

Demografía sanitaria en Andalucía

Diseño e implementación de una estrategia de planificación regional sobre la oferta y demanda de profesionales sanitarios

Consejería de Salud
Junta de Andalucía

CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| EL METODO DEL CASO..... | 3 |
| EL CASO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA..... | 4 |
| Caracterización de la Comunidad Autónoma de Andalucía..... | 4 |
| Modelo del Sistema Sanitario Público de Andalucía..... | 6 |
| JUSTIFICACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN..... | 8 |
| Papel de los profesionales..... | 8 |
| Desajustes históricos entre la oferta y la demanda..... | 9 |
| Misión y Valores del Sistema de Salud..... | 11 |
| LIMITACIONES DE LA PLANIFICACIÓN..... | 16 |
| Complejidad del modelo. Sistema abierto..... | 16 |
| Confusión de indicadores..... | 17 |
| Incertidumbre de las proyecciones..... | 20 |
| Estudio 2006 de necesidades de profesionales de la medicina en Andalucía..... | 26 |
| Resultados de las medidas adoptadas tras el estudio de necesidades 2006..... | 29 |
| Estudio de necesidades 2009..... | 32 |
| Andalucía comparada con el resto de España..... | 32 |
| España en Europa..... | 33 |
| Peso relativo de la actividad sanitaria privada en España según Comunidades Autónomas..... | 34 |
| Descripción de la distribución de recursos humanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía..... | 34 |
| Evolución de la tasa de profesionales de enfermería..... | 36 |
| PROYECCIONES PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS..... | 40 |
| Medicina: Conclusiones del estudio 2009..... | 43 |
| Enfermería: Conclusiones del estudio 2009..... | 44 |
| EL CONTEXTO INTERNACIONAL..... | 46 |
| 1) El incremento de plazas de estudiantes de medicina..... | 46 |
| 2) El papel de las migraciones y de la movilidad..... | 47 |
| 3) Factores que influyen en la necesidad de médicos..... | 49 |
| Crecimiento de la renta per cápita en Andalucía..... | 51 |
| Incremento poblacional..... | 52 |
| Cargas/hora de trabajo..... | 52 |
| Equilibrio con otras profesiones..... | 53 |
| PROYECCIONES A 2039..... | 54 |
| Proyección de la tasa de Médicos*/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039..... | 54 |
| Proyección de la tasa de Enfermeras/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039..... | 56 |
| CONCLUSIONES GENERALES..... | 57 |
| ALGUNAS REFLEXIONES..... | 57 |
| PREGUNTAS PARA EL ANALISIS..... | 59 |

EL METODO DEL CASO

El método del caso es la descripción de una situación concreta con finalidades pedagógicas para aprender o perfeccionarse en algún campo determinado. En nuestro caso sobre la planificación de Recursos Humanos para la Salud en los países.

El caso que a continuación se propone tiene la finalidad de que los alumnos y alumnas de forma individual y colectiva lo sometan al análisis y a la toma de decisiones.

Con ello los coordinadores del curso pretendemos que los alumnos y alumnas estudien la situación, definan los problemas, lleguen a sus propias conclusiones sobre las acciones que habría que emprender, contrasten ideas, las defiendan y las reelaboren con nuevas aportaciones.

La situación se presenta mediante un material escrito **que podrá verse completado mediante una videoconferencia con el autor del mismo.**

El caso que a continuación se expone refleja el ejercicio de planificación de Recursos Humanos de la Salud realizado en Andalucía por la autoridad sanitaria desde el año 2002 hasta la actualidad. Ha sido redactado a partir de una presentación en un contexto académico efectuada por parte de D. José Luis Rocha Castilla, Secretario General de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El esquema de presentación, la totalidad de los gráficos, tablas y figuras, así como las conclusiones y reflexiones que aquí se exponen han sido obtenidos de citada presentación.

Queremos agradecer a la Consejería de Salud la redacción de este caso, así como su autorización para ser usado en este contexto académico con el objetivo de facilitar la capacidad de planificación de los equipos de gobierno en los países.

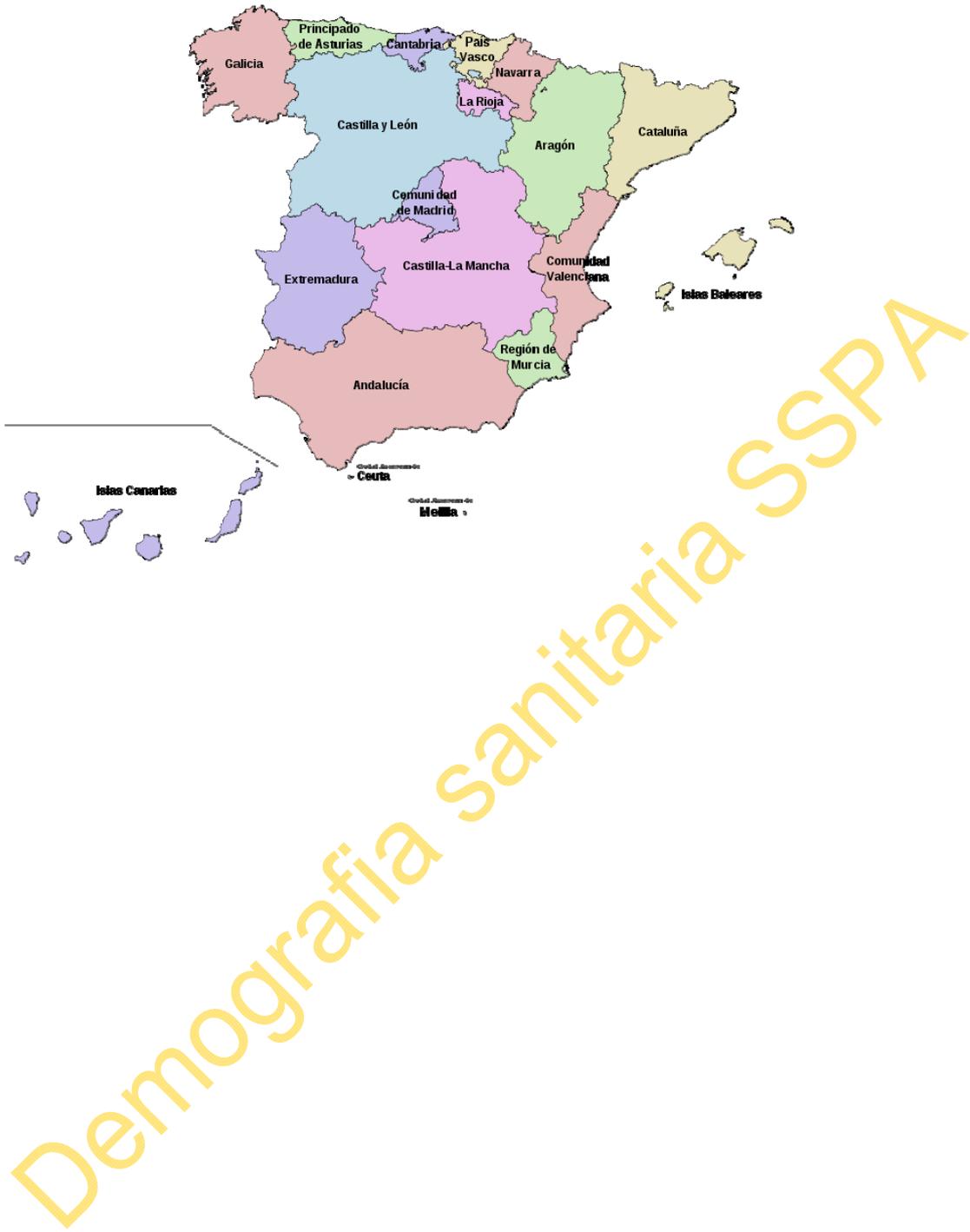
Cualquier inexactitud o error técnico que pueda aparecer en este informe no es responsabilidad de la Consejería de Salud.

EL CASO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Caracterización de la Comunidad Autónoma de Andalucía

España es, desde la Constitución de 1978, uno de los países europeos con mayor descentralización política y administrativa, hasta el punto de considerarse su organización territorial como “cuasi” federal. Algunas de las políticas más importantes, como la sanidad o la educación, están transferidas en su práctica totalidad a los gobiernos regionales, reservándose el Gobierno de la Nación el establecimiento del marco general y algunas competencias específicas. Así, la Ley General de Sanidad, promulgada por el Parlamento de la Nación en 1986, constituye el marco básico por el que se conforma, a partir del derecho constitucional del acceso a la atención sanitaria, el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España como un sistema universal, gratuito, financiado por impuestos y articulado en dos niveles: atención primaria y atención especializada. Al transferirse a las regiones las responsabilidades y los recursos sobre la salud y la atención sanitaria, el SNS español viene a conformarse por la suma de los sistemas sanitarios regionales. El Gobierno de la Nación continúa siendo responsable del marco general, que establece a través de leyes de carácter básico, como por ejemplo la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, lidera los órganos de coordinación como el Consejo interterritorial del SNS y mantiene alguna competencia específica como por ejemplo sanidad exterior, o medicamentos.

