

ES

ES

ES



COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas, 10.12.2008
COM(2008) 725 final

LIBRO VERDE

sobre el personal sanitario europeo

ÍNDICE

1.	Introducción	3
2.	Justificación del Libro Verde	4
3.	Marco jurídico y fundamento para una acción a nivel de la UE.....	5
4.	Factores que influyen en el personal sanitario de la UE y en los principales problemas	5
4.1.	Factores demográficos y promoción de un personal sanitario sostenible.....	5
4.2.	Capacidad de salud pública.....	7
4.3.	Formación	8
4.4.	Gestión de la movilidad del personal sanitario dentro de la UE.....	9
4.5.	Migración del personal sanitario a escala mundial	10
4.6.	Datos para apoyar la toma de decisiones	12
5.	El impacto de las nuevas tecnologías: mejora de la eficiencia del personal sanitario	13
6.	El papel de las empresas sanitarias profesionales	14
7.	Política de cohesión	14
8.	Consulta	15

Promover la sostenibilidad del personal sanitario europeo

1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios de la UE tienen que mantener delicados equilibrios, en primer lugar entre una demanda creciente de servicios de salud y una oferta restringida; en segundo lugar, entre la obligación de atender las necesidades sanitarias de la población a nivel local y la debida preparación para afrontar crisis de salud pública más importantes.

En Europa, los sistemas sanitarios se enfrentan a varios retos.

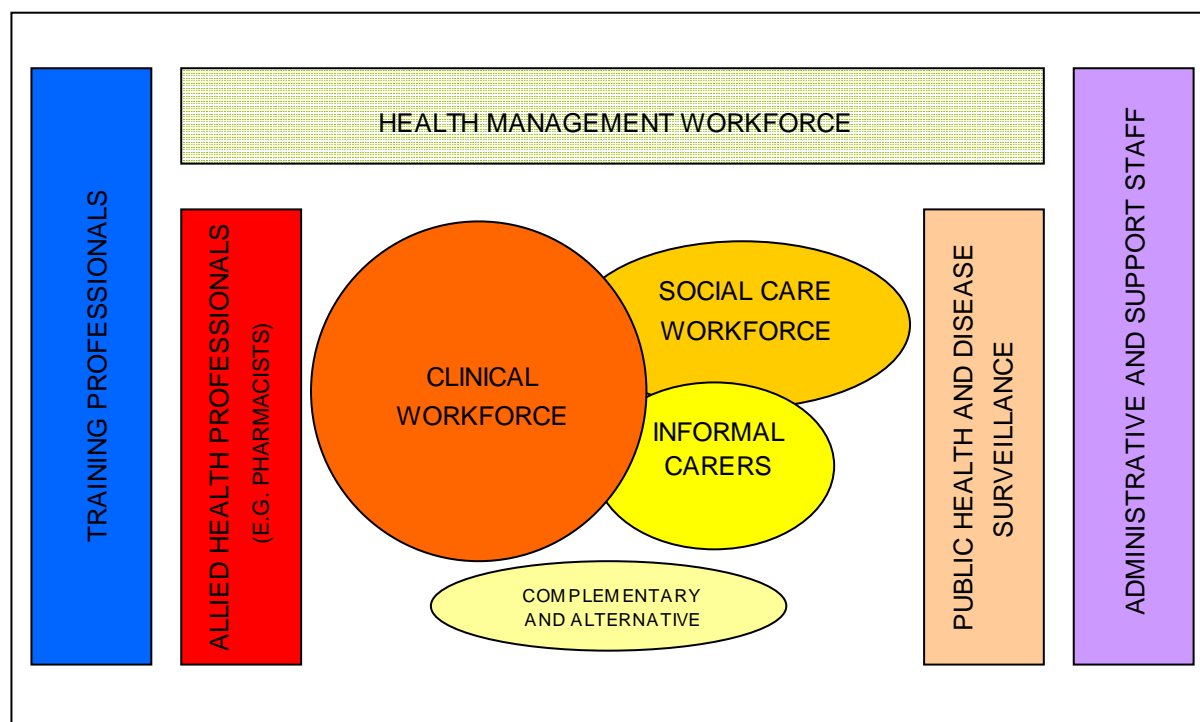
- Los responsables políticos y las autoridades sanitarias tienen el reto de adaptar sus sistemas sanitarios a una población que envejece. Se prevé que la población de la EU-27 con más de sesenta y cinco años aumente en 66,9 millones entre 2008 y 2060; la población de edad «muy avanzada» (mayores de ochenta años) será la que registre un crecimiento más rápido¹.
- La introducción de las nuevas tecnologías está permitiendo aumentar la variedad y calidad de la atención sanitaria en términos de diagnóstico, prevención y tratamiento, aunque tiene un precio, y el personal precisa de formación para utilizarlas.
- Hay amenazas nuevas y recurrentes para la salud, por ejemplo, debido a las enfermedades transmisibles.
- Todo esto lleva a un gasto sanitario en continuo aumento, y plantea de hecho importantes problemas a más largo plazo en cuanto a la viabilidad de los sistemas sanitarios de algunos países.

