional es la recepción autónoma de los pacientes, sin ser remitidos éstos por ningún otro profesional sanitario; sin embargo, los podólogos no están legalmente autorizados para la prescripción farmacológica, lo cual, en opinión del compareciente, provoca un desajuste profesional, porque algunas de las funciones que desempeña el podólogo llevan implícita la receta de medicamentos (analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios, etc.).

A continuación, el compareciente pasó a detallar los concretos ámbitos de especialización y actuación de la podología:

— La cirugía podológica, entre cuyos tratamientos están los de la patología de la uña, uñas encarnadas, verrugas plantares, deformidades en los pies, cirugías de los dedos, dedos martillo... Tales afecciones o deformidades se realizan conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas sistematizadas habitualmente bajo anestesia y no precisan ingreso hospitalario.

— La ortopedia del pie (ortopodología), es decir, tratamientos con soportes plantares, plantillas de descarga con prótesis de silicona, etc., con la finalidad de corregir y mejorar las patologías de los pacientes.

— Biomecánica del pie, que pretende, mediante plataformas de presión, sensores y otras pruebas, un diagnóstico del apoyo del pie, tanto en estática como en dinámica.

— Podología deportiva, dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento de lesiones provocadas en los pies debido a la actividad deportiva.

— Podología geriátrica, dedicada al estudio y valoración del pie del paciente anciano.

— Podología laboral, especializada en las patologías de los pies provocadas por la actividad laboral.

— En fin, la especialización en el campo del pie del diabético, que requiere cuidados de diferentes profesionales sanitarios, y muy especialmente del podólogo, para evitar que se llegue, por falta de atención, a la amputación de los pies.

En definitiva, los ámbitos de actuación del podólogo, son muy diversos. Actualmente, la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud no incluye la atención podológica y tampoco las de las Comunidades Autónomas (sí está incluida en Cantabria), aunque algunas sí integran a los podólogos en sus servicios sanitarios por la vía de los convenios de colaboración (Cataluña, Castilla La Mancha y acuerdos con ayuntamientos en otras comunidades como la Comunidad de Madrid). No obstante —y con esto con-

cluyó el compareciente su intervención— sería beneficioso para el paciente ser atendido por el especialista especialmente formado para atender su patología y para el Sistema Nacional de Salud, a su vez, la integración directa de podólogos en sus servicios sería una ventaja porque reduciría el bloqueo y las listas de espera, mejorando la educación sanitaria y la prevención.

4.7. y 4.8. Comparecencias del Presidente del Colegio Oficial de Ópticos Optometristas de Cataluña, D. Vicenç Masià Gómez y de D. Jordi Castellví Manent, óptico-optometrista.

Partió en su exposición el compareciente de la definición del óptico-optometrista (profesional sanitario de atención primaria en la salud visual, desarrollando sus funciones en establecimientos sanitarios de óptica, centros de optometría, centros multidisciplinares de salud y, en algunos casos, centros de asistencia primaria y hospitales, tanto públicos como privados) y de la optometría como Ciencia de la Salud (disciplina que, con los conocimientos adecuados para la detección de disfunciones patológicas, promueve la salud visual y el bienestar, tanto del individuo como de la colectividad).

Según estadísticas proporcionadas por la ONCE, el 57% de las visitas a los servicios de oftalmología, tanto públicos como privados, no revisten causas patológicas, sino que obedecen a otros motivos: revisiones periódicas, cambio de graduación, diagnóstico final, prescripción de lentes...

Según datos de la OCU, en 2004, el tiempo de espera para una primera visita oftalmológica en el sistema público sanitario variaba desde los 22 días de Castilla-La Mancha hasta los 187 de las islas Canarias. Para gestionar estas listas de espera tendría que contarse con la colaboración de ópticos-optometristas, profesionales con formación adecuada para descargar los servicios de oftalmología atendiendo aquellas consultas que tienen como motivo la prescripción de una graduación o refracción (45%) y haciéndose cargo de los controles periódicos de los pacientes con patologías oculares diagnosticadas y en tratamiento (tonometrías, campimetrías, topografías corneales, por ejemplo) y de los pacientes sometidos a cirugía de cataratas, una vez obtenida el alta médica por parte del oftalmólogo.

A continuación, el Sr. Masià pasó a comentar el sistema de convenios de colaboración que se ha puesto en marcha en determinadas Comunidades Autónomas entre los colegios de ópticos-optometristas y los Servicios de Salud. A través de tales convenios, sin coste alguno para los Servicios de Salud, los pacientes son derivados por los médicos de atención primaria a los establecimientos sanitarios privados de óptica, quienes evalúan las capacidades visuales de los usuarios, les informan sobre la mejora del rendimiento visual, prevención e higiene visual y les entregan un informe con el resultado de la evaluación realizada, con copia para el facultativo de atención primaria.

Seguidamente, el Sr. Masià cedió la palabra al otro compareciente, D. Jordi Castellví Manent, quien como Diplomado en óptica y optometría —dijo— lleva casi 15 años trabajando de forma ininterrumpida en la sanidad pública,

formando parte del equipo del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol («Can Ruti»), quien pasó a relatar su experiencia como óptico-optometrista del Instituto Catalán de Salud.

Tras hacer una breve explicación de las dificultades de la sanidad pública para contratar directamente a ópticos-optometristas, dado que, como tal, esta categoría no está reconocida en el Sistema Nacional de Salud, el compareciente detalló sus funciones como optometrista, esto es, especialista en la medición del ojo: procedimientos, diagnósticos de ametropía (o graduación de la vista), estudios de motilidad ocular, de la visión cromática, del campo visual central, educación sanitaria, pruebas de gabinete, paquimetrías, campimetrías, mediciones de la visión periférica, tonometrías de aire para saber la presión ocular del ojo, retinografías, tomografías de coherencia óptica, biometrías...

Las referidas actividades —concluyó el compareciente—, complementarias a las del oftalmólogo, ponen de manifiesto la utilidad y conveniencia de integrar a los ópticos-optometristas, con el reconocimiento profesional que les corresponde, en el Sistema Nacional de Salud.

4.9. Comparecencia del Presidente de la Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas, D. Giuseppe Russolillo Femenías.

En calidad de Presidente de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas, el Sr. Russolillo Femenías defendió en su comparecencia la necesidad de incluir los servicios del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud, en equipos multidisciplinares de atención sanitaria, sobre la base del papel que el dietista-nutricionista tiene en la promoción, prevención, tratamiento y capacidad de evitar la aparición de enfermedades prevalentes en España, concretando dicha propuesta en un dietista-nutricionista/50.000 habitantes con tarjeta sanitaria, un dietista-nutricionista/100 camas en atención especializada (Unidad de Dietética y Nutrición U.11), un dietista-nutricionista por cada unidad asistencial con enfermedades relacionadas con la dietética y nutrición (en total 10) y en el servicio de alimentación del hospitalaria y un dietista-nutricionista/500.000 habitantes en cuanto a la salud pública y prevención.

La referida propuesta fue justificada por el compareciente con algunos datos:

— Papel de la alimentación en la calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud, de los diez factores riesgo que más perjudican a la salud de la población, seis están directamente relacionados con la alimentación y causan el 40% de los fallecimientos mundiales que se registran cada año (hipercolesterolemia, alcohol, hipertensión, deficiencia de hierro y sobrepeso y obesidad).

— Profesión del dietista-nutricionista. Es un profesional de la salud con titulación universitaria reconocido como experto en alimentación, nutrición y dietética con capacidad para intervenir en personas sanas y enfermas desde muy diversos ámbitos: hospitales, atención primaria, consultas externas, salud pública, industria agroalimentaria, restauración, docencia e investigación.

— Interés público de la profesión del dietista-nutricionista, en la medida en que la organización de la profesión del dietista-nutricionista se regula a través de Corporaciones de Derecho Público, con lo que se asegura que se vela por la salud de los ciudadanos en las prestaciones sanitarias relacionadas con la nutrición y dietética, evitando tanto, planteamientos paracientíficos como el intrusismo profesional.

Detallando más aún la propuesta de incorporación de dietistas-nutricionistas al Sistema Nacional de Salud, el Sr. Russolillo se refirió a los beneficios que obtendrían los ciudadanos con la inclusión de las prestaciones sanitarias del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud: mejora de la calidad de vida, reducción de las enfermedades relacionadas con la nutrición y de la relación coste-efectividad, reducción de las listas de espera y asistencia sanitaria pública para toda la población española en condiciones de igualdad efectiva.

Insistió el Sr. Russolillo en lo paradójico de la situación del dietista-nutricionista en España; existen plazas de dietistas-nutricionistas en hospitales de Castilla-La Mancha, en las Islas Baleares existen dos puestos dependientes del área de gerencia en el grupo B, que responden a ese perfil, mientras que en el País Vasco, región de Murcia y Cataluña, existe bolsa de trabajo con plazas cero. En el resto, si existen dietistas-nutricionistas es mediante la contratación a través de fondos privados de laboratorios farmacéuticos o de las empresas concesionarias del servicio de alimentación de los propios hospitales; en atención primaria la contratación es a través de fondos europeos; y finalmente, gracias al aporte económico de las Asociaciones de enfermos (renales, celíacos, etc.) que consideran imprescindible la figura de este profesional sanitario.

Para concluir, el compareciente insistió en que la ausencia de dietistas-nutricionistas en el Sistema Nacional de Salud, junto con la necesidad de resolver situaciones irregulares en la prestación de servicios propios de los profesionales, precisa de una rápida y necesaria intervención por las autoridades sanitarias, para:

— Garantizar las condiciones de igualdad efectiva para todos los ciudadanos y evitar privilegios asistenciales entre ciudadanos de diferentes Comunidades Autónomas.

— Resolver la carencia de dietistas-nutricionistas en el sistema sanitario público que tiene España respecto de países europeos.

— Modernizar el Sistema Nacional de Salud a través de la incorporación de nuevas profesiones sanitarias previstas en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, lo que descargaría considerablemente la carga médica y de enfermería.

Con la afirmación «los dietistas-nutricionistas tendremos un papel relevante en la sostenibilidad, tendremos que enseñar a comer a las personas, no sólo sano sino sostenible y es el próximo reto que nos ha encargado la Organización Mundial de la Salud para los próximos años», el Sr. Russolillo puso fin a su comparecencia.

5. Sesión 21 de abril de 2009.

5.1. Comparecencia del representante de la Asociación de Médicos extracomunitarios (ASOMEX), D. Abraham Moisés Barbero González.

En representación de ASOMEX (Asociación de Médicos Especialistas Extracomunitarios), el Sr. Barbero González expuso la situación de su colectivo: médicos españoles —por nacionalidad, nacimiento o adopción— que, amparados por un convenio internacional, salieron a especializarse al extranjero, como alternativa a la especialización vía MIR y, a su regreso a España, no se les reconoció su especialización.

Sin embargo, la realidad sanitaria española es hoy ésta: 4500 licenciados salen anualmente de nuestras Facultades, 6500 plazas se ofertan cada año para especialización, en 40 de las 52 provincias españolas faltan profesionales y la sanidad privada también demanda profesionales. Las razones del desequilibrio oferta-demanda asistencial son las siguientes: el crecimiento poblacional, la jubilación del personal sanitario, la falta de estímulo profesional y la precariedad laboral, y las especialidades en las que esta falta de profesionales es más llamativa son la medicina de familia y la pediatría, la anestesia y las ramas quirúrgicas.

ASOMEX solicita, por ello, la homologación profesional de los títulos de especialista extracomunitarios y la modificación de la normativa de homologación actual, que data de 1991, y que posterga el problema del déficit sanitario. Las razones que el compareciente expuso en apoyo de la homologación de los títulos de especialista extracomunitario fueron las siguientes:

— La calidad de la formación del médico extracomunitario, que incluye 6-7 años en la universidad, un año de internado médico, un año de formación práctica en atención primaria obligatoria, previa al MIR extracomunitario, etc., en universidades avaladas por la Organización Médica Mundial de la Salud.

— El idioma. El 80% de los médicos extracomunitarios ha sido formado en Iberoamérica y hablan nuestra lengua.

— Carencia de médicos especialistas en España. ¿Por qué no entonces homologar a los especialistas extranjeros? El MIR extracomunitario es muy anterior al MIR español y exige tesis de pregrado y examen final para acceder al título de especialista.

¿Qué imposibilita la homologación de los especialistas extracomunitarios?

— Primeramente, la actual normativa, que data del año 1991 y presenta 20 años de desfase con respecto a la actual realidad sanitaria.

— El procedimiento, según esta normativa, exige aprobar un examen teórico-práctico en una desigualdad simétrica contundente, y se requiere un 80% de respuestas acertadas para aprobar el referido examen, cuando más del 20% de preguntas resultan impugnadas. El tiempo

para responder cada pregunta es de 48 segundos, insuficiente, incluso, para leerla.

— Sólo puede realizarse dos veces el examen de homologación.

Existe un proyecto de Real Decreto con un procedimiento de reconocimiento de los títulos extracomunitarios que, de aprobarse, posibilitaría la integración de los profesionales extracomunitarios en el Sistema Nacional de Salud, así como en la sanidad privada. Respecto de este proyecto de normativa, propuso el compareciente algunos cambios:

— Que se considere el tiempo efectivo de formación del MIR extracomunitario.

— Que se tengan en cuenta la experiencia laboral y la formación continuada en España.

— Que se pueda repetir la prueba de examen cuantas veces se quiera y rebajar a un mínimo de 180 puntos la calificación para superarla.

— Voluntad de las Comisiones de Especialidades de querer homologar.

— Transparencia. Que las preguntas de las pruebas sean extraídas de un banco con fuentes claras y basadas en bibliografía científica fácilmente contrastable por las Comisiones de Especialidades.

— Que haya observadores independientes que garanticen la transparencia del proceso.

En definitiva, ASOMEX solicita la homologación profesional inmediata que permita a los especialistas extracomunitarios acceder a los puestos según su cualificación, en igualdad de condiciones que los especialistas formados en España, porque son profesionales altamente cualificados, que aportan atención sanitaria de calidad a los ciudadanos y constituyen una fuerza laboral que ayuda a resolver el problema actual de falta de equilibrio de oferta y demanda de profesionales.

5.2. y 5.3. Comparecencias del representante de los colectivos Médicos Especialistas sin Título Oficial (MESTO) y Farmacéuticos Especialistas sin Título Oficial (FESTO) de la Comunidad Autónoma de Cataluña, D. Ricard Yago Escobedo y de la representante de los colectivos Médicos Especialistas sin Título (MESTO), D.^a Mercedes Zahonero Cobra.

El Sr. Yago Escobedo partió en su exposición de una constatación: existe en España en la actualidad un colectivo de médicos y farmacéuticos nacionales ejerciendo como especialistas sin el título oficial, con una formación universitaria y especializada fehacientemente demostrable, comprobable y contrastable y con un ejercicio profesional en una especialidad entre 10 y 20 años y en algunos casos más.

El fenómeno de los MESTOS-FESTOS se origina por el gran número de matrículas en las facultades de medicina al final de los años 70, en los 80 y al principio de los 90, coincidiendo con el establecimiento de la formación especializada MIR-FIR y el reducido número de plazas para

dicha formación. Se generó así un desequilibrio entre el número de licenciados y las plazas de especialización ofertadas; no obstante, los médicos sin título, por necesidad, acabaron siendo absorbidos por el Sistema Nacional de Salud y especializándose «de facto». Por sendos Reales Decretos de 1994 y 1999 se intentó de forma correcta, pero insuficiente, solucionar la cuestión (licenciados pre-95 no tenían currículum suficiente, o experiencia profesional o tiempo de formación, o no pudieron acreditarlo por el tipo de contrato...) que, sin embargo, hoy día sigue vigente.

Por especialidades, las más afectadas son pediatría, cirugía ortopédica y traumatología, medicina familiar y comunitaria, psiquiatría, geriatría y ginecología y obstetricia.

Normalizar la situación de estos profesionales sería beneficioso para el Sistema Nacional de Salud, porque ayudaría a solucionar la carencia de profesionales que padece, favorecería la movilidad de profesionales (los MESTOS no pueden trasladarse a cubrir a bajas a hospitales distintos del que les contrata precisamente por la carencia de título) y permitiría la incorporación de profesionales que trabajan en la sanidad privada a la pública.

Todo ello mediante la elaboración de un Real Decreto que prevea una solución justa (valorando a los profesionales mediante criterios objetivos), ágil (y fácil de aplicar porque no es deseable que el proceso se demore en el tiempo) y rigurosa (para que nadie pueda poner en duda la titulación de estos profesionales).

Finalizó su intervención el Sr. Yago Escobedo insistiendo en que los MESTOS-FESTOS son verdaderos especialistas, que ejercen su actividad profesional con plena responsabilidad y están avalados, en algunos casos, hasta con más de 20 años de ejercicio profesional. En un momento de patente carencia de especialistas en el Sistema Nacional de Salud, existe una obligación y una responsabilidad moral de regularizar la situación de MESTOS-FESTOS.

A continuación, D.^a Mercedes Zahonero Coba, representante de los colectivos Médicos Especialistas sin Título (MESTO), ratificó los datos ofrecidos por su colega acerca de la situación de los médicos y farmacéuticos sin título oficial por no haber podido especializarse a través del sistema MIR-FIR y ofreció cifras concretas por Comunidades Autónomas (414 MESTOS y 70 FESTOS en Cataluña, 382 MESTOS en Castilla-La Mancha y 92 en Extremadura, por ejemplo).

A continuación, detalló su propuesta para la regulación de estos profesionales:

— El eje de la valoración debería ser la capacidad profesional demostrada día a día en el ejercicio de su especialidad realizando un examen curricular que, de ser correcto, otorgaría la titulación correspondiente.

— En caso de detectar carencias, debería exigirse un período de formación de 6 meses y, una vez finalizado, otorgar la titulación correspondiente.

— En cuando a la composición del Tribunal de valoración debería haber una Comisión Nacional de la especialidad, representantes del Ministerio y/o de las Comunidades Autónomas y representantes del foro de la especialidad.

— La valoración de los profesionales ha de hacerse con criterios objetivos.

— Si se opta por un examen, debería haber más de una oportunidad y la prueba debería ser tipo ECOE.

Con estas medidas, que deberían contenerse en un Real Decreto de regularización del colectivo MESTOS-FESTOS, se remediaría justamente su situación irregular en el Sistema Nacional de Salud, cuya carencia actual de profesionales están ayudando, desde hace décadas, a paliar.

5.4. Comparecencia del representante del Royal College of Nursing of the United Kingdom, Mr. Alan Dobson.

El representante del Royal College of Nursing del Reino Unido centró su intervención en la enfermería avanzada en todo el espectro de la enfermería en general. El modelo británico de enfermería avanzada surge para dar respuesta a una demanda de cuidados de enfermería cada vez mayor y más exigente, a la vez que para solucionar problemas tales como las listas de espera o las limitaciones horarias de los médicos.

Las prácticas de enfermería evolucionan hacia la enfermería avanzada porque los enfermeros son profesionales con un alto nivel de formación y cualificación y el gobierno se ha dado cuenta de ello, permitiendo que lleguen a prescribir y den respuesta inmediata a determinadas necesidades -de información, de atención, de medicación- de los pacientes. Con ello, se logra, además, retener a los enfermeros que, insatisfechos con su trabajo y sus retribuciones, dejaban el servicio y marchaban a otros sectores.

A continuación, el compareciente puso algunos ejemplos de determinadas prácticas de enfermería avanzada:

— Tratamiento de heridas menores. Los enfermeros hacen el diagnóstico básico, solicitan los estudios pertinentes y comienzan el tratamiento. En algunos casos, los enfermeros ayudan a las clínicas; en otros, los enfermeros hacen actividades clínicas, realizando un proceso de cribado previo a la intervención del médico, agilizando las listas de espera, atendiendo prioritariamente a pacientes agudos, etc.

— Unidades de neonatos, mantenidas por enfermeros especializados, que dan el apoyo que necesitan los pacientes —que no están enfermos, sino esperando a crecer— a ellos y a sus familias.

— Enfermedades genitourinarias. En ellas, los enfermeros hablan con los pacientes, alivian su dolor e incluso dan medicación.

Los enfermeros avanzados alivian la carga de trabajo de los médicos, asumiendo tareas de planificación de altas y bajas hospitalarias, elaboración de informes, toma de datos de los pacientes, etc., y ello, por su diferente formación respecto del médico, con mayor prudencia, basándose más en las evidencias que en las pruebas médicas, y con mayor flexibilidad.

En cuanto a los problemas principales de los enfermeros avanzados, citó el compareciente el de la competencia

y seguridad sobre sí mismos, el de la oposición de un sector de la propia profesión, que ha visto en estos enfermeros avanzados una amenaza y el de los objetivos de la enfermería avanzada y el de los recursos.

En fin, concluyó Mr. Dobson, insistiendo en los buenos resultados que, pese a las reticencias iniciales, ha dado el sistema de la enfermería avanzada en el Reino Unido, tanto para el gobierno, como para los médicos y hospitales, como para, sobre todo, los pacientes.

6. Sesión 6 de mayo de 2009.

6.1. Comparecencia del Presidente de la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina, D. Joaquín García-Estañ López.

Inició su presentación del tema el compareciente explicando el origen de la bolsa de paro histórica que se produjo en la medicina, ocasionada por el excesivo número de estudiantes que no podían ser absorbidos por el incipiente sistema de especialización vía MIR, iniciado en el año 79, lo que hizo necesario el establecimiento del *numerus clausus* en las facultades de medicina de toda España.

A partir del año 94, la situación pareció equilibrarse y en el 2006 quedó totalmente invertida, notándose ya la falta de titulados. Sin embargo, la gran bolsa de médicos en paro todavía existente fue en contra de la razonable modificación del *numerus clausus*, teniendo en cuenta los 10 años necesarios para la formación de un médico especialista.

Desde la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina se entiende que lo que falta no son médicos, sino especialistas; de ahí la oposición a la creación de nuevas facultades de medicina como solución. Con 44 millones y pico de habitantes, España tiene 33-34 facultades de medicina (incluyendo la de Navarra), esto es, un ratio de 0,75-0,76, y está prevista la creación de otras nuevas en Murcia, Ciudad Real, Almería, Jaén, Huelva, Madrid y Mallorca.

En cuanto a la demanda de los estudiantes, ciertamente ha crecido, aun cuando las «notas de corte» siguen siendo muy elevadas; pero esto no es justificación, a juicio del compareciente, para la creación de nuevas facultades. Lo que realmente hace falta es una regulación adecuada del sistema, con formación de un número adecuado de médicos que sean suficientes para iniciar su formación especializada (MIR).

Por otro lado, el dar plena respuesta a la demanda podría ocasionar, de nuevo, el problema de los años 80: masificación en las facultades de medicina, que volverían a ser fábricas de parados.

A continuación, el Sr. García-Estañ pasó a comentar la relación entre médicos y especialistas y a detallar cifras sobre homologación de títulos de médicos extranjeros extracomunitarios (23.000 desde el año 2000), de médicos europeos (3.000 desde la misma fecha); sumando estas cifras a las de titulados españoles, son 62.000 los médicos disponibles, pero sólo 52.000 los especialistas formados (por tanto, existe un déficit de 10.000 médicos que no pueden acceder a la formación de especialistas).

Para finalizar, el Sr. García-Estañ expuso los acuerdos consensuados en la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina:

1. Evitar la bolsa de desempleo de los años 80.
2. Evitar la masificación —y la consiguiente pérdida de calidad en la enseñanza— en las facultades de medicina.
3. Aumento de profesorado y recursos en las facultades de medicina, así como en los hospitales universitarios.
4. Planificación conjunta y global de los recursos humanos en el sistema sanitario de todas las Administraciones (General del Estado y Autonómicas).
5. Regulación de la homologación de los títulos de los médicos extranjeros (mediante la realización de un examen o prueba de habilidades y conocimientos).
6. Solicitar a las autoridades que se cuente con la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina como instrumento de planificación, en colaboración con las Administraciones y otros entes, para solucionar el problema que el compareciente ha definido a lo largo de su intervención como déficit de especialistas.

6.2. Comparecencia de la Presidenta de la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería, D^a Pilar Tazón Ansola.

Partiendo de la afirmación de que actualmente existe en la profesión de enfermería una situación de crisis o déficit mantenido (consecuencia de la cual son los índices de contratación, las sustituciones, etc.), que no solo es cuantitativa (carencia de personal), sino también cualitativa (inadecuación del modelo organizativo a la realidad social), la compareciente ofreció algunos datos concretos, refiriéndose al entorno universitario de la enfermería:

En España hay un total de 77 universidades, de las que 50 son públicas y 27 privadas. Los estudios de enfermería se imparten en 52 universidades de las 77, en un total de 107 centros, de los cuales, propios son sólo 47 y el resto son adscritos, bien sean de titularidad pública o privada. La situación de cada Comunidad Autónoma en cuanto a mayoría de unas u otras es distinta (en Cataluña hay cuatro centros públicos y ocho privados, en Andalucía 18 escuelas, de las que diez son públicas y en el País Vasco prácticamente toda la oferta es pública).

En cuanto a la oferta de plazas, para el curso académico 2008-2009 han sido 10.700, 5.423 en centros propios, 3.188 en adscritos públicos y 1.080 en privados, con un aumento de la oferta, respecto del año anterior de 822 (8%). En cuanto a la ratio de plazas ofertadas por cada 10.000 habitantes, varía desde las cinco de Murcia a las dos del País Vasco. Y en cuanto a la demanda, del 95-96 al 2003-04 cayó un 40%. A partir de esta fecha, hay un repunte de la demanda, siendo el índice de 2 personas por plaza ofertada, quedando cubierta toda la oferta y superando los estudios universitarios el 82% de los que se matriculan. El índice de empleabilidad, encajado a los seis meses, es del 93%, muy alto, por tanto. Las notas «de corte» para acceder a los estudios de enfermería varían en función del centro, desde el 5,27 del centro de Manresa hasta el 8,1 de la Escuela de La Fe, en Valencia, siendo la media de 6,8.

Teniendo en cuenta los datos referidos, la compareciente formuló sus conclusiones:

— La oferta actual es, si no deficitaria, al menos sí limitada, a la vista del aumento de asistencia sanitaria y de las jubilaciones de los próximos años, así como del índice de demanda de acceso a los estudios de enfermería.

— La titulación de grado en Enfermería con la implantación del Plan de Bolonia (240 créditos de los que 90 serán de práctica asistencial) exigirá mayor capacidad que la que ahora existe en las instituciones para llevarla a cabo.

— La posibilidad de acceso al Grado de Enfermería desde el ciclo superior de la Formación Profesional tendrá previsiblemente consecuencias sobre la demanda de estudios universitarios.

— La oferta de nuevas titulaciones en ciencias de la salud (Fisioterapia o Terapia Ocupacional, por ejemplo) también tendrá consecuencias sobre la demanda de estudios universitarios de Enfermería.

— Es necesario realizar una planificación, desglosada por Comunidades Autónomas, a medio plazo, que tenga en cuenta datos sociodemográficos, las jubilaciones de profesionales, la oferta de plazas públicas y privadas, las condiciones contractuales, para tener «una foto real actual» de la situación.