La Comunidad Autónoma de Andalucía, con 8.3 millones de habitantes, es la más poblada de las 17 comunidades o regiones y 2 ciudades autónomas que constituyen el estado español. Desde el año 1984 tiene transferidas por parte del gobierno central las competencias en materia de salud.



Modelo del Sistema Sanitario Público de Andalucía

La Consejería de Salud es el Departamento de la administración pública regional responsable del diseño y desarrollo de la política de salud andaluza y dirige los organismos encargados de la gestión y prestación de los servicios sanitarios en Andalucía. El gobierno del Sistema de Salud es responsabilidad exclusiva de la región.

Andalucía alcanzó la titularidad de las competencias sanitarias con la promulgación de su Estatuto de Autonomía, desarrollado a través de un proceso de transferencias de competencias sanitarias desde el Estado español a la Comunidad Autónoma y complementado a su vez con un proceso de integración de redes asistenciales públicas dependientes de otras Administraciones con implantación en Andalucía

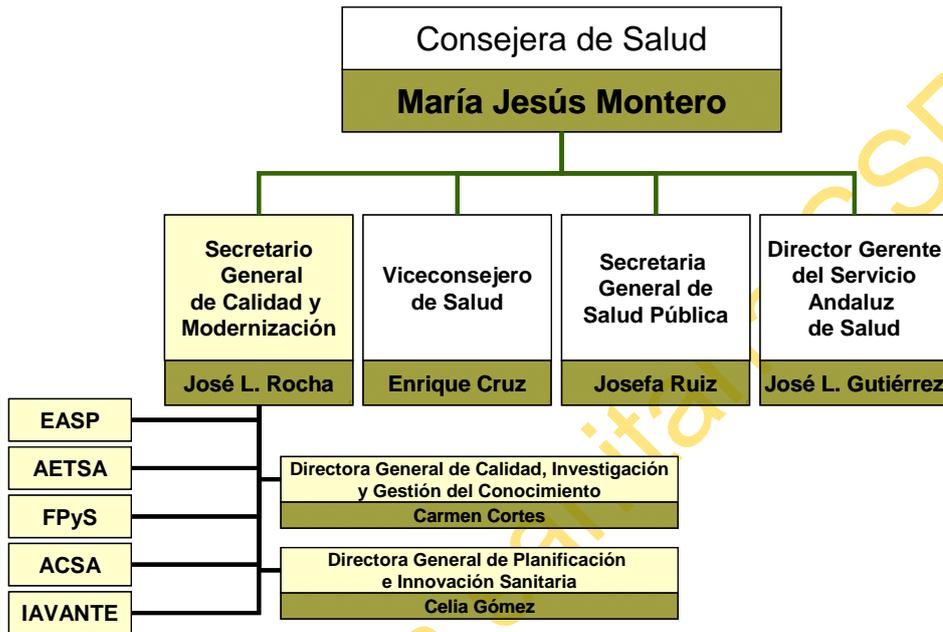
De esta forma, el gobierno regional, denominado “Junta de Andalucía” ha dado pleno contenido a lo expresado en el Estatuto de Autonomía, gestionando en la actualidad la práctica totalidad de los recursos sanitarios públicos de la Comunidad, con la excepción de los recursos sanitarios dependientes del Ministerio de Justicia (Instituciones penitenciarias) y Ministerio de Defensa (Hospitales Militares), con lo que se mantienen sendos acuerdos de colaboración para la mejor utilización conjunta de los recursos sanitarios.

La Consejería de Salud es, en la actualidad, el Departamento que gestiona, directa e indirectamente, el mayor volumen de recursos presupuestarios de la Administración Autónoma (algo más de un tercio), con un volumen de trabajadores en torno a los 100.000 entre los diferentes Organismos y Empresas públicas responsables de la prestación de servicios sanitarios y una implantación de la red asistencial que cubre la totalidad de los núcleos poblacionales de Andalucía.

Esta situación condiciona que el Sistema Sanitario Público de Andalucía sea no sólo una extensa red de servicios a la población, sino también un factor generador de riqueza que contribuye, significativamente, al crecimiento económico y al empleo en Andalucía, manteniendo, a la vez, uno de los pilares básicos de nuestro Estado de Bienestar como elemento de solidaridad y cohesión en nuestra sociedad.

La financiación se realiza a través de los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma.

La provisión de la atención sanitaria pública se realiza a través de 44 hospitales, 1506 centros de salud y 8 centros regionales de transfusiones sanguíneas, que en su mayor parte componen un organismo autónomo denominado Servicio Andaluz de Salud (SAS). El SAS es directamente dependiente de la Consejería y su Director tiene rango de Viceconsejero.



Hay además otras 3 unidades directivas con este rango, la Viceconsejería propiamente dicha, la Secretaría General de Salud Pública y la Secretaria General de Calidad y Modernización. Esta última tiene funciones de evaluación, diseño y planificación estratégica con el fin de impulsar la modernización del sistema sanitario.

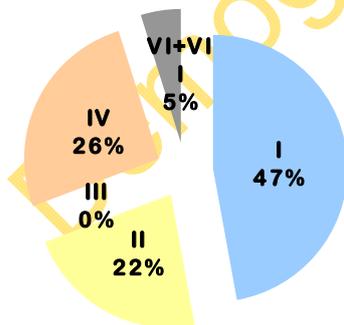
JUSTIFICACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

Antes de describir la experiencia de Andalucía, sería conveniente hacer una breve reflexión sobre la conveniencia de la planificación de los recursos humanos en el sector sanitario frente a la opción de la autorregulación. A nuestro juicio hay tres razones que justifican la necesidad de planificación de profesionales

- El papel esencial de los profesionales en la provisión de la atención
- Los graves desajustes históricos de oferta-demanda derivados de la ausencia de planificación
- La necesidad de preservar la oferta y valores del Sistema Público de Salud

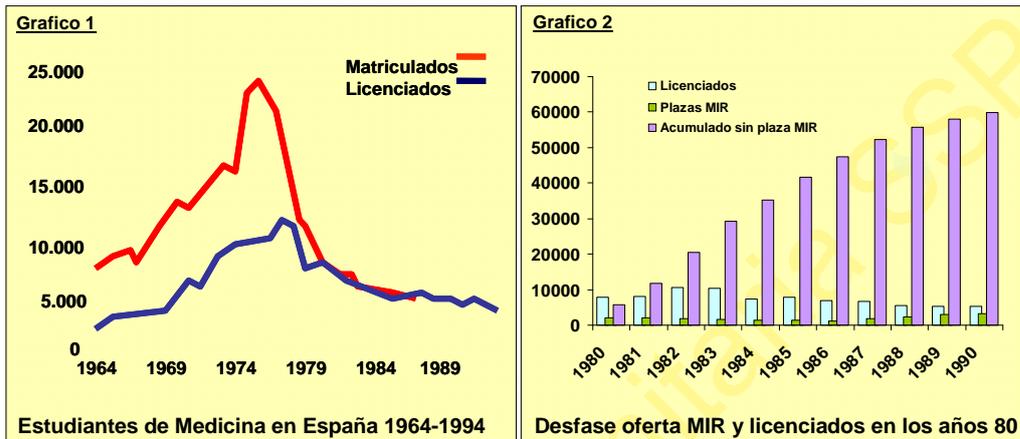
Papel de los profesionales

Es evidente que los profesionales sanitarios son la clave de la provisión de servicios de salud. Incluso desde una perspectiva meramente económica, los gastos de personal son sistemáticamente el capítulo más elevado de los presupuestos de todos los sistemas de salud. En el caso de Andalucía representan casi el 50% del gasto sanitario total, situado en 9.782 M € en el presupuesto del año 2010. Parece difícil asumir que el principal capital de una organización no sea objeto de una planificación adecuada y minuciosa.



Desajustes históricos entre la oferta y la demanda

Necesidad de Planificación: Desfases en España en los años 80 y 90



En España en las últimas décadas no puede decirse que haya existido un proceso serio de planificación de los RHS. En ello han influido diferentes factores, entre ellos la autonomía las Universidades con respecto a las decisiones sobre formación médica y las limitaciones del poder político para su abordaje global. Por otro lado la formación de especialistas dependía fundamentalmente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. La Comisión de cada especialidad, es decir los propios especialistas decidían qué número de especialistas debían formarse a nivel nacional. Ello llevó a una completa desconexión entre el número de plazas ofertadas para alumnos de medicina o enfermería, las plazas de las distintas especialidades y las necesidades reales del Sistema Sanitario o del conjunto de la sociedad.