Para responder debidamente a estos retos es preciso que los sistemas de salud dispongan de un personal eficiente, eficaz y de la mayor calidad, ya que los servicios de salud utilizan mucha mano de obra. El personal sanitario constituye sin duda uno de los sectores más destacados de la economía de la UE, ya que proporciona uno de cada diez empleos, y alrededor del 70 % del presupuesto sanitario se destina a salarios y otros gastos directamente relacionados con el empleo del personal sanitario².

¹ Proyecciones demográficas nacionales en base a 2008, escenario de convergencia Europop 2008.

² Dubois, C., Mc Kee, M., Nolte, E.: *Human Resources for Health in Europe*, Open University Press, Inglaterra, 2006.

Gráfico 1: Estructura del personal sanitario



2. JUSTIFICACIÓN DEL LIBRO VERDE

La estrategia sanitaria de la Comisión Europea, adoptada en octubre de 2007 y publicada en el Libro Blanco «Juntos por la salud», presentó un nuevo enfoque con vistas a que la UE haga todo lo posible para afrontar retos como los riesgos sanitarios, las pandemias, la carga de las enfermedades relacionadas con el estilo de vida, las desigualdades o el cambio climático en una Europa ampliada a veintisiete Estados miembros. Su objetivo es impulsar la salud en una Europa que envejece, promoviendo la salud durante toda la vida, protegiendo a los ciudadanos ante los riesgos sanitarios y apoyando sistemas sanitarios dinámicos y nuevas tecnologías.

Este Libro Verde pretende dar más visibilidad a los problemas a que se enfrenta el personal sanitario de la UE, obtener una imagen más clara de la manera en que las administraciones sanitarias locales y nacionales afrontan retos similares y ofrecer una base más firme para estudiar las posibles actuaciones a nivel de la UE para abordar eficazmente estos problemas, sin que tengan un impacto negativo en los sistemas sanitarios de otros países.

El Libro Verde se propone describir con la mayor precisión posible los retos a que se enfrenta el personal sanitario de la UE y que son comunes a todos los Estados miembros: el fenómeno demográfico (envejecimiento de la población general y envejecimiento del personal sanitario), que implica una insuficiencia de jóvenes para sustituir a quienes se jubilan; la diversidad del personal sanitario; el escaso atractivo de los muy diversos empleos del sector sanitario y de la salud pública para las nuevas generaciones; la migración de los profesionales de la salud dentro y fuera de la UE; la desigual movilidad y, en particular, el desplazamiento de profesionales sanitarios de países más pobres a otros más ricos dentro de la UE, así como la fuga de cerebros desde terceros países.

El segundo objetivo del presente Libro Verde es ayudar a señalar los aspectos en los que la Comisión considera que puede seguirse actuando, y lanzar un debate al respecto.

3. MARCO JURÍDICO Y FUNDAMENTO PARA UNA ACCIÓN A NIVEL DE LA UE

El artículo 152 del Tratado CE establece que «[la] acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica». No obstante, dispone asimismo que la Comunidad debe fomentar la cooperación entre los Estados miembros y promover la coordinación entre sus políticas y programas.

Por tanto, la actuación comunitaria debería en principio complementar las políticas nacionales. La principal responsabilidad de organizar y prestar servicios de salud recae en los Estados miembros, si bien la UE puede desempeñar un papel importante prestándoles apoyo y aportando valor añadido, por ejemplo, creando redes e intercambiando buenas prácticas.

Por otra parte, el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y el Derecho derivado enuncian normas que deben ser respetadas por los Estados miembros al organizar su sector sanitario.

Por lo que se refiere al Derecho derivado, entre los ejemplos pertinentes se cuentan las directivas comunitarias sobre temas laborales, como la Directiva sobre tiempo de trabajo, que establece los límites máximos de la jornada laboral e impone períodos mínimos de descanso diario y semanal para proteger la salud y la seguridad de los trabajadores. Esta Directiva establece requisitos mínimos comunes para todos los Estados miembros, aunque cada Estado miembro sigue siendo libre de aplicar normas más favorables para la protección de los trabajadores, si así lo desea.

Las decisiones del Tribunal sobre el tiempo de atención continuada y el descanso compensatorio suscitan importantes cuestiones para los servicios sanitarios y asistenciales³. La Comisión ya ha presentado propuestas legislativas⁴, que están siendo debatidas por el Consejo y el Parlamento Europeo⁵.

4. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERSONAL SANITARIO DE LA UE Y EN LOS PRINCIPALES PROBLEMAS

4.1. Factores demográficos y promoción de un personal sanitario sostenible

Los ciudadanos tienen una vida más larga y con mejor salud. La esperanza de vida ha ido creciendo con regularidad desde los años cincuenta en torno a 2,5 años por década, y se espera que continúe aumentando.