— Es necesario, asimismo, definir los nuevos marcos competenciales de las enfermeras especialistas para la puesta en marcha de los programas formativos del catálogo actual de especialidades, para lo cual hay que canalizar nuevos currículos formativos (dependencia, por ejemplo).

— Finalmente, se precisa poner en marcha una política de reclutamiento y fidelización del personal en los servicios sanitarios de todas las Comunidades Autónomas.

6.3. Comparecencia de la Presidenta de la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Fisioterapia, D.^a M.^a Teresa Labajos Manzanares.

La Sra. Labajos hizo, en su comparecencia, un estudio científico sobre la situación de la fisioterapia en España, a partir de los datos ofrecidos por las escuelas en las que se imparten estudios conducentes a la obtención de esta titulación, recogidos a través de un cuestionario, que fue estructurado en cuatro grandes bloques:

1. Datos generales de la universidad. En este primer bloque, la compareciente constató la existencia de 41 escuelas de fisioterapia en España, 26 de ellas públicas y 15 privadas, creadas, casi todas ellas, en los años 90; la titulación es muy reciente, data del año 1982, y la escuela de Valencia fue la pionera.

La nota media de corte que permite el acceso a los estudios de fisioterapia es bastante alta, un 6,9. Y en cuanto a los egresados, son anualmente algo más de 2.000 (2.097 en el curso 2006-07; 2.168 en el 2007-08), lo que supone alrededor del 80% de los matriculados.

2. Convenios con prácticas curriculares. En este punto, subrayó la compareciente el impacto que va a tener la puesta en marcha del Plan de Bolonia, que crea la titu-

lación de grado y exige 40 créditos de prácticas. Actualmente sólo se contemplan 21, para lo cual, el 93% de las escuelas han firmado convenios (marcos y específicos) con el Sistema Nacional de Salud que permiten que los alumnos realicen sus prácticas en los centros sanitarios públicos; el resto de las escuelas facilitan a sus alumnos las prácticas en otro tipo de centros (clínicas privadas, mutuas, residencias geriátricas, colegios de integración, etc.)

3. Empleabilidad. Aproximadamente un 79% de los egresados de centros de fisioterapia encuentran trabajo al año siguiente de aquél en el que finalizaron la carrera, según datos ofrecidos únicamente por aquellos centros que cuentan con registros de empleabilidad (sólo un 48% de los existentes). No hay tasa de paro en fisioterapia.

4. Relación entre empleabilidad y recursos humanos. Esto es el aspecto cualitativo de lo anterior. Al respecto, la compareciente ofreció algunos datos previamente a sus conclusiones:

En España hay 31.000 fisioterapeutas colegiados (realmente más porque la colegiación no es obligatoria) y de éstos, tan sólo 4.800 ejercen en el Sistema Nacional de Salud. La ratio actual es de 1 fisioterapeuta/9.583 habitantes, cuando lo deseable sería 1/1.200.

Quiere ello decir que las necesidades de fisioterapia de la población están insuficientemente cubiertas, que hay patologías que no se tratan porque no hay recursos suficientes para ello, y que tampoco se cubren, por la misma razón, las demandas en relación con la prevención y la promoción de la salud.

Por otro lado, si atendemos a las cifras expuestas, sólo el 30% de los fisioterapeutas se dedica a la sanidad pública; el resto lo hace en el sector privado.

Respecto a las consecuencias de la implantación del nuevo título de grado, parece claro que aumentará el nivel de formación de los profesionales y, por tanto, la calidad del servicio; pero también que será necesaria una redistribución de recursos y responsabilidades de acuerdo con la mayor preparación, cuantitativa y cualitativa, mayores recursos para asumir las nuevas competencias y una actualización de las infraestructuras.

En conclusión, los recursos humanos de fisioterapia del Sistema Nacional de Salud son insuficientes y se hace necesario un aumento de los mismos, como también un reciclaje de conocimientos de los que ya están y una mejora de las infraestructuras del sistema sanitario público.

6.4. Comparecencia de D.^a Pilar Navarro Pérez, Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

El objetivo de la exposición de la Sra. Navarro en su comparecencia fue explicar la situación de los especialistas médicos en Andalucía, dentro de un marco teórico y de un marco de juego centrado en Europa, en el Sistema Nacional de Salud y en los submercados creados entre las Comunidades Autónomas. Con esta idea hizo una previa referencia al Libro Verde de los Profesionales Sanitarios de Europa, en el que se recogen para la planificación premisas tales como el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías, o el fuerte componente económico; así como a la experiencia de planificación de recursos

humanos en materia de salud en el Sistema Nacional de Salud, de la Dra. Beatriz González López-Valcárcel del año 2006, y a los problemas de segmentación profesional (48 especialidades vía MIR) y geográfica (17 Servicios de Salud autonómicos).

Centrándose en la situación de Andalucía y a partir de los datos extraídos del registro de profesionales creado por un Decreto de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, de 29 de julio de 2006, y de los datos de empleo de 2007, la compareciente señaló que en el sistema sanitario público de Andalucía existen 9.285 médicos, trabajando tanto en hospitales del Servicio Andaluz de Salud (30) como en empresas públicas (Costa del Sol, Alto Guadalquivir, Bajo Guadalquivir y empresa de Poniente), según una fuente; 17.055 en todo el Sistema Sanitario, según la otra fuente.

Al dato de la cifra global hay que sumar otras para realizar una correcta planificación: jubilaciones previstas (8% en los próximos 5 años) y MIREs en formación (que manifiestan preferencia por especialidades como oncología, radiología, farmacología, nefrología, obstetricia y rehabilitación), porcentaje de mujeres (30% mayores de 40 años, 53% menores de esa edad), y más de 3/4 partes en las especialidades fundamentales en los especialistas en formación y porcentaje de médicos que trabajan en el Sistema Nacional de Salud y de éstos, cuántos trabajan en atención primaria y cuántos en hospitalaria.

En cuanto a la ratio de especialistas por cada 100.000 habitantes, la diferencia entre la de Andalucía (6,2) y la media de España (8,1) es de 1,9, aunque la ratio en Andalucía es más elevada en especialidades como medicina de familia o cardiovascular.

Asimismo, hizo referencia la Sra. Navarro al tema de los números clausus, justificado en su momento, al incremento de plazas en las facultades de medicina y al aumento de la oferta MIR, desglosado por especialidades, al empleo de médicos extranjeros en el Sistema Nacional de Salud, a la homologación de títulos, a la emigración de médicos españoles y a la movilidad entre Comunidades Autónomas.

Para concluir, la compareciente insistió en que, según las especialidades, se podrá hablar de déficit o superávit de profesionales una vez analizados los datos expuestos, así como los estándares sanitarios adecuados (por patología y por tasa poblacional) para atender a la población, así como también insistió en la conveniencia de que se pongan en marcha los registros de profesionales en todas las Comunidades Autónomas para el que el Sistema Nacional de Salud pueda contar con datos fiables para realizar una buena planificación estratégica.

7. Sesión de 7 de mayo de 2009.

7.1. Comparecencia del Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), D. Benjamín Abarca Buján.

El Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia estructuró su ponencia en cuatro bloques: el peso de la atención primaria en el Sistema

Nacional de Salud; datos sobre la medicina de familia; los problemas de esta especialidad; y las propuestas de mejora de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

— En cuanto al peso de la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud, viene determinado por ser la puerta de entrada en el sistema (300 millones de actos médicos frente a los 50 de otras especialidades) y su puerta de salida (con resolución del 80-90% de los casos), con un alto grado de satisfacción por parte de los ciudadanos —si bien, en los últimos tiempos se nota un cierto deterioro, puesto de manifiesto en primer lugar por los profesionales, causando, entre otras razones, por la falta de inversiones— (15% de la global, excluyendo la farmacia).

— Por lo que se refiere a los datos concretos, de los casi 105.000 médicos que en el año 2.000 estaban trabajando en el Sistema Nacional de Salud, alrededor de 39.000 son médicos de familia (lo deseable sería que fueran hasta un 60% de la cifra global), sin apenas variación entre el número de hombres y de mujeres, con el 63% de los especialistas menores de 50 años y con baja variabilidad en las Comunidades Autónomas en cuanto al número de médicos por cada 100.000 habitantes.

— En relación con los problemas de la especialidad, el principal es el déficit de médicos de familia que hay en todas las Comunidades Autónomas, cifrado entre un 10% y un 35%, según la fuente. Ese déficit comienza ya con el desequilibrio existente entre la oferta y la demanda de plazas MIR y en él influyen, además, otros factores: crecimiento demográfico, envejecimiento de la población, el modelo de urgencias, el uso inadecuado de las prestaciones por la población, la mala distribución, la emigración, la falta de atractivo de la medicina de familia (rol socialmente devaluado, menor retribución, escasa aplicación tecnológica) y la falta de apoyo de otros profesionales al médico de familia.

— La solución de estos problemas pasa por un cambio de modelo de gestión, que reorganice las funciones en atención primaria y redefina los roles de las diferentes profesiones sanitarias (enfermería, trabajadores sociales, etc.) que haga partícipe al médico de la toma de decisiones, que mejore y aumente las herramientas informáticas disponibles y que coordine adecuadamente la atención primaria con el nivel hospitalario. El nuevo modelo de gestión, fuera el que fuese, tendría que cumplir, a juicio del Sr. Abarca, cinco condiciones mínimas: transparencia y facilidad en el acceso a la información, participación activa de los profesionales, aplicación voluntaria del modelo, existencia de un plan piloto y evaluación externa del modelo por instituciones independientes.

Otras medidas sugeridas por el compareciente para paliar el déficit de médicos de familia fueron la recuperación de los médicos emigrados (más de 500 anualmente, con destino a Portugal y Reino Unido, sobre todo), fomentar el conocimiento de la medicina de familia entre los estudiantes, adecuar el número de plazas MIR y establecer la troncalidad, la regularización automática de los MESTOS pre 95, la homologación (mediante un procedimiento

justo, riguroso, ágil y con participación de las organizaciones profesionales) de los títulos de médicos extracomunitarios.

Finalizó su exposición el compareciente alertando de los peligros de una corrección excesiva del déficit de recursos humanos en la atención primaria (volver a la pléthora de médicos desempleados de los años 70-80 por la imposición de los *númerus clausus*), haciendo notar que la crisis de la medicina de familia no es exclusiva de nuestro país, ni siquiera de Europa (también existe en USA) y subrayando la importancia de la atención primaria para la sostenibilidad del sistema.

7.2. Comparecencia del Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), D. Luis Aguilera García.

En nombre de los más de 19.500 médicos de familia, asociados a la semFYC y al conjunto de sus 17 sociedades federadas, y que trabajan en los centros de salud, en los servicios de atención continuada y de urgencias de los hospitales de toda España, intervino el Sr. Aguilera García, quien estructuró su exposición en dos bloques: el marco global en el que deben desarrollarse las acciones destinadas a determinar las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud y las propuestas que deberían implantarse para conseguir una mayor contribución de la salud de los ciudadanos como resultado de la distribución de especialidades médicas en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Respecto del primer bloque, transcurridas tres décadas desde que se asignara tanto a la atención primaria como a su principal especialidad médica, la medicina familiar y comunitaria, creada en 1978, un papel central en el desarrollo del sistema sanitario, éste ha alcanzado unos altos niveles de calidad en atención clínica, en docencia, en formación y en investigación, gracias, fundamentalmente, a la formación especializada MIR, a pesar de que quedan asignaturas pendientes, como son la incorporación de los ciudadanos a la toma de decisiones o el enfoque preventivo de nuestro sistema sanitario.

El artículo 22 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), al tratar del acceso a esa formación especializada, hace referencia explícita a las necesidades de recursos humanos, que deben ser tenidas en cuenta conjuntamente con las propuestas realizadas por las Comunidades Autónomas y con las disponibilidades presupuestarias. ¿Cuáles son esas necesidades?. La respuesta habría que darla —dijo el compareciente— en función de las evidencias disponibles, que nos dicen que aquel sistema sanitario que pivota sobre una atención primaria sólida con mayor densidad de médicos de familia respecto al resto de especialistas, tiene mejores indicadores de salud, mayor satisfacción de la población y menor gasto sanitario. Y, asimismo, en función de las necesidades de salud que tiene o va a tener la población española en los próximos años, mayor relevancia de trastornos psicopatológicos, cáncer, cardiopatías, traumatismos intencionales y alcoholismo; mayor desarrollo de la prevención y promoción de la salud; y cambios en la relación médico-paciente.

En los próximos años, la atención primaria mantendrá la responsabilidad de resolver la gran mayoría de los problemas de salud de los ciudadanos: en 2003, 310 millones de actos médicos en centros de salud, el 95% de los cuales se resuelven en ese primer nivel, frente a los 60 millones de actos hospitalarios.

Centrándose en las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud —el segundo bloque de su intervención— el compareciente propuso considerar tres criterios básicos para cualquier planificación sanitaria:

— Demográficos. En España, en los últimos 10 años, ha habido un incremento poblacional del 13%, derivado, fundamentalmente, de la inmigración y de la mejora de la calidad de vida; no obstante, el envejecimiento de la población conlleva implicaciones sanitarias, como las patologías crónicas, por ejemplo. La tasa de reposición de especialistas debería ser en torno al 8,85% cada 3 años.

— Sanitarios. Como consecuencia de la alta cualificación de la formación de los profesionales, se ha incrementado la oferta de servicios de atención primaria. En el año 1994 se contabilizaron 212 millones de consultas en el conjunto de los centros de salud y en el 2003 casi 310 millones, lo que ha supuesto un incremento del 45,4% en menos de diez años.

— De organización de servicios. En este momento, la relación entre especialistas en medicina familiar y comunitaria y el resto de los especialistas es de un 37,2% (el estándar es de 50%, o del 60% según recomendaciones de la OMS) y las plazas MIR ofertadas han pasado, en los últimos 10 años, del 40% del total al 27%, con la consiguiente falta de reposición de médicos de familia en el sistema. Además, la utilización de médicos de familia en los servicios de urgencias de los hospitales o en las unidades de cuidados paliativos es una realidad, que está suponiendo una ventaja en términos de resolutivez y eficiencia siguiendo las recomendaciones del metaanálisis de Grishaw (2007).

Estas circunstancias, exigen una toma de decisiones políticas en tres niveles: en los estudios universitarios, incluyendo la medicina de familia como disciplina académica; en la formación de especialistas, desarrollando la troncalidad y realizando una planificación adecuada de la oferta de plazas; y en el dispositivo asistencial, haciéndolo atractivo para los profesionales y permitiendo que apliquen todos sus conocimientos y habilidades, por que ello revertirá en la prestación de un mejor servicio a los ciudadanos.

La conclusión del compareciente fue que, para ello, habría que tener desarrollos normativos específicos, promoviendo entornos laborales flexibles, con partidas finalistas de financiación para la atención primaria acordes con la capacidad resolutivez de los centros de salud, y, desde una perspectiva de garantía social con la sociedad española, estableciendo criterios de recertificación de los profesionales que trabajan en todo el sistema pero, concretamente porque es lo más demandado, en la atención primaria, como garantía de la calidad en la atención prestada.

7.3. Comparecencia del Presidente de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), D. Juan Ruiz-Canela Cáceres.

Para centrar el tema de las necesidades de recursos humanos en pediatría, el compareciente definió primeramente el perfil de país que tenemos, con la mayoría de la población en zonas urbanas. Su pirámide de población es estrecha en su base aunque en los últimos años hay un repunte de la natalidad, sobre todo, a expensas de la emigración y las adopciones.

La razón de las competencias de los profesionales es atender las necesidades de salud y, para ello, está condicionado por el Sistema de Salud. El sistema sanitario del Estado español no siempre ha tenido resuelta la atención infanto-juvenil de forma correcta, en opinión del compareciente. En fechas anteriores a 1984 —continuó el compareciente— estaba poco estructurada existiendo entonces una pediatría centrada en los hospitales, que atendía problemas que se resuelven hoy en atención primaria. En cuanto a la pediatría ambulatoria, estaba mal equipada y sin ninguna dedicación a la promoción de la salud. Existían, en fin, pediatras-puericultores del Estado con funciones de salud pública, separados de la atención directa a la infancia.

En el momento actual —siguió el compareciente— desde la gestión sanitaria se percibe a la infancia como un grupo poblacional que necesita escasa atención y recursos. Esta falta de visibilidad es consecuencia, entre otros factores, de las bajas tasas de mortalidad infantil y de las altas coberturas vacunales. Los pediatras se atribuyen una responsabilidad directa en este cambio. Llama la atención que todavía se hospitalizan niños y la pediatría está retrasada en la implementación de medidas imaginativas para disminuir dicha hospitalización. En la atención infantil, aspectos de coordinación con otros sectores, como la educación, están poco desarrollados, en muchos casos, porque nuestro sistema es muy asistencial con altas tasas de frecuentación y los aspectos comunitarios quedan en segundo plano. Queda pendiente resolver otras necesidades emergentes relacionadas con la calidad del ambiente, el maltrato, la obesidad infantil o problemas de salud mental, por ejemplo.

Desde el punto de vista de los recursos humanos, según datos del 2005, hay 5.300 pediatras en España, con una ratio de 1/1.134 niños, y un déficit de 720 pediatras para llegar a la ratio de 1/1.000, sin controlar factores como la dispersión o la ubicación.

Teniendo en cuenta el número de especialistas MIR de cada año y el número de jubilaciones previstas, el perfil de pediatría es claramente deficitario (un 26%).

Soluciones que propuso el compareciente para paliar el referido déficit fueron el incremento de alumnos que acceden a la universidad, la ampliación de plazas MIR, la creación de un registro de especialistas, aumentar el número de hospitales dedicados a la docencia, homologación de títulos extranjeros mediante la realización de una prueba que evalúe sus competencias profesionales, y la mejora de las condiciones laborales, retributivas y de carrera de los pediatras, especialidad en atención primaria con una clara vocación por la atención pública.

Se debe priorizar —a juicio del compareciente— la fidelización hacia la pediatría de atención primaria, sobre todo de las salidas MIR, ya que la pediatría es un bloque troncal que permite la movilidad transversal entre atención primaria y atención hospitalaria, frente a la contratación en hospitales por cobertura de guardias.

En cuanto al modelo futuro de trabajo para el siglo XXI, el compareciente manifestó que a los pediatras les gustaría compartir más funciones con las enfermeras de las que se espera que progresen en competencias y experiencia en la atención infantil; que no se plantean problemas por compartir la atención preventiva, los cuidados de niños crónicos y el cribaje telefónico de la enfermedad aguda, con protocolos conjuntos, por ejemplo. No obstante, el niño enfermo en su entorno de la comunidad precisa de un profesional de referencia con el mayor nivel de competencia alcanzable para evitar la hospitalización. Con esta posición abierta a otras profesiones y con esta redistribución de funciones, los pediatras dispondrán de más tiempo y podrán avanzar en el desarrollo de su profesión en una mayor participación en ámbitos comunitarios, que es donde en la actualidad se identifican muchas necesidades de salud de los niños y adolescentes, pero sin olvidar resolver en el primer nivel los problemas principales de salud de la población infanto-juvenil.

7.4. Comparecencia del Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), D. Julio Zarco Rodríguez.

En el marco genérico de la perspectiva de necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud (el mayor número de profesionales sanitarios por 100.000 habitantes de los países de la Unión Europea, no obstante lo cual, con las previsiones de jubilación, los *números clausus* de las universidades y la emigración de profesionales sanitarios a otros países, existe un déficit de personal en el Sistema Nacional de Salud), el compareciente resumió en cinco puntos concretos —los dos primeros prioritarios— la propuesta de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria en relación al tema:

1. Necesidad de un registro adecuado, moderno, informático y centralizado en el Ministerio de Sanidad, para saber de forma fiable cuántos profesionales existen en los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

2. Necesidad de un estudio sociodemográfico sanitario (flujos de población, repercusión de las estructuras económicas en el tejido social, etc.) que permita una planificación de los recursos humanos a medio-largo plazo (10-20 años).

3. Homologación de títulos de profesionales españoles (MESTOS) semiautomática, asequible para todos los profesionales que están ejerciendo sin un respaldo académico, y con una relación coste-eficacia adecuada.

4. Homologación de títulos de profesionales extranjeros, con un procedimiento semejante al de los títulos de profesionales españoles, en el que tengan participación tanto las Administraciones como las sociedades científicas

y las organizaciones médicas colegiales, sin que se trate de un mero trámite burocrático.

5. Reorganización de los sistemas sanitarios, con el fin de adecuarlos a las necesidades de la sociedad española actual, para lo cual será imprescindible realizar, al menos, dos estudios: uno de la viabilidad coste-eficacia, y otro, de la factibilidad coste-oportunidad. Todo ello sin perjuicio de las medidas inmediatas que se pueden adoptar, tales como simplificación de la burocracia, redimensionamiento de las estructuras gerenciales, redefinición de los roles profesionales y desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

8. Sesión de 18 de mayo de 2009.

8.1. Comparecencia del Presidente de la Conferencia de Decanos de Psicología, Dr. Jesús Gómez Amor.

La exposición del Sr. Gómez Amor, desde el punto de vista de la enseñanza y la formación, se orientó a determinar el ámbito de actuación de los psicólogos en el Sistema Nacional de Salud.

El ámbito de la psicología de la salud es el ámbito científico desde el punto de vista profesional de los psicólogos, en el que ejercen su labor el 70% de ellos (unos 30.000 de los 47.000 colegiados); el resto (unos 18.000) ejerce en ámbitos no estrictamente sanitarios (educación, servicios sociales, instituciones penitenciarias), aunque estén en algún caso también relacionados con la salud.

De los casi 30.000 psicólogos que trabajan en el ámbito de la psicología de la salud, unos 20.000 lo hacen en el ámbito privado. En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, además de en la psicología clínica (única especialidad regulada), los psicólogos podrían trabajar en gerontología, neuropsicología, drogodependencias, demencias o deficiencias psíquicas o físicas; el problema para ello es que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), de 21 de noviembre, no reconoce la psicología como una profesión sanitaria (con la salvedad ya mencionada de la psicología clínica).

Las consecuencias fundamentales de este no reconocimiento son dos:

— El conflicto de competencias entre los expertos en psicología clínica y el resto de los psicólogos; o lo que es lo mismo, entre las atribuciones profesionales que otorga el título de especialista y las competencias profesionales que otorga el título de licenciado —o graduado— en psicología.

— El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, que desarrolla la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros y establecimientos sanitarios no consideraba las consultas privadas de psicología, con lo que quedaron, en el momento de su promulgación, desautorizados para trabajar unos 20.000 psicólogos que ejercían en consultas privadas. Esta situación se intentó remediar con la Orden del Ministerio de Sanidad 1741/2006, que autoriza el ejercicio privado de la profesión en determinadas condiciones.

El Sr. Gómez Amor se mostró partidario de mantener la autorización para dicho ejercicio privado de la profesión de psicología, para evitar que 20.000 licenciados no tuvieran más remedio que presentarse a las escasísimas plazas de PIR (100 este año, a razón de 18 candidatos por plaza) que se convocan anualmente.

La solución al referido problema, desde el punto de vista de la Conferencia de Decanos de Psicología, sería la creación de un máster oficial para ejercer la psicología en el ámbito sanitario con prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Con ello se solucionaría el vacío legal que podría producirse de anularse la citada Orden 1741/2006 (pendiente de recurso ante el Tribunal Supremo), aumentaría la formación de los psicólogos en el ámbito de la psicología de la salud, y, por último, se produciría una autorregulación de la oferta y de la demanda del mercado (sólo un 20-30% de los licenciados en psicología podrían acceder al máster).

La creación del máster oficial que no puede demorarse mucho exigiría la modificación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) e implicaría, a partir de ello, que todo licenciado en psicología que realizase este máster fuese considerado profesional sanitario. Con ello —concluyó el compareciente— se solucionarían los problemas que actualmente tiene la psicología y se ordenaría adecuadamente el ámbito de trabajo de la psicología sanitaria.

8.2. Comparecencia del Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, Dr. Ezequiel Rodríguez Rodríguez.

De moderna, para un país socioculturalmente desarrollado, calificó el Sr. Rodríguez Rodríguez su especialidad, que ayuda —dijo— a que la población tenga una calidad de vida digna y elimine secuelas determinantes para toda la vida (quemaduras, cortes, malformaciones, manchas, etc.).

El coste para el Sistema Nacional de Salud de la creación de unidades de cirugía plástica es escaso, dado que los ingresos hospitalarios son mínimos (el 10% de las intervenciones) y el instrumental que se utiliza sencillo, compartido con otros especialistas (traumatólogos, cirujanos generales, ginecólogos u oncólogos). Estas unidades resultan rentables en hospitales de menos de 100 camas, pudiéndose tratar en ellas a quemados de menos del 25%, cirugía de la mano y cirugía mayor ambulatoria, por ejemplo. Las patologías más complejas, multifactoriales, que necesitan de otros especialistas, se remiten por el cirujano plástico a centros hospitalarios mayores.

A continuación, el compareciente pasó a detallar un estudio realizado por Comunidades Autónomas sobre el número de unidades de cirugía plástica en relación con el número de habitantes: Andalucía, con 8 millones de habitantes y 14 hospitales de más de 500 camas, tiene 6 servicios de cirugía plástica, con 52 especialistas (1/157.000 habitantes); Aragón, con 1 millón y medio de habitantes tiene 2 servicios de cirugía plástica, con 9 especialistas en total; en Asturias, 3 servicios con 9 cirujanos plásticos, pero 2 de estos servicios son privados concertados; en Baleares hay un único servicio con 4 cirujanos plásticos y en Canarias 4 servicios de cirugía plástica en las islas más

importantes; en Cantabria se ha inaugurado hace poco más de un año 1 servicio con 2 cirujanos plásticos y 1 servicio concertado (una mutua de accidentes laborales) con 3 especialistas más; en Castilla-La Mancha hay servicios de cirugía plástica en Toledo, Albacete y Guadalajara; en Castilla y León (con 2 millones y medio de habitantes) los hay en León, Salamanca, Burgos y Valladolid; en Cataluña, con 7 millones de población y 6 hospitales mayores de 500 camas, hay 7 servicios de cirugía plástica, siendo el Valle de Hebrón un hospital de referencia para Cataluña, Baleares y Andorra; en la Comunidad Valenciana hay 5 hospitales mayores de 500 camas con 6 servicios de cirugía plástica, 4 de ellos en Valencia; en Extremadura hay 2 hospitales mayores de 500 camas y sólo 1 servicio de cirugía plástica, con 4 cirujanos, en Cáceres; Galicia (7% población española) cuenta con 5 hospitales mayores de 500 camas y 7 servicios de cirugía plástica; en La Rioja, una de las Comunidades Autónomas más deficitarias que existen, sólo hay 1 cirujano plástico para un hospital de 600 camas; en la Comunidad de Madrid hay 10 servicios de cirugía plástica —incluido uno militar— y La Paz es hospital de referencia de grandes quemados, si bien en los hospitales de reciente creación, de más de 100 camas, no se han creado unidades, sino que se han concertado con los grandes hospitales; Murcia y Navarra son Comunidades Autónomas deficitarias, con 1 único servicio cada una perteneciente al sistema sanitario público; en el País Vasco hay plásticos en dos de las tres provincias y, finalmente, no consta que haya ningún cirujano plástico en Ceuta y en Melilla, con una población respectiva de 77.000 y 71.000 habitantes.