Esta falta de planificación implicó que, por ejemplo en el año 1975, casi 25.000 estudiantes iniciaran la carrera de medicina y que en torno a 12.000 fueron los que finalmente finalizaron esta formación (una tasa de fracaso académico superior al 50%). Además de ser un número claramente excesivo para las necesidades de la sociedad española de la época, esta selección inadecuada acarrea sin duda un coste mayor del propio proceso formativo.

Además, la entrada de España en la Comunidad Europea en la década de los 80 motivó que se modificaran las normas nacionales para la práctica de la medicina, de forma que, para el ejercicio de la profesión, era necesario estar en disposición de un título de especialista. Como se visualiza en el gráfico 2, se produjo un severo desajuste entre número de licenciados (hasta 12,000 anuales) y las plazas de formación de especialistas médicos (1000-1200). Esto se tradujo en una acumulación de médicos sin especialidad y por tanto sin posibilidad real de incorporarse al mercado laboral. Por esta causa, al comienzo de la época de los 90 alrededor de 60.000 médicos estaban en desempleo, a pesar de que existía déficit en algunas especialidades, que produjo situaciones no infrecuentes de desempeño de una actividad sin estar en posesión del título oficial de especialista (los llamados MESTOS). El resultado de esta ausencia de planificación puede considerarse catastrófico: excesivo número de alumnos, elevada tasa de fracaso académico, insuficiente número de plazas de formación especializada, déficit de profesionales en algunas especialidades, elevado número de profesionales en paro y con escasas perspectivas de acceso al mercado laboral por carecer de especialidad y situaciones anómalas de desempeño profesional.

La presión social fue tan alta que, finalmente, las facultades restringieron fuertemente el acceso mediante el *numerus clausus*, limitando el acceso a las facultades de medicina a unos 4800 alumnos anuales a mediados de los años 80. Este número ha permanecido estable hasta 2005. Es decir que, incluso la lógica reducción de alumnos antes mencionada se debió a un análisis reactivo ante una situación de colapso. Se redujo el número de estudiantes por el número excesivo de profesionales que había en ese momento, pero no se hizo un análisis de las posibles necesidades futuras provocadas por cambios tecnológicos, epidemiológicos y otros.

De hecho, hasta finales de los años 90 son muy escasas las referencias en la literatura especializada sobre necesidades de médicos u otros profesionales en España, y no hemos podido documentar antes de esa fecha ningún proceso riguroso de análisis o planificación elaborado por la administración sanitaria o por otras instituciones, que pudieran ser equivalentes por ejemplo a los informes Flexner, GMENAC o COGME en EEUU. Sí que se encuentran reseñas interesantes incluso en el S. XIX, que invariablemente aluden a un supuesto exceso de médicos, siempre desde una perspectiva del ejercicio de esa profesión. Algunas reseñas curiosas son:

- **1881:** Ángel Pulido refiere en EL SIGLO MÉDICO “*el excesivo número de médicos que vegetan en España*”
- **1913:** Las contestaciones a una encuesta realizada por la revista ESPAÑA MEDICA indicaban “*la insatisfacción de la gran mayoría de los médicos por el elevado número de los que ejercen en el país*”; considera que “*el exceso existente deprecia el título*” y que “*en nada contribuye al progreso de la ciencia médica*”.
- **1922:** La Asamblea de Médicos Titulares menciona “*el malestar social de la clase médica por el exceso de personal facultativo que anualmente sale de las facultades de Medicina*”

Puede decirse que, a pesar de la percepción social y profesional sobre la necesidad de establecer mecanismos de planificación, éstos no se desarrollaron de forma efectiva, con negativas e importantes consecuencias sociales, profesionales y laborales.

Misión y Valores del Sistema de Salud

Un aspecto esencial, que debe considerarse para abordar el proceso de planificación es la razón de ser, el marco de valores y el propio modelo de sistema sanitario. Así, un contexto de un sistema sanitario como el de Andalucía, de carácter universal, público, accesible, gratuito, basado en atención primaria de salud y con vocación de extensión a todo el territorio determina que se tomen unas decisiones en planificación y que se obvien otras. En otros casos las prioridades y necesidades serán diferentes cuantitativa y cualitativamente. La propia orientación hacia el medio o largo plazo exige que se consideren las demandas futuras y a su vez permite modelar la planificación para que sea coherente con el desarrollo previsto del modelo sanitario, aunque no pueden obviarse, como veremos más adelante, las grandes tendencias socioeconómicas y su influencia sobre demanda y oferta de profesionales de la salud.

¿Quién debe planificar? Papel de las Comunidades Autónomas en la planificación de profesionales sanitarios

Todos los actores tienen algo que decir en el caso de la planificación. En el caso de España, la regulación de los estudios universitarios es competencia del Estado central; además las universidades tienen un alto grado de autonomía y la movilidad de los alumnos no tienen barreras regionales: cualquier estudiante español puede elegir la universidad pública donde cursará estudios en función de sus calificaciones, por lo que podría parecer que no existe ningún espacio para las regiones en esta parcela. No es así; éstas tienen competencias en materia de planificación sanitaria y por tanto pueden incidir de forma indirecta, pero muy determinante en la planificación universitaria. Aunque las Universidades deciden sus plazas de alumnos, al ser pública su financiación y proceder ésta de las Comunidades Autónomas, es clara la capacidad de influencia del Gobierno regional en la determinación de las plazas de alumnado de las profesiones sanitarias.

La capacidad es más directa en el caso de las plazas de especialista, que en España, desde 2003, se determina por las autoridades sanitarias de las regiones, pues la formación especializada se lleva a cabo en los servicios de salud regionales y es financiada por éstos. Las plazas se determinan dentro de los límites de la capacidad docente acreditada previamente en los centros sanitarios, de acuerdo con el gobierno central y previo informe de los comités nacionales de cada especialidad. Esto es importante, porque con anterioridad la capacidad de decisión era de los comités de cada especialidad y su orientación no siempre coincidía con los intereses del Sistema de Salud y de la sociedad en su conjunto.

Es crucial que la administración responsable de la provisión de servicios tenga un rol importante en la planificación, de lo contrario es fácil que se produzcan amplias divergencias entre necesidades y oferta. En Andalucía aproximadamente; 100.000 profesionales trabajan en el sistema sanitario público, de ellos 18.000 médicos y 25.000 enfermeras tituladas, por lo que es evidente la responsabilidad de la región sobre esta fuerza de trabajo y su mantenimiento en el futuro.

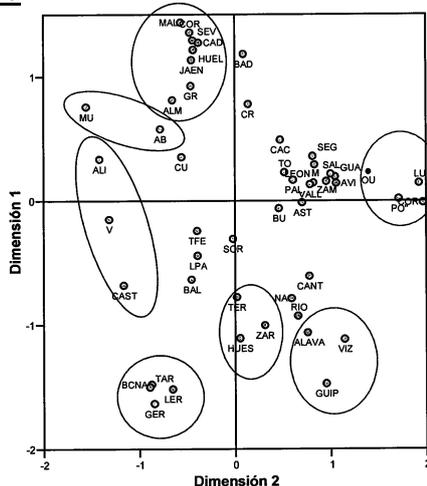
En el caso de España, la participación de las regiones en el proceso de planificación es además coherente con el modelo de descentralización política, en el que además han de tenerse en cuenta las diferencias geográficas, sociales y de orientación política, dentro del marco general establecido por las leyes básicas. Por ejemplo, en la tabla 1 se puede apreciar como la mayor apuesta sanitaria por la Atención Primaria en Andalucía ha determinado que el número de plazas para formar especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria (MF y C) sea superior, en términos relativos, a la de otras regiones que apuestan mas por un modelo basado en la atención hospitalaria.

| Tabla 1 | Nº total de plazas MIR | Plazas Medicina Familiar y C |
|------------------|------------------------|------------------------------|
| Andalucía | 1.139 | 306 |
| Cataluña | 1.124 | 281 |
| Madrid | 1.350 | 238 |

Una razón adicional es la regionalización efectiva del mercado laboral. Aunque el mercado de trabajo en España no tiene límites territoriales formales, el ejercicio de esta opción personal ha llevado a una regionalización *de facto*. Se ha comprobado que la mayoría de los estudiantes que se forman en Andalucía, hacen la especialidad en Andalucía y quieren trabajar en Andalucía. Eso se puede observar en el grafico 3.