³ Al establecer que las guardias deben computarse como tiempo de trabajo si el personal sanitario, aunque esté descansando, tiene que permanecer en su lugar de trabajo, el Tribunal reconoce que los médicos, por ejemplo, trabajan más de cuarenta y ocho horas por semana en la mayoría de los Estados miembros. Para ajustarse a esta decisión, algunos Estados miembros necesitarían hacer enormes esfuerzos de contratación, lo cual no siempre es posible.

⁴ COM(2004) 607 (propuesta de modificación de la Directiva 2003/88/CE); COM(2005) 246 (propuesta modificada, que incluye las enmiendas del Parlamento Europeo).

⁵ Posición Común del Consejo de 15 de septiembre de 2008; Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo en relación con la Posición común, COM(2008) 568.

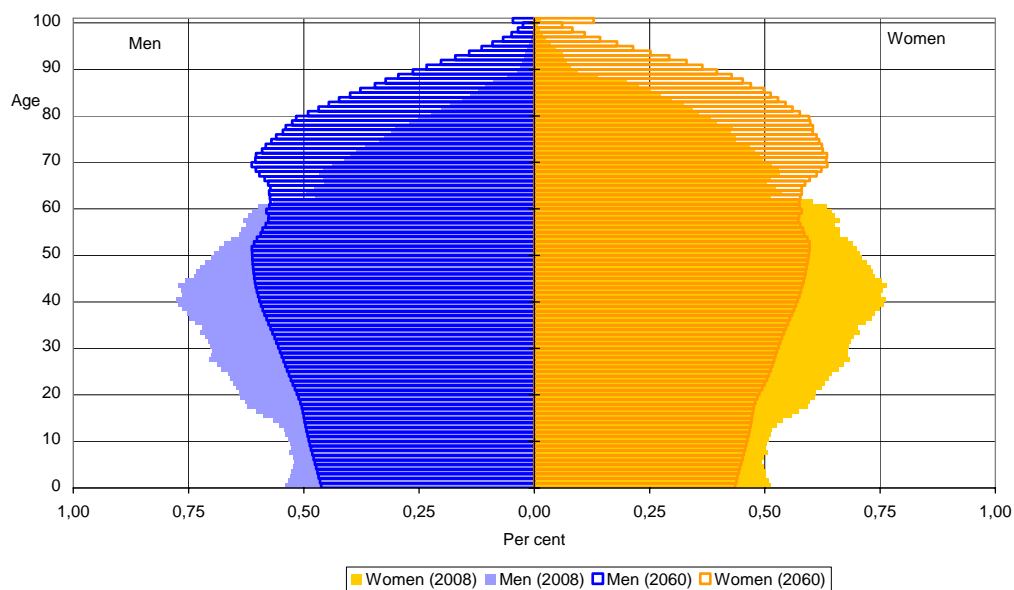


Gráfico 2: Proyección demográfica 2008-2060

Con una población que envejece, es fundamental que las personas se hagan mayores con buena salud. Hay que aumentar al máximo la esperanza de vida con buena salud. En cualquier caso, a medida que la población se haga más longeva, es de esperar que crezca el número de personas mayores que padezcan discapacidades graves y necesiten cuidados prolongados⁶. Las enfermedades crónicas múltiples presentan una mayor prevalencia en la ancianidad, lo cual tiene consecuencias para la prestación de cuidados. Además, es probable que aumente la demanda de cuidados profesionales si se reduce la disponibilidad de cuidadores no profesionales, por ejemplo debido a la evolución de las estructuras familiares.

A medida que la población envejece, la mano de obra hace lo propio. Entre 1995 y 2000, el número de médicos menores de cuarenta y cinco años descendió un 20 % en toda Europa, mientras el número de los que superan esa edad aumentó más del 50 %. También va subiendo la media de edad del personal de enfermería; en cinco Estados miembros, casi la mitad de este personal tiene más de cuarenta y cinco años⁷. A medida que el personal sanitario se acerca a la edad de jubilación, se van precisando jóvenes reemplazos.

La presencia de la mujer en el personal sanitario ha sido históricamente significativa, y va en aumento. En términos generales, las mujeres representan en torno a tres cuartas partes del personal sanitario de la UE, y en algunos Estados miembros la admisión de mujeres en las facultades de medicina supera actualmente el 50 %⁸. Por tanto, es particularmente importante promover medidas en pro de la igualdad entre hombres y mujeres en las estrategias de recursos humanos.

El plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010⁹ señala actuaciones para lograr la igualdad en términos de independencia económica y participación en la toma de decisiones, y propone medidas para mejorar la conciliación del trabajo, la familia y la vida privada.

⁶ OCDE: Tendencias de las discapacidades graves entre las personas de edad avanzada DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

⁷ Observatorio, serie política, OMS, 2006.

⁸ Observatorio, serie política, OMS, 2006.

⁹ COM(2006) 92.

La clave para mantener una plantilla suficiente, frente a la inminente jubilación de la generación del «boom» de la natalidad, es formar, contratar y retener a trabajadores jóvenes, reinvertiendo al mismo tiempo en los maduros.