En resumen, actualmente hay 63 servicios de cirugía plástica en el Sistema Nacional de Salud, con 321 cirujanos plásticos; el número de residentes que se especializan anualmente es de 33-35 y el número de cirujanos que se jubilan de 40-50. Se produce pues, según los referidos datos, un déficit de especialistas, más acentuado si se quiere implantar esta especialidad en los centros comarcales y más aún si se tiene en cuenta el aumento de presión asistencial y mediática que en años venideros va a tener el Sistema Nacional de Salud (tratamientos retrovirales, postvariático, reconstrucción postmastectomizadas e, incluso, en algunas Comunidades Autónomas, la determinación del sexo).

Concluyó el compareciente su exposición, a su juicio, con algunas propuestas paliativas del mencionado déficit, que no se solventaría con la contratación de especialistas extranjeros: aumento del número de residentes, fidelización de los especialistas en el Sistema Nacional de Salud (flexibilizar horarios o personal obligatorio de ejercicio tras la especialización) y convencimiento a los gerentes de los hospitales públicos de que la cirugía plástica «no es una especialidad de ricos», sino un signo del Estado de bienestar que da calidad al Sistema Nacional de Salud.

8.3. Comparecencia del Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Dr. Enrique Cáceres Palou (SECOT).

A partir de los pocos estudios que existen, en el ámbito laboral y educativo, sobre la relación entre el número de

médicos y el de habitantes, el compareciente formuló algunas afirmaciones con las que dio comienzo a su intervención: España ocupa una posición intermedia en cuanto a esa relación, faltan psiquiatras, cirujanos generales, especialistas en medicina interna, otorrinolaringólogos, dermatólogos, anestesiistas y pediatras; existe una clara desigualdad territorial en la distribución de los efectivos médicos; el perfil de envejecimiento es distinto según las Comunidades Autónomas; el principal estrangulamiento del flujo entre mercados educativos y laborales se produce en la salida de estudiantes de medicina, en menor número que el de plazas MIR ofertadas; dicho déficit se cubre con la inmigración de licenciados de otros países.

Para terminar de perfilar el marco general de la posible falta de recursos humanos en medicina, el Sr. Cáceres hizo mención de otras características propias de nuestro país: escasa movilidad, mercados cerrados y segmentados y oferta inelástica.

En cuanto a la especialidad cuya sociedad científica representaba el Sr. Cáceres, la traumatología y ortopedia, tiene problemas específicos como son la superespecialización y el incremento de prestaciones de la cartera de servicios, consecuencia, entre otras cosas, del envejecimiento de la población, del aumento de la actividad deportiva y de la calidad de vida.

Por lo que se refiere a los datos sociodemográficos de la traumatología y la ortopedia, el 87% de los especialistas son hombres —si bien aumenta la tasa de feminización— y la edad media es de 43 años; el 57% de los traumatólogos trabaja exclusivamente para la sanidad pública, el 3% sólo en la privada, y el 40% en ambas.

Con relación a la frecuentación, entre el 7 y el 10% de entradas están destinadas a traumatología y ortopedia, entre 9.000 y 15.000 nuevos procesos al año, entre 14.000 y 31.000 visitas por año a los centros de especialidades y entre 15.000 y 22.000 urgencias; se realiza un promedio de 73 intervenciones mensuales de cirugía mayor ambulatoria por hospital y unas 15 sesiones quirúrgicas semanales.

Con este panorama en la traumatología y la ortopedia, el compareciente formuló sus propuestas para paliar el déficit de médicos de esta especialidad:

- Ampliación de la plantilla de médicos, pero también de posible actividad quirúrgica, de nuevos materiales y de nuevas tecnologías.

- Estimulación de los centros de atención primaria y mejora de su relación con la atención especializada en hospitales.

- Concentración de las especialidades en determinados centros y evitar, con ello, la diseminación.

- Jornadas laborales más flexibles.

- Aumentar el rendimiento médico, evitando que el médico desarrolle tareas correspondientes a otros profesionales sanitarios o al personal administrativo.

- Modificar las políticas retributivas.

- Reconocer el título de especialista a médicos extranjeros, pero de manera ordenada y dando participación, además de a la Comisión Nacional de Especialidades Médicas, a las sociedades científicas y a los colegios profesionales.

8.4. Comparecencia de la Jefe de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Gregorio Marañón, Dra. M.^a Jesús Mardomingo Sanz.

A partir de la constatación de la inexistencia en España de la especialidad de psiquiatría infantil, la Sra. Mardomingo hizo mención de tres consecuencias que son claves para la dotación de recursos humanos en la especialidad:

— No hay médicos -ni tampoco otro personal sanitario- especialistas en psiquiatría del niño y del adolescente.

— Hay pocos servicios específicos, mal distribuidos y muchas veces no separados de los servicios psiquiátricos de adultos.

— Las inversiones en psiquiatría infantil se han superado a otras necesidades, fundamentalmente a la psiquiatría de adultos, con consecuencias para los pacientes, la docencia, la investigación y la formación continuada.

Sin existir la especialidad, lo que sí ha existido —dijo la compareciente— ha sido la realidad humana, médica y social de los trastornos psiquiátricos infantiles que son universales, afectan a países ricos y pobres y presentan una tasa de prevalencia del 10% en los niños (0 a 11 años) y el 20% en los adolescentes (12 a 18 años). De estos, solo una quinta parte son correctamente diagnosticados y de los que son diagnosticados, gran parte lo son después de muchos años de haber comenzado el trastorno (la ansiedad y la depresión pueden comenzar a los 2-3 años, la hiperactividad a los 5 y el trastorno obsesivo compulsivo a los 6), con lo que lo que comienza siendo un problema sanitario puede fácilmente terminar siendo un problema judicial.

Urge, pues —dijo la compareciente— que se ponga en marcha la especialidad de psiquiatría infantil y juvenil, una especialidad compleja que requiere del médico conocimientos científicos profundos, sensibilidad hacia los pacientes, capacidad de compasión y de entrega y sabiduría en el ejercicio del arte de curar. La especialización de los médicos habrá de hacerse vía MIR, sin perjuicio de que se reconozca, con determinados requisitos, la especialización a médicos que hayan estado ejerciendo la especialidad; será necesario acreditar hospitales que oferten las plazas de especialización y, asimismo, será necesario dotar de nuevos servicios asistenciales, docentes y de investigación, con equidad, justicia, rigor y eficacia.

Por lo que se refiere a los recursos actualmente existentes, existe una grave desigualdad entre las diferentes Comunidades Autónomas en la dotación de servicios de psiquiatría infantil y juvenil y en todas ellas el número de personas dedicadas a esta especialidad es muy inferior a la media recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

Para una adecuada organización de los recursos existentes sería necesario establecer un primer nivel en atención primaria, donde los pediatras —que cada vez hay menos— deben tener conocimientos básicos de psiquiatría infantil, porque son los primeros en detectar patologías en los niños que requieren de una atención especializada; en el segundo nivel estarían los centros de salud mental (con 1,5 psiquiatras, 1 psicólogo, 0,5 trabajadores sociales y 0,5

logopedas por cada 100.000 habitantes), en los que se confirmaría o no el diagnóstico del pediatra; el tercer nivel sería la atención hospitalaria, con servicios de psiquiatría infantil en hospitales infantiles o, en su defecto, en hospitales generales pero separados de los adultos (1-2 camas por cada 100.000 habitantes para niños, 2-3 para adolescentes); en estos hospitales sería fundamental la interconsulta hospitalaria con las demás especialidades, consulta externa, urgencias específicas y programas específicos para patologías concretas. Sería necesario también, para completar el panorama de los recursos en psiquiatría infantil, la existencia de unidades de ingreso intermedio y de internamiento prolongado para trastornos graves de la conducta, en las que debería tener participación el Ministerio de Justicia además del de Sanidad. En el ámbito educativo, serían necesarias aulas de integración en los colegios públicos, aulas de educación especial y la integración de los niños con trastornos psiquiátricos en las aulas normales; así como colegios especiales para la educación de niños con autismo, retraso, trastornos del aprendizaje...

Finalizó su intervención la compareciente con una reflexión: si las enfermedades pediátricas fueron el gran desafío del siglo XX, los trastornos psiquiátricos de los niños son el gran desafío sanitario del siglo XXI y España no puede quedar a la zaga.

8.5. Comparecencia del Vicepresidente Primero de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Dr. Tomás Toranzo Cepeda.

A explicar qué es la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y qué necesidades tienen los servicios de urgencias del Sistema Nacional de Salud dedicó el Sr. Toranzo Cepeda su intervención.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias —explicó el compareciente— es una sociedad científica multidisciplinar, que agrupa a médicos (66%), enfermeros y técnicos de emergencia sanitaria fundamentalmente, en un total de unos 7.000 socios, los médicos con formación muy variada (generalistas, internistas, médicos de familia...).

En cuanto a los datos de los servicios de urgencias, tomando los del año 2006, facilitados por el Ministerio de Sanidad, en las urgencias hospitalarias se atendieron 25 millones de consultas, que se tradujeron en dos millones de ingresos, un 62,43% de todos los ingresos hospitalarios.

En el Sistema Nacional de Salud, en los servicios de urgencia hospitalaria, se encuentran trabajando unos 4.470 médicos de plantilla (sobrepasan los 3.000 en la sanidad privada), habiéndose registrado en los últimos años un aumento de recursos humanos, no obstante lo cual, se nota un déficit del personal dedicado a las urgencias, cuya precariedad, por otro lado, es mayor que en otros ámbitos sanitarios.

Por lo que se refiere a las patologías que se tratan en urgencias, son variadísimas, dado que es el primer servicio al que acuden, en numerosos casos son patologías tiempo dependientes, que precisan tratarse de forma inmediata, lo que exige una formación amplia y específica que no existe de forma reglada en el momento actual.

Una de las características que deben tener las urgencias en el Sistema Nacional de Salud es la equidad en la asistencia, si bien es cierto que la cartera de servicios puede ser desigual según se trate de un hospital de primer nivel, de segundo o un comarcal. El elemento clave que garantizaría la equidad serían los profesionales con la formación adecuada a las necesidades de los pacientes, con independencia de la ubicación geográfica de estos.

Entre los problemas que presentan los servicios de urgencias citó el compareciente la sobrecarga asistencial y los problemas organizativos, además de la temporalidad, la alta rotación, la desmotivación y el «burn out» y abandono del personal.

¿Qué se podría esperar de los servicios de urgencias? Mantener la equidad del sistema y la calidad asistencial, tanto en las urgencias hospitalarias como en las extra-hospitalarias (SAMUR, SUMA, SEM, etc., cada vez más vinculadas a los números de llamada general, como el 112 o el 061).

Para ello sería preciso mantener la categoría del médico de urgencias (creada a partir del año 2001 en los hospitales del INSALUD, y con este modelo, en las distintas Comunidades Autónomas —con la excepción significativa del SAS, con un modelo controvertido y conflictivo— así como también unos estándares mínimos de asistencia, de estructura, aparataje y organización hospitalaria y, desde luego, aumentar la dotación de las plantillas (de médicos, enfermeros y técnicos de emergencias) para asumir unas cargas de trabajo razonables que permitan dar calidad asistencial y la seguridad del paciente. A ello habría que unir la necesidad básica, ya mencionada, de una formación específica para todos los colectivos, médicos (vía MIR, especialidad de medicina de urgencias, vía troncal), enfermeros (mediante una especialización) y técnicos de emergencias (desarrollo de las cualificaciones profesionales) que se dedican a las urgencias y emergencias.

Sin una especialidad en medicina de urgencias no se puede garantizar la sostenibilidad del actual modelo asistencial, la consolidación y mejora de la asistencia urgente, la docencia y la investigación en urgencias, el desarrollo profesional, así como la eficiencia de estos servicios, lo que repercutiría negativamente sobre los pacientes.

9. Sesión de 8 de junio de 2009.

9.1. Comparecencia del Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, Dr. Francisco Vicente Fornés Ubeda.

«Con los datos de que disponemos y que están al alcance de cualquiera, podemos afirmar taxativamente que en España existe un déficit de médicos importante, que es más patente en algunas especialidades». Con esta afirmación, el compareciente dio comienzo a su exposición, tras la cual y antes de referirse, en concreto, a su especialidad, pasó a detallar algunas cifras, según datos facilitados desde el Ministerio de Sanidad —los más fiables, pese a no serlo del todo por la inexistencia de un registro: 205.000 médicos en España, 3.200 más hacen falta en la actualidad, 9.000 harán falta en 2015 y llegarán a los 25.000 en 2025, cifras realmente preocupantes de confirmarse.

De los aproximadamente 200.000 médicos que hay en España, según el estudio, publicado por el Ministerio de Sanidad y consumo, «Oferta y necesidades de especialistas médicos en España 2008-2025», unos 165.000 se dedican a la actividad asistencial —40.000 a otras actividades— y más de 100.000 trabajan en el Sistema Nacional de Salud.

Entrando ya en la especialidad de medicina del trabajo, desde el punto de vista de los recursos humanos, está excluida del estudio referido encargado por el Ministerio de Sanidad a la Universidad de Las Palmas, pero, al igual que en otras especialidades que sí se incluyen en dicho estudio, padece el grave problema de la falta de médicos. Según los cálculos de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo, actualmente existen en España 6.800 médicos especialistas en medicina del trabajo o diplomados en medicina de empresa, cuando las necesidades superan los 10.000 (un déficit de 3.200 médicos de esta especialidad, igual al que el Ministerio de Sanidad cifraba para todas las especialidades, lo que, en opinión del compareciente, es inexacto por ser una cifra muy baja).

La solución del mencionado déficit de especialistas pasa por incrementar el número de plazas para la formación MIR de medicina del trabajo, hasta alcanzar las 550 plazas anuales durante 6 años (con lo que se cubriría la carencia de 3.200 médicos referida), así como también las plazas ofertadas a los estudiantes de medicina hasta alcanzar las 7.200 plazas anuales aproximadamente, lo que exigirá una rebaja de la «nota de corte» exigida en las Facultades.

Por otro lado, la diferencia entre las plazas MIR acreditadas y las realmente ofertadas a los residentes (187 y 128, respectivamente, actualmente) está determinada porque la financiación de las plazas MIR de medicina del trabajo no depende únicamente de la Administración, sino que en gran parte la dotación económica depende de mutuas y sociedades privadas, como las empresas de prevención, lo que supone un agravio de esta especialidad respecto del resto de las especialidades médicas, con el que habría que acabar.

En fin, el compareciente subrayó, para terminar, que la medicina del trabajo está llamada a integrarse mucho más de lo que actualmente está en el Sistema Nacional de Salud, en la medida en que los médicos del trabajo emiten partes de baja y alta y hacen propuestas de incapacidad, y en cuanto que, además de vigilar la salud de los trabajadores y proporcionar asistencia sanitaria de urgencias en el lugar de trabajo, cumplen una importante labor de prevención y promoción de la salud y de formación e información en esta materia a los trabajadores.

9.2. Comparecencia de la Vicepresidenta de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, Dra. María Isabel Benavent Gordo.

La Sra. Benavent Gordo comenzó por exponer el campo de acción de la cirugía pediátrica, una especialidad que se fundamenta en la necesidad de aplicar técnicas diagnósticas y terapéuticas específicas coherentes en diferentes comportamientos fisiológicos del organismo del niño tanto en condiciones normales como patológicas y

que se extiende desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, por lo que comprende, necesariamente, todos aquellos conocimientos de la pediatría y de la cirugía que se estiman básicos para ello.

Después de hacer un repaso histórico y geográfico de su especialidad, la compareciente hizo mención de varios factores que serán determinantes a la hora de establecer las previsiones de recursos humanos en cirugía pediátrica: la demografía, el esquema organizativo del Sistema Nacional de Salud (descentralización y dispersión de la patología, o no) y la implantación de las tecnologías y el equipamiento de los hospitales.

Teniendo en cuenta estas variables, y a partir de un informe de la Comisión Nacional de la Especialidad, de la presentación de los Doctores Tovar y Onil y del estudio realizado por el Departamento de Economía de la Salud de la Universidad de Las Palmas, la Sra. Benavent pasó a ofrecer algunos datos:

— Con el repunte de la natalidad de los últimos años (inmigración, maternidad tardía, etc), aumentará la demanda de los servicios de cirugía pediátrica (0-19 años; escasa demanda en la franja de 15-18, salvo en los casos de minusvalías físicas o psíquicas).

— En cuanto a distribución geográfica, la ratio oscila entre los 8 servicios de cirugía pediátrica con 60 cirujanos en Andalucía, el único de Cantabria con 3 especialistas, pasando por los de Asturias o Baleares, con 7.

— En cuanto a las edades de los cirujanos, el grupo más numeroso se encuentra en la franja de 55-65 años.

— En España la ratio es de un cirujano pediátrico/132.000 habitantes (muy superior a la de Francia, Inglaterra o Irlanda y semejante a la de Italia y Polonia) y la tasa de feminización es de 0,21 (de 0,68 en las generaciones más jóvenes).

— Por lo que se refiere a los especialistas en formación, este año han salido 22 (13 en 2002, 16 en 2005) en la convocatoria MIR para toda España en hospitales con acreditación docente (que no son todos los que tienen unidades de cirugía pediátrica), en una política claramente restrictiva: los programas españoles de formación son homologables a los europeos (5-6 años de especialización con rotaciones en cirugía general y pediátrica, y con oportunidad de super-especialización).

— El sistema MIR es posible que cambie con la troncabilidad sobre la base de un personal formativo común en áreas médicas y quirúrgicas y después la especialización completa.

Finalizó su exposición la compareciente subrayando que la cirugía pediátrica es una especialidad con gran capacidad de atracción; según los datos ofrecidos por la compareciente, unos 100 nuevos especialistas —ahora en formación— se incorporarían entre el 2006 y 2030 —más los que iniciaron su formación en esos años— un tercio más de los que actualmente están en activo, con lo que es obvio que se producirá un relevo generacional; para dar una atención de calidad a los pacientes pediátricos hará falta, además, que el sistema ofrezca unidades integradas con menor equipamiento o de menor complejidad cerca

del paciente y se deriven a centros terciarios los casos más complejos, de manera que se garantice una cobertura adecuada a la población.

9.3. Comparecencia del Vocal de Relaciones Institucionales de la Asociación Española de Cirujanos, Dr. José Ignacio Landa García.

En nombre de la sociedad científico-médica a la que representaba (una sociedad sin ánimo de lucro, entre cuyos objetivos se encuentra la formación continuada y mantenimiento de la competencia debida de sus cirujanos, más de 4.000, es decir el 70% de los cirujanos españoles, de los cuales el 95% son cirujanos generales), el Sr. Landa García centró, primeramente, su intervención en el aspecto de la formación de los residentes, fundamental, a su juicio, para garantizar la calidad futura de la asistencia.

El año en curso se han incorporado 197 nuevos residentes con plazas acreditadas en los hospitales docentes de toda España, que deberán cumplir el nuevo programa que, en el año 2007, aprobó la Comisión Nacional de la Especialidad, acorde con la cirugía actual (laparoscopia, trasplantes, etc.).

En opinión de la sociedad representada por el compareciente, el número idóneo de residentes en formación, para cumplir con el referido programa y garantizar la calidad de la asistencia, sería de 90-100 residentes, la mitad del número que sale actualmente cada año. Para el próximo año, las plazas acreditadas en cirugía serán 197.

Refiriéndose al documento del año 2006, elaborado por doctoras de la Universidad de Las Palmas, subrayó el compareciente algunas contradicciones; la primera de ellas, que mientras la sociedad y las administraciones perciben que hacen falta más cirujanos, los datos demuestran que nuestra ratio está por encima de la de otros países de la U.E. (7,4/100.000 habitantes) y de fuera de ella (Reino Unido, USA y Canadá, por ejemplo); la segunda, que la ratio enfermeros-médicos es la más baja de Europa, lo que puede aumentar la necesidad de especialistas; y, la tercera, que las diferencias entre Comunidades Autónomas no son tan grandes (en cirugía, desde una ratio del 5,3/100.000 habitantes en Aragón al 10,4/100.000 habitantes en Murcia).

Finalmente, el compareciente mencionó otros problemas que aquejan a la cirugía como a otras especialidades (homologaciones de médicos extracomunitarios, especialistas sin título oficial, etc.) y concluyó que el déficit de especialistas en cirugía no es tan grave como en otras especialidades, cifrándolo en un 5-10%.

10. Sesión de 22 de junio de 2009.

10.1. Comparecencia del Presidente de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), D. Fernando Gilsanz Rodríguez.

Inició el compareciente su intervención hablando de lo que es la anestesiología, amplia especialidad que ocupa parcelas asistenciales, docentes e investigadoras y de cuáles son sus expectativas de futuro.

Dicha especialidad ha ido evolucionando, en España y en Europa, de una actividad quirúrgica (intra-operatoria) a una actividad asistencial (pre-cirugía, post-cirugía y tratamiento del dolor).

Dos diferencias subrayó el Sr. Gilsanz de la anestesiología española respecto de la europea:

— En España existe una especialidad medicina intensiva, que no existe en el resto de Europa, aunque existen unidades de cuidados intensivos en España de las que son responsables los anestesiólogos.

— La formación de anestesia en España es de menor duración, de tan sólo 4 años, frente a los 5, 6 y hasta 7 de otros países europeos.

Es difícil —continuó el compareciente— conocer exactamente el número de anestesiólogos que hay en España. Según la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación, en España hay aproximadamente 4.000 especialistas. Si se tiene en cuenta que, además, hay médicos generales ejerciendo de anestesiólogos, se calcula que realmente son unos 5.000. Teniendo en cuenta que los programas de formación de residentes son de 4 años, y que se forman unos 300 al año, debe haber algo más de 1.000 residentes de anestesia en formación en España.

Por otro lado, estos residentes no sólo son españoles, son también europeos e iberoamericanos, sobre todo.

Un problema que tiene la anestesiología es el del número de médicos ejerciendo sin título de especialista, que no han podido regularizar su situación en los exámenes celebrados al efecto, a lo que se une el número de médicos extra-comunitarios ejerciendo en España (unos 200).

Por otro lado, anestesiólogos gallegos y extremeños, por cuestiones salariales, trabajan en Portugal y existen desigualdades territoriales dentro de España (por cuestiones retributivas, de jornada, geográficas, etc.).

Concluyó el compareciente exponiendo su opinión sobre el futuro de la actividad de anestesiólogo: van a crecer las exploraciones fuera del quirófano en los próximos años; con el número de residentes que actualmente se está formando en los hospitales españoles va a haber suficiente para cubrir la demanda asistencial, pero habría que remediar las mencionadas desigualdades geográficas, eliminar bolsas de eventuales e interinos y de médicos ejerciendo sin titulación de la especialidad, porque sin solucionar estos problemas, siempre será difícil cuantificar las necesidades de recursos humanos en anestesiología.

10.2. Comparecencia del Presidente de la Comisión Nacional de Urología, D. Juan Morote Robles.

El compareciente, sin exposición inicial sobre el tema objeto de la comparecencia, fue respondiendo a las distintas cuestiones planteadas por los portavoces, a saber:

— La suficiencia de especialistas en urología en la sanidad pública y las expectativas de futuro. Sobre este punto, el Sr. Morote habló de la necesidad de que exista un registro de profesionales organizado para tener datos fiables. La Asociación Española de Urología realizó en 2003

un estudio sobre las necesidades de especialistas a 10 años, cuyas previsiones no se han cumplido, porque, entre otras cosas, han fallado las predicciones demográficas.

El registro de especialistas facilitaría conocer las edades de los mismos y cuándo se van a jubilar. El problema es que para hacer predicciones —que son necesarias, sobre todo a largo plazo— hay que contar con una serie de eventualidades que, en principio, no son previsibles, como los cambios de especialidad (sobre el 7% en urología), la movilidad geográfica o la situación del mercado de trabajo (creación de nuevos centros hospitalarios, de nuevas plazas de especialistas, etc.).

— La adecuación del número de plazas MIR. Al respecto, el Sr. Morote informó de que se forman cada año unos 80 residentes en urología, lo que quiere decir que en cinco años habrá 400 especialistas y, teniendo en cuenta que en España trabajan en la sanidad pública unos 1.800 urólogos y el 50% de ellos tiene más de 50 años, al menos la cuarta parte de los nuevos especialistas podrán colocarse. Tocó en este punto el compareciente el tema de la troncalidad, que para la urología sería de tres años más una formación específica de dos, a su juicio, muy reducida, por lo que sería aconsejable un incremento del período de especialidad.

— La homologación de títulos extra-comunitarios. Según el compareciente, se va produciendo a medida que van llegando, siempre que los candidatos cumplan con los requisitos establecidos.

El problema en la urología es que hay médicos extra-comunitarios con su título de médico homologado, pero no el de especialista y que ejercen como urólogos sin serlo. La solución a esta situación pasaría por establecer una convocatoria extraordinaria de regularización de estos especialistas.

— Los MESTOS. Surgieron como consecuencia del déficit de especialistas en un momento determinado y ahora se pretende regularizar su situación. En urología no existen. El Real Decreto de homologación que el Gobierno quiere poner en marcha hay que considerarlo con cautela, porque podría ser la puerta para una regularización rápida de ciertos especialistas que entrarían en colisión con los que provienen de una formación MIR. La homologación tiene que responder a unas circunstancias extraordinarias, pero no ser un procedimiento que vaya a permanecer tras solucionar el problema que la originó.

En fin, terminó el Sr. Morote su comparecencia calificando la situación de la urología de «déficit moderado», es decir, que el déficit de especialistas en urología se sitúa entre el 5 y 10%, que supondría en cifras, una falta de 50 urólogos aproximadamente. Con un incremento de entre 50 y 80 especialistas —concluyó el compareciente— el mercado quedaría suficientemente abastecido.

10.3. Comparecencia de la Presidenta de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF), D.^a Inmaculada García Montes.

La medicina física, la rehabilitación, es una especialidad joven pero que se encuentra en plena expansión, como consecuencia de la demanda de una sociedad sanitaria-

mente más avanzada y con mayor calidad de vida, que exige a la Administración no sólo el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sino también de sus consecuencias a corto, medio y largo plazo.

Presentando de esta forma la rehabilitación, la compareciente dio comienzo a su intervención, que se dedicó, fundamentalmente a exponer, desde el punto de vista de la sociedad científica a la que representaba, «dónde está el médico rehabilitador y dónde debe estar en la actividad asistencial en general».

Teniendo en cuenta que la rehabilitación es un proceso limitado en el tiempo, orientado por objetivos y dirigido a permitir que personas discapacitadas alcancen un nivel funcional óptimo a nivel mental, físico y social, proporcionándoles las herramientas para cambiar su propia vida, el rehabilitador diagnostica primeramente, y cuando ya ha diagnosticado, indica, dirige, coordina y controla los programas de rehabilitación y, por tanto, la actuación de los diferentes miembros del equipo.

El programa de formación del médico rehabilitador actualmente es de seis años de licenciatura de medicina y cuatro de especialidad vía MIR, y pro futuro, se piensa en la definición de la no troncalidad como especialidad y en la subspecialización en distintas parcelas.