Análisis de correspondencias entre la provincia de residencia y la provincia donde se hace el MIR (2003-2004)

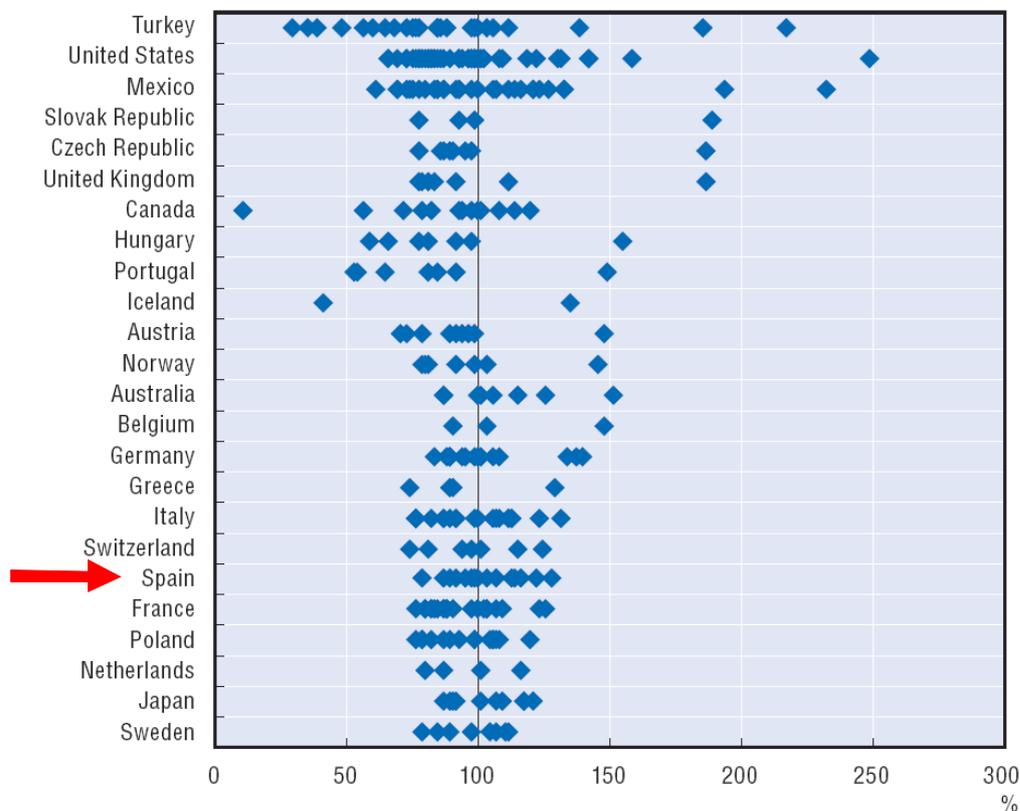
Grafico 3



Variaciones entre Comunidades Autónomas en relación a los recursos humanos

Aunque algunas voces asocian la descentralización regional con un mayor riesgo de desigualdad de la distribución de recursos en el conjunto del país, la realidad parece que desmiente ese temor. La descentralización en el caso de España no ha implicado una mayor variación en la densidad del número de médicos, sino al contrario. En el gráfico 4 se puede observar como las variaciones regionales en España, modelo altamente descentralizado, son semejantes que en el caso de Francia que puede

Gráfico 4 Regional variations in physician density
Percentages of national average, 2004



citarse como un paradigma en el modelo de centralización de los servicios de salud

Con independencia de la distribución de roles y la necesaria participación de diferentes agentes, una de las claves para que exista un proceso de planificación razonablemente construido es que exista un órgano político responsable del proceso. En el caso de Andalucía se decidió regular explícitamente este papel por la norma que distribuye las responsabilidades y competencias dentro del Gobierno regional, el llamado “Decreto de estructura”, cuyos artículos más importantes se citan a continuación:

DECRETO 171/2009, de 19 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del SAS

Artículo 6. Secretaría General de Calidad y Modernización.

1. A la Secretaría General de Calidad y Modernización le corresponden las funciones [...] siguientes:

a) La **planificación en general de los recursos sanitarios** [...]

Artículo 11. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento.

[...] le corresponden las atribuciones [...] siguientes:

m) El establecimiento de un **registro público de profesionales sanitarios** y el desarrollo de los sistemas de soporte y de los procedimientos de consulta y análisis del mismo.

n) El **estudio de la demografía de los profesionales sanitarios** de acuerdo con las necesidades de la sociedad y del Sistema Sanitario Público de Andalucía y la planificación de las medidas de adaptación a las mismas, dentro de su ámbito de competencias y en colaboración con el resto de instituciones implicadas.

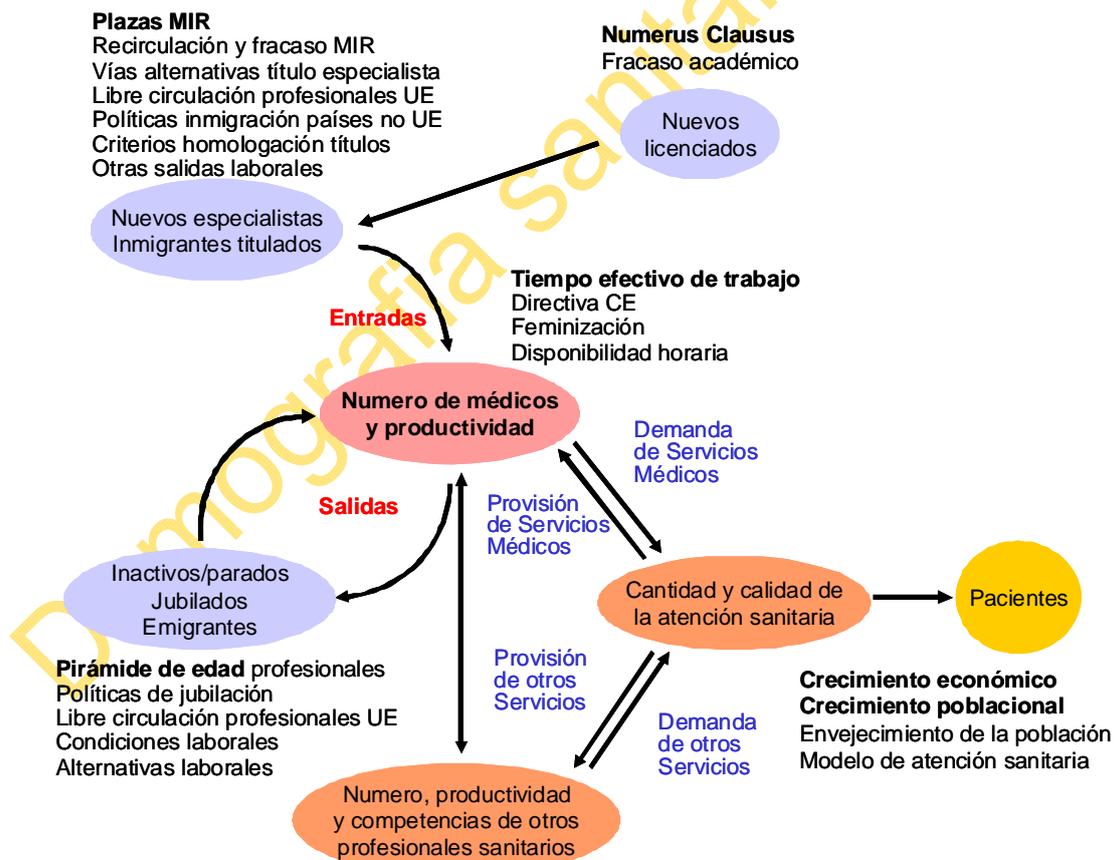
LIMITACIONES DE LA PLANIFICACIÓN

El que consideremos imprescindible un proceso riguroso de planificación, hemos de ser conscientes de las graves dificultades de esta tarea, que agrupamos en:

- Complejidad del modelo. Sistema abierto
- Confusión de indicadores y fiabilidad de los datos
- Incertidumbre de las proyecciones

Complejidad del modelo. Sistema abierto

En el gráfico que se muestra a continuación, modificado a partir de un documento de trabajo de la OCDE, se puede ver la complejidad del proceso los flujos de entrada y salida. Lo más relevante es que se trata de un modelo abierto, en el que algunos de los factores no son controlables en su totalidad, como la migración profesional o las



alternativas laborales, aunque otros dependen directamente de la acción política. En este contexto, una de las claves es contemplar todas las posibles situaciones laborales de los profesionales sanitarios, pues de lo contrario la perspectiva será incompleta. No

es raro observar aproximaciones que sólo consideran, por ejemplo, los profesionales del sistema sanitario público. A la hora de analizar los recursos y planificar es absolutamente imprescindible considerar, además de las necesidades del sector público, el sector privado, pero también, aunque pueda tener un carácter más residual hay que considerar el porcentaje de profesionales médicos que no van a ejercer en



labores asistenciales, dedicándose a labores investigadores, docencia, gestión, o a trabajar en otros sectores no relacionados. Todo ello se intenta recoger en el gráfico adjunto.