Factores que influyen y posibles áreas de acción:

- Evaluar los niveles de gasto en personal sanitario.
- Garantizar mejores condiciones de trabajo para los profesionales de la salud, mejorar su motivación y su moral.
- Estudiar la conveniencia de campañas de contratación y formación, en particular para aprovechar una presencia creciente de mayores de cincuenta y cinco años, y de quienes quedan liberados de compromisos familiares.
- Organizar prácticas de gestión de las enfermedades crónicas y de provisión de cuidados prolongados con más proximidad al domicilio o a escala comunitaria.
- Despliegue más eficaz del personal sanitario disponible.
- Estudiar campañas de vuelta al ejercicio de la profesión para atraer a los profesionales que hayan abandonado la actividad sanitaria.
- Promover más diversidad social y étnica al contratar.
- Dar difusión en las escuelas a la gran diversidad de oportunidades profesionales que ofrece el sector sanitario y asistencial.

4.2. Capacidad de salud pública

La función de salud pública consta de una amplia gama de actividades diversas para proteger y mejorar la salud de la población en general, abordar las desigualdades en materia de salud y atender las necesidades de los grupos desfavorecidos y vulnerables. Sus tareas incluyen evaluaciones de las necesidades y del impacto sanitario para la planificación de servicios, prevención de enfermedades, por ejemplo con programas de vacunación y cribado, promoción de la salud y educación para la salud, garantía del suministro de sangre, vigilancia epidemiológica y planificación y respuesta ante amenazas para la salud debidas a brotes de enfermedades infecciosas, pandemias o desastres naturales y de origen humano, incluidos los derivados del cambio climático.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades no solo son importantes por sí mismas, sino porque pueden reducir significativamente la futura demanda de tratamientos y servicios asistenciales. En toda la UE, el personal sanitario del sector público debe disponer de competencias apropiadas y tener suficiente capacidad para poder desempeñar estas actividades eficazmente, y esto debe incorporarse en los planes de formación y contratación de personal.

La salud en el lugar de trabajo debe abordarse con un enfoque especial, ya que la seguridad y la salud laborales son importantes factores determinantes de la salud pública global. Se seguirá encarando el problema de los accidentes de trabajo, pero también hay nuevos elementos —cambios en los ritmos de trabajo, nuevas tecnologías, equilibrio entre vida y trabajo, movilidad y estrés laboral— que requieren una atención especial en el ámbito de la salud y seguridad en el trabajo como importantes factores determinantes de una buena salud pública. La Estrategia de Seguridad y Salud en el Trabajo para 2007-2012 recientemente adoptada [COM(2007) 62] establece varios objetivos ambiciosos que los Estados miembros de la UE han decidido asumir y apoyar. No obstante, el logro de estos objetivos depende

mucho de la disponibilidad de los profesionales sanitarios específicos que se necesitan, como personal médico y de enfermería dedicado a la medicina del trabajo e inspectores de salud y seguridad.

Factores que influyen y posibles áreas de acción:

- Refuerzo de la capacidad de cribado, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Mejor recopilación de información sobre las necesidades sanitarias posibles y reales de la población con objeto de planificar el desarrollo futuro del personal de salud pública.
- Promover las vocaciones científicas en las escuelas haciendo hincapié en las oportunidades profesionales que ofrecen empleos de salud pública menos conocidos (biólogos, epidemiólogos, etc.).
- Dar más visibilidad a la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) en los Estados miembros mediante publicidad directa de su existencia en los lugares de trabajo.
- Promover la labor de los especialistas de medicina del trabajo y ofrecer incentivos para que los médicos se orienten hacia esta área.

4.3. Formación

La capacidad de formación es otro problema que debe considerarse en la planificación de la mano de obra. Si se necesita más personal médico, de enfermería, etc., habrá que crear más plazas universitarias o escuelas de formación, y se precisará más personal docente. Esto exigirá planificación e inversión.

Los Estados miembros tendrán que evaluar qué tipos de especializaciones se necesitarán, teniendo en cuenta que los tratamientos sanitarios cambian debido a la introducción de nuevas tecnologías, los efectos del envejecimiento de la población en los modelos de patologías y el aumento del número de pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas múltiples. Un problema concreto es que la mayor frecuencia de los viajes y desplazamientos también ha agravado el riesgo de propagación de enfermedades hasta ahora más prevalentes en países tropicales. Esto está generando una nueva necesidad de formación para el personal médico y para todos los participantes en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

Factores que influyen y posibles áreas de acción:

- Garantía de que los cursos de formación se diseñen para tener en cuenta las necesidades especiales de las personas con discapacidad (que deben recibir cuidados de la misma calidad que los pacientes sin discapacidad, y disfrutar de los servicios específicos de salud que necesiten¹⁰).
- Especial atención a la formación profesional permanente de los profesionales de la salud. Al actualizar las cualificaciones profesionales mejora la calidad de los resultados en términos de salud y se ofrece seguridad a los pacientes.

¹⁰ Así lo declara el artículo 35 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmado por todos los Estados miembros y por la Comunidad Europea.