En cuanto a la cartera de servicios de la rehabilitación engloba los servicios asistenciales de la neuro-rehabilitación del adulto (desde la lesión medular a las enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple o la enfermedad lateral amiotrofia, pasando por los traumatismos craneoencefálicos o los ictus), la rehabilitación infantil (parálisis cerebral infantil, mielomeningocele, traumatismos, tortícolis congénita, enanismo, etc.), la rehabilitación respiratoria, la logopedia, la rehabilitación del suelo pélvico y la rehabilitación geriátrica.

El ámbito de aplicación de toda esta cartera de servicios va desde la atención primaria hasta la hospitalización a cualquier nivel (hospitales de 1.º, 2.º y 3.º nivel), las unidades de evaluación de incapacidades, las mutuas de accidente, el terreno socio-sanitario y la dependencia.

En cuanto a la relación de la rehabilitación con otras especialidades, se centra fundamentalmente en ginecólogos, urólogos y otorrinólogos.

Por lo que se refiere a los planes de estudio, reclamó la compareciente la creación de un área específica de conocimiento en las universidades de medicina, así como en todas las titulaciones de salud que forman parte de los equipos multidisciplinares de rehabilitación (enfermería, logopedia, podología, terapia ocupacional y fisioterapia), como también reclamó la promoción de la investigación, el desarrollo y la innovación para el futuro desarrollo correcto de la práctica clínica diaria de la rehabilitación.

Para terminar, la compareciente subrayó cuatro aspectos (el envejecimiento poblacional, la necesidad de que haya una única puerta de entrada en los Servicios de Salud, el trabajo en la prevención y la demanda de la sanidad privada) que hay que tener en cuenta para evaluar las necesidades de rehabilitadores del Sistema Nacional de Salud.

Actualmente, la ratio existente en rehabilitación es de 2,96 especialistas por cada 100.000 habitantes, la feminización de la profesión es de un 55% y con una oferta de 90 plazas de MIR anuales y una demanda mayor, exis-

te un déficit moderado que, de no corregirse, se convertirá, en la década 2020-2030, en déficit grave.

10.4. Comparecencia del Secretario de la Sociedad Andaluza de Ortesistas y Protésistas (SADOP), D. Daniel García Jurado.

El compareciente abordó, fundamentalmente, en su intervención, aspectos de la formación de los técnicos ortoprotésicos, escasa, en su opinión, a la vista de la que se ofrece en otros países —europeos e, incluso, en vías de desarrollo—. En España, las enseñanzas de ortoprotésica se imparten en los centros de Formación Profesional, con una carga lectiva de 860 horas para la formación en diseño, elaboración y adaptación de productos ortoprotésicos y ayudas técnicas, y 380 horas para las prácticas de formación en centros de trabajo (sin prácticas clínicas y con profesorado no especializado).

En una profesión eminentemente práctica, como es la ortoprotésica, con incesantes avances científicos y tecnológicos, es preciso —dijo el compareciente— mejorar la calidad de la formación aprovechando la oportunidad que ofrece la coyuntura actual de puesta en marcha del «proceso de Bolonia», creando una titulación de grado que implica un período de formación de cuatro años.

De los tres pilares fundamentales del Espacio Europeo de Educación Superior, dos de ellos son acordes a la formación del ortoprotésico:

- La reducción de las horas de clases presenciales en favor de las prácticas tuteladas en empresas.
- El principio de adquisición de habilidades frente a la adquisición de conocimientos.

Con el fin de unificar la formación del ortoprotésico en el marco europeo, se celebró una Conferencia en Dortmund, Alemania, en 2004, cuyas conclusiones, que se ratificaron en la Conferencia de Valence, en Francia, en 2007, fueron las siguientes:

- La necesidad de la inclusión de la figura del profesional de la ortopedia dentro del denominado servicio de rehabilitación.
- Homogeneizar la formación dentro del proceso de Bolonia bajo los estándares que marcan la categoría ISPO.
- La necesidad de una formación continua.

En opinión del compareciente, el ortoprotésico, en su currículum de formación, deberá tener conocimientos de las siguientes materias:

- Funcionamiento de articulaciones y músculos individuales y su interacción.
- Desviaciones patológicas, instrumentos para su medida y tratamientos ortoprotésicos viables.
- Factores biomecánicos y patologías a tomar en cuenta con las anatomías.
- Etiología y evolución de la enfermedad en cuestión, su cuidado y tratamiento.
- Anatomía, fisiológica, biomecánica y patología.
- Características, propiedades y procesamiento de los materiales usados, con referencia específica a la aplicación en la ortoprotésica.

- Manejo de pacientes, en lo que se refiere a consideraciones físicas, sociales, psicológicas y éticas.
- Principios de electrónica, especialmente con relación a aplicación ortoprotésica y prácticas de taller.

Con la referida cantidad de cualificación, el ortoprotésico debe pasar a tener una formación universitaria, se debe crear un marco formativo de excelencia (la licenciatura en Ortoprotésica) para que nuestra sociedad cuente con profesionales dignos, cualificados y se pueda garantizar a los pacientes un alto grado de satisfacción acorde con la sociedad que queremos ser.

10.5. Comparecencia del Director del Instituto Diagnóstico por la Imagen (IDI) del Hospital Universitario Doctor Josep Trueta de Girona, D. Salvador Pedraza Gutiérrez.

En nombre de la Sociedad Española de Radiología, el Sr. Pedraza trató, en su comparecencia, de transmitir los datos que se consideran importantes para una planificación de los recursos humanos en el diagnóstico por la imagen y, para ello, comenzó subrayando que dicha especialidad médica es muy joven (unos 100 años de existencia) y con continuos avances desde el descubrimiento de los rayos X hasta la fecha, en que se utilizan técnicas mucho más complejas: radiología simple, mamografía, angiografía, gammagrafía, medicina nuclear, TAC, resonancia, densitometría...

La relevancia que el diagnóstico por la imagen ha adquirido en nuestros días deriva, entre otras circunstancias, de que se está cambiando la forma de hacer medicina: aumenta la demanda de pruebas técnicas (placas, TAC, resonancia, etc.), de modo que —a decir del compareciente— de hacer una «medicina basada en la evidencia» se ha pasado a hacer una «medicina basada en la imagen». Y en los años inmediatos, el diagnóstico por la imagen irá en aumento, obteniéndose, además, imágenes técnicas que todavía ahora no tenemos o que están incipientes (imágenes ópticas, técnicas híbridas como las resonancias PET o la fusión de la radiología y la medicina nuclear).

En el diagnóstico por la imagen participa un equipo multidisciplinar (diplomados universitarios en enfermería, técnicos en diagnóstico por la imagen, informáticos, ingenieros, físicos, químicos, etc.), liderado por el radiólogo, cuyas funciones esenciales son, entre otras: validar la indicación de las pruebas a realizar, supervisión de realización correcta de los estudios radiológicos, la elaboración de un informe con los resultados de la prueba y, finalmente, la transmisión efectiva al médico o cirujano responsable del paciente de las implicaciones que tiene en el manejo de su enfermedad los resultados de la prueba realizada.

Hoy, el diagnóstico por la imagen es una disciplina de la misma magnitud que la medicina interna o que la cirugía de hace 50 años, y dada la imposibilidad de que un especialista solo pueda abarcar en profundidad todas las áreas de la radiología con una calidad de servicio adecuada, es muy importante conseguir el establecimiento de un periodo de formación durante la residencia de cinco años de duración y el desarrollo de las diferentes especialidades dentro de la radiología.

A continuación, el compareciente se refirió a los datos del estudio sobre recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud realizado por la universidad de Las Palmas, de los que se desprende la demanda creciente de especialistas. En España, actualmente hay unos 3.100 radiólogos, con una ratio de 6,74/100.000 habitantes, inferior a la de determinados países de la Unión Europea. La ratio, además, varía por Comunidades Autónomas. Por otro lado, habría que tener en cuenta las próximas jubilaciones. El grueso de la pirámide de edad en radiología está entre los 40 y 50 años. Y en cuanto al sexo, el porcentaje de feminización es del 43%, que en las generaciones más jóvenes llega hasta el 80%. Conscientes de la necesidad de aumentar el número de radiólogos, en función de la mayor demanda existente (de un 2% a un 10% anual) y de la mayor complejidad de las pruebas, también se ha aumentado la capacidad docente: de 100 radiólogos en formación MIR que había en el curso 98, se ha pasado a los 221 actuales.

Teniendo en cuenta los datos de su exposición terminó el compareciente con sus conclusiones finales:

- a) Aumento del número de radiólogos.
- b) Periodo de formación de la Especialidad de 5 años de duración.
- c) Elaboración de un plan estratégico para el diagnóstico por la imagen en la siguiente década (2010-2020).

10.6. Comparecencia del Adjunto a la Gerencia Territorial Metropolitana Sur del Instituto Catalán de la Salud, D. Lluís Gamell Álvarez.

En el planteamiento de que es necesario estudiar las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud subyace la idea de que faltan médicos y enfermeras y, más allá de las estadísticas, hay hechos que avalan esta idea —dijo el compareciente—: no hay médicos en las bolsas de trabajo, se contrata a médicos extranjeros, es difícil encontrar médicos para hacer sustituciones... La colectivización de la provisión de servicios sanitarios y una extensión de los mismos en todos los territorios, unido a otras circunstancias como la implantación de las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral, las reducciones de jornada y el progreso en la tecnología médica con la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y métodos terapéuticos han traído consigo importantes cambios en la estructura y la gestión sanitaria. Desde esta premisa, habría que preguntarse cuándo, dónde y qué carácter han de tener nuestros profesionales sanitarios.

En opinión del compareciente, si bien es cierto que cada profesional sanitario desarrollará su labor con plena autonomía técnica y científica, no hay que olvidar que la Ley Orgánica de Ordenación de las Profesiones Sanitarias apunta la necesidad de pactos interprofesionales que regulen la cuestión de los ámbitos competenciales, sin que ello se interprete como intrusismo profesional de unos especialistas en el campo de otros. Es necesario potenciar el diálogo entre las diferentes profesiones sanitarias y también entre los especialistas de especialidades próximas, partiendo de la base de que los límites de cada especialidad

tienen que venir determinados por la experiencia y por el puesto de trabajo y teniendo en cuenta la progresiva consideración interdisciplinar y multidisciplinar de los equipos de atención primaria.

El referido planteamiento presenta objeciones, como por ejemplo la del Sindicato Médico en Cataluña, que justifica la asunción de determinadas competencias por parte de la enfermería por la limitación de recursos disponibles para hacer frente a la importante demanda en crecimiento. Sin embargo, la idea de que el médico no es el único responsable de la salud de los pacientes implica la aceptación de la interprofesionalidad como el motor del sistema sanitario y tener un respeto por todas las profesiones sanitarias: enfermeros, farmacéuticos, ópticos, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, nutricionistas, etc.

Por otro lado, no se puede obviar que las profesiones sanitarias son, desde el punto de vista jurídico, profesiones reguladas entendidas como aquellas actividades profesionales en cuyo desarrollo pueden verse implicados intereses públicos generales y en las que existe una relación determinante entre la titulación exigida y la especialidad de la actividad a realizar, determinadas por la intervención del legislador. La intervención reguladora del legislador ha de conectar, pues, títulos académicos con competencias profesionales, así como regular el ejercicio de ciertas actividades, precisamente, bajo el manto de una profesión.

En este sentido, a juicio del Sr. Gamell, un modelo interesante es el de Québec, que, sobre la base de la reserva del título y de la exclusividad profesional, otorga amplios poderes y gran autonomía de decisión a los profesionales, sujetos, sin embargo, a una supervisión y a un marco legal determinado. Un sistema parecido sería posible —a decir del compareciente— también en nuestro país. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias prevé la constitución de una Comisión Consultiva Profesional como órgano de participación de los profesionales en el sistema sanitario y en el desarrollo de la planificación de las profesiones sanitarias. Éste sería el foro de diálogo inter e intradisciplinar al que el compareciente se refirió en su intervención y que apuntó como solución para avanzar en la determinación de la necesidad de cobertura de profesiones sanitarias junto con una reordenación de las funciones de las profesiones y de la organización sanitaria, como consecuencia del cambio de concepción del modelo de médico y de paciente.

11. Sesión de 8 de septiembre de 2009.

11.1. Comparecencia del Presidente del Foro Español de Pacientes, D. Albert Joan Jovell Fernández.

El compareciente dio inicio a su intervención con la exposición de los datos del estudio que realizaron en el año 2005 con la Universidad de Harvard en una muestra de 3100 ciudadanos españoles mayores de 18 años sobre el escaso conocimiento por parte de la población de cómo está financiado y organizado el Sistema Nacional de Salud: el 85% ignora cómo se financia y organiza, el 33% y el 39% consideran que la atención hospitalaria y la atención primaria, respectivamente, las paga la Comunidad

Autónoma, dando el máximo de protagonismo a la Seguridad Social, que ya no financia esta provisión. Es decir, que dos de cada tres españoles ignora quién paga la asistencia sanitaria que recibe.

Y a partir de aquí, pasó a detallar otros aspectos que preocupan al Foro al que representa:

— La insatisfacción laboral de los profesionales, relacionada con expectativas no satisfechas, y la difícil transición de quienes vienen de una situación de excedencia de profesionales a la de déficit de especialistas.

— Inadecuación de los planes de estudio (que son poco flexibles, fomentan la competitividad más que el trabajo en equipo y priman los conocimientos técnicos sobre los éticos y humanos) a las necesidades de la sociedad.

— Edad media elevada de los profesionales de la salud. Las pirámides demográficas son preocupantes si la jubilación de los médicos se mantiene a los 65 años y si las incorporaciones a la profesión se mantienen al ritmo actual, habrá un insuficiente número de profesionales (médicos y enfermeras).

— Riesgo de una deficiente comunicación médico-paciente. En este punto hay que prestar especial atención a las homologaciones de médicos extranjeros; porque los pacientes requieren de ellos una formación técnico-cultural similar a la de los médicos españoles. Resulta paradójico que médicos financiados con los impuestos de los ciudadanos españoles no presten su asistencia en España y sean sustituidos por profesionales cuya formación no cumple nuestros estándares de acreditación o conocimiento de las lenguas oficiales en España.

— Fuga de profesionales al extranjero, si bien no tan alarmante como a veces parece; España también debería ser un Estado atractivo para los profesionales de la Unión Europea.

— Tiempos de espera largos, tanto para intervenciones quirúrgicas como para citas con el especialista o para la realización de una prueba diagnóstica, que no están gestionados proporcionando una información adecuada al paciente sobre los riesgos asociados a la espera.

Desde el punto de vista de los posibles cambios, el Sr. Jovell hizo las siguientes propuestas:

— Los criterios de admisión de alumnos en las universidades han de cambiarse y dejar de atenderse exclusivamente a una elevada nota en la selectividad, debiendo existir un examen de entrada en el que se valore el conocimiento del idioma en que se van a impartir las clases y las características psicológicas de los candidatos, incluidas sus habilidades previas de relación y comunicación.

— Los planes de estudio han de responder a la realidad de la atención sanitaria actual y, en este sentido, han de ser flexibles, pudiendo admitirse que unas facultades se especialicen, por ejemplo, en atención primaria, en investigación o en determinadas especialidades hospitalarias, etc.

— Ha de mejorarse la comunicación médico-paciente e introducir en los planes de estudio la política sanitaria, la ética médica, la calidad asistencial, la sociología de la salud y la gestión.

— Hay que evaluar el sistema MIR, que es el mejor sistema, pero no se aplica por igual en todos los sitios, ni se obtienen los mismos resultados en diferentes sitios.

— Hay que traer buenos docentes extranjeros, hay que evitar la endogamia académica, que es muy alta, y hay que valorar también la carrera docente dentro de la carrera del profesional, así como la asistencial.

— En cuanto a lo que es el postgrado hay que formar el liderazgo clínico, es decir, hay que formar médicos como líderes profesionales; no el que más sabe de una especialidad es el que tiene que ser el jefe de servicio, si no hay otras condiciones que no están relacionadas con la excelencia clínica que son muy importantes para el liderazgo.

— Hay que tener facultades de medicina de ámbito europeo internacional. Estamos perdiendo la oportunidad en España de crear una facultad del inglés hacia Europa como están haciendo ya en otros países, con muchas ventajas competitivas. Existen los hospitales, los profesionales y los alumnos de distintas partes del mundo. Hay que ser capaces de adoptar modelos como el de California, por el cual el ciudadano de Wisconsin paga en California como si se tratase de una facultad privada y si es de California como si de una pública.

— Hay que tener especialidades médicas flexibles orientadas al proceso y siguiendo un modelo troncal.

— Hay que tener criterios estrictos en la homologación de los profesionales probados en el extranjero y no dar la imagen de un país exportador sino de un país europeo, exportador e importador de médicos.

— Hay que 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.

— Hay que contratar y formar profesionales para satisfacer nuevas necesidades: técnicos en radiología, físicos, psico-oncólogos, fisioterapeutas y nuevos especialistas, especialmente en enfermedades infecciosas y en urgencias.

— Hay que 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. El Consejo de la Profesión Médica de Cataluña constituye una experiencia a exportar a otras Comunidades Autónomas.

— Hay que desfuncionarizar la profesión médica, flexibilizar el empleo, incentivar el trabajo a tiempo parcial, fomentar la atención en el medio rural, incentivar también la figura del médico consultor y retrasar la jubilación a los setenta años.

— Hay que incorporar las nuevas tecnologías de la información en la comunicación (la historia clínica electrónica, la tarjeta sanitaria, la telemedicina, la teleconsulta médica).

— Hay que evaluar los resultados clínicos, estableciendo unos indicadores mínimos de calidad asistencial, que habrá que introducir de manera pedagógica.

— Hay que potenciar el rol de médico de atención primaria y hay que desburocratizar la atención primaria, delegando en otros profesionales tareas que, por su formación y competencia, pueden desarrollar.

— Hay que evitar incentivos perversos y primar los criterios basados en la evaluación de los profesionales según resultados asistenciales sobre la investigación y otros factores.

— Y, por último, hay que iniciar la formación de pacientes, al modo de los programas de paciente experto y paciente tutor que se iniciaron en California y que ha adoptado el National Health Service, porque se ha evidenciado que disminuye la frecuentación al médico, aumentan las consultas a otros profesionales de la salud (por ejemplo, el farmacéutico), disminuyen las urgencias y, en definitiva, aumenta la calidad de la atención sanitaria.

11.2. Comparecencia del Director Adjunto Corporativo del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, D. Marc Soler Fábregas.

Centrándose en su exposición en los médicos y Cataluña—pero advirtiendo que sus planteamientos pueden aplicarse, asimismo, a otros profesionales y otras partes de España— la dividió el compareciente en dos partes, una primera, sobre datos demográficos, y, otra segunda, sobre propuestas de solución.

En cuanto a los datos demográficos, el Sr. Soler se refirió a distintos aspectos:

— Colegiación: 28.000 médicos colegiados en Cataluña para una población de cinco millones y medio, de los cuales, el 14,2% son extranjeros (y de éstos el 75% procedentes de América Latina y Caribe) y el 85% españoles. A partir de 2006, el número de médicos extranjeros colegiados supera al de los nacidos en España; en 2008, el 56,5% de los nuevos colegiados en Cataluña son extranjeros, frente al 43,5% de los nuevos colegiados españoles.

— Tasa de feminización: ha ido aumentando progresivamente, hasta situarse en el 50%.

— Tasa media de médicos/100.000 habitantes: en torno al 3,8 en España, 3,9 en Cataluña.

— Situación laboral y profesional de los médicos: Hay una cobertura profesional plena: el 89% trabaja como asalariado, con contrato indefinido el 73%, compatibiliza la sanidad pública con la consulta privada o hace otro tipo de colaboraciones profesionales el 20% y un 32% tiene más de un trabajo.

— Sectores en que trabajan los médicos: 75,6% en actividad asistencial, el 13,8% como MIR, 6,2% en gestión médica y el 2,6% en la docencia o en la investigación médica.

— Sobrecarga asistencial: afecta al 60% de los médicos, la mayor parte cansada por la elevada tasa de visitas a consultas de atención primaria.

— Situación retributiva: baja y poco flexible, a diferencia de lo que ocurre en Holanda, Canadá, Australia o Gran Bretaña, países en los que es posible retribuir al médico en función del volumen de la actividad realizada.

— Promedio de horas de trabajo semanal: al mismo nivel que Italia y Grecia, pero por debajo de Gran Bretaña, Francia o Alemania, y, sobre todo, las mismas en todas las franjas de edad.

A la vista de los datos expuestos y antes de abordar la segunda parte de su exposición, la de propuestas, el compareciente formuló algunas conclusiones: en medicina existe una situación de pleno empleo, si bien existen dificultades para cubrir determinadas vacantes en zonas rurales, en condiciones de precariedad y en determinadas especialidades; los tres aspectos que generan mayor insatisfacción a los profesionales son la sobrecarga asistencial, la poca flexibilidad en las condiciones de trabajo y la baja retribución; y en cuanto a los cambios ocasionados por la modificación de la relación médico-paciente, las fundamentales son la intolerancia social frente a las negligencias o errores médicos y una cierta pérdida del prestigio profesional del médico.

Por lo que se refiere a las propuestas concretas para mejorar la situación de necesidades de recursos humanos, el Sr. Soler se refirió a cambios en la organización del modelo sanitario y a cambios en la organización de los recursos, en el sentido de flexibilizar ambos; y, en concreto:

— La revisión del sistema de acceso a la universidad, considerándose la posibilidad de establecer un examen especial para el acceso al estudio de ciencias de la salud, que valore conocimientos, actitudes y aptitudes de los estudiantes.

— Los cambios formativos en la universidad relacionados con el nuevo examen MIR y un ligero aumento flexible de plazas.

— Solucionar la todavía existencia de MESTOS, pese a las sucesivas convocatorias para su regulación.

— Revisar y agilizar el acceso de médicos extranjeros (mediante la valoración de título y conocimientos).

— Establecer en los programas de formación universitaria las áreas de capacitación específica y la troncalidad, previamente al establecimiento de nuevas especialidades.

— Evitar la salida de médicos del sistema permitiendo la jubilación —voluntaria— a los 70 años.

— En cuanto a la organización del modelo sanitario, habría que explorar el sistema del copago, con las garantías de equidad exigibles, como alternativa al sistema actual de «barra libre», para así controlar la frecuentación, así como considerar la posibilidad de limitar la cartera de servicios y facilitar que un determinado número de ciudadanos (25%) que cuentan con doble cobertura (pública y privada) puedan deducir fiscalmente el gasto de la póliza de salud.

— El trabajo en equipo, para lo cual es fundamental la colaboración entre los diferentes profesionales sanitarios y entre los médicos de atención primaria y los especialistas.

— 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.

— En el sistema retributivo, evitar exclusividades contractuales que generan agravios comparativos.

— Permitir la formación y la investigación de médicos de hospitales comarcales en hospitales metropolitanos, así como la realización de determinadas actividades profesionales.

— Favorecer la autogestión de los Centros de Atención Primaria y, en la toma de decisiones, «pensar en pequeño» en relación a las organizaciones asistenciales.

— La promoción del liderazgo profesional y del desarrollo profesional continuo, implicando más a los profesionales.

— Incorporar a la profesión los valores del compromiso, la excelencia, que, en definitiva, conforman el «profesionalismo».

En fin, concluyó el compareciente insistiendo en la necesidad de crear organizaciones sanitarias más flexibles, más transversales, enfocadas al paciente, que permitan la valoración de resultados y la autonomía de las decisiones, así como la adaptación a las necesidades que la sociedad actualmente reclama.

11.3. Comparecencia de D.^a Beatriz González López-Valcárcel, Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Resumió la compareciente en ocho puntos «los síntomas, diagnóstico y tratamiento de los ocho grandes problemas relacionados con recursos humanos profesionales en la sanidad»:

1. ¿Por qué todavía no tenemos un registro de médicos en España, cuando la necesidad es reconocida desde por lo menos hace cuatro años y las Comunidades Autónomas han recibido financiación para encargarse de los respectivos registros?. Porque ni siquiera sabemos qué pretendemos exactamente con el registro. En principio, hay dos opciones: una primera, un registro sólo de los médicos asistenciales del sistema sanitario público, donde constaría la especialidad, la edad, el sexo y dónde ejercen; y una segunda, más ambiciosa, un registro de todos los médicos potencialmente asistenciales, o sea, todos los médicos con su especialidad, que tienen licencia para ejercer en el país. Esta segunda opción es preferible. ¿Por qué no tenemos un registro todavía? Seguramente por múltiples causas, entre las que pueden estar la falta de estándares estatales, de tipo técnico, sobre los registros que llevan las distintas Comunidades Autónomas, la falta de una regulación estatal y quizá también por falta de voluntad de transparencia.

2. El problema del ejercicio como médicos especialistas sin título homologado de un número indeterminado de médicos extranjeros de terceros países. Un registro de médicos sería importante por dos cosas; primero, como elemento de planificación (o sea, informativo) los recursos humanos en función de los territorios y la población; y segundo, podría ser la base de un sistema de revalidación o certificación periódica de la calidad, como el que se lleva a cabo en muchos países europeos. España tiene un sistema de formación continuada impreciso, voluntarista, asociado a una carrera profesional, pero la mayor parte de los países han adoptado mecanismos de certificación periódica en los que se evalúa bien a todos los médicos en ejercicio, o a los que se considera están «en riesgo» (los que superan cierta cota de edad, 70 ó 75 años).

3. La paradoja española consiste en que si nos comparamos con los demás países del entorno, en cuanto a ratios poblacionales, tenemos un número medio-alto de médicos; no tanto en enfermeras en cambio. Incluso si aplicamos los estándares que utilizan en otros países para la planificación, a datos españoles, estamos bien de especialistas en muchas especialidades. Y sin embargo, hay síntomas de déficit agudo: plazas sin cubrir, sobre todo en zonas rurales aisladas y en las islas menores, falta de médicos que se dediquen sólo a la investigación o la docencia, etcétera.

El desajuste entre la oferta y la demanda (hay muchas plazas ofertadas para médicos y no hay médicos para cubrir las) se produce porque realmente no hay un mercado de médicos, hay 47, porque hay 47 especialidades médicas (lo que hace un cardiólogo no lo puede hacer un internista o endocrino), de modo que lo que tendríamos sería un conjunto muy variado de especialidades médicas heterogéneas en cuanto a pirámides demográficas: las especialidades más tradicionales tienen más efectivos mayores (por ejemplo obstetricia y ginecología o medicina interna); las especialidades más modernas (como oncología) tienen muchos médicos jóvenes; unas están más feminizadas que otras y su demanda futura también es diferente. De modo que no se pueden tratar por igual porque su situación es diferente.

4. El embudo MIR, que consiste en un desajuste numérico importantísimo. Cada año salen en torno a 4.000 nuevos licenciados en medicina de nuestras facultades y se ofertan casi 7.000 plazas MIR para médicos, con lo que hay 3.000 de diferencia. ¿Cómo se abrevia este desajuste? Pues de tres maneras, las tres ineficientes: la primera, que quedan plazas vacantes de determinadas especialidades, particularmente, de medicina de familia; segundo, la recirculación, que consiste en que un médico que obtuvo una plaza MIR en una especialidad un año, renuncia a ella y se presenta para «ascender» a una especialidad más cotizada (quizás de atención primaria a hospitalaria); y tercero, la entrada de médicos extranjeros.