Confusión de indicadores

Aunque a priori pueda suponerse que las comparativas entre indicadores responden a siempre a los mismos datos, una de las causas más frecuentes de análisis erróneos es precisamente la comparación inadecuada entre cifras que representan a diferentes grupos de los que acabamos de describir. Un elemento fundamental para el planificador es precisar los indicadores de medida y su alcance exacto

Densidad de Médicos por 100.000 habitantes – año 2008

En la tabla vemos que el número absoluto de médicos en España y Andalucía y la tasa por 100.000 habitantes puede variar si nos referimos a médicos totales, activos o que trabajan en el Sistema

| | Andalucía | | España | |
|-----------------------------|---------------|------------|------------|----------------|
| | Número | Tasa | Tasa | Numero |
| Total* | 35.716 | 436 | 467 | 213.977 |
| No jubilados* | 32.887 | 399 | 429 | 198.119 |
| Activos (practising) | 26.959 | 329 | 325 | 144.379 |
| SSPA/SNS (ETC/WTE) | 18.194 | 222 | 227 | 104.598 |

→ Públicos y privados. Solo con atención directa a pacientes. Incluye MIR y extranjeros. Excluye desempleados, jubilados y médicos que trabajan en puestos no relacionados con pacientes: inspección, salud pública, gestión

→ Solo Sistema Público. No incluye MIR, inspección médica, salud pública ni gestión. Incluye Empresas Públicas. No incluye Consorcio ni centros concertados (sería 227). ETC es un estándar de comparación internacional (equivalente a tiempo completo)

Público. En España se ha alimentado durante años la creencia de que el número de médicos era muy superior al resto de la UE. Sin embargo ese dato, siendo numéricamente correcto, no lo era en la dimensión que se manifestaba. La razón es que la fuente estadística que se utilizaba era el registro del colegio profesional que incluía a los médicos jubilados, desempleados, que se comparaba, erróneamente, con el dato de médicos activos en otros países europeos. Naturalmente, el número total de médicos es mayor que el de médicos activos, pero ambos indicadores no son comparables. Sólo desde 2001 se diferencian en los registros de los colegios profesionales los médicos jubilados de los que no están. Por si ello no fuera suficiente, los médicos colegiados no representan bien los médicos activos y en España no existen estadísticas rutinarias fiables de médicos activos. Sólo en 2007 el Ministerio de Sanidad, a partir de de fuentes de datos del sector económico-laboral y de datos del sistema sanitario público ha hecho una estimación razonablemente fiable del número de médicos en activo, que es la que figura en la tabla anterior y que reduce en un 25% la tasa de médicos por 100.000 habitantes sobre el dato del colegio profesional y más de un 30% sobre la cifra total que incluye los jubilados, lo que explica por qué se situaba a España entre los países con mayor número de médicos. También ha ocurrido que en ocasiones se han comparado los datos del sector público con los totales, que incluyen el sector privado.

Además, hay que tener en cuenta que para que los datos sean comparables tienen que medir lo mismo: Según con que fines, se emplea el número de efectivos (“contar cabezas”), lo que es especialmente apropiado para conocer la oferta de profesionales, o el número de puestos equivalentes a tiempo completo (aunque puedan estar ocupados por más de un profesional), por ejemplo para saber los recursos que dedica un sistema de salud. Debe señalarse que un puesto de trabajo no tiene por qué ser ocupado por un solo profesional, pues han de tenerse en cuenta los permisos, bajas, trabajos a tiempo parcial, etc. Como se verá más adelante, determinadas tendencias generales, que apuntan a una reducción de la disponibilidad en horas de trabajo efectivo, pueden causar que se necesiten más médicos para cubrir los mismos puestos de trabajo.

Número de Enfermeras y Densidad por 100.000 habitantes

En el caso de la enfermería ocurre algo parecido, aunque la confusión suele ser aún mayor, ya que el término enfermera (nurse) en la literatura internacional incluye auxiliares de enfermería y enfermeras tituladas universitarias. Sin embargo, en España y Andalucía este término se entiende referido exclusivamente las enfermeras tituladas. Por ello al comparar los datos con las fuentes internacionales hay que tener en cuenta este aspecto, que puede suponer hasta la mitad de los efectivos de enfermería.

| | Andalucía | | España | |
|--------------------------|---------------|------------|------------|----------------|
| | Número | Tasa | Tasa | Número |
| DE Total* | 40.973 | 500 | 546 | 250.139 |
| Nurses OMS 2007** | 57.836 | 760 | 768 | 315.200 |
| Nurses 2008 | 66.085 | 806 | | |
| DE SNS 2003 | 22.226 | 292 | 277 | 118.532 |
| DE SNS 2008 | 25.311 | 309 | | |

→ Solo incluye Diplomadas en Enfermería. Incluye jubilados

→ Incluyen Diplomadas en Enfermería, Auxiliares de enfermería, residentes y otro personal como auxiliares dentales y matronas

→ Solo DE en SNS. No incluye auxiliares de enfermería ni residentes. No incluye consorcio ni centros concertados

Con estas consideraciones, frente al tópico que señala que España dispondría de menos de la mitad de enfermeras que la media europea, la realidad es que la cifra española de enfermeras esta muy próxima al promedio europeos.

Uno de los elementos que han aflorado con más claridad en España después de los análisis más recientes es la necesidad de disponer de registros de profesionales más completos, precisos y actualizados que los registros colegiales, por lo que actualmente se está en proceso de creación de un registro nacional a partir de los correspondientes registros de cada Comunidad Autónoma.

En conclusión

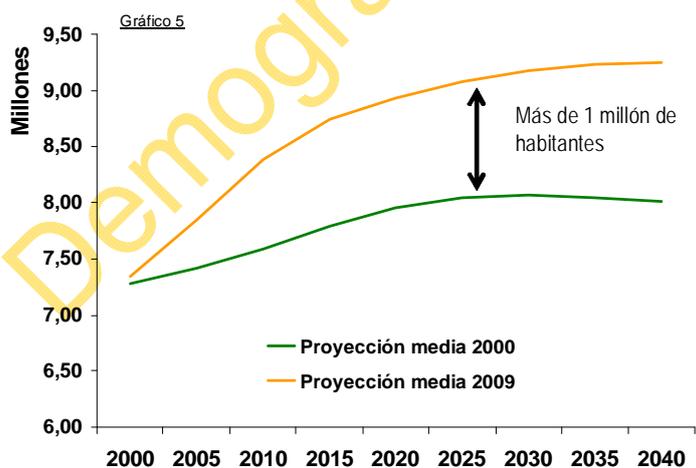
- Es fundamental a la hora de abordar el proceso de planificación que se conozca con claridad la definición y construcción del indicador o indicadores a utilizar y sus homólogos en las bases de datos internacionales.
- Es importante contar con datos fiables y automatizados a ser posible

Incertidumbre de las proyecciones

Una de las características más importantes en la planificación de RHS es que las medidas más relevantes sólo tienen impacto en el medio y largo plazo. Desde que se genera una nueva plaza en la facultad de medicina hasta que se dispone de un médico especialista formado, en el caso de España, han transcurrido como mínimo 10 a 11 años: 6 años en la facultad de medicina y 4 años, como mínimo, que dura la formación como especialista. En el caso de enfermería es algo menos aunque puede llegar a 6 años con la introducción de las especialidades. Eso obliga por un lado a mantener este proceso en el tiempo y a estimar escenarios de demanda con notable incertidumbre por el tiempo que ha de transcurrir hasta que se alcancen. Por citar un ejemplo en este sentido: ¿cómo estará la tasa de natalidad –y por tanto la necesidad de matronas y obstetras- dentro de 15 años?

En este contexto, uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta son las previsiones del crecimiento poblacional, pues su impacto sobre la necesidad de profesionales es evidente, pero su fiabilidad puede ser baja. En el caso de Andalucía, un estudio muy solvente del instituto de estadística, llevado a cabo en el año 2000 a partir de las curvas de población de las décadas anteriores, estimó que la población de

Previsión de crecimiento poblacional en Andalucía



Andalucía (que entonces era de poco más de 7 millones) apenas alcanzaría los 8 millones de habitantes en el año 2025 para después estabilizarse en torno a esa cifra. Sin embargo, cambios en las tendencias migratorias llevaron a que esta cifra se

alcanzase mucho antes, en el año 2005, y continúe creciendo. Si se comparan las proyecciones que se hicieron en el año 2000 de las hechas en el año 2009 la diferencia es de más de 1 millón de habitantes. Esta cifra, aplicada a las necesidades

de médicos implicarían una necesidad de 5.000 médicos más que los existentes de acuerdo a las tasas promedio de España o Europa.