- Desarrollo de cursos de formación para estimular la reincorporación de trabajadores de más edad.
- Oferta de formación en tareas de gestión para los profesionales de la salud.
- Fomentar la cooperación entre los Estados miembros para la gestión del número de clausos de los profesionales de la salud y permitir que sea más flexible.
- Desarrollar las posibilidades de ofrecer formación lingüística para ayudar en posibles desplazamientos.
- Creación de un mecanismo de la UE como, por ejemplo, un observatorio del personal sanitario, que asista a los Estados miembros al planificar la futura capacidad de personal sanitario, sus necesidades de formación y la utilización de las novedades tecnológicas.

4.4. Gestión de la movilidad del personal sanitario dentro de la UE

La libre circulación de personas es una de las libertades fundamentales inscritas en el Derecho comunitario. La libre circulación de los trabajadores se consagra en el artículo 39 del Tratado CE, y tiene su desarrollo en el Reglamento (CEE) n° 1612/68¹¹: en él se establece el derecho de los ciudadanos de la UE a trabajar en otro Estado miembro como empleados o funcionarios. El derecho de establecimiento se regula en el artículo 43, que prevé la posibilidad de desempeñar un empleo por cuenta propia en otro Estado miembro. El artículo 49 consagra el derecho a la libre prestación de servicios. El Reglamento (CEE) n° 1408/71 y su Reglamento de aplicación, (CEE) n° 574/72¹², coordinan los diversos sistemas de seguridad social para facilitar este derecho fundamental de la libre circulación. Los ciudadanos de la UE también tienen derecho a estudiar en otros Estados miembros en las mismas condiciones que quienes están en su país.

La Directiva 2005/36/CE regula el reconocimiento de las cualificaciones profesionales para el establecimiento en otro Estado miembro y para facilitar la prestación de servicios transfronterizos en un Estado miembro distinto del de establecimiento. Esta Directiva también introduce el requisito de que las autoridades competentes de los Estados miembros de acogida y de origen intercambien información relativa a la acción disciplinaria o a las sanciones penales adoptadas o a cualquier otra circunstancia grave y concreta. Fuera del marco regulador, las organizaciones profesionales han promovido iniciativas de movilidad de los profesionales sanitarios, como la denominada «*Healthcare Professionals Crossing Borders*» o la iniciativa piloto sobre la tarjeta de profesional sanitario, ambas encaminadas a mejorar la disponibilidad de información en los casos en que se ponga en duda la profesionalidad. Será necesario seguir observando el avance de estas iniciativas.

¹¹ Reglamento (CEE) n° 1612/68 del Consejo, de 15 de octubre de 1968, relativo a la libre circulación de los trabajadores dentro de la Comunidad.

¹² Reglamento (CEE) n° 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad; Reglamento (CEE) n° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) n° 1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad.

La libre circulación de los estudiantes y trabajadores ayuda a lograr que los profesionales de la salud vayan adonde más necesarios sean. No obstante, se desplazan por diversos motivos: para mejorar sus oportunidades de carrera y formación o para buscar mejores condiciones de salario y trabajo. La movilidad puede afectar —positiva o negativamente— a las disparidades en los países y entre estos. En este contexto, hay Estados miembros que estarían poco inclinados a arriesgarse a invertir en la formación de más profesionales sanitarios si la retención del personal y el rendimiento de esa inversión son deficientes.

Lo que ha de hacerse en respuesta a los efectos de la creciente movilidad no es adoptar normativa que restrinja la libre circulación de los estudiantes y trabajadores, sino más bien abordar los problemas a través de las políticas apropiadas y de forma coordinada con las autoridades de la UE y los otros Estados miembros. Por tanto, ante la movilidad cada vez mayor de la mano de obra, los responsables de su gestión a nivel local o nacional pueden tener que revisar la adecuación de sus políticas de contratación y desarrollo profesional.

Los ciudadanos también tienen derecho a acceder a la atención sanitaria en otros Estados miembros. La propuesta de Directiva sobre atención sanitaria transfronteriza tiene por objeto garantizar que se apliquen principios comunes en la UE. Un pilar de esta Directiva consiste en aprovechar el potencial de la cooperación europea en áreas donde sea de utilidad, incluidas las regiones fronterizas, con redes europeas de referencia de centros especializados, con una red de la UE para la evaluación de las tecnologías sanitarias o con la salud en línea.

Factores que influyen y posibles áreas de acción:

- Fomentar acuerdos bilaterales entre los Estados miembros para aprovechar los posibles excedentes de personal médico y de enfermería.
- Inversión para formar y contratar a personal sanitario para alcanzar la autosuficiencia a nivel de la UE.
- Estimular acuerdos transfronterizos sobre formación e intercambios de personal, que pueden ayudar a gestionar el flujo de salida de los profesionales de la salud, al tiempo que se respeta la legislación comunitaria.
- Promover la movilidad «circular» del personal (es decir, la de quienes se desplazan a otro país para formarse o adquirir experiencia y más tarde regresan a sus países de origen con nuevos conocimientos y aptitudes).
- Crear un foro o una plataforma a escala de la UE para que los responsables de la gestión intercambien experiencia.