El consejo que la compareciente ofreció para remediar el referido desajuste fue fijar con un criterio de planificación estatal el número óptimo de plazas MIR cada año. El hacerlo como suma agregada de las 17 necesidades demandadas por las 17 Comunidades Autónomas lleva a la sobreoferta de plazas MIR, porque la formación MIR tiene que atender tanto al aspecto de formación como al de empleo. Asimismo, recomendó definir una estrategia como país sobre la formación de especialistas extranjeros, separando claramente formación de empleo.

5. El establecimiento de *númerus clausus*. Tiene mucha más repercusión mediática, porque es un número, mientras que las plazas MIR, las 47 especialidades médicas, son 47 números que en los medios aparecen un poco difuminados. Idealmente, habría que fijar el *númerus clausus* según la previsión de necesidades, pero dado que no existe un registro de profesionales, no se pueden evaluar bien las necesidades.

En este punto, existen diversos grupos con intereses legítimos contradictorios (estudiantes, rectores de universidades, Comunidades Autónomas...). Ni son buenos los

excesos ni los déficits. Y además es extremadamente sensible el péndulo, de modo que es relativamente fácil pasar de una situación de déficit a una de superávit y viceversa. Hay que poner sentido y hay que tener sensibilidad con respecto a este problema, complejo por dos motivos, de equidad (es injusto que se exija tanto para entrar a estudiar medicina a los españoles, mientras que hay extranjeros con títulos de médicos homologados de calidad dudosa, y además la renta puede reemplazar a la nota en parte para estudiar medicina en las universidades privadas); y también de eficiencia (cada vez más, hay una ruptura entre medicina, que está exigiendo un 8,5, y el resto de carreras, porque la dinámica demográfica de nuestros jóvenes lleva que haya menos entradas a la universidad, por lo que algunos buenos estudiantes eligen medicina por su cotización, más que por vocación. Pero Medicina es una carrera vocacional).

También hay que mirar un poquito hacia atrás —dijo la compareciente— y darnos cuenta de cómo era nuestro país antes de imponerse *númerus clausus* en el año 1978. En el máximo, que fue en el año 1976, llegaron a entrar en medicina tantos estudiantes como ahora están estudiando en los seis años de la carrera en España (22.000). Pero desde que se estabilizó el *númerus clausus* en torno a 4.000, hasta hace apenas 2 ó 3 años no subió, y mientras tanto había aumentado mucho la población española, se había enriquecido, y la sanidad es un bien de demanda elástica en la renta, etc.

Es decir, que para el establecimiento de *númerus clausus* debe tenerse en cuenta:

— Primero. No se debe de condicionar el *númerus clausus* a las plazas MIR, de modo que no hacen falta 7.000 personas entrando en medicina porque estemos convocando 7.000 plazas MIR para médicos.

— Segundo. Hay que mirar a los países vecinos. Portugal, por ejemplo, duplicó sus *númerus clausus*, y en este momento 1.700 médicos españoles trabajando en Portugal están empezando a volver y cuando dentro de unos años los nuevos portugueses que están entrando en medicina sean médicos, querrán ejercer en su país y desplazarán en un movimiento de retorno a los médicos españoles, o a gran parte de ellos. En este sentido convendría la prudencia, no exagerar aumentando demasiado el *númerus clausus* por culpa de una percepción del déficit agudo del corto plazo que no será problema a la vuelta de unos años.

— Tercero. No sólo hay que formar licenciados en medicina para que sean médicos asistenciales, sino también para hacer investigación, salud pública, etc.

6. España es un puente entre Latinoamérica y Europa. El proyecto europeo Prometheus, auspiciado por el Observatorio Europeo de la OMS y del que España forma parte, estudia la movilidad de profesionales sanitarios (médicos, dentistas, farmacéuticos y enfermeras) en Europa. En dicho estudio se pone de manifiesto que el fenómeno de la inmigración de médicos latinoamericanos es espectacular. En 1998, habían homologado en España su título de licenciado en medicina 857 médicos extranjeros, de los cuales 674 eran de terceros países, sobre todo de Latinoamérica, lo que representaba el 18% de los nuevos médicos que salían

de las facultades españolas. Diez años más tarde, han homologado 5.400 títulos de medicina, que son 140%, o sea, una vez casi y media más de los médicos que salen de las facultades españolas.

En cambio, los especialistas que convalidan el título son muy pocos: 702, de los cuales, la gran mayoría son comunitarios. Muy pocos médicos latinoamericanos convalidan el título de especialista y, sin embargo, hay Comunidades Autónomas que los captan para trabajar como especialistas. Este problema requiere una regulación, porque de lo contrario, se puede convertir en un problema similar al de los MESTOS, que tanto perturbó al país.

En cuanto a los médicos españoles que salen fuera a trabajar (fundamentalmente a la Unión Europea) hubo un máximo, en el 2003, vigente el convenio firmado con el Reino Unido en el 2001, pero las cifras están disminuyendo de año en año. En el 2007, sólo han reconocido su título de médico para ejercer fuera de España 50 especialistas y 200 médicos generales.

La opción que propuso la compareciente para salvar el déficit de especialistas estaría más en la línea de especializar a médicos de otros países, aunque sin compromiso de funcionarización, que en la de convocar 7.000 nuevas plazas MIR para especialistas cada año.

7. El déficit de profesionales no es sólo un problema matemático, porque el número necesario de médicos depende de motivos contextuales, por ejemplo, de las horas trabajadas, o de la ratio enfermera-médico (hay una enfermera por cada médico de familia en atención primaria y 1,8 enfermeras por cada médico en hospitalaria). Siendo esto así, en España los médicos de familia hacen funciones que en otros países hacen las enfermeras y, por eso, en parte es por lo que se explica esta aparente paradoja del país, en la que teniendo datos numéricos tan altos, sin embargo haya la sensación de que faltan médicos. El consejo de la compareciente en este punto fue no sólo discutir cuántos médicos hacen falta sino cómo se reparte el trabajo entre médicos y otras profesiones sanitarias, y planificar conjuntamente cuántos médicos y enfermeras hacen falta, cuánta sanidad dar y cómo.

8. La crisis de la atención primaria. Este es un problema no exclusivo de España; contrastable con tan sólo ver los datos de las renunciaciones a las plazas MIR. Hay que incentivar las plazas menos deseables, las plazas de atención primaria. ¿Cómo? Por ejemplo, priorizando las ayudas en atención primaria, la investigación, la especialidad en los planes de estudio y mejorando las condiciones de trabajo.

11.4. Comparecencia del Vicepresidente 1.º de la Federación Europea de Médicos Asalariados (FEMS), D. Carlos Amaya Pombo.

Tras presentar la organización médica que representaba de la que España forma parte desde el año 1994, el compareciente pasó a abordar el tema de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud desde el punto de vista de la oferta-demanda: a mayor densidad de población, mayor demanda de servicios sanitarios. Esta situación de mayor necesidad de profesionales, para aten-

der esta mayor demanda, es similar en todos los países de la Unión Europea, si bien España presenta con éstas, al menos, dos diferencias: una, en la organización de la previsión de los servicios sanitarios, y otra, en el modelo de atención primaria de medicina familiar.

A continuación, el Sr. Amaya subrayó la importancia de contar, a nivel europeo, con un estudio de la demografía médica, para lo cual, el instrumento imprescindible sería un registro de profesionales, vivo, dinámico y creado con criterios objetivos e idénticos para todos los países, sin el cual es muy difícil planificar las necesidades de recursos humanos.

En relación con ello, se refirió el compareciente a los movimientos migratorios de los profesionales sanitarios dentro y fuera de la Unión Europea, también dependientes de la oferta-demanda de médicos y facilitados, en algunos casos, incluso por el conocimiento de una lengua común. En cuanto a la entrada en Europa de médicos extranjeros (de Latinoamérica o de África) se produce, precisamente, a través de España (de Canarias, en el caso de África). Asimismo, se refirió también, en el caso de España, a los movimientos de profesionales entre Comunidades Autónomas (las hay «importadoras» y «exportadoras» de médicos) y a su distribución en zonas urbanas y rurales.

Para regular ese desajuste entre oferta y demanda al que hizo mención el compareciente, propuso, para el caso español, la convocatoria de 7.000 plazas MIR anuales, así como racionalizar el acceso a las facultades de medicina y la homologación de títulos a los médicos extranjeros, teniendo en cuenta, en este último punto, el deseo de los pacientes de que les atienda un médico que sea de su mismo país, que tenga su misma lengua, su misma cultura y su mismo entorno social.

Finalizó su comparecencia el Sr. Amaya con unas consideraciones generales sobre la política de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud.

Mantener o retener a los médicos activos, es decir, establecer un criterio de fidelización de los mismos, incluso entre Comunidades Autónomas, corrigiendo desequilibrios y situaciones de desequidad desde el punto de vista de política de personal.

Recuperar a los médicos inactivos, esto es, que han abandonado la profesión, y favorecer el regreso de los médicos españoles que ejercen la medicina en otros países, no sólo europeos (6,9%).

Atraer a los médicos de otros lugares, siguiendo el modelo anglosajón de generar una política de atracción, mediante un mejor sistema retributivo, un mayor reconocimiento social, etc.

12. Sesión de 1 de octubre de 2009.

12.1. Comparecencia del Presidente de la Asociación Española de Neurocirugía, D. José Eiras Ajuria.

A partir de la constatación de las situaciones de cambio y de evolución que está sufriendo la medicina, el compareciente pasó a centrarse en el caso concreto de la neurocirugía, una especialidad que como ninguna otra está sufriendo las consecuencias de la evolución tecnológica.

En España existen cerca de 500 neurocirujanos en activo, con una ratio, razonablemente buena para un país europeo, de 1/100.000 habitantes, el doble que en Canadá (1/200.000 habitantes) o Suiza, por ejemplo, y menor número que en Italia, donde los neurocirujanos se consideran excesivos.

Estos casi 500 neurocirujanos se agrupan en 63 servicios de neurocirugía, más concentrados en Madrid y Barcelona y distribuidos el resto por casi todas las provincias españolas (hay 14 provincias, más las ciudades de Ceuta y Melilla, que no cuentan con servicios de neurocirugía), lo que se puede considerar, a juicio del compareciente, bastante razonable.

La neurocirugía —una especialidad adulta— es una especialidad en la que las circunstancias del personal son muy determinantes y diferentes a las de otras especialidades. Su alta exigencia y penosidad quizá sea una de las causas de la baja tasa de feminización de la profesión, al igual que ocurre en otros países, aunque se va elevando (de un 21 a un 31% en pocos años).

En cuanto a la pirámide poblacional, sobre el 46% de los especialistas es menor de 50 años (frente al 62% de otras especialidades); por lo tanto, se trata de una especialidad envejecida, y éste es —a decir del compareciente— el problema más acuciante que hoy presenta la neurocirugía —y su consecuencia más inmediata, la difícil gestión de la disponibilidad de las guardias— y uno de sus mayores retos para años venideros desde el punto de vista de los recursos humanos.

Otro tema importante que habría que resolver desde el punto de vista de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud es la dificultad de garantizar la cobertura de especialistas en los servicios pequeños, creados muchos de ellos por el interés de la Comunidad Autónoma de tener su propio servicio de neurocirugía. Estos servicios no pueden, en Comunidades Autónomas con poblaciones muy pequeñas, estar bien dotados ni desde el punto de vista tecnológico —la tecnología punta es muy cara de mantener— ni desde el punto de vista de personal —porque no suelen tener atractivo para los jóvenes neurocirujanos—. Vale la pena pensar qué es mejor, si tener menos servicios pero muy bien dotados o más servicios con una dotación más escasa.

Otra de las propuestas del compareciente fue el permitir la formación de mayor número de especialistas aumentando las plazas MIR hasta un número suficiente para atender nuestras necesidades presentes y de futuro. Esto se está ya produciendo y en los últimos cinco años se ha pasado a ofertar 7, 9, 11, 16 a 47 plazas en el último año. Esta cifra de 47 plazas, se consideró excesiva por la Sociedad Española de Neurocirugía, que a través del Comité Nacional de Especialidades, propuso para este curso 22 plazas. Dicho aumento sería suficiente para rejuvenecer la especialidad evitando un exceso de profesionales. Dicho significativo aumento es de esperar que progresivamente vaya cambiando los bloques de edades en favor de los profesionales más jóvenes.

En cuanto a la formación MIR —que no puede empeorar por el hecho de aumentar el número de plazas— debe incorporar el entrenamiento con las nuevas tecnologías, fundamentales en esta especialidad, y agilizar la posibilidad de rotación en unos y otros hospitales.

Finalmente, el Sr. Eiras se refirió a otros dos temas relacionados con la optimización de los recursos humanos y tecnológicos:

Los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR). En cuanto que están dotados de una cualificación humana y tecnológica especial, y deben atender no sólo a los pacientes de su entorno, sino también a aquéllos que presentan patologías escasas en número y complejas en su tratamiento, hay que potenciarlos. Porque mantener un servicio de cirugía es muy caro y España no puede permitirse mantener sesenta y tantos servicios de neurocirugía dotados con la máxima tecnología y que ésta se utilice esporádicamente.

— El trabajo en grupo de especialistas que atienden la misma patología desde distintos ángulos (por ejemplo, una desviación de columna, atendida por neurocirujanos y traumatólogos). Además de ser profesionalmente enriquecedor por que crea núcleos de altísimo nivel profesional, reduce notablemente los costes, dado que las inversiones tecnológicas tienen unos precios muy elevados y a veces una vida muy corta.

Por último, retos científicos y nuevos avances en medicina, como las técnicas no invasivas, al no requerir hospitalizaciones largas, también, obviamente, mejorarán los recursos.

12.2. Comparecencia del Presidente de la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, D. Marciano Sánchez Bayle.

El Presidente de la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública de Madrid abordó el tema de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud contextualizándolo en cinco bloques, a saber: el modelo sanitario, el mayor o menor grado de medicalización de la sociedad, la densidad profesional, los fenómenos migratorios de los profesionales de la salud y la formación.

1. El modelo sanitario. Las necesidades de profesionales son distintas según el modelo sanitario tenga un componente mayor público o privado, según se basen o no en la atención primaria, según el grado de especialización de los profesionales de la salud y según exista más o menos integración de niveles (atención primaria y especializada). Con iguales niveles de calidad de la atención e iguales resultados en salud, cuanto más privatizado está el sistema sanitario, mayores necesidades tiene de especialistas; por el contrario, los sistemas sanitarios públicos basados en la atención primaria necesitan menor densidad profesional médica —pero mayor en enfermería—; a mayor subespecialización de los profesionales, mayor empleo de recursos humanos y tecnológicos; y la integración de niveles disminuye las necesidades de profesionales.

2. La medicalización de la sociedad, esto es, la conversión en patologías de problemas o situaciones que no lo son y, en consecuencia, la resolución mediante la medicina de problemas que no son médicos (por ejemplo el enve-

jecimiento normal de una persona, la menopausia o la calvicie). La conversión de la atención sanitaria en un bien de consumo eleva la demanda y, en consecuencia, el gasto sanitario.

3. La densidad profesional (número de profesionales sanitarios/1.000 habitantes). Hay estudios que intentan relacionar la densidad profesional con los niveles de salud de la población, respecto de los cuales el compareciente se manifestó crítico, por entender que no hay una evidencia científica. Centrándose en la Unión Europea, la densidad media de médicos se situó en 2008 en 3,28, siendo la densidad máxima la de Bélgica (5) y la mínima la de Rumanía. España se mueve algo por debajo de la media en cuanto a médicos (0,26) y en cuanto a enfermeros (0,44), cifrándose el déficit de médicos en 2.763 y el de enfermeros —más grave— en 93.041.

Por otro lado, el reparto de los profesionales dentro del Estado es muy irregular, con unas diferencias entre Comunidades Autónomas que van de los 5,93 médicos en Aragón a los 3,59 de Castilla-La Mancha.

Y en cuanto a la relación entre médicos de atención primaria y especialistas, en España es de 0,67, cuando lo aconsejable es superar 1.

4. Las migraciones de los profesionales de la salud, de países económicamente más deprimidos hacia los más desarrollados, con la consiguiente pérdida de profesionales donde más falta hacen. En España los movimientos migratorios se producen desde América Latina y otros países de la Unión Europea (Polonia, fundamentalmente) y también profesionales españoles salen a otros países de la Unión Europea (Reino Unido o Portugal). Unos 20.000 médicos extranjeros trabajan en España frente a los 9.000 españoles que lo hacen fuera de nuestras fronteras. Las causas de estos movimientos son diversas: la situación económica o sociopolítica del país, las condiciones laborales y retributivas, las oportunidades profesionales, el idioma ... En un futuro próximo, es previsible que a España sigan viniendo profesionales de Iberoamérica, pero también que aumenten de otros países de la Unión Europea (de Rumanía) y que la emigración de especialistas españoles a otros países de la Unión Europea aumente discretamente, con lo que el saldo migratorio seguirá siendo claramente positivo para España.

5. La formación. Las especificidades de las profesiones sanitarias hacen que el periodo de formación sea muy dilatado y la dotación de recursos humanos muy inelástica. El sistema de formación especializada, el sistema MIR, muy equitativo, muy igualitario en oportunidades y que da muy buena preparación clínica y hospitalaria, es, sin embargo, muy poco versátil, favorece la recirculación en el sistema y dificulta la adaptación de los profesionales a las nuevas necesidades de la población. A lo que se une la ausencia de troncalidad. En cuanto a la enfermería, pasará a ser una titulación de grado con el Plan de Bolonia y se crearán otras especialidades, además de las de matrona y salud mental, ya desarrolladas; la nueva titulación debería traer consigo mayores competencias, por su cualificación, para los enfermeros.

Finalmente, tras hacer una breve referencia crítica a la competencia interautonómica entre profesionales y a la

privatización de la sanidad, el compareciente formuló algunas condiciones respecto de lo expuesto, así como unas recomendaciones para abordar el complejo tema de la planificación de recursos humanos. Entre las primeras, que los países con sistemas más privatizados, con menor desarrollo de la atención primaria y mayor grado de subespecialización parecen precisar mayor densidad de profesionales de la salud; que la creciente tendencia social hacia la medicalización también presiona en el sentido de una mayor demanda de profesionales; que, en el caso de España, el déficit de enfermeros es mayor que el de médicos y el saldo migratorio positivo; y, en fin, que el sistema formativo médico español es tan dilatado y rígido que cualquier previsión requiere pensar en un escenario de 5 a 10 años.

Entre las recomendaciones, la urgencia en la creación de un registro de profesionales, la necesidad de la reforma de las especialidades médicas implantando el sistema de troncalidad, el incremento significativo de profesionales de enfermería, la mejora de las condiciones salariales, laborales y profesionales de los especialistas médicos y enfermeros, la formación continuada de los profesionales y la racionalización de los recursos humanos del sistema sanitario mediante un acuerdo entre profesionales, sindicatos, Comunidades Autónomas y Ministerios de Sanidad, Política Social y Consumo y de Educación.

12.3. Comparecencia del Vocal de la Sección de Análisis Clínicos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, D. Apolinar Serna Martínez.

El compareciente, en representación de los farmacéuticos que ejercen su actividad profesional en el ámbito del laboratorio clínico, inició su intervención haciendo especial hincapié en la pluralidad de actividades que desempeña el farmacéutico, debido a sus conocimientos obtenidos en la licenciatura de farmacia y su formación profesional.

Los farmacéuticos, además de ser expertos en el ámbito del medicamento, por competencia y formación, pueden centrar su actividad en otros ámbitos sanitarios, entre los que se encuentran los relacionados con los procesos analíticos: análisis clínicos, bioquímica, química, microbiología y parasitología, inmunología; todos ellos, en competencia con otras profesiones sanitarias (biólogos, médicos o químicos) y en condiciones legales de igualdad, pero de desigualdad «de facto», dado que, según un informe del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en el que se analizaron las convocatorias de plazas de formación sanitaria especializada de profesionales sanitarios del Laboratorio Clínico (BIR, FIR, MIR, QUIR), convocadas desde 1988 hasta 2004, el número de plazas ofertadas para médicos era muy superior al del resto de profesionales que podían acceder a dichas plazas.

Fruto de las gestiones de la Organización Farmacéutica Colegial, en las últimas convocatorias de plazas de formación sanitaria especializada ha habido un incremento en las plazas ofertadas para licenciados en Farmacia.

Detectadas estas diferencias notorias, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, a través de la Vocalía de Analistas, decidió —dijo el compareciente— proceder a la elaboración de un estudio que permitie-

se conocer el grado real de ocupación de las plazas de formación sanitaria especializada (BIR, FIR, MIR, QUIR), cuyas líneas generales y conclusiones pasó a exponer el Sr. Serna:

1. En total, fueron estudiados 98 hospitales y 199 servicios, secciones o unidades. La totalidad de los hospitales analizados pertenecían a la red de hospitales públicos de la Seguridad Social, y se incluyó también a la Clínica Universitaria de Navarra.

De las 1.942 plazas acreditadas solamente fueron ofertadas por las Comunidades Autónomas 1.544, lo que supone 398 plazas sin ofertar (el 20,5%).

2. las plazas ofertadas, 800 correspondieron a médicos y 439 a farmacéuticos, en contra de los principios de igualdad, capacidad y mérito (un 23,4% más de plazas MIR respecto a las plazas FIR). Sin embargo, un total de 281 plazas MIR no fueron ocupadas (más del 35%, tasa que en el caso de farmacéuticos, químicos y biólogos no alcanza el 6%).

Los porcentajes más elevados de no ocupación de plazas MIR en especialidades del Laboratorio Clínico se presentaron en Castilla-La Mancha, Navarra y Baleares, con porcentajes superiores al 63, 52 y 50 por ciento, respectivamente.

3. Si se contempla la ocupación de plazas por especialidades:

— Once de las dieciséis Comunidades Autónomas con plazas MIR ofertadas en Análisis Clínicos presentan un porcentaje de no ocupación igual o superior al 25%, y en seis Comunidades Autónomas los porcentajes de no ocupación son superiores al 40%. En términos globales, el 30,7% de las plazas MIR para Análisis Clínicos quedan desocupadas.

Para esta especialidad se han ocupado todas las plazas FIR durante las seis últimas convocatorias, en 14 de las 17 Comunidades Autónomas, quedando únicamente una plaza sin ocupar en cada una de ellas. Es decir, de las 208 plazas FIR ofertadas en Análisis Clínicos en todo el país fueron ocupadas 205.

— El porcentaje de no ocupación de las plazas MIR en Bioquímica Clínica es del 46,8% frente al 15,3% en las plazas FIR.

— Microbiología y Parasitología ha sido la especialidad con mayor número de plazas MIR ofertadas, 318 plazas, frente a 126 plazas FIR. Pese a ello, el 33,3% de las plazas MIR en Microbiología quedaron desocupadas, porcentaje que en el caso de Baleares alcanzó el 60%.

— Desde la primera convocatoria para farmacéuticos en la especialidad de Inmunología en el año 2004, sólo se han ofertado 7 plazas FIR en 3 Comunidades Autónomas frente a 85 MIR y 63 BIR ofertadas en las seis últimas convocatorias en 9 Comunidades Autónomas. También en esta especialidad, el 33% de las plazas MIR quedaron desocupadas.

A continuación, el Sr. Serna se refirió a algunos datos del estudio realizado por las Dras. Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Válcárcel relativo a la «Oferta y

necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025)», publicado en marzo del presente año:

— En el conjunto de especialidades médicas, las relativas al laboratorio y al diagnóstico central representan el 9% de especialistas médicos que trabajan en la red pública.

— Entre las especialidades médicas más envejecidas se encuentra la de análisis clínicos, con más de la mitad de los profesionales por encima de los cincuenta años.

— Las especialidades del Laboratorio Clínico, son, después de la especialidad de Hidrología Médica, las que más «recirculación» han presentado, lo que supone la pérdida de capital económico y de formación e imprime más incertidumbre a la difícil tarea de planificación de los recursos humanos.

— Las especialidades del Laboratorio Clínico aparecen entre las especialidades con una tendencia con demanda decreciente entre los médicos.

— En la convocatoria de 2007, los porcentajes de abandono fueron de un 41,2% de los MIR de Análisis Clínicos, 40,4% en Microbiología y Parasitología y del 40% en Bioquímica Clínica, con lo que se constata el menor interés de estas especialidades entre el colectivo médico.

— La posibilidad de acceso a las especialidades de Análisis Clínicos por parte de diversos profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, biólogos, químicos) debe tenerse en cuenta a la hora de valorar los resultados, porque, de un lado, añade dificultad a la tarea de planificación pero, por otro, aporta flexibilidad al sistema de asignación de plazas y permitiría, en épocas de déficit agudo de médicos como estos últimos años, sustituirlos por otros profesionales menos escasos en el mercado (farmacéuticos, biólogos, químicos).

Con los datos anteriormente expuestos —concluyó el compareciente—, se constata en el sistema de formación sanitaria especializada una serie de desajustes que requieren un abordaje y tratamiento conjunto e inmediato, pues está produciendo un efecto discriminatorio, hacia un colectivo de profesionales, a favor de los licenciados en Medicina, a pesar del reiterado abandono, por parte de éstos por diversas causas (preferencia por especialidades clínicas, con mayor trato con el paciente, fundamentalmente).

El sistema de formación sanitaria especializada, a juicio del compareciente, debería afrontar dos tipos de propuestas de actuación:

— Promover el equilibrio entre los profesionales formados y el número de plazas para su formación que se han de ofertar. Se considera la necesidad de que todas las plazas acreditadas sean ofertadas y se cubran y para ello, deberían ser ofertadas en mayor número a las profesiones que se ha demostrado que no renuncian a ellas.

— Ocupar de inmediato las plazas no ocupadas o abandonadas. A tal efecto, el sistema de formación especializada debería contemplar mecanismos para recuperar las plazas en las que se hayan producido renuncias o que hubieran quedado desiertas, de tal manera que pudieran ser de inmediato nuevamente incluidas en la oferta públi-

ca de formación, mediante la creación de una bolsa de plazas no ocupadas o abandonadas, que se podrían ofertar al año siguiente directamente al resto de profesiones.

Sería imprescindible —finalizó el compareciente— la intervención urgente del Ministerio de Sanidad y Política Social, así como, en su ámbito, de las competencias de salud de las distintas Comunidades Autónomas, para corregir una situación injusta, que carece de toda razón sanitaria, y que además está suponiendo un elevado e improductivo coste para el Sistema Nacional de Salud.

13. Sesión de 28 de octubre de 2009.

13.1. Comparecencia de la Consejera de Salud de la Generalidad de Cataluña, D.^a Marina Geli i Fàbrega.

El tema de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud comprende el debate de de dónde venimos, dónde estamos y adónde tenemos que ir, un debate importante para garantizar la calidad y sostenibilidad del sistema sanitario y que requiere de un pacto con los ciudadanos y con los profesionales.