Por ello es imprescindible actualizar la planificación cada 2 o 3 años pues los datos pueden ir cambiando de forma sustancial como demuestra el caso andaluz.

Experiencia nacional e internacional

Si en términos generales es importante conocer la experiencia nacional e internacional en este campo, en el caso de Andalucía lo era aún más por la ausencia de una experiencia propia previa de planificación.

Quizás uno de los aspectos de lo que más se puede aprender es de los errores de planificación o de los pronósticos errados, de los que proporcionaremos algún ejemplo.

Así, en EEUU en los años 70 el GMENAC previó que en 1995 habría un notable

EXHIBIT 1
Trends In U.S. Physician Supply And Projections, Selected Years 1980–2000

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Active allopathic physicians | 379,893 | 438,659 | 470,688 | 551,647 | 642,877 |
| Active osteopathic physicians | 17,620 | 24,014 | 30,924 | 35,720 | 41,121 |
| Residents and fellows | 62,042 | 75,411 | 92,080 | 96,252 | 95,725 |
| Total active physicians | 459,555 | 538,084 | 593,692 | 683,719 | 779,723 |
| GMENAC supply projection | - | 535,750 | - | 642,950 | - |
| U.S. resident population (thousands) | 227,016 | 237,729 | 249,231 | 262,571 | 282,124 |
| Active physicians per 100,000 population | 202 | 226 | 238 | 260 | 276 |

EXHIBIT 3
Trends In International Medical Graduates (IMGs), Selected Years 1980–2000

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 |
|--|--------|---------|---------|---------|---------|
| Active allopathic IMGs | 83,571 | 101,211 | 110,617 | 131,819 | 155,629 |
| IMGs in allopathic residency/fellowship training | 11,424 | 12,837 | 13,496 | 22,552 | 22,419 |
| Total IMG physicians | | | | | |
| Number | 94,995 | 114,048 | 124,113 | 154,371 | 178,048 |
| Per 100,000 population | 42 | 48 | 50 | 59 | 63 |

SOURCES: For allopathic physicians and residents, American Medical Association, *Physician Characteristics and Distribution in the U.S., 2002–2003 Edition*, Table 5.9. For population estimates, see Exhibit 1.

Trends in the Physician Workforce, 1980-2000.
Salsberg ES, Forte GJ. *Health Affairs* 2002; 21:165-173

exceso de médicos considerando que la tasa idónea estaría en torno a 180 por 100.000 habitantes. Por ello, se limitó la entrada de médicos extranjeros y el acceso a las facultades. En 1995 había 683.719 médicos, dato muy cercano aunque algo mayor al previsto, a pesar de la reducción mencionada en estudiantes de medicina. ¿Qué sucedió? Las previsiones de la oferta no habían fallado, lo que sucedió es que en el proceso de planificación no se estimó adecuadamente el gran aumento de la demanda que se iba a producir en las décadas siguientes que supondría una tasa de 260 médicos/100.000 habitantes, más de un 40% superior a la estimada. Al limitarse el acceso a la formación de estudiantes americanos finalmente el déficit se fue ocupando con médicos extranjeros. Aunque no es fácil imaginar qué necesidad de médicos puede haber 20 años después, lo cierto es que se tomó como referencia la necesidad percibida del momento en que se realizó la previsión, cuando, como veremos después en el estudio de Cooper, en al menos los últimos 100 años, la tasa de médicos ha ido creciendo invariablemente por encima de la renta per cápita, por lo que debió suponerse una necesidad de médicos superior.

Otro ejemplo que merece la pena conocer es el estudio sobre la situación en España que realizó a finales de los 90 por encargo de un sindicato médico y que se publicó en

Too Many Physicians Trained in Spain

Xavier Bosch, MD

BARCELONA—“To study medicine at present in Spain implies a considerable risk of not practicing, since unemployment affects 22% of physicians, and it will increase in the future if public administrations do not adopt urgent, hard adjustment measures to balance the supply and the demand,” warns a report analyzing in detail the labor market for physicians in Spain.

The report, released recently by the Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) and coordinated by Alan Maynard, PhD, a professor of health economics at York University in England,

is causing concern because of its dire forecasts.

The report states that Spain currently has the most physicians in Europe. On December 31, 1998, there were 111 076 physicians—a rate of 3.5 per 1000 people. This rate is considerably higher than in other European Union (EU) countries such as France (2.5), and Germany (2.7).

YOUNG AND UNWANTED

The report committee found that 78% of Spanish working physicians are younger than 46 years. Most are aged 41 to 45 years, while less than 20 000 are older than 50 years. These factors, to-

gether with the usual (but not mandatory) retirement age of 70 years—and the sometimes even later retirement—have resulted in a de facto generational cap, blocking access to employment for newly graduated physicians.

About 24 000 physicians (22% of the total) are currently unemployed in Spain, with the lack of job opportunity affecting mainly those younger than 30 and more women than men. Some 88% of physicians younger than 30 are unemployed, and most have not carried out any professional activity since they became qualified to practice.

A particularly disturbing aspect of the situation is that an increasing number

©1999 American Medical Association. All rights reserved.

JAMA, September 15, 1999—Vol 282, No. 11 1025

CESM 1999

- Excesivo numero de Médicos
- Medidas drásticas:
 - Cierre facultades
 - Modelos UK o Portugal

CESM 2004

- Insuficiente numero de Médicos
- Incremento de plazas pre/post
- Limitar emigración
- Distribución y Planificación

JAMA. Aunque este fue el primer estudio serio de planificación realizado en España, los datos empleados contenían graves errores y no eran comparables con las referencias de otros países, pero el principal sesgo era que el análisis básicamente se centraba en la situación en el momento del estudio y no en las previsiones de futuro, dando por hecho que los aspectos más relevantes no iban sino a acentuarse en años posteriores. En él se concluía que en España existía un excesivo número de médicos y que había que tomar medidas drásticas, limitando aún más el acceso a las facultades de medicina, incluso se planteaba la posibilidad de cerrar varias de las existentes. Ninguna de esas recomendaciones se llevó a cabo por la administración, que venía entonces incrementando las plazas de formación especializada, antes muy restringidas. El estudio identificaba como modelo a imitar el Reino Unido. Sólo unos pocos años después comenzaron a ser evidentes los síntomas de déficit de médicos en España, que ya antes habían aparecido en el Reino Unido, donde se requirieron importaciones masivas de profesionales extranjeros. De hecho el mismo sindicato en el año repitió 2004 el estudio y llegó a las conclusiones contrarias que sugería el primero. Así, si en el año 2000 España hubiera adoptado las medidas que se proponían por el sindicato médico, la situación de déficit en los años posteriores habría sido mucho peor y las perspectivas para la próxima década serían de dificultad extrema para cubrir las necesidades de médicos. Planificar supone analizar los datos actuales, predecir su evolución de mantenerse inalterada la situación de hoy, imaginar el escenario deseado u óptimo de acuerdo a nuestros conocimientos y tomar decisiones para hacer que el futuro se aproxime al diseño deseado. El primer estudio de CESM no fue en realidad un ejercicio de planificación para el futuro sino un conjunto de recomendaciones de acuerdo con los elevados datos de desempleo médico que en esos momentos existían sin tener en cuenta otras posibilidades de futuro, como los cambios en la demanda de acuerdo con el crecimiento de la población y la renta *per capita*. Como en el caso norteamericano, la insuficiencia de la oferta local motivó en España el incremento de la atracción sobre profesionales foráneos, especialmente de Iberoamérica. Así lo demuestra el incremento de títulos de médico y de médico especialista homologados en España entre 2003 y 2008 que se

muestra en la tabla, de forma que en solo 5 años se ha duplicado la homologación de

| | 2003-04 | 2004-05 | 2005-06 | 2006-07 | 2007-08 | % 03-08 |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| TÍT. LICENCIADO HOMOLOGADOS | 2.611 | 2.756 | 2.810 | 3663 | 5.383 | 106 % |
| TÍT. ESPECIALISTA HOMOLOGADOS | 288 | 415 | 551 | 577 | 702 | 144 % |

títulos de licenciados en medicina y en el caso de especialistas aumentan en un 150%.

Tras la revisión de estos datos se puede ver como las decisiones que no contemplan un análisis profundo y estimaciones a largo plazo generan “dientes de sierra” en la oferta profesional con alternancia de medidas muy restrictivas con otras muy expansivas, en vez de establecer escenarios previsibles y relativamente estables con ajustes suaves y periódicos.