4.5. Migración del personal sanitario a escala mundial

La escasez de personal sanitario es un fenómeno mundial, pero el problema es muy agudo en el África subsahariana, donde ha alcanzado niveles de crisis¹³. Esta escasez se ve agravada por la mayor demanda de personal médico y de enfermería en todo el mundo desarrollado, y la competencia derivada.

La actuación en materia de salud dentro de la UE tiene también importantes implicaciones políticas para la política exterior y de desarrollo de la UE. A menos que la UE tome las

¹³ Cincuenta y siete países, de los cuales treinta y seis están en África, sufren una escasez crítica de mano de obra sanitaria.

medidas oportunas para generar y retener a sus propios profesionales de la salud en número suficiente, es poco probable que disminuya el impacto negativo de la migración en los sistemas sanitarios de los países en desarrollo¹⁴.

La Estrategia de acción de la UE relativa a la escasez de recursos humanos en el sector sanitario en los países en desarrollo¹⁵, adoptada en diciembre de 2005, y el Programa de acción europeo para hacer frente a la grave escasez de personal sanitario en los países en desarrollo (2007-2013)¹⁶, adoptado un año más tarde, reconocieron que la UE tiene la responsabilidad de tomar medidas para lograr su propio objetivo de proporcionar una atención sanitaria de alta calidad sin tener un impacto negativo en la situación de los países no pertenecientes a la UE.

La UE está promoviendo una política común de inmigración¹⁷ que incluye medidas para no socavar las perspectivas de desarrollo de terceros países exacerbando, por ejemplo, la «fuga de cerebros», sino por el contrario estimular la migración circular. Estas medidas forman parte del Planteamiento Global sobre la Migración¹⁸. Además, en 2007, la Comisión presentó una propuesta de Directiva para facilitar la admisión de inmigrantes altamente cualificados en la UE¹⁹. Una disposición de esta propuesta contempla explícitamente la contratación ética en sectores, como el sanitario, que sufren carencias de personal.

En la pasada década se elaboraron códigos de conducta para la contratación ética de personal con objeto de reducir el impacto negativo de los flujos migratorios en los vulnerables sistemas sanitarios de los países en desarrollo. El Reino Unido tiene un Código de Conducta para la Contratación Internacional²⁰, y tanto Noruega²¹ como los Países Bajos²² han publicado estrategias de mano de obra con políticas éticas que fijan límites a la contratación estatal activa o promueven la contratación de personal mediante acuerdos bilaterales. A nivel de la UE, el Comité de Diálogo Social Europeo del Sector Hospitalario, formado por la Hospeem y la FSESP, en calidad de interlocutores sociales europeos, adoptó en 2008 un «Código de conducta y seguimiento de la ética en la contratación y retención de mano de obra transfronteriza»²³, que persigue fomentar comportamientos éticos y poner freno a prácticas indefendibles en la contratación transfronteriza de personal sanitario.

La UE se ha comprometido a desarrollar un código de conducta para la contratación ética de personal sanitario procedente de terceros países, así como a adoptar otras medidas para minimizar las consecuencias negativas para los países en desarrollo de la emigración de personal sanitario a la UE, y maximizar las consecuencias positivas²⁴. La necesidad de

¹⁴ No solo emigran personas procedentes de los países en desarrollo: hay médicos y enfermeras que salen de la UE para ocupar puestos, por ejemplo, en EE.UU., Canadá, Australia y Nueva Zelanda.

¹⁵ COM(2005) 642.

¹⁶ COM(2006) 870.

¹⁷ Véase COM(2008) 359, «Una política común de emigración para Europa: principios, medidas e instrumentos».

¹⁸ Véanse COM(2006) 735 y COM(2007) 247.

¹⁹ COM(2007) 637 final. Al mismo tiempo se adoptó otra propuesta [COM(2007) 638] de Directiva, por la que se establece un procedimiento único de solicitud y un conjunto común de derechos para los trabajadores de terceros países que residen legalmente en un Estado miembro.

²⁰ www.nhsemployers.org

²¹ Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity, 2007.

²² «Working on Care» action plan, 2007.

²³ www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU-

²⁴ Parlamento Europeo: Estrategia de acción de la UE relativa a la escasez de recursos humanos en el sector sanitario en los países en desarrollo, y COM(2006) 870, Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo «Programa de acción europeo para hacer frente a la grave escasez de personal sanitario en los países en desarrollo (2007-2013)».

cumplir estos compromisos se reitera en el informe provisional sobre la aplicación del Programa de acción adoptado en septiembre de 2008²⁵.

Factores que influyen y posibles áreas de acción:

- Establecer un conjunto de principios que guíen la contratación de profesionales de la salud procedentes de países en desarrollo e introducir métodos de control.
- Apoyar el trabajo de la OMS para desarrollar un código de conducta mundial sobre contratación ética.
- Estimular la celebración de acuerdos bilaterales y multilaterales con países de procedencia y desarrollar mecanismos para apoyar la migración circular²⁶.
-

4.6. Datos para apoyar la toma de decisiones

Todos los problemas descritos plantean retos a los encargados de planificar, ofrecer y gestionar los sistemas de asistencia sanitaria. La situación se ve dificultada por la ausencia de datos e información actualizados y comparables, por ejemplo, sobre el personal sanitario que se encuentra en formación o empleado, sus especialidades, su distribución geográfica y su reparto por edad, sexo y país de procedencia. Dada la posibilidad de que las carencias en una parte de Europa repercutan en otra, la información a escala europea es importante para la planificación y prestación de servicios de salud por parte de todas las autoridades sanitarias de la UE.