Tras esta primera afirmación, la Sra. Geli pasó a mostrar algunos datos extraídos del registro de profesionales, recientemente implantado en Cataluña y sustantivo para tomar decisiones de futuro, a partir de lo que tenemos y de lo que hay en los países de nuestro entorno. Al respecto, la Sra. Geli señaló que en España la tasa de profesionales sanitarios es alta (sin apenas variación entre unas y otras Comunidades Autónomas), 3,8/1000 habitantes, más elevada que la de algunos países de la Unión Europea e incluso de fuera de ella (2,4/1000 habitantes en USA, por ejemplo).

Lo que no obsta para que, ante situaciones de escasez de profesionales españoles, estén trabajando en España numerosos profesionales extranjeros (con su título de médico homologado pero no con el de especialista).

El problema ha de atajarse desde la universidad. De ahí que en Cataluña se hayan aumentado las plazas en las facultades de medicina en torno a 200, hasta alcanzar las 1.000 (964 exactamente), así como también se hayan aumentado las plazas de enfermería hasta alcanzar la cifra de 1.850.

No hay que perder tampoco de vista que en los últimos diez años ha habido un considerable incremento de la presión asistencial, determinado por el aumento de población extranjera, el envejecimiento poblacional y las mayores expectativas de los ciudadanos (Cataluña es uno de los sitios del mundo más frecuentados de medicina de atención primaria). La desburocratización puede ayudar a que médicos y enfermeros hagan más tareas asistenciales. En esta línea están la informatización de los centros de salud, la receta electrónica, la cita por Internet, la historia clínica compartida...

¿Cómo organizar la sanidad pública en un futuro próximo, en los próximos 20 años? A decir de la Consejera Geli, el sistema tiene que organizarse de forma diferente, apostar por la salud pública y por la educación sanitaria, ordenar la demanda, disminuir el «médico-centrismo»; todo esto en el ámbito de la microgestión.

En cuanto a la macrogestión, hay que introducir una cultura de rendimiento de cuentas (la Central de Resultados y la Agencia de Calidad abonan esta idea en Cataluña), replantearse el papel de cada profesional (médicos, enfermeros —con el tema de la prescripción— y farmacéuticos con oficina de farmacia, fundamentalmente).

Para ello se necesitan instrumentos de planificación, y el primero de todos es el registro de profesionales, auténtico observatorio de las profesiones sanitarias. Además, adecuar los planes de estudio (Bolonia, MIR, Grado, etc.) y asegurar una formación continua de los profesionales sanitarios (en Cataluña se ha creado para ello el Consejo Catalán de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias, que ya está funcionando).

Otro elemento importante a tener en cuenta en un mundo global es la movilidad de los profesionales (médicos españoles en el extranjero y extranjeros en España), que si bien debe facilitarse, no sin asegurar unos estándares de seguridad en las actuaciones clínicas.

Hay una serie de decisiones que hay que adoptar en torno al modelo de sistema sanitario que se quiere en el futuro: ¿más médicos?, ¿más enfermeros?, ¿más salud pública?, ¿más primaria?, ¿especializada?, ¿trabajo en equipo?, ¿desburocratización?, ¿especialidad/troncalidad? La participación de los profesionales en toda la toma de decisiones parece sustantiva, muy especialmente en las cuestiones atinentes a la carrera profesional, al sistema retributivo (parte fija, productividad), la jubilación (a los 65 años ó 70 años, a tiempo parcial), los modelos de contratación..., porque los profesionales deben ser los auténticos protagonistas de nuestro sistema de salud, junto con los ciudadanos.

En el debate subsiguiente a la intervención de la Sra. Geli se volvieron a tocar temas como el de la troncalidad, la presión asistencial, los roles de médicos y enfermeros, la burocratización de los hospitales y centros de salud, los modelos de gestión, la transversalidad de las profesiones sanitarias, los planes de estudio, los problemas para la informatización de la sanidad; sobre todas estas cuestiones, planteadas por los distintos Portavoces, fijó su posición la Sra. Geli i Fàbrega, Consejera de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña, concluyendo con ello su intervención ante la Ponencia de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Salud.

13.2. Comparecencia de la Consejera de Sanidad de la Junta de Galicia, D.^a M.^a del Pilar Farjas Abadía.

Partió en su exposición inicial la compareciente de las afirmaciones de que el Gobierno de la Xunta de Galicia sostiene que el sistema sanitario público es un elemento esencial del estado del bienestar, un instrumento de vertebración territorial y de cohesión social y, además, un elemento de desarrollo de dinamización social y económica, muy en especial, en un momento como el actual, de crisis. Es necesario avanzar en las políticas de instrumentos de coordinación como vía para garantizar los derechos y una asistencia homogénea en el territorio nacional, superando desajustes y desequilibrios entre los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

A continuación, la Sra. Consejera trató los distintos aspectos determinantes, a su juicio, para llevar a cabo una planificación de la necesidad de profesionales y, en primer lugar, la planificación de la formación de profesionales.

La Unión Europea recomienda la existencia de un nuevo alumno por cada 10.000-15.000 habitantes, en función de las características epidemiológicas, demográficas y de la organización sanitaria. En este momento, en Galicia hay 386 nuevos alumnos de medicina, si bien, Galicia acoge a más de 100 alumnos procedentes del país vecino, de Portugal, que en el contexto de libertad de movimientos de la Unión Europea están compitiendo, en igualdad de condiciones que los alumnos españoles, en la entrada a la universidad gallega, lo que está también determinando la salida de alumnos gallegos a estudiar a otras facultades de medicina españolas.

Otra de las variables que condiciona la formación de los profesionales es la oferta de plazas de residentes. En la última convocatoria, se ofertaron 7.294 plazas, de las cuales 341 corresponden a Galicia. Conviene recordar que cuando se habla de formación especializada no se debe pensar sólo en la cantidad de especialistas, sino, sobre todo, en su distribución y en la calidad de la formación que reciben y, en este sentido, en Galicia se está adoptando la iniciativa de implantar un plan de excelencia en el MIR, que articule, coordine e impulse la ejecución de iniciativas encaminadas a mejorar el aprendizaje de nuestros futuros facultativos especialistas.

Es indudable que a través del programa MIR se ha alcanzado un nivel de competencia elevado, pilar fundamental en el que se ha basado la espectacular y progresiva mejora de la calidad asistencial en todos nuestros servicios de salud; no obstante, ha conducido a una progresiva súper-especialización de los profesionales, al requerirse un número cada vez mayor de especialistas dedicados a parcelas muy concretas de su ámbito de conocimiento, y, al mismo tiempo ha originado una asistencia excesivamente compartimentada, ya que para atender a un paciente se necesita, frecuentemente, la concurrencia de varios especialistas habitualmente con dificultades de coordinación, lo que complica la práctica asistencial con la consiguiente repercusión negativa sobre la organización del sistema sanitario. El replanteamiento de los programas formativos mediante la inclusión del concepto de troncalidad puede conseguir un doble objetivo: primero, corregir esta situación y mejorar la formación básica de los especialistas, y, segundo, mejorar la flexibilidad inherente a la formación troncal que podría permitir la movilidad racional de los profesionales entre especialidades del mismo tronco, proporcionando a los responsables de la gestión de los servicios de salud un instrumento más para adecuar oferta y demanda de profesionales.

En cuanto a la creación de nuevas especialidades, como consecuencia de la evolución del conocimiento y de los avances tecnológicos, requiere previamente evaluar algunas cuestiones: qué competencias está previsto atribuir a los facultativos de estas especialidades, cuál es el incremento de gasto que va a suponer su implantación, si va a suponer algún problema para la cobertura de plazas la exigencia de nuevos títulos.

En general —dijo la compareciente— en Galicia existe un número suficiente de médicos; las ratios de población por profesional se encuentran en Galicia por debajo de la media o en torno de la media, pero los criterios de la situación de dispersión poblacional, la súper-especialización, la distribución de los centros producen dificultades puntuales en determinados centros y especialidades; además, un número excesivo de profesionales incrementa también la demanda inducida y hay que tener en cuenta que estas dificultades puntuales no siempre implican carencia de especialistas sino que evidencian la necesidad de encontrar nuevos modelos organizativos más flexibles y de planificar adecuadamente las necesidades de los profesionales.

Otro punto importante a tratar en el aspecto de la formación es la implantación del proceso de Bolonia y sus repercusiones en el conjunto del sistema, muy especialmente en el desarrollo de las especialidades de enfermería.

Los fallos en la previsión y planificación de las necesidades de profesionales médicos han limitado la ampliación de oferta de formación; de nuevo, el Plan Bolonia nos ofrece una posibilidad única para encontrar soluciones; y, además, la disponibilidad de un registro nacional de profesionales facilitaría la planificación en la gestión de las plazas de formación en cada Comunidad Autónoma.

En el aspecto retributivo, la Sra. Farjas apostó por el establecimiento de criterios básicos comunes, superando así la situación de los últimos años de competencia «in crescendo» entre Comunidades Autónomas y de negociación permanente, un estado del que se han derivado concesiones retributivas que, a pesar del esfuerzo necesario para asumirlas y del riesgo de ruptura o inviabilidad del sistema que las mismas conllevan, no han tenido una incidencia directa en la mejora de la calidad asistencial y, sobre todo, no han tenido como respuesta el que los profesionales estén más satisfechos.

En lo que respecta a los nuevos modelos de gestión de recursos humanos, en Galicia se está trabajando en distintas áreas que la compareciente expuso someramente:

— El desarrollo de la carrera profesional como elemento incentivador fundamental para la buena marcha de las organizaciones sanitarias, articulando mecanismos que aseguren un reconocimiento profesional homogéneo, no sólo en lo que se refiere a la cuantía, sino, sobre todo, en el nivel de exigencia entre los distintos sistemas autonómicos de salud.

— El desarrollo de la figura de personal emérito. Desde la Consejería de Sanidad de Galicia se está trabajando en diferentes iniciativas que permitan seguir contando con magníficos profesionales para los que la hora del retiro aún no ha llegado y a los que la sociedad no puede permitirse perder, especialmente, si ellos no lo deciden; y así se está ultimando el Decreto que regula el nombramiento de personal emérito en el ámbito sanitario, que va a permitir que el personal emérito hasta los 72 años pueda desempeñar en el centro sanitario actividades de consultoría, asesoría, formación, diseño de programas y propuestas de mejora, para lo que es esencial la experiencia en el sistema.

— Las mejoras organizativas en las instituciones sanitarias, atendiendo a la demanda de los profesionales para conciliar su vida laboral y familiar y para adaptar su puesto de trabajo a situaciones condicionadas por la edad, la familia o situación de salud (jubilación, deslizamiento de horarios, actividad fuera del horario de mañana, adquisición por tareas integradas, establecimiento de itinerarios profesionales, incorporación de las nuevas tecnologías en la prestación de servicios).

— La formación continuada, pilar básico en la calidad asistencial en los servicios de salud. En el año 98 se firmó el Convenio de la Conferencia Sectorial en el que se creaba la Comisión Nacional de Formación Continuada y se delegaba en las Comunidades Autónomas la competencia de organizar sus propios sistemas acreditadores; ello ha supuesto un salto cualitativo en la formación continuada de los profesionales de los servicios de salud, al suponer una garantía de calidad de la formación que reciben y de homogeneización entre las Comunidades Autónomas. La disponibilidad de las tecnologías de información y comunicación abre nuevas posibilidades para la formación continuada (la teleformación, la utilización de aulas de simulación médica avanzada, etc.).

— Las escuelas de directivos, porque es necesario profesionalizar al personal directivo procedente, básicamente, de los servicios asistenciales, y que, por ello es buen conocedor del sector, pero cuenta con escasa formación en el aspecto de organización de servicios, normativa, liderazgo, habilidades de comunicación y planificación sanitaria, aspectos éstos de capital importancia para la gestión sanitaria.

— La consolidación de empleo. Todos los sistemas autonómicos de salud deben mantener una oferta estable y sistemática de empleo, para evitar que se produzcan polos de atracción que originen tensiones entre los distintos servicios de salud y rupturas de equipos profesionales consolidados.

Finalizó su intervención la Consejera de Sanidad de Galicia con una conclusión: en un momento de crisis económica y de pérdida de empleo en muchos sectores de la población, es pertinente y de justicia que tanto en la elaboración de las Leyes de Presupuestos como en la conformación del modelo de financiación de las Comunidades Autónomas se introduzcan criterios de austeridad y de contención del gasto, porque la única forma de garantizar la calidad, la equidad, la sostenibilidad y la viabilidad del Sistema Nacional de Salud es a través de políticas realistas, de sistemas de gestión eficientes, de un claro liderazgo y políticas y acuerdos globales que lo permitan.

13.3. Comparecencia del Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, D. Juan José Güemes Barrios.

El Sr. Güemes dio comienzo a su intervención subrayando que, no obstante la extraordinaria fortaleza del Sistema Nacional de Salud de España, en el momento actual se pone también de relieve su fragilidad en lo referente al principal recurso del sistema, los recursos humanos, un

tema cuyo estudio se inició ya hace 20 años (con el Informe Abril, encargado por el Ministro García Vargas, muchas de cuyas condiciones siguen aún vigentes) y la resolución de cuyos problemas requiere un gran pacto que permita garantizar la calidad y la sostenibilidad del sistema durante los próximos años.

A continuación, el Consejero de la Comunidad de Madrid pasó a detallar los tres grandes desafíos que se plantean al Sistema Nacional de Salud:

— El primero de ellos, la sostenibilidad del sistema. Garantizar la suficiencia financiera del mismo y racionalizar el gasto sanitario, que ha ido progresivamente aumentando entre 2002 y 2007 al ritmo del 11% anual (el 13,5% en la Comunidad de Madrid), es un objetivo que se ve dificultado por varias razones: la existencia de 17 gestores diferentes, el aumento poblacional y el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad de enfermedades, las mayores exigencias ciudadanas de prestación de una sanidad de calidad, y, en fin, los avances científicos y tecnológicos, que requieren fuertes inversiones.

— En cuanto a la escasez de recursos humanos —que se agravará en los próximos años como consecuencia de las jubilaciones de una gran parte de los efectivos en los que hoy descansa el sistema—, es más patente en algunas especialidades, como medicina de familia y comunitaria, pediatría, anestesiología y reanimación, cirugía ortopédica, pediátrica y plástica, estética y reparadora, radiodiagnóstico y urología.

— Finalmente, garantizar la cohesión del sistema, sin que el hecho de que la existencia de diversos gestores del sistema sea un menoscabo del acceso equitativo de cualquier español a los servicios sanitarios, resida donde resida.

Seguidamente, el Sr. Güemes pasó del plano general al concreto, haciendo referencia a algunas de las medidas adoptadas en la Comunidad de Madrid: ampliación de la red hospitalaria (10 nuevos hospitales públicos), ampliación de la red de atención primaria, aumento de profesionales y estructuración de una carrera profesional adecuada y estimulante, política activa —en el ámbito formativo— de apoyo a la creación de nuevas universidades, públicas y privadas, con la consecuente acreditación de nuevos hospitales universitarios, solicitud de ampliación de *númerus clausus* (que opera como una restricción de libertad hacia las personas que tienen vocación sin satisfacer los intereses corporativos), aumento de plazas de médicos residentes y fomento de la investigación.

En el debate que siguió a la exposición inicial del Sr. Güemes, se trataron otros temas de interés para la Ponencia, sobre los cuales el Sr. Consejero ofreció, asimismo, su opinión:

— En cuanto a la escasez de recursos humanos, la planificación de los mismos, aun basada en datos, no deja de ser una presunción, como lo prueba el hecho, por ejemplo, de que se pronosticase escasez de geriatras hace 20 años y lo que hoy se necesitan sean pediatras.

— La conveniencia de ajustar el rol de los profesionales a las necesidades del sistema (competencias médicos-enfermeros, nuevos profesionales, etc.).

— El incremento del gasto sanitario se debe, además de al esfuerzo de innovación tecnológica, a la farmacia hospitalaria y, sobre todo, extra-hospitalaria.

— La necesidad de que el sistema retributivo de los profesionales se oriente a reconocer el mérito y el esfuerzo individual, fundamentalmente, contemple incentivos, y sea suficientemente flexible como para reconocer diferencias no ya entre Comunidades Autónomas, sino entre zonas u hospitales.

— El papel fundamental de las nuevas tecnologías en la organización del Sistema Nacional de Salud y sus recursos humanos (por ejemplo, con unidades centrales en grandes hospitales de diagnóstico por imagen, que «viajan» por vía telemática a centros que no disponen de las últimas tecnologías).

— En cuanto a la homologación de los títulos de profesionales extranjeros, hay que tener en cuenta en paralelo la restricción que se ha puesto por los *numerus clausus* en la entrada de las universidades y la limitación de plazas MIR a los españoles.

— Y, en fin, abogó el Sr. Güemes, para finalizar su intervención, por la coexistencia y colaboración de la sanidad pública con la privada o concertada, y por respetar la capacidad de opción del ciudadano al respecto, porque la referida colaboración no supone una merma, sino al contrario, una apuesta por la mejora de la calidad y la eficiencia de los servicios sanitarios.

13.4. Comparecencia del Vicepresidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas, D. Antonio Montero Sines.

A partir del reconocimiento de que España dispone de un sistema de salud público que es apreciado, universal, gratuito, con riesgo de fragmentación debido a la existencia de diecisiete autoridades sanitarias y que puede que no sea sostenible económicamente sin una reforma, pero un sistema que no es prescindible —políticamente es incuestionable— y cuya reforma requerirá un proyecto como unidad política y consenso social, el compareciente pasó a exponer algunas realidades del sistema sanitario privado, un sistema —dijo— que parece que no existe, que está oculto en España.

El gasto sanitario por habitante de MUFACE es la mitad de la media del gasto sanitario por habitante por Comunidades Autónomas.

Dado que lo gratuito y universal, en una carrera de prestaciones creciente, no será financiable, pero cuyas prestaciones básicas son irrenunciables, lo razonable sería —a juicio del compareciente— un arreglo, una tercera vía hacia un sistema mixto más abierto, más plural, mejor supervisado pero manteniendo el aseguramiento público y una provisión público-privada. De un sistema irresponsable a un sistema de corresponsabilidad.

Por otro lado, aumentan el gasto sanitario por encima del PIB (12% anual) los elementos de la demografía y las exigencias de calidad por la propia información de los

pacientes, que incrementan el gasto sanitario por persona (que es muy por encima de lo que ha venido creciendo el PIB). Este sistema no se puede mantener a medio plazo —dijo el Sr. Montero— y financiar la recuperación de la situación de recesión económica y el déficit debe ser previo al aumento del gasto sanitario en este momento.

Cuatro sistemas de acceso hay para la resolución de un problema de salud:

1) El sistema público, gratuito, con calidad, apreciado pero masificado, con listas de espera y con trato incierto porque «vas a quien te toca».

2) El sistema concertado público-privado con más opciones, que funciona como alternativa al aseguramiento público para complementar la atención sanitaria (hospitales concertados en mayor o menor medida).

3) El sistema colectivo o mutual, más rápido, confortable y de mejor trato pero no suficiente para todo; es un sistema complementario.

4) Finalmente, el sistema privado, individual y a la carta, minoritario, cada vez menos relevante sobre el total en facturación pero una industria con potencial, con nuevas patologías para nacionales y fundamentalmente para extranjeros.

El sistema privado cumple una función complementaria del público, de descarga de presión, pero además tiene un mercado propio que depende de los niveles de renta de quien accede, de la población residente y visitante, y también del propio límite y capacidad del sistema. Puesto que el sistema público estatutario puede que no sea sostenible y las experiencias de gestión del propio sistema público con fundaciones, personal laboral o empresas públicas no se han consolidado, el sistema público necesita concertar y consolidar un sistema mixto eficaz para su propia sostenibilidad.

A continuación, el compareciente ofreció algunos datos en apoyo de su tesis: el seguro de salud privado es el beneficio social más valorado por los trabajadores en la negociación colectiva; y, según el CIS, el 72% de los españoles considera que el importe del seguro de salud debería desgravar de la declaración de la renta.

Sobre el debate público-privado hizo el compareciente una advertencia: es un debate completamente estéril, agotador y, sobre todo, equivocado. Si hay acuerdo en que público es lo financiado con recursos públicos (lo cual no quiere decir que sea prestado por funcionarios) y privado lo financiado por particulares, se puede establecer un sistema en el que ambos sean compatibles y cooperantes. El sistema sanitario español, tanto público como privado, supone el 8,5% del PIB; el público supone el 6,1% y el privado el 2,4%; la sanidad privada supone el 30% del PIB sanitario español, 8 millones de ciudadanos atendidos fundamentalmente por el sistema privado; el 85% de los que pueden elegir (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) lo hacen hacia la provisión privada y el 15% de la población tiene pólizas de salud, por lo que tienen doble aseguramiento. Ésta es la realidad.

En cuanto al porcentaje del gasto sanitario público y privado, en España, el 21,1% del gasto sanitario es gasto sanitario privado (de cada 100 euros, 29,1). ¿Qué es lo que

significa en actividad el sistema de provisión privada sobre el total? La sanidad privada supone el 61,26% del número de hospitales, el 34,26% del número de camas en funcionamiento (es decir, más hospitales pero más pequeños), el 32,37% de los pacientes ingresados en el conjunto del sistema, el 32,96% de estancias, el 19,26% del total de consultas, las urgencias suponen el 27,81% del total, los actos quirúrgicos suponen el 39,6% del total y las determinaciones de laboratorio suponen casi el 10% del total.

En cuanto a datos sobre el empleo, en 2009 hay 325.000 personas trabajando en el sector sanitario de provisión privada, de los cuales 250.000 son empleados de régimen general y 75.000 autónomos.

Del total del personal, 376.847, 376.000 trabajan en el sistema de provisión pública, 113.000 en el sistema de provisión privada; sanitario: 273.927 en el sector público, 88.298 en el sector sanitario privado; y del no sanitario, 102.000 en el público y 25.000 en el privado.

En otro orden de cosas, el compareciente se refirió también a la feminización de la profesión sanitaria y a las jubilaciones de una cohorte de médicos especialistas, en los próximos 5 ó 10 años, los médicos que inauguraron el sistema público en 1976, que accedieron al sistema con 30 ó 25 ó 28 años y se van a jubilar a un tiempo; a la desmotivación de la profesión médica y a los problemas de exigencia de los propios ciudadanos.

Finalizó el compareciente su intervención con una conclusión: la industria de la salud —que es una industria de este siglo y tiene potencial de crecimiento, una industria que genera una cantidad enorme de puestos de trabajo y de inversión tecnológica— tiene que construir su prestigio y tiene que crecer en calidad. A la sanidad privada no le estorba un sistema público universal y gratuito, sino que quiere que ambos sistemas sean complementarios y que en ambos estén los mejores profesionales sanitarios; para planificar las necesidades de profesionales sanitarios hay que tener en cuenta las necesidades del sector sanitario privado.

13.5. Comparecencia del Secretario General de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, D. José Luis Rocha Castilla.

Partiendo de la evidencia del déficit actual de profesionales sanitarios y de la dificultad de cobertura de puestos en determinadas zonas (señaladamente, en los ámbitos rural e insular), originado, por un lado, por el incremento de la demanda de servicios sanitarios de una sociedad cada vez más exigente, y, por otro, por la próxima jubilación de cohortes de médicos que ocasionará un desequilibrio entre la oferta y la demanda, el compareciente pasó a hacer algunas reflexiones sobre la planificación de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, que habrá de ser —dijo— una planificación global, tanto de médicos como de otras profesiones sanitarias, tanto de aquellos integrados en el sistema público como teniendo en cuenta a los profesionales del sector privado, a los que se dedican a la prestación asistencial, como a los investigadores, docentes, directivos sanitarios, a los titulados activos, a los sin ejercicio profesional, a los residentes y a los jubilados.

La planificación no puede plantearse, a juicio del Sr. Rocha, sin tener en cuenta la movilidad internacional, por una parte y, por otra, la descentralización y el papel de las Comunidades Autónomas en la misma, en razón de cuatro elementos fundamentales: su propio marco competencial, la dimensión de sus servicios sanitarios, las diferencias geográficas y las diferencias sociopolíticas entre unas y otras.

En el caso concreto de Andalucía, la Comunidad Autónoma más poblada de España, con más de ocho millones de habitantes, a partir de la elaboración de un estudio del año 2006 sobre la falta de profesionales, la distribución de plazas MIR y otros aspectos relacionados con los recursos humanos del sistema sanitario, se han puesto en marcha una serie de medidas relativas al reclutamiento, fidelización, redistribución y disponibilidad de información, que el compareciente pasó a relatar: incremento del número de alumnos en las facultades de medicina (1.101 actuales frente a las 880 del año 2006), incremento del número de plazas MIR, redistribución de plazas en las distintas especialidades (incremento en anestesia, neurocirugía o cirugía cardiovascular, a consecuencia de ello), incentivos para plazas del ámbito rural, aplicación de la carrera profesional y creación del registro de profesionales. En los últimos años ha crecido el número de médicos en términos absolutos, y también la tasa de médicos activos, pero en ningún caso existe una dimensión excesiva de médicos.

A continuación, el compareciente pasó a mencionar otros aspectos que hay que considerar a la hora de hacer una correcta planificación de los recursos humanos sanitarios: las previsiones de jubilación, el envejecimiento poblacional, el nivel económico del país, el peso relativo de otras profesiones, fundamentalmente de la enfermería y la dimensión de la actividad privada.

En cuanto a la enfermería, siempre con referencia a Andalucía, también ha crecido tanto en números absolutos como en números relativos. Las diferencias con la situación de los médicos son la existencia de un porcentaje menor de enfermeros que compatibilizan el sector público y el privado y que cada año se forman en cifras absolutas, el doble de enfermeros que de médicos; además, no existe el pico de jubilación que tienen los médicos, aunque sí hay unas previsiones de jubilación que se incrementan que se corresponden con el crecimiento del Sistema Nacional de Salud. Como dato curioso, el Sr. Rocha señaló que una profesión tan feminizada ya, como es la enfermería, se está feminizando más aún (el 27% son hombres).

Finalizó el Secretario General de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con la conclusión de que es fundamental planificar de una forma realista y alejada de tópicos, integrando tanto la oferta como la demanda y actualizar los estudios que al efecto se hagan de forma periódica. Hay que planificar teniendo en cuenta no sólo el sector público, también el privado, el asistencial y el que no lo es, las especialidades médicas y las otras profesiones sanitarias (la enfermería fundamentalmente). Señaló especialmente que la suficiencia general de profesionales no garantiza la disponibilidad de los mismos en áreas rurales o remotas, que requerirán medidas específicas. Y, en fin, planificar teniendo en cuen-

ta las singularidades de las distintas Comunidades Autónomas (insularidad, distribución, dispersión geográfica...), que deberían poder coordinarse a nivel nacional, como europeo, como internacional.

14. Sesión de 29 de octubre de 2009.

14.1. Comparecencia de la Consejera de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Canarias, D.^a María Mercedes Roldós Caballero.