La sensibilización progresiva de la sociedad provocó que el Ministerio de Sanidad español encargara un estudio de necesidades de médicos especialistas a una de las principales expertas en esta materia en España, la profesora B. GONZALEZ LOPEZ-VALCÁRCEL, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y miembro del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad de España. Este exhaustivo estudio se publicó en 2007, se ha actualizado en 2009 y que contempla proyecciones a largo plazo para cada especialidad.

LA PLANIFICACIÓN EN ANDALUCÍA

Planificación de profesionales en Andalucía desde las Instituciones Públicas

El primer estudio elaborado en Andalucía por la Administración sanitaria data de 2002.

Estudios en España

- 2007: La necessitat de metges en el sistema sanitari català. Causes i solucions. Departament de Salut
- 2007: Oferta y necesidad de especialistas médicos en España [2006-2030]. MSC
- 2009: Oferta y necesidad de especialistas médicos en España [2008-2025]. MSC

Analizaba la distribución de las plazas de formación de especialidades médicas en relación con las necesidades a 5 y 10 años del Sistema sanitario público. Hasta el año 2003, como se refirió anteriormente, la decisión del número de especialistas que se formaba dependía exclusivamente de la Comisión Nacional de cada Especialidad. La autoridad sanitaria aprobaba en última instancia lo planteado. A partir del año 2003 el informe de la Comisión Nacional de especialidades adquiere exclusivamente carácter consultivo, debe ser escuchado por la autoridad sanitaria de las comunidades autónomas pero son estas últimas quienes deciden. En el caso de Andalucía a esto se le dio una importancia primordial, partiendo del análisis iniciado en 2002. Se realizó un estudio exhaustivo de la distribución de las especialidades, observándose como esta distribución no correspondía con las necesidades reales del Sistema Sanitario. En algunas especialidades se estaban formando hasta el doble de especialistas que se iban a requerir pudiendo llegar previsiblemente a un exceso y en otras, por el contrario, existía un déficit muy acusado que se acentuaría en el futuro.

Estudios en Andalucía

- 2002: Análisis de las necesidades de Formación Especializada SSPA.
- 2004: Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SAS.
- 2006: Análisis de las necesidades de Formación Especializada en el SSPA 2010-2015.
- **2006: Estudio de necesidades de médicos especialistas en Andalucía 2006-2035.**
- **2009: Estudio 2009-2039 de necesidades de profesionales sanitarios en Andalucía.**
- 2010: Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SAS.

Esta situación se corresponde con diferentes visiones corporativas: determinados colectivos de especialistas, sobre todo del ámbito quirúrgico, tienden a limitar el número de plazas de forma que este tipo de profesional llega a ser escaso y

por tanto muy “cotizado”. Otras sin embargo, especialmente las especialidades emergentes del ámbito médico, aspiran a contar con un gran número de efectivos por entender que de esta forma presionan en el mercado de trabajo y pueden generar nuevas necesidades.

El análisis de las necesidades de formación especializada de 2002 detectó por varias especialidades que eran deficitarias no tanto por el número de plazas disponibles para la formación, sino porque, debido al sistema de cobertura de las mismas, un porcentaje importante de las plazas disponibles quedaban vacantes. De ahí que una de las primeras propuestas fuera poner en marcha el “cupo autonómico”. Aunque la oferta de plazas para formación de especialistas tiene carácter nacional, Andalucía solicita un mecanismo que corrija este problema para las especialidades más deficitarias. El Ministerio de Sanidad accedió y estableció por primera vez el cupo autonómico para Andalucía en la nueva oferta de plazas para el acceso a la formación sanitaria especializada en 2005. Con esta iniciativa se trataba de asegurar un número mínimo de plazas en formación de las especialidades sujetas a cupo en todas y cada una de las Comunidades Autónomas que las hubieran ofertado. De esta forma se buscaba completar en su totalidad las plazas ofertadas para especialidades críticas.

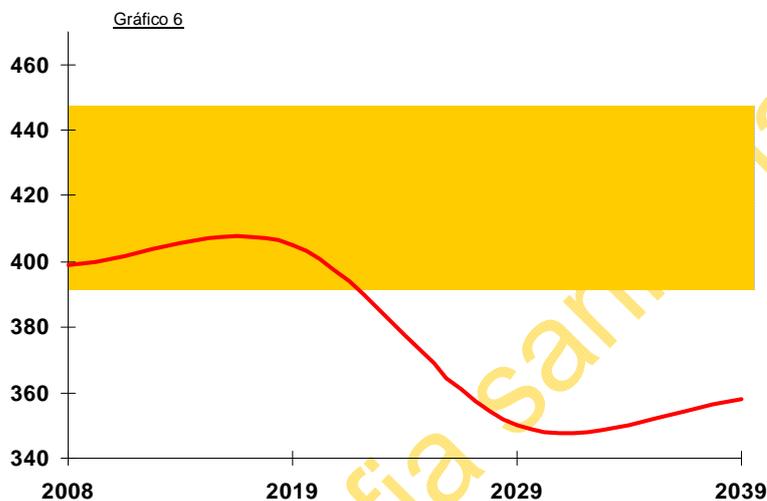
Estudio 2006 de necesidades de profesionales de la medicina en Andalucía

En 2006 se realizó en Andalucía el primer estudio integral de necesidades de profesionales médicos. Los datos del estudio de 2002 tenían limitaciones por el propio diseño del mismo y en esos momentos estaba aflorando con mayor intensidad la necesidad de médicos por la dificultad de cobertura de determinados puestos, mas acusado en las zonas más desfavorecidas: áreas rurales y remotas.

Puesto que más adelante vamos a ver con mayor detalle el estudio de 2009, no profundizaremos en la metodología de éste, destacando únicamente las conclusiones más importantes. Desde una perspectiva global (ver curva de proyección), se pone de manifiesto que, aunque la tasa de médicos/100.000 habitantes en Andalucía estaba en el momento del estudio dentro del rango europeo, se puede anticipar una caída de

esta tasa a partir de 2015 que alcanzaría su máximo en 2030, lo que viene a ser, de acuerdo a los parámetros actuales, un 20% de médicos menos de los que se requerirían. Si se considera que ya en ese momento se observaban dificultades de contratación en determinadas especialidades y puestos, no es difícil de imaginar las dificultades de cobertura de un escenario con un número significativamente menor de médicos especialistas.

Proyección de la tasa de Médicos*/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039



* Se emplea la tasa de médicos no jubilados

A continuación se resumen las conclusiones y propuestas de 2006:

Conclusiones

- Existe actualmente un **déficit selectivo** de médicos en determinadas especialidades, puestos y áreas. No puede hablarse de déficit en términos absolutos.
- Este déficit selectivo se ve agravado por el incremento de la demanda, el envejecimiento de plantillas, los efectos sobre jornada laboral de la Directiva CE sobre tiempo de trabajo (limita el tiempo de trabajo máximo y por tanto exige mas profesionales para cubrir los mismo puestos), los efectos de la feminización de la profesión y otros

- Hay una previsión de **déficit importante** absoluto entre 2015 y 2025 si no se introducen cambios significativos en la oferta y demanda.

Medidas propuestas

- Mejorar la información: crear un Registro de Profesionales
- Aumentar el reclutamiento:
 - ↑ alumnos de Medicina hasta 1.100/año desde las 880 de 2005
 - ↑ plazas MIR hasta 1.100 anuales desde la 879 de 2005
- Reforzar la fidelización de los profesionales sanitarios a través de medidas como:
 - Reducir el empleo temporal y los contratos de baja calidad
 - Desarrollar y aplicar carrera profesional como elementos de estímulo
- Impulsar la redistribución de tareas y actividades:
 - Aplicar incentivos a puestos penosos y áreas remotas
 - Optimizar periódicamente la distribución de las plazas MIR
 - Incrementar el peso relativo de Atención Primaria de Salud y enfermería incrementado sus ámbitos competenciales
- Efectuar reanálisis periódicos: La experiencia norteamericana y de otros países ponen de manifiesto la necesidad de realizar periódicamente los estudios e ir comprobando el cumplimiento o no de las previsiones y tendencias.

Algunas de las medidas propuestas dependían en exclusiva de las decisiones de la Administración sanitaria regional, pero otras requerían actuaciones de otras instituciones regionales o nacionales, y en todo caso iba a ser necesario contar con la participación de sindicatos, asociaciones y colegios profesionales.