En un informe elaborado en 2006 por encargo de la OMS²⁷, que incluye cinco estudios de países —Alemania, Estonia, Lituania, Polonia y Reino Unido— se constató que ninguno de ellos podía proporcionar información exacta y completa sobre los flujos internacionales de profesionales de la salud. Lo más común es medir ese flujo por los certificados que se expiden para presentación a las autoridades competentes (las «comprobaciones»). Esto da una medida anual global del número de profesionales que desean trasladarse a otro país, si bien no todos lo hacen realmente, y otros pueden solicitarlo más de una vez. Por ejemplo, el informe sobre Estonia señala que, de los 344 médicos que tramitaron certificados, solo 182 emigraron realmente.

La Comisión Europea recoge datos sobre las decisiones de reconocimiento de las cualificaciones conforme a los sistemas sectoriales de reconocimiento. Estos datos se resumen en el siguiente sitio Internet:

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm.

Los datos muestran el desplazamiento a otro Estado miembro o la intención de ejercer la profesión en él. Sin embargo, puesto que no hay más información sobre si el profesional llegó a ocupar un puesto en otro Estado miembro, se desplazó a un tercer país o volvió al país de

²⁵ SEC(2008) 2476.

²⁶ La expresión «migración circular» designa el desplazamiento de personal a otro país para formarse o adquirir experiencia, y su posterior regreso a los países de origen con nuevos conocimientos y aptitudes. Una carrera laboral negociada, de modo que la persona que regresa vuelva a un puesto y reciba un sueldo que reconozca la experiencia adquirida, podría ser un incentivo atractivo.

²⁷ Buchan, J., Perfilieva, G, *Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications*.

origen, estos datos solo pueden utilizarse como valor aproximado, a falta de información más detallada.

Otros datos de Eurostat sobre el número de profesionales sanitarios dependen de lo que recopilen los distintos Estados miembros. Estos datos están disponibles en el siguiente sitio Internet:

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_es.htm.

Además, un proyecto de la OCDE, con apoyo de la UE, sobre la migración de personal médico y de enfermería en los países de la OCDE/EU-25, está actualmente en realización y se extenderá en el futuro a otros profesionales de la salud. Este proyecto aportará información útil, pero no puede garantizar la plena comparabilidad de los datos utilizados, debido a los diversos procesos de registro y las diferencias entre Estados miembros en cuanto al grado de recopilación centralizada de datos.

La Red Europea de Migración (EMN en sus siglas inglesas)²⁸ emprendió en noviembre de 2006 un estudio de la migración gestionada en el sector sanitario en el que participaron once de sus puntos de contacto nacionales. Se constató que los datos, particularmente sobre el personal sanitario de terceros países que se encuentra en la UE, eran limitados, y a menudo estaban repartidos entre varias fuentes, incluso en el mismo Estado miembro.

Factores que influyen y posibles áreas de acción:

- Armonizar o normalizar los indicadores relativos al personal sanitario.
- Establecer sistemas de seguimiento de los profesionales de la salud.
- Mejorar la disponibilidad y comparabilidad de datos sobre el personal sanitario, en especial con objeto de determinar los movimientos exactos de determinados grupos de profesionales.

5. EL IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL PERSONAL SANITARIO

El progreso de la asistencia sanitaria depende de los avances científicos y tecnológicos. Las nuevas tecnologías tienen repercusiones en los posibles logros, y además en el modo en que se organiza y presta la asistencia sanitaria. Hoy en día, las novedades tecnológicas hacen posible que los profesionales de la salud intercambien información con más facilidad y trabajen más estrechamente unidos, mejorando los cuidados en general. Para según qué enfermedades y pacientes, la tecnología puede servir para desplazar el grueso de los cuidados desde los hospitales hacia centros de atención comunitaria y primaria, e incluso hacia los hogares de los pacientes, lo que puede hacer que mejore la calidad de vida y contribuir a un mejor uso de los recursos.

A corto plazo, una nueva tecnología como la telemedicina puede ofrecer mejor cobertura sanitaria en zonas remotas o donde el personal sanitario es escaso. Por ejemplo, hay zonas de la UE donde pueden ofrecerse servicios de diagnóstico a distancia, y este diagnóstico, basado en los resultados del cribado mediante mamografía, ayuda a mejorar el acceso y los servicios para los pacientes.

²⁸ <http://emn.sarenet.es/>

La introducción de nuevas tecnologías requiere que el personal sanitario curse una formación adecuada para utilizarlas y, en casos necesarios, participen en un reciclaje. Además, es preciso mejorar la aceptación de su uso por los profesionales de la salud, que en ocasiones pueden ver alterados métodos y estructuras de trabajo ya establecidos. La Comunicación de la Comisión titulada «La telemedicina en beneficio de los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad» propone un marco europeo para abordar algunos de estos retos.