Dio inicio a su intervención la Consejera de Sanidad de Canarias con una afirmación: en nuestro Sistema Nacional de Salud, considerado como uno de los mejores del mundo, ha habido una serie de acontecimientos en la última década decisivos para la calidad del mismo. En primer lugar, el traspaso de las competencias en materia sanitaria que se llevaron a cabo en enero del año 2002, y que han conformado un Sistema Nacional de Salud descentralizado con una gestión llevada a cabo por las Comunidades Autónomas; y, en segundo lugar, la aprobación de ocho Leyes de enorme importancia, de entre las que destacan la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

En el momento actual, los dos pilares fundamentales sobre los que se sustenta la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud son precisamente la financiación de la sanidad, que debe ser estable y suficiente y, por otro lado, los recursos humanos. En este sentido, la población española en los últimos años se ha incrementado en más de 5 millones de personas, lo que unido también al incremento de la esperanza de vida ha llevado a que tengamos una mayor necesidad de profesionales y una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, lo que determina también un incremento de la demanda de recursos sanitarios.

La incorporación de las nuevas tecnologías tanto a los medios diagnósticos como a los terapéuticos, por otro lado, amplían la cartera de servicios de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Centrándose en el tema de los recursos humanos, la compareciente recordó que en el año 71 el número de egresados de las universidades españolas era 4.000 al año y en el 81, solamente 10 años después, se egresaron alrededor de 10.000. En ese año 81, sin embargo las plazas que se ofertaban para la formación especializada, apenas llegaban a las 2.000, de tal manera que se produjo una plétora de licenciados en medicina y cirugía que no tenían salida profesional, formándose un embolsamiento de alrededor de 20.000 médicos parados en España y eso llevó a la instauración de *númerus clausus*, para el acceso en las facultades de medicina, *númerus clausus* que fue bastante restrictivo y que ha llevado en el devenir de estos últimos años a que el número de egresados haya bajado desde los 10.000 del año 81 hasta aproximadamente los 4.000 que se venían produciendo hace 2 años; y, sin embargo, el sistema MIR, fue creciendo desde los 2.000 que había en el año 81 hasta los 7.000 aproximadamente que tenemos ahora, de tal manera que el número de egresados era bastante menor

que el número de oferta de plazas MIR y eso ha llevado a que plazas MIR hayan quedado desiertas y a que un número importante de las mismas haya sido ocupado por licenciados en medicina extracomunitarios de habla hispana (fundamentalmente cubanos, venezolanos, uruguayos etc.). Lo que se ha producido es, pues, un desajuste entre la oferta y la demanda, y, en consecuencia, un déficit tanto de médicos como de enfermeras, que se pone más de manifiesto en determinadas especialidades.

Por otro lado, en los últimos 20 ó 30 años, ha habido una serie de logros laborales o sociales (por ejemplo, la implantación de las 35 horas semanales, el que los mayores de 55 años puedan estar liberados de realizar las guardias, la libranza al día siguiente de las guardias, las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral: el aumento en tiempo de la baja de maternidad, la posibilidad de la baja por paternidad, la posibilidad también de reducción de jornada laboral, etc.) que han tenido su repercusión en cuanto al número de profesionales disponibles.

Otro de los aspectos que resaltó la compareciente es que las conclusiones que se sacan de las comparaciones tanto en el número de enfermeros por 100.000 habitantes como el de médicos de España (45-55) con otros países de la Unión Europea (superior) son erróneos, porque los perfiles competenciales de la enfermería en otros países europeos no son los mismos que en España.

Se refirió también la Consejera de Sanidad de Canarias a la necesidad de introducir criterios de flexibilidad en el desarrollo reglamentario de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, tales como la troncalidad en las especialidades médicas o la definición o la puesta en marcha de las áreas de capacitación específica, y el diseño de programas curriculares puente. Al respecto, la compareciente hizo una apuesta por la creación de un observatorio de medidas de fidelización de los profesionales sanitarios, que recogiera las diferentes retribuciones que hay en las diferentes Comunidades Autónomas, unos criterios comunes de retribuciones, unos criterios comunes en el desarrollo de las carreras profesionales y unos objetivos a conseguir; así como por la puesta en marcha de un registro de profesionales que ayude a planificar las necesidades de especialistas, teniendo en cuenta criterios como la dispersión geográfica, la mayor concentración o densidad de población y la insularidad que afecta a los dos archipiélagos españoles, a Baleares y a Canarias y que obliga a tener un número de recursos humanos superiores para cubrir esa fragmentación territorial.

Refiriéndose al caso concreto de Canarias, la Consejera habló de la necesidad del hospital del Hierro, por la circunstancia de quedar la isla aislada determinados días del año. En cuanto a las estrategias propuestas para solventar el déficit de profesionales sanitarios en Canarias, citó las siguientes: incrementar el número de plazas acreditadas, la modificación del proceso para la adjudicación de las plazas en formación, el desarrollo de los criterios de troncalidad en las especialidades, el incremento en el número de alumnos en las universidades de Canarias, la mejora de la calidad en la formación, la oferta de empleo tras la fina-

lización del periodo formativo y la supresión del que había llamado sistema de cupos.

Desde el año 99 hasta el presente año 2009, Canarias ha crecido en población un 27,7% y es la Comunidad Autónoma que a mayor ritmo está envejeciendo de toda España, de tal manera que la tasa media acumulada desde el año 99 hasta ahora en Canarias de población de 65 y más años es del 3,5 mientras que la siguiente Comunidad Autónoma de tasa media acumulada es Valencia con un 2,3. Ello lleva acompañado un mayor gasto sanitario y, sobre todo, un mayor gasto en medicamentos en atención primaria. Además, en Canarias reciben asistencia sanitaria ciudadanos del resto de países europeos (cuyo gasto se compensa por el Gobierno central en un 44%) y de otras regiones españolas (cuyas Comunidades Autónomas no compensan el gasto sanitario), además de la inmigración irregular, que llega desde las costas del África subsahariana y el Magreb.

Por otra parte, el factor de la insularidad está agravado por esta fragmentación que se llama la doble insularidad, que afecta a las islas no capitalinas, menos atractivas para los profesionales sanitarios y de más difícil cobertura, de tal manera que se han tenido que incrementar medidas de atracción fundamentalmente económicas para cubrir todas esas plazas.

Otro problema es el de la tasa de reposición: en el 2015 se jubilarán en Canarias tanto en atención primaria como en especializada 451 facultativos, lo que supondrá un mayor déficit de profesionales, sobre todo en las especialidades de cardiología, pediatría, anestesiología, reanimación, radiodiagnóstico y medicina de familia.

A veces, esa falta de especialidades se cubre con la inestimable labor de especialistas de los centros de referencia que se desplazan a través de programas especiales a esos otros hospitales más pequeños de las islas no capitalinas, un día a la semana o cada 15 días dependiendo de las especialidades y también poniendo en funcionamiento y en uso las tecnologías de la comunicación.

A continuación, la Consejera pasó a exponer las medidas para llevar a cabo tanto a corto, como a medio, como a largo plazo, atinentes tanto a la formación de pregrado, como a la formación de especialistas, como a los ya formados. En este sentido, para este curso académico 2009-2010, la universidad de Las Palmas incrementa de 80 plazas a 150, y la universidad de La Laguna de 120 a 130, además de que este año se ha abierto una escuela de enfermería en la isla de Fuerteventura.

En cuanto a la formación de especialistas, desde el verano del 2007 hasta el día de hoy se ha incrementado la acreditación de plazas MIR en más de 50 plazas, acreditando incluso nuevas especialidades (por ejemplo medicina del trabajo, oncología médica, oncología radioterápica, cirugía pediátrica, neurocirugía), de tal manera que, para este año, se ofertan 317 plazas MIR en Canarias.

Actualmente Canarias cuenta con 942 residentes en periodo de formación, de los que 885 son licenciados sanitarios y 57 especialistas en enfermería, en las dos especialidades de matrona y de salud mental. Con una población envejecida como la que tenemos en España, que va a necesitar cuidados de enfermería, de asistencia domiciliaria, el

número de enfermeros que tendremos que formar y que especializar tiene que ser un reto al que tenemos que abordar de manera inmediata.

En cuanto a la oferta, una vez que ya son especialistas, en el año 2007 se incrementó en Canarias la plantilla orgánica de médicos en 156 plazas y en el año 2008 en 146 plazas; de ellas, el 50% fueron para facultativos especialistas que acababan de terminar su formación MIR, de tal manera que en el año 2008 se ofertó a 90 MIR que acababan de terminar la especialidad (aunque el año 2008 fue un año atípico porque no terminaron médicos de familia porque se incrementaba de 3 a 4 años el período formativo).

Para terminar, la compareciente hizo mención del Libro Verde europeo de recursos humanos, que se publicará próximamente, de extraordinaria importancia en una Europa sin fronteras y en un mundo globalizado.

14.2. Comparecencia del Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, D. Alfonso Moreno González.

Dos procesos están confluyendo en estos momentos en la formación de futuros médicos y futuros especialistas: la reforma, por un lado, de la enseñanza universitaria en el marco del proceso de construcción del espacio europeo de educación superior; y, por otro, el desarrollo de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; ambas circunstancias van a suponer una mejora en la formación médica en sus distintos niveles.

A partir de esta afirmación inicial, el compareciente pasó a desarrollar de inmediato la misma y en torno a esta idea principal de la mejora de la formación de los profesionales elaboró su intervención.

— El espacio europeo de enseñanza superior precociniza una orientación hacia una formación menos teórica y más polivalente, superando contenidos súper-especializados y modelos de escasa participación del alumno. Esto significa que los programas docentes de grado deben modificarse de forma radical tanto en contenidos como en metodología para orientarlos a la atención al paciente y a la competencia profesional.

— El sistema MIR, si bien ha dado muestras evidentes de calidad en la formación de profesionales, no está exento de problemas y ha pasado de ser restrictivo a meramente distributivo, dándose en el momento actual la paradójica situación de que con 4.500-4.700 licenciados actuales se ofertan 7.300 plazas de residencia.

— La necesidad de introducir contenidos formativos comunes para las especialidades que comparten conocimientos y habilidades (troncalidad) tiene por fin permitir un abordaje más integral de los problemas de salud de los pacientes, así como una mayor participación e implicación de los profesionales en equipos multidisciplinares, a la vez que flexibilizar el catálogo de especialidades que, con el devenir del tiempo, ha conducido a numerosos compartimentos estancos que ni benefician a los profesionales ni a los equipos de salud.

— Además de la formación troncal, la reforma de la prueba de acceso, el desarrollo de áreas de capacitación específica, la re-especialización y la consolidación del modelo de desarrollo continuo son modificaciones que supondrán un cambio en la formación de profesionales tan trascendental como el que se produjo a finales de los años 70 y principios de los 80.

Referidos estos cambios en la formación de especialistas, el compareciente ofreció algunos datos expresivos del desequilibrio en cuanto a disponibilidad de profesionales, más acusado en unas especialidades que en otras y en unas Comunidades Autónomas que en otras: 4.000-4.500 licenciados para 7.300 plazas MIR, más de 2.000 médicos extranjeros presentados a estas pruebas en el año 2008, la mayoría no comunitarios, unos 8.000 MESTOS regularizados por Decreto el año 1.999 y, en fin, la elevada feminización de la profesión médica.

Con los retos que, en su opinión, deberían afrontarse terminó el compareciente su exposición: aumento de *númerus clausus* para el acceso a las facultades de medicina, planificación de plazas MIR, recirculación de profesionales, captación de los de otros países, incentivación de profesionales, mejora de sus condiciones laborales, reconsideración de la edad de jubilación, carrera profesional, creación de una sólida base de atención primaria, creación de un registro de profesionales sanitarios y puesta en marcha de un observatorio de las profesiones sanitarias para conocer de forma planificada y en un tiempo medio cuáles son los requerimientos y las posibilidades del Sistema Nacional de Salud para dar respuesta a lo que la sociedad demanda.

14.3. Comparecencia de D. Manel Balcells Díaz, Presidente de la Comisión Ejecutiva de Biocat.

Versó la exposición del Presidente de la Comisión Ejecutiva de Biocat sobre los requerimientos de los recursos humanos en el sistema sanitario en el modelo de futuro, partiendo «de dónde estamos, de dónde venimos y hacia dónde debemos ir» y teniendo en cuenta una situación socioeconómica en la que la población envejece, el conocimiento aumenta y, en consecuencia, también las expectativas y exigencias de calidad de vida.

Varios elementos hay que tener en cuenta, en opinión del compareciente, para determinar las necesidades de recursos humanos en el sistema sanitario:

— La pirámide de población: envejecimiento y baja natalidad, aumento de la esperanza de vida y mayores requerimientos sanitarios.

— El gasto sanitario: continúa creciendo en paralelo al aumento de atención sanitaria. En España es del 8,4% (6% público y 2,4% del sector privado).

— Las nuevas tecnologías de aplicación en asistencia sanitaria: avances en genética, por ejemplo (con implicaciones económicas, pero también legales, éticas e incluso religiosas); avances tecnológicos y de información y comunicación (la nanotecnología, por ejemplo); se va hacia los fármacos específicos en función del tipo de pato-

logía y hacia una medicina personalizada (la terapia génica, por ejemplo); terapias con células madre, cirugía mínimamente invasiva; la telemedicina, etc.

¿Qué retos tiene el sistema sanitario? El acceso equitativo y generalizado —sobre todo en nuestro modelo sanitario— a una asistencia de calidad y sostenible. En estos momentos la evolución a tratamientos más personalizados y con sistemas más automatizados de una medicina innovadora, de calidad, más sofisticada —pero no necesariamente más cara— que obligará a una modificación del sistema sanitario alrededor de las tecnologías aplicadas a la salud. La biotecnología es el conjunto de técnicas clave en esta nueva orientación. En España es un sector aún emergente, con dos focos potentes de creación de empresas y de conocimiento, situados en Madrid y Barcelona.

El mensaje final que quiso transmitir a la Ponencia el compareciente fue que no se puede, en el momento actual, plantear el sistema sanitario —ni sus recursos humanos— desvinculándolos del sistema industrial de tecnologías sanitarias y biotecnológicas. En el concreto tema de los recursos humanos, se necesita un personal muy especializado y que requiere una formación específica; aparecen así, vinculadas al sistema sanitario, las biotecnologías, las ingenierías genéticas y otros profesionales.

El problema del sistema sanitario ¿es realmente de recursos humanos? En opinión del compareciente es más bien de cambio de modelo (del sistema asistencial, de la primaria, de la atención hospitalaria), y como modelo de éxito propuso el Sr. Balcells el del Kalorinska Institute, en Estocolmo, un modelo que sitúa al paciente en el centro del sistema y donde la atención médica, la investigación y la docencia se integran para permitir tanto al profesional como al paciente la participación de forma fluida en las mismas. Todo ello tiene repercusión económica, industrial, profesional e, incluso, de redimensionamiento de los espacios.

En conclusión, el compareciente sugirió, finalmente, el redimensionamiento de los recursos necesarios en el sistema sanitario, vinculándolo al sistema productivo y a los llamados ecosistemas.

15. Sesión de 3 de marzo de 2010.

15.1. Comparecencia del Presidente de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), D. Cristóbal León Gil.

Basó su intervención el Presidente de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias en cuatro puntos: en qué consiste la especialidad de medicina intensiva; cuál es la situación actual de los especialistas; cuáles son las necesidades para los próximos quince años; y conclusiones.

— En qué consiste la especialidad. A ser especialista de medicina intensiva se llega tras superar un programa formativo muy sólido, de cinco años, al estilo de las especialidades más tradicionales, como la cardiología y la medicina interna. El intensivista trabaja en exclusiva atendiendo, de modo eficaz y eficiente, a todo tipo de pacien-

te grave (traumático, postoperatorio, coronario, cardíaco o médico), de una manera integral, colaborando estrechamente con otras especialidades médico-quirúrgicas. Tiene una actividad destacada desde hace más de 25 años en el Plan de Resucitación-Cardiopulmonar, y colabora de forma activa, como coordinación hospitalaria y apoyo con la Organización Nacional de Transplantes.

El modelo organizativo de los Cuidados Intensivos en el Sistema Nacional de Salud se basa en unidades cerradas, con intensivistas dedicados a la atención del paciente grave de todo tipo y condición, con experiencia acumulada de años, y con una implicación máxima en la calidad y seguridad asistencial.

— Cuál es la situación actual de los intensivistas. Actualmente, según estudios realizados por la Semicyuc en el año 2006, sobre más de 250 UCIS de hospitales, los datos son los siguientes: edad media de 46 años, con predominio de varones, si bien la feminización es evidente en especialistas con edades inferiores a los 55 años; el 80% de los intensivistas tienen una situación laboral fija, y un 20% aproximadamente tiene contrato de interino o eventual; cerca de un 13% son médicos con contrato de guardias. Por Comunidades Autónomas, Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia, por este orden, son las que agrupan al mayor número de intensivistas. Y en cuanto a las ratios, hay una media global de 4,18/100.000 habitantes.

— ¿Cuál será la situación de los intensivistas en los próximos quince años? Pensando en que en un futuro próximo la población española habrá aumentado también la esperanza de vida y el sistema de asistencia sanitaria hospitalaria será más complejo, la demanda de médicos intensivistas para atención a pacientes graves debería ser mayor. Sería conveniente establecer entre las UCIS y las plantas de hospitalización, un nivel asistencial de cuidados intermedios, disponiendo y habilitando áreas asistenciales que se pueden denominar cuidados intermedios o semicríticos.

La demanda de médicos intensivistas ha ido aumentando progresivamente a lo largo de los años, como también el número de plazas MIR para formación de especialistas. Esta misma línea de aumento progresivo debe seguir manteniéndose (5% a 7% cada año), máxime cuando el abandono de la especialidad tiene una escasa tasa del 5/7%. De este modo, en el 2021, contando con la cifra de 140 MIR en formación en ese año (2006), se dispondría de aproximadamente 3.200 médicos intensivistas. En fin, las guardias en cuidados intensivos se dejarían de hacer a los 55 años, con lo que en el año 2021 habría unos 2.500 intensivistas con edad inferior a los 55 años, que estarían ocupándose de la atención continuada.

— Conclusiones. La edad media de la profesión (46-48 años) es razonable, hay un buen recambio generacional, el número de plazas MIR que se ofertan se adapta bien al aumento de la demanda y hay una evidente feminización de la profesión, que no es sino el reflejo del cambio que está sufriendo la sociedad.

Este análisis no es inmutable y cada 4-5 años debería hacerse una revisión de las previsiones, para, si fuera necesario, introducir los correctivos y reajustes precisos para mantener el equilibrio de la especialidad.

III

SÍNTESIS

1. Situación general del Sistema Nacional de Salud.

- El gasto sanitario medio es de 2.155 dólares (aproximadamente 1.600 euros) ciudadano/año, según informe de la OCDE. España ocupa el lugar 22 de los 27 en cuanto a gasto sanitario; el número 4 de los 27 en cuanto a gasto farmacéutico, a razón de 571 dólares (aproximadamente 344 euros) ciudadano/año; y el puesto 6 de los 27 en frecuentación del número de visitas ciudadano/año (9,5).

- Los trabajadores sanitarios suponen el 7% de la fuerza laboral de la Unión Europea, la atención sanitaria consume entre el 7 y el 11% del PIB en Europa occidental y el 70% de los presupuestos sanitarios europeos se dedica a los sueldos de los trabajadores en el ámbito de la salud.

- En España, los Servicios de Salud suponen entre el 35 y el 50% del total del presupuesto de las Comunidades Autónomas; los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, ahora descentralizado, suponen, de este capítulo del gasto sanitario, entre el 42 y el 47% del gasto total.

- Nuestro sistema sanitario público, configurado como un sistema universal, equitativo, gratuito y financiado con los Presupuestos Generales del Estado, se enfrenta a una serie de retos no previstos hasta hoy que ponen en entredicho la sostenibilidad misma del sistema; a saber:

— El incremento de la población, ocasionado por el fenómeno de la inmigración y por el aumento de la esperanza de vida -2'5 años por década- (en Europa 66 millones de personas de 55 a 64 años frente a 44 millones de 15 a 24 años para 2050).

— El aumento de pacientes que presentan enfermedades crónicas.

— El aumento de prestaciones y de la actividad sanitaria debida a la mayor oferta asistencial y a la expansión de servicios de alta especialización y coste, por motivos que no siempre son la mejora y eficacia en la asistencia a los pacientes.

— El aumento de la demanda asistencial (se ha triplicado en los últimos años), debido a la mayor información y a la mayor demanda de los ciudadanos, así como a la escasa conciencia colectiva sobre la necesidad de frenar factores de riesgo que incrementen los costes, como son el tabaquismo o la obesidad o el consumo excesivo de alcohol.

2. Profesiones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

2.1. Medicina.

— Situación demográfica y laboral de los profesionales sanitarios.

- Los datos sobre el número de médicos ejerciendo en el Sistema Nacional de Salud son variables, según la

fuente utilizada, dado que no existe un registro único, centralizado y oficial de profesionales sanitarios:

— Según datos de 2007, ofrecidos por Colegio de Médicos de Barcelona, en España existen 208.098 médicos colegiados en 2007, o sea 459,55/100.000 hab., de los cuales aproximadamente el 75% ejerce actividad asistencial en el Sistema Nacional de Salud (el 25% restante no ejerce: jubilado, gestión, investigación, medicina forense, industria farmacéutica o exclusivamente en el ámbito privado).

— Según otras fuentes, el número de médicos colegiados menores de 65 años en 2007 era de 187.780 en 2007, o sea, 414,68/100.000 hab., de los cuales 172.364 eran médicos asistenciales, es decir, 380,64/100.000 hab.

— Según la fundación de la FENS, 143.700 médicos.

— Según el Ministerio de Sanidad, 159.884, médicos.

— Para la OCDE, 163.500 (sin incluir los odontólogos).

— El INE da unas cifras de 205.000 licenciados en medicina y 192.787 médicos no jubilados, de los cuales, no todos trabajan en el Sistema Nacional de Salud, ni siquiera como médicos; el número de médicos activos trabajando en el Sistema Nacional de Salud se calcula entre 150.000 y 160.000, con unos 45.000 médicos que no están trabajando en el Sistema.

- Existe el convencimiento general de que, pese a que España se encuentra en las primeras posiciones del mundo en cuanto a número de médicos colegiados, con una ratio similar o superior a la de los países de nuestro entorno, faltan médicos en el Sistema Nacional de Salud; lo cierto es que no hay médicos suficientes para cubrir ciertas plazas en ciertos lugares y en algunas especialidades.

- El problema del déficit de profesionales no sólo es de cantidad, sino de cualidad: por un lado, los médicos españoles emigran a otros países (fundamentalmente al Reino Unido y Portugal) y, por otro lado, España importa médicos de otros países (de Iberoamérica o de Europa del Este) para compensar el déficit que ocasiona la marcha de nuestros médicos. En los últimos diez años se ha incrementado considerablemente el número de médicos extranjeros colegiados en España y formados en otros países (del 9% en 1999 al 56% en 2008), que desarrollan su actividad en el Sistema Nacional de Salud.

- En cuanto a su situación laboral el 89% de los médicos trabaja como asalariado, con contrato indefinido el 73%, compatibiliza la sanidad pública con la consulta privada o hace otro tipo de colaboraciones profesionales el 20% y un 32% tiene más de un trabajo. El 75,6% desarrollan una actividad asistencial, el 13,8% como MIR, 6,2% en gestión médica y el 2,6% en la docencia o en la investigación médica. La sobrecarga asistencial afecta al 60% de los médicos y, asimismo, afecta a otros profesionales sanitarios, la mayor parte causada por la elevada tasa de visitas a consultas de atención primaria. El promedio de horas de trabajo semanal se encuentra al mismo nivel que en Italia y Grecia, pero por debajo de Gran Bretaña, Francia o Alemania, y, sobre todo, las mismas en todas las franjas de edad.

- Por lo que se refiere a la situación retributiva de los profesionales sanitarios, es baja y poco flexible, a diferencia de lo que ocurre en países como Holanda, Canadá, Australia o Gran Bretaña, en los que es posible retribuir al médico en función del volumen de la actividad realizada.

- La tasa de feminización en la medicina es de un 50%, con tendencia al alza; en la enfermería, es de un 90%.

- El envejecimiento de los profesionales médicos es otra circunstancia a tener en cuenta: las promociones de mayor edad son mucho más numerosas que las de edades más jóvenes. Entre el 2018 y el 2027 se jubilarán 72.000 médicos.

— El sistema de especialización: residentes.

- El sistema de formación especializada, MIR, FIR, BIR y QUIR, equitativo, igualitario en oportunidades y cuyos resultados, en cuanto a la preparación clínica y hospitalaria, están fuera de toda duda, es, sin embargo, inelástico, poco versátil, favorece la recirculación y dificulta la adaptación de los profesionales a las nuevas necesidades de la población. A lo que se une la ausencia de troncalidad.

- El «embudo MIR» consiste en un desajuste numérico importantísimo: cada año salen en torno a 4.000 nuevos licenciados en medicina de nuestras facultades y se ofertan casi 7.000 plazas MIR para médicos, con lo que hay una diferencia de 3.000. Este desajuste supone que hay plazas de determinadas especialidades (particularmente, de medicina de familia) que quedan vacantes, provoca una recirculación en el sistema (un médico que obtuvo una plaza MIR en una especialidad un año renuncia a ella y se presenta para ascender a una especialidad más «cotizada»), así como la entrada de médicos extranjeros.

- Un ejemplo del desajuste actual lo refleja el estudio de 98 hospitales y 199 servicios, secciones o unidades pertenecientes a la red de hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, más la Clínica Universitaria de Navarra, en el que además queda reflejada la asimetría y un efecto discriminatorio, en las especialidades comunes hacia otros colectivos de profesionales, a favor de los licenciados en Medicina. Datos que arrojó dicho estudio fueron:

- De las 1.942 plazas acreditadas solamente fueron ofertadas por las Comunidades Autónomas 1.544, lo que supone 398 plazas sin ofertar (el 20,5%).

- De las plazas ofertadas en las mismas especialidades, el número de plazas MIR fue 23,4% superior a las plazas FIR. Los porcentajes más elevados de no ocupación en especialidades del laboratorio clínico se presentaron en Castilla-La Mancha, Navarra y Baleares, con porcentajes superiores al 63, 52 y 50 por ciento, respectivamente.

- En el conjunto de las especialidades comunes en la convocatoria de 2007, los porcentajes de abandono fueron de un 41,2% en Análisis Clínicos, 40,4% en Microbiología y Parasitología y del 40% en Bioquímica Clínica.

- En el estudio de las Dras. Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel «Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025)», publicado en marzo de 2009, pueden encontrarse más datos.

— El fenómeno de los MESTOS/FESTOS y la problemática de los médicos especialistas con titulación extracomunitaria.

• El fenómeno de los MESTOS/FESTOS se origina por el gran número de matrículas en las facultades de medicina al final de los años 70, en los 80 y al principio de los 90, coincidiendo con el establecimiento de la formación especializada MIR-FIR y el reducido número de plazas para dicha formación. Los médicos que no pudieron acceder a la formación especializada MIR-FIR, dado el déficit de profesionales, han acabado, no obstante, siendo absorbidos por el Sistema Nacional de Salud y especializándose «de facto» (especialmente en pediatría, cirugía ortopédica y traumatología, medicina familiar y comunitaria, psiquiatría, geriatría y ginecología y obstetricia). Se hace preciso regularizar la situación de estos profesionales.