Factores que influyen y posibles áreas de acción:

- Formación adecuada para que el personal sanitario haga el mejor uso posible de las nuevas tecnologías.
- Medidas activas para estimular el uso de nuevas tecnologías de la información.
- Garantía de interoperabilidad de las nuevas tecnologías de la información.
- Mejor distribución de las nuevas tecnologías en el territorio de la UE.

6. EL PAPEL DE LAS EMPRESAS SANITARIAS PROFESIONALES

Algunos profesionales sanitarios, como médicos, psicólogos, dentistas, podólogos, fisioterapeutas y ergoterapeutas, trabajan como empresarios que gestionan sus propias consultas o centros médicos y tienen empleados. Las políticas de la Comisión para mejorar el entorno empresarial en Europa y para apoyar y fomentar el espíritu empresarial tienen un impacto en estas actividades. Una reciente Comunicación de la Comisión, titulada «Pequeñas y medianas empresas: la clave para lograr más crecimiento y empleo. Revisión intermedia de la Política Moderna de la PYME» (4 de octubre de 2007), reconoce la importancia de la contribución de las PYME para lograr los objetivos de la Estrategia de Lisboa, a saber, estimular el crecimiento económico y crear nuevos y mejores empleos. Estas empresas pueden contribuir a consolidar el crecimiento europeo y actuar como fuerza impulsora de la innovación, el desarrollo local, la formación y el empleo, así como ayudar a mejorar el acceso a la atención sanitaria.

La iniciativa denominada «*Small Business Act*» (SBA) es un elemento clave de la Estrategia para el Crecimiento y el Empleo [véase la Comunicación «Pensar primero a pequeña escala» «*Small Business Act*» para Europa: iniciativa en favor de las pequeñas empresas – COM(2008) 394]. En ella se incluye un conjunto de principios comunes para guiar la política en materia de PYME, así como propuestas de actuación para trasladar estos principios a la práctica. Se hace hincapié en promover el espíritu empresarial, consagrar el principio de «pensar primero a pequeña escala» en la elaboración de políticas y respaldar el crecimiento de las PYME.

Factores que influyen y posibles áreas de acción:

- Animar a más empresarios a incorporarse al sector de la salud para mejorar la planificación de la asistencia sanitaria y crear nuevos empleos.
- Analizar los obstáculos a la actividad empresarial en el sector de la salud.

7. POLÍTICA DE COHESIÓN

El desarrollo del personal sanitario de la UE también está ligado a la política de cohesión. Con arreglo al marco jurídico vigente, es posible utilizar los Fondos Estructurales para desarrollar

el personal sanitario. Las directrices estratégicas comunitarias en materia de cohesión, que definen las prioridades para los Fondos Estructurales durante el período 2007-2013, contienen una sección que describe el objetivo de «ayudar a mantener una población activa sana». El Reglamento sobre el Fondo Social Europeo (FSE) de julio de 2006 [Reglamento (CE) nº 1081/2006] destaca entre las áreas prioritarias para la actuación del FSE la prolongación de la vida laboral y la mejora de la salud. En este contexto, varios Estados miembros (sobre todo los nuevos) prevén una importante inversión en la educación y formación de profesionales de la salud con la ayuda del FSE. Además, el Fondo Europeo de Desarrollo Regional va a invertir en infraestructura sanitaria unos 5 200 millones EUR. El uso efectivo de los Fondos Estructurales para mejorar las aptitudes y competencias del personal sanitario y para desarrollar la infraestructura de los servicios de salud puede contribuir eficazmente a mejorar las condiciones de trabajo y aumentar la calidad de los servicios sanitarios, reduciendo así las disparidades al respecto y consolidando la cohesión dentro de y entre los Estados miembros.

Factores que influyen y posibles áreas de acción:

- Utilizar más el apoyo ofrecido por los Fondos Estructurales para formar y reciclar al personal sanitario.
- Mejorar el uso de los Fondos Estructurales para el desarrollo del personal sanitario.
- Potenciar el uso de los Fondos Estructurales para las infraestructuras, con objeto de mejorar las condiciones de trabajo.

8. CONSULTA

La Comisión Europea invita a todas las organizaciones interesadas a pronunciarse sobre las cuestiones suscitadas en este Libro Verde, a más tardar el 31 de marzo de 2009, preferiblemente por correo electrónico a esta dirección: SANCO-health-workforce@ec.europa.eu

o por correo postal a la dirección siguiente:

Commission européenne, B-1049 Bruxelles / Europese Commissie, B-1049 Brussel - Bélgica.

A no ser que los participantes en la consulta manifiesten lo contrario, los servicios de la Comisión entenderán que están de acuerdo en que sus comentarios se publiquen, total o parcialmente, en el sitio Internet de la Comisión y se citen en los informes de análisis de los resultados del proceso de consulta.