• Por otro lado, la realidad sanitaria española actual es la siguiente: aproximadamente 4000 licenciados salen anualmente de nuestras facultades, alrededor de 7.000 plazas MIR se ofertan cada año para especialización, en 40 de las 52 provincias españolas faltan profesionales en el sector sanitario público y la sanidad privada también demanda profesionales. Ante la carencia de profesionales en España, se cubren las plazas con especialistas extranjeros —el 80 % procedente de Iberoamérica— cuya titulación no ha sido homologada. ¿Qué imposibilita la homologación de los especialistas extracomunitarios? La actual normativa, que data del año 1991 y requiere la realización de un examen teórico-práctico —al que el aspirante a la homologación de su título sólo puede someterse dos veces— con un elevado número de aciertos y un escaso tiempo de respuesta.

— Situación de determinadas especialidades médicas.

• **Psiquiatría infanto-juvenil:** Sin existir la especialidad, lo que sí ha existido ha sido la realidad humana, médica y social de los trastornos psiquiátricos infantiles que son universales, afectan a países ricos y pobres y presentan una tasa de prevalencia del 10% en los niños (0 a 11 años) y el 20% en los adolescentes (12 a 18 años). De estos, sólo una quinta parte son correctamente diagnosticados y de los que son diagnosticados, gran parte lo son después de muchos años de haber comenzado el trastorno (la ansiedad y la depresión pueden comenzar a los 2-3 años, la hiperactividad a los 5 y el trastorno obsesivo compulsivo a los 6), con lo que lo que comienza siendo un problema sanitario puede terminar siendo un problema judicial. La realidad es que actualmente no hay médicos, ni otro personal sanitario especializado en psiquiatría del niño y el adolescente, que hay pocos servicios específicos y mal distribuidos y que las inversiones en psiquiatría infantil se han supeditado a las de psiquiatría de adultos.

• **Atención primaria (Medicina de Familia y Pediatría):** La situación actual es que la relación entre la atención primaria y otras especialidades es de un 37,2%, cuando debería situarse en torno al 60%; y que la tasa de reposición de Medicina de Familia en los últimos 10 años ha pasado del 40% al 27% de las plazas MIR, con lo que

se ha producido un notable desequilibrio entre la oferta y demanda. En cuanto a la Pediatría de atención primaria, en 2005 había 5300 pediatras en España, lo que suponía una ratio de 1/1134 niños y un déficit de 720 pediatras para llegar a la ratio deseable de 1/1000 niños. Hoy existe en España un déficit de pediatras de un 26%.

• **Medicina de urgencias y emergencias:** Los servicios de urgencias presentan una considerable sobrecarga asistencial, además de problemas organizativos; en cuanto a los recursos humanos, destacan por la temporalidad, la alta rotación, la desmotivación o el «burn out» y el abandono del personal. Al no existir en nuestro país la especialidad de médicos de urgencias o emergencias, por el servicio de urgencias rotan permanentemente distintas especialidades clínicas.

• **Rehabilitación y Medicina Física:** El médico rehabilitador «rehabilita» a personas discapacitadas para que alcancen un nivel funcional óptimo, mental, físico y social. El rehabilitador siempre trabaja en equipo, en equipos multidisciplinares de rehabilitación en los que participan enfermeros, logopedas, podólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Tiene una particular relación con otras especialidades médicas, tales como ginecología, urología u otorrinolaringología.

La cartera de servicios de rehabilitación actualmente incluye neuro-rehabilitación del adulto, rehabilitación infantil, rehabilitación respiratoria, logopedia, rehabilitación del suelo pélvico y rehabilitación geriátrica.

La ratio de rehabilitadores es de 2,96/100.000 habitantes; el número de plazas MIR es de 90 al año. Con estas cifras, existe actualmente un déficit moderado de rehabilitadores, que en la década 2020-2030 se convertirá en grave.

• **Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor:** Esta especialidad ha evolucionado de una actividad quirúrgica (intra-operatoria) a una actividad asistencial (pre-cirugía, post-cirugía y tratamiento del dolor). En Europa, los anestelistas se ocupan del área asistencial de los cuidados intensivos; en España, no; existe una especialidad específica para ello. Actualmente, el Sistema Nacional de Salud cuenta con unos 5.000 anestelistas y cada año se forman 300; con estas cifras, existe una real carencia de estos especialistas, máxime dada la evolución de la especialidad y el auge que está tomando el tratamiento del dolor.

• **Medicina intensiva:** Los Servicios de medicina intensiva ocupan un espacio hospitalario similar a un servicio central, no dependiente ni subordinado a otro realizando bajo el criterio de Cuidados intensivos el tratamiento adecuado a los enfermos que le son transferidos. La edad media de la profesión (46-48 años) es razonable, hay un buen recambio generacional, el número de plazas MIR que se ofertan se adapta bien al aumento de la demanda y hay una evidente feminización de la profesión que no es sino el reflejo del cambio que está sufriendo la sociedad.

• **Análisis Clínicos:** Entre las especialidades médicas más envejecidas se encuentra la de análisis clínicos, con más de la mitad de los profesionales por encima de los cincuenta años. Las especialidades del laboratorio clínico, son, después de la especialidad de hidrología médica, las

que más «recirculación» han presentado, lo que supone la pérdida de capital económico y de formación e imprime más incertidumbre a la difícil tarea de planificación de los recursos humanos. La posibilidad de acceso a las especialidades de análisis clínicos por parte de diversos profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, biólogos, químicos) debe tenerse en cuenta a la hora de valorar los resultados, porque, de un lado, añade dificultad a la tarea de planificación pero, por otro, aporta flexibilidad al sistema de asignación de plazas y permitiría, en épocas de déficit agudo de médicos, como estos últimos años, sustituirlos por otros profesionales menos escasos en el mercado (farmacéuticos, biólogos, químicos).

Los problemas de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud no se circunscriben al colectivo de médicos, sino a todos aquellos profesionales que forman parte de los equipos multidisciplinares que intervienen en el proceso asistencial; y, singularmente, afectan a otras profesiones sanitarias; a saber:

2.2. Enfermería.

Los modelos de sistema sanitario son distintos en España y otros países de la Unión Europea y, por tanto, es difícil la comparación de ratios. Las cifras, no obstante, indican que España cuenta con 531 profesionales de enfermería por cada 100.000 habitantes, muy por debajo de la media europea de 800 por cada 100.000 habitantes y muy alejada de las en torno a 2.000 de países a la cabeza como Finlandia o Irlanda. Estas ratios permanecen más o menos iguales si se hace un estudio en España por Comunidades Autónomas; sólo Navarra, con 913 enfermeras/100.000 habitantes supera la media europea, frente a Murcia, la Comunidad Autónoma con menos enfermeras, 332/100.000 habitantes. Para estar en la media europea, España, con 243.000 enfermeras para una población de 45 millones de habitantes, necesitaría un incremento de 122.400 enfermeras. La profesión de enfermería presenta, respecto a otras profesiones sanitarias, un rasgo muy característico: la elevada tasa de feminización, en torno al 90%. La dotación de enfermeras en atención primaria está en función del médico (1/1,3) y no de las necesidades de cuidados de las personas, las familias y la comunidad.

La nueva formación de grado y especializada dota a las enfermeras españolas de un alto nivel de competencia profesional, que garantiza unos altos estándares de calidad asistencial y seguridad clínica, con un coste sostenible para el sistema sanitario. Dicha formación de grado tendrá que afrontar los nuevos retos y necesidades del Sistema Nacional de Salud.

2.3. Farmacia.

Los farmacéuticos, además de ser expertos en el ámbito del medicamento, por competencia y formación, pueden centrar su actividad en otros ámbitos sanitarios, entre los que se encuentran los relacionados con los procesos analíticos: análisis clínicos, bioquímica, química, microbiología y parasitología, inmunología; todos ellos, en competencia con otras profesiones sanitarias (biólogos,

médicos o químicos) y en condiciones legales de igualdad —pero de desigualdad «de facto», dado que el número de plazas ofertadas para médicos es muy superior al del resto de profesionales que pueden acceder a dichas plazas. Además, otras actividades farmacéuticas guardan una directa relación con el Sistema Nacional de Salud: farmacia hospitalaria, radio farmacia, así como los farmacéuticos que ejercen en el ámbito de la atención primaria y de la salud pública.

La situación actual de los farmacéuticos y su relación con el Sistema Nacional de Salud es la siguiente:

- El 84% de los colegiados ejerce en oficina de farmacia,
- El 7% como analistas clínicos,
- El 3% en farmacia hospitalaria,
- El 2% en salud pública y un 1,5% en servicios de atención primaria.

2.4. Veterinaria.

Los veterinarios juegan un importante papel en el campo sanitario y, en particular, en el área de prevención de las enfermedades colectivas y de la promoción de la salud; en concreto, en el ámbito de la seguridad alimentaria y el control de las zoonosis, en el control de la producción, transformación y comercialización de los alimentos producidos en España, en la Unión Europea y en terceros países y, dentro del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito hospitalario, los veterinarios desarrollan sus funciones en el área de bromatología y seguridad alimentaria hospitalaria (normas de higiene, manipuladores de alimentos, etc.), y en los animalarios hospitalarios para investigación médica.

Estos profesionales sanitarios están además en todas las Administraciones públicas, tanto en la General del Estado (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Agencia del Medicamento, Puestos de Inspección Fronteriza), como en las autonómicas (Departamentos de Sanidad y Consumo, Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente, Agencias de seguridad alimentaria e investigación hospitalaria), como en los grandes municipios.

La problemática de estos profesionales en materia de recursos humanos se centra en los siguientes puntos:

- Carencias de plantilla en los Puestos de Inspección Fronteriza (PIF's), así como diferencias retributivas entre unos y otros.
- Desequilibrios y carencias en las plantillas de veterinarios de las Comunidades Autónomas.
- Escasez de efectivos dedicados a la investigación experimental en animales en los hospitales y áreas de bromatología de los hospitales.
- Falta de aplicación y desarrollo de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en lo que se refiere a la carrera profesional para los veterinarios y en lo que se refiere al reconocimiento y creación de especialidades veterinarias, en especial, de crear VIR (Veterinarios Internos Residentes) en los hospitales y centros de salud, de forma similar a lo que ocurre en otras profesiones sanitarias.

2.5. Odontología y Estomatología.

Se hace necesario incrementar el número de dentistas en el ámbito de la sanidad pública, así como las patologías buco-dentales cubiertas por el Sistema Nacional de Salud. Dado que existen unas limitaciones presupuestarias se impone una priorización de las necesidades basada en criterios técnicos, tanto para los colectivos cubiertos (discapacitados, pacientes con enfermedades sistémicas, ancianos con necesidad de rehabilitación protésica y cohortes de edades entre los 2 y los 18 años), como para las prestaciones a incluir y como para la ampliación de la dotación equipamental de las actuales unidades.

2.6. Psicología.

La ratio es de 18 psicólogos/100.000 hab. En la Unión Europea, frente a los 4,3/100.000 hab. de España, la mayoría de ellos en los servicios de salud mental, quizá porque el Sistema Nacional de Salud centra sus recursos, más que en la prevención y promoción de la salud, en la curación de la enfermedad. El déficit de 7.200 psicólogos en el Sistema Nacional de Salud trae consigo el nulo o deficiente tratamiento —a veces, exclusivamente farmacológico— del componente psicológico de muchas patologías. Sin embargo, las necesidades de atención sanitaria de la población, en un porcentaje muy elevado, tienen componentes psicológicos.

2.7. Dietética y Nutrición.

En España, la situación de estos profesionales en el Sistema Nacional de Salud es bastante «irregular»: existen plazas de dietistas-nutricionistas en algunos hospitales de Castilla-La Mancha, el País Vasco y las Islas Baleares. En el resto de Comunidades Autónomas, si existen dietistas-nutricionistas es a través de fondos privados de laboratorios farmacéuticos o de las empresas de alimentación de los propios hospitales; en atención primaria a través de fondos europeos; y finalmente, a través de las asociaciones de enfermos (renales, celíacos, etc.).

Con la inclusión de las prestaciones sanitarias de un dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud mejoraría de la calidad de vida, se reducirían las enfermedades relacionadas con la nutrición, mejoraría la relación coste-efectividad, y se reducirían, asimismo, las listas de espera y asistencia sanitaria pública para toda la población española en condiciones de igualdad efectiva, lo que es especialmente importante en una población donde los índices de obesidad están creciendo de forma alarmante, en especial en niños y adolescentes.

2.8. Terapia ocupacional.

El número de terapeutas ocupacionales es de 7000 en España; de ellos unos 300 son extranjeros; la ratio es de 14/100.000 hab.; lo que dista mucho de la de países como Dinamarca, con 74/100.000 hab. o Suecia, con 72/100.000 hab., destacando la carencia de estos profesionales en atención primaria.

2.9. Podología.

La característica esencial de los podólogos es la recepción autónoma del paciente, que acude a las consultas de podología sin ser remitido por ningún otro profesional sanitario. Sus ámbitos de especialización son la cirugía podológica, la ortopedia del pie, la biomecánica del pie, las podologías deportiva, geriátrica, laboral y el pie diabético. La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud no incluye la atención podológica, por eso, actualmente, la profesión de podólogo es eminentemente privada pero muy relacionada con el Sistema Nacional de Salud en la confección de plantillas ortopédicas, la prescripción de cuyo tratamiento corresponde al especialista de traumatología y cirugía ortopédica o del especialista en rehabilitación, al igual que la revisión después de la confección de la ortesis.

2.10. Fisioterapia.

Es una de las «modernas» profesiones sanitarias (la titulación data de 1982, en Valencia). Actualmente hay 41 escuelas de fisioterapia, de las cuales, 26 públicas (con una «nota de corte» de 6,9) y de las que salen 2100 titulados al año. No hay tasa de paro en fisioterapia y existen 31.000 fisioterapeutas colegiados. De éstos, sólo 4.800 ejercen en el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la ratio de fisioterapeutas/habitante es de 1/9583 habitantes, cuando lo deseable es 1/1200. Además, el número es muy dispar entre Comunidades Autónomas: oscila entre 20.000 y 42.000, correspondientes, respectivamente, a Málaga y Madrid, debido a distintas razones (distintos protocolos, distinta retribución, falta de demanda a determinados destinos, preferencia por la actividad privada...). Los fisioterapeutas están presentes, sobre todo, en atención primaria, y también en hospitales, pero se requiere cada vez más su presencia, porque hay patologías que no se cubren por falta de recursos. Además, falta reestructurar y actualizar la cartera de servicios y falta investigación, desarrollo e innovación en la fisioterapia pública. Tampoco se cubren las necesidades en prevención y promoción de la salud.

2.11. Ortoprotesis.

Algunos datos respecto de esta profesión son los siguientes: Actualmente hay 2.500 titulados; 2.450 establecimientos sanitarios de ortopedia, de los que 1.200 tienen licencia de fabricación de productos sanitarios a medida; el 8,5% de la población (3.800.000) es discapacitada; hay 9.500.000 de usuarios ortoprotésicos al año; se atienden 2.065.000 prescripciones médicas ortoprotésicas de centros públicos y 3.600.000 de la sanidad privada y mutual. El profesional ortoprotésico ejerce desde su empresa. En cuanto a los estudios que realiza el ortoprotésico, son de formación profesional (grado superior), con un total de unas 2.000 horas de formación (860 horas en diseño, elaboración y adaptación de productos y 380 horas prácticas).

2.12. Óptica-optometría.

España se sitúa en la tercera categoría (de un total de cuatro, siendo la cuarta en la que se alcanza el máximo nivel de competencia) del modelo global de competencias en optometría propuesto por el Consejo Mundial y el Europeo de Optometría y Óptica, que incluye dispensación, graduación de la vista, prescripción de elementos correctores y detección de patología ocular sin la utilización de fármacos (pendiente únicamente de la adaptación de la formación al Espacio Europeo de Educación Superior-Plan Bolonia). Actualmente hay en España 450 ópticos-optometristas ejerciendo en hospitales y clínicas privadas y 60 dentro de Sistema Nacional de Salud, utilizando para ello diversas fórmulas (como autónomos, trabajando para empresas subcontratadas). En algunas Comunidades Autónomas (Cataluña, por ejemplo), su participación en el sistema público de salud se hace mediante la firma de convenios que integran al óptico-optometrista en el Sistema Nacional de Salud como agente de atención primaria de la salud visual —el 57% de visitas a los servicios de oftalmología no revisten causas patológicas—, derivando gratuitamente al usuario que deba graduarse la vista a las ópticas adheridas al convenio (durante el último año se han derivado 105.000 pacientes en Cataluña; en Canarias, en 2007, 16.075 usuarios fueron atendidos por ópticos, de los que sólo 2.949 fueron derivados al Servicio de Oftalmología por el médico de familia; el 82% no engrosó las listas de espera).

IV

CONCLUSIONES

A la vista de los datos expuestos pueden formularse algunas conclusiones:

1.^a) Dentro de la asistencia sanitaria, entre los médicos existe una situación de pleno empleo, si bien existen dificultades para cubrir determinadas vacantes en zonas rurales y pequeños municipios y en hospitales de primer y segundo nivel asistencial, así como algunos servicios de nueva creación. Por otra parte se detecta un desequilibrio con la demanda en las siguientes especialidades: Anestesiología y Reanimación, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica Estética y Reparadora, Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y sus áreas Específicas, Radiodiagnóstico y Urología, sin que tal enumeración resulte exhaustiva.

2.^a) Los aspectos que generan mayor insatisfacción a los profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc.) son la sobrecarga asistencial, la poca flexibilidad en las condiciones de trabajo, la baja retribución y una cierta sensación de pérdida del prestigio profesional. A ello habría que añadir el deterioro progresivo en la relación profesional sanitario-paciente, así como las agresiones a los distintos profesionales.

3.^a) La inexistencia de un Registro de profesionales sanitarios, por múltiples causas, es una dificultad para

poner en marcha una adecuada planificación de los recursos humanos en el Sistema nacional de Salud, por lo que es prioritario aumentar los esfuerzos del Ministerio de Sanidad y Política Social y de las Comunidades Autónomas para hacerlo realidad.

4.^a) El modelo vigente en nuestro Sistema Nacional de Salud es un modelo centrado más en la enfermedad que en la prevención, más en la atención hospitalaria que en la primaria y en el que los roles de los distintos profesionales siguen unas pautas tradicionales que habría que adaptar a las nuevas necesidades, actualizando las competencias de cada uno y dando cabida a otros profesionales de la sanidad, en un modelo de organización más flexible, más transversal, enfocado al paciente y al ciudadano en general, y que permita la valoración de resultados y la autonomía de las decisiones, así como la adaptación a las necesidades que la sociedad actualmente reclama.

5.^a) El sistema de formación sanitaria especializada vigente hasta el momento ha dado suficientes pruebas de eficacia. No obstante, existe un desajuste entre la oferta y la demanda, hay especialidades poco demandadas, por lo que quedan plazas sin cubrir o son abandonadas poco tiempo después de ser elegidas; paralelamente, otros profesionales reclaman el acceso a esta formación especializada contando con escaso número de plazas para su colectivo (farmacéuticos, biólogos, psicólogos). El sistema de formación sanitaria especializada, tras décadas de aplicación, requiere de una evaluación para poder mejorarlo.

6.^a) El déficit de profesionales en el Sistema Nacional de Salud ha provocado que las plazas de especialistas vacantes se cubran por médicos extranjeros, sobre todo extracomunitarios procedentes de países de Latinoamérica, que no cuentan con la «barrera» del idioma y por especialistas sin título oficial (MESTOS/FESTOS); dos situaciones atípicas que presentan algunas notas comunes.

7.^a) España tiene una de las ratios enfermeras/médicos más bajas de la Unión Europea. Esto se debe, entre otras circunstancias, a que en nuestra organización asistencial el médico asume tareas que en otros países desempeñan los profesionales de la enfermería. Además, la elevada tasa de feminización, en combinación con las condiciones duras de trabajo (guardias, turnos, etc.) y las retribuciones, consideradas insuficientes por los profesionales, son circunstancias que hay que tener en cuenta a la hora de establecer una adecuada planificación de los recursos humanos de la sanidad española.

8.^a) La conceptualización del farmacéutico como el profesional que garantiza la calidad y accesibilidad del fármaco en condiciones para su uso adecuado y con información objetiva sobre el mismo se queda «corta» en una sociedad cuya realidad socio-sanitaria exige su consideración como verdadero agente de salud en el seno de los sistemas de atención sanitaria.

9.^a) La profesión veterinaria juega un papel considerable en el campo sanitario y, en particular, en el área de la prevención de las enfermedades colectivas y de la promoción de la salud.

10.^a) La situación de los profesionales de la salud buco-dental (odontólogos y estomatólogos) en el sistema público de salud es deficitaria por comparación con las

excelentes coberturas de España en otros ámbitos de la medicina y por comparación con las prestaciones odontológicas públicas de la mayoría de los países de la Unión Europea.

11.^a) De acuerdo con los futuros cambios en la organización asistencial y de las prestaciones sanitarias, habría que estudiar la incorporación o ampliación de plazas respecto a otros profesionales sanitarios. Por ejemplo, existe una ausencia de previsión de puestos para dietistas-nutricionistas en el Sistema Nacional de Salud en España, a diferencia de lo que ocurre en otros países de la Unión Europea; son muy deficientes las previsiones de terapias ocupacionales en nuestro sistema sanitario, sobre todo, en atención primaria; situación muy semejante se da con los psicólogos —quienes sólo tienen reconocida como sanitaria la especialidad de psicología clínica— y con las demás profesiones sanitarias «no tradicionales», como la podología —cuyas prestaciones no se encuentran incluidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud—, los fisioterapeutas —cuya carencia se nota sobre todo en la atención especializada—, los ópticos-optometristas —que buscan fórmulas varias (convenios, autónomos, subcontratación) para poder incorporar sus prestaciones al Servicio Nacional de Salud—, o los ortoprotésicos, que, asimismo, acuden a la fórmula del convenio de colaboración para incluir sus prestaciones en el Sistema Nacional de Salud.

V

RECOMENDACIONES

¿Cómo debería abordarse la política de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud?

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

a. Aumentando el rendimiento del trabajo, la autonomía de los profesionales y eliminando las tensiones con los gestores.

b. Estimulando la autoorganización 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 de médico de atención primaria, la atención primaria en sí misma, y delegando en otros profesionales tareas que, por su formación y competencia, pueden desarrollar.

d. Desfuncionizando 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 médico consultor, así como jornadas laborales voluntarias de duración más corta, debidamente retribuidas, en determinadas especialidades.

f. Facilitar que los médicos inactivos o aquellos 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.

7. 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 for-

mación 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 generen 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, 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.

8. 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, especialización y servicios sociales.

9. 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.

10. 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 en la selectividad y estableciendo pruebas específicas relacionadas con las materias que se han de cursar; así como velar 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. Introducir en los planes de estudio conocimientos de: política sanitaria, ética médica, calidad asistencial, sociología de la salud, gestión, liderazgo clínico, derecho sanitario y violencia de género, mejorando con ello, en un futuro ejercicio profesional de los estudiantes de medicina, la relación médico-paciente.

e. Los planes de estudio de las facultades de medicina han de responder a las necesidades de la atención sanitaria y, en este sentido, deberían ser informados por las autoridades sanitarias de la Comunidad Autónoma donde se ubiquen, con el fin de adecuarse con 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.

11. 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.

12. Los mismos criterios de rigor, agilidad y garantía deben exigirse para la homologación de titulaciones de médicos comunitarios (de la Unión Europea).

13. 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.

14. Evaluar los resultados clínicos, estableciendo unos indicadores de calidad asistencial, que habrá que introducir de manera pedagógica.

15. 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.).

16. 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.

17. 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.

18. 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: creación de la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil, con un primer nivel en atención primaria y otro de especializada.

b. Rehabilitación: el incremento del envejecimiento poblacional y la cronicidad de algunas enfermedades hacen necesario definir las competencias de los distintos 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.

19. En enfermería, se hace necesaria una planificación a medio plazo, desglosada por Comunidades Autónomas,

que tenga en cuenta datos socio demográficos, las jubilaciones de profesionales, la oferta de plazas públicas y privadas, 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. Incrementar las plazas en las escuelas de enfermería, de acuerdo con la nueva titulación de grado y con los nuevos currículos de enfermeras generalistas y especialistas.

b. Definir los nuevos marcos competenciales de las enfermeras especialistas y los nuevos roles acordes con la implantación de la titulación de grado, así como poner en marcha de 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 los ratios de enfermería a las necesidades del sistema sanitario.

d. Valorar la distribución de funciones entre médicos y otras profesiones sanitarias —singularmente, enfermería—, 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.

20. 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 contra-prestación económica.

b. En el caso de los psicólogos, las políticas irían en 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 Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

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, vinculados a los servicios de medicina interna, cirugía general o cirugía ortopédica, o en los cen-

tros de salud, dentro del campo de la enfermería. Igualmente deberían estar presentes en las unidades de geriatría o de diabetes. La prestación de podología podría impulsarse bien directamente, o bien a través de la firma de convenios de colaboración con estos profesionales.

e. Por lo que se refiere a los ortoprotésicos, empezando por su formación, habría que estudiar su programa formativo y cualificación en el marco de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Por otro lado, habría que regular el sector, inspeccionar y controlar la prestación ortoprotésica y de los establecimientos, actualizar carteras de servicios y revisar presupuestos. 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 —cuya actividad se ejerce, fundamentalmente, de forma privada— se requiere cada vez más en unidades de quemados, cardiacos, de suelo pélvico, urología, urgencias y pediatría, además de en la tradicionales de traumatología y de atención primaria. Sería pertinente fomentar el trabajo en equipo de los profesionales implicados en la rehabilitación (traumatólogos, médicos rehabilitadores, enfermeros, fisioterapeutas, etc.) y clarificar las funciones que corresponden a cada uno de ellos.

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.

21. 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 multidisciplinares que trabajaran coordi-

nadamente. 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.

22. 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.

23. 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.

24. La asistencia sanitaria debe recobra 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.

25. 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.

26. 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.

27. Es necesario impulsar el papel de las Administraciones Públicas, par que sean capaces de dar respuesta a las nuevas necesidades, tales como las enfermedades crónicas o las enfermedades degenerativas.

Palacio del Senado, 15 de junio de 2010.—**Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols** (GPCIU).—**Josep Maria Esquerda Segués** (GPECP).—**Cristina Maestre Martín de Almagro** (GPS).—**José María Mur Bernad** (GPMX).—**María Dolores Pan Vázquez** (GPP).—**José Manuel Pérez Bouza** (GPSN).—**Elvira Velasco Morillo** (GPP) y **Pedro Villagrán Bustillos** (GPS).

Edita: © SENADO. Plaza de la Marina Española, s/n. 28071. Madrid.
Teléf.: 91 538-13-76/13-38. Fax 91 538-10-20. <http://www.senado.es>.

E-mail: dep.publicaciones@senado.es.

Imprime: ALCANIZ-FRESNO'S - SAN CRISTÓBAL UTE
C/ Cromo, n.º 14 a 20. Polígono Industrial San Cristóbal
Teléf.: 983 21 31 41 - 47012 Valladolid
af@alcanizfresnos.com.

Depósito legal: M. 12.580 - 1961