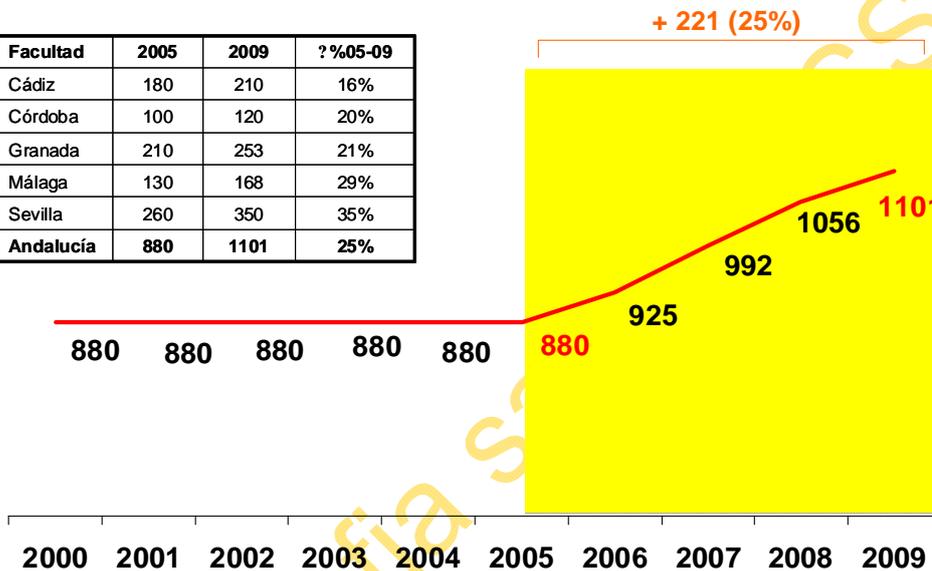
Cinco años después de aquel estudio podemos ver qué ha sucedido con alguna de las principales propuestas, como el número de nuevos alumnos de medicina, el número total de plazas de formación de médicos especialistas (MIR) o la distribución de estas plazas en las especialidades con mayor déficit previsto en la siguiente década:

Resultados de las medidas adoptadas tras el estudio de necesidades 2006

Podemos comprobar en la gráfica y la tabla como se ha producido un Incremento de alumnos en las facultades de medicina de Andalucía en un 25% hasta alcanzar los 1.100 alumnos anuales, que era la propuesta realizada.

Plazas de nuevos alumnos de Medicina en Andalucía

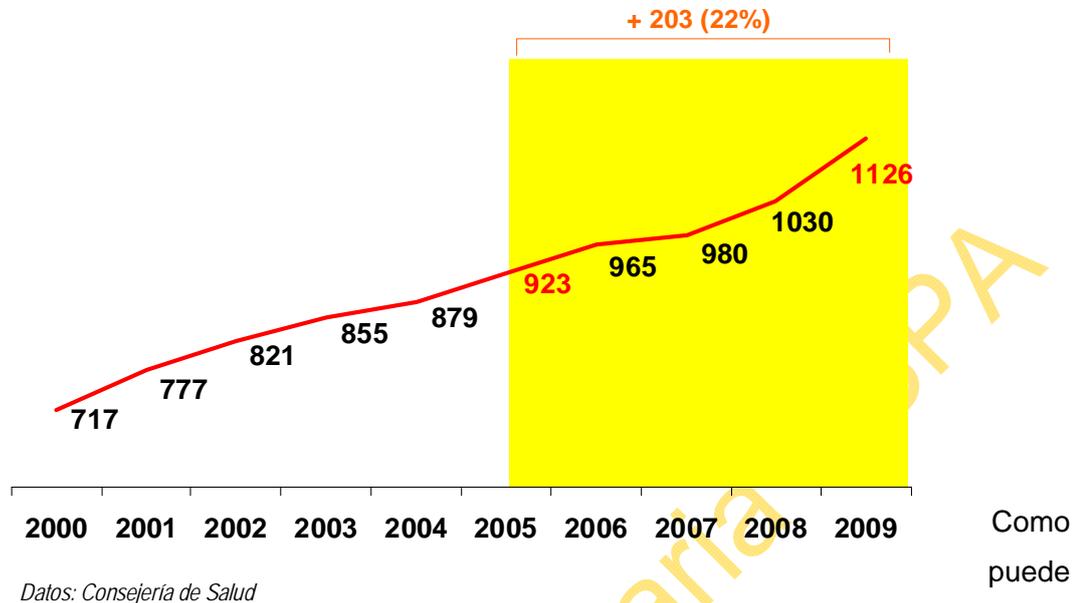
| Facultad | 2005 | 2009 | %05-09 |
|------------------|------------|-------------|------------|
| Cádiz | 180 | 210 | 16% |
| Córdoba | 100 | 120 | 20% |
| Granada | 210 | 253 | 21% |
| Málaga | 130 | 168 | 29% |
| Sevilla | 260 | 350 | 35% |
| Andalucía | 880 | 1101 | 25% |



Datos: Ministerio de Educación

De igual manera, se ha generado un incremento medio del número de plazas ocupadas por especialistas en formación en los centros sanitarios de Andalucía en un 22%, superando igualmente el objetivo de 1.100 plazas.

Plazas MIR ocupadas en Andalucía



Incremento de plazas MIR anuales en especialidades deficitarias

| Especialidad | 2001 | 2008 | Incremento |
|------------------------------------|------|------|------------|
| Anestesia | 31 | 40 | 29 % |
| Cirugía Cardiovascular | 2 | 6 | 200 % |
| Cirugía General y de Ap. Digestivo | 12 | 28 | 133 % |
| Cirugía Ortopédica y Traumatología | 23 | 29 | 26 % |
| Cirugía Pediátrica | 0 | 4 | n/a |
| Cirugía Torácica | 3 | 4 | 33 % |
| Hematología y Hemoterapia | 9 | 17 | 89 % |
| Neurocirugía | 1 | 6 | 500 % |
| Otorrinolaringología | 9 | 12 | 33 % |
| Obstetricia y Ginecología | 30 | 47 | 57 % |
| Oftalmología | 8 | 21 | 163 % |
| Pediatría y áreas específicas | 46 | 57 | 24 % |
| Radiodiagnóstico | 10 | 32 | 220 % |
| Urología | 7 | 12 | 71 % |

Datos: Consejería de Salud

Incremento medio: 65%

verse en la tabla siguiente, este incremento es muy superior en las especialidades consideradas como deficitarias: si el crecimiento global de plazas de especialista en

formación fue de un 22%, el promedio de crecimiento en las 20 más deficitarias fue de un 65%.

En resumen las **Actuaciones en relación con las Medidas propuestas** fueron:

- Información: Se creó el Registro de Profesionales a través de un Decreto, aunque su puesta en marcha se ha retrasado por un conflicto legal con el Colegio de Médicos (finalmente favorable a la administración)
- Reclutamiento: se alcanzaron los objetivos previstos
 - ↑ alumnos de Medicina hasta 1.100/año
 - ↑ plazas MIR hasta 1.100 anuales
- Fidelización:
 - Se ha reducido el empleo temporal por mecanismos de oferta estable.
 - Se ha desarrollado y aplicado el modelo de carrera profesional se ha aplicado con retribuciones adicionales por niveles
- Redistribución:
 - Se han creado y aplicado incentivos económicos para los puestos penosos y áreas remotas, de forma que los cupos de personas asignadas en las áreas remotas se han reducido un 20% o si se mantienen igual que la de un compañero que trabaja en el ámbito urbano la retribución por este capítulo (no la global) se ha aumentado en el mismo porcentaje. Se están analizando incentivos relacionados con la selección y movilidad laboral (prioridad para acceder a otras plazas), pero este apartado es más complejo, porque el marco legislativo nacional dificulta el tratamiento diferencial de estos puestos de trabajo. Se han introducido elementos que al menos de forma transitoria favorecen la estancia en ámbitos rurales.
 - Optimización periódica plazas MIR: se ha efectuado un análisis anual de la distribución de plazas de especialistas en formación, cambiando el mapa de distribución de especialidades de forma progresiva y significativa, reforzando las plazas deficitarias y reduciendo las excedentarias.
 - Incremento peso relativo AP y enfermería. Se ha iniciado toda una estrategia para el incremento de las competencias de enfermería. Un ejemplo es la puesta en marcha a finales del año 2009 de una línea de

prescripción enfermera. No todas la enfermeras pueden acceder a esta responsabilidad, sólo aquellas con una formación adicional. En estos momentos hay más de 1.600 enfermeras que han realizado casi 60.000 prescripciones. También se esta tratando de recuperar o ampliar as competencias en cirugía menor ambulatoria, en urgencias y emergencias o en cuidados paliativos.

- Reanálisis periódico: Fruto de esta propuesta es el siguiente estudio que se hace en el 2009

Estudio de necesidades 2009

Este es el último estudio global realizado en Andalucía hasta la fecha, estando prevista una nueva versión a finales de 2011. En el se incluyen las necesidades de médicos en el sector publico y se contemplan también las del sector privado. De la misma forma y por primera vez se aborda el estudio de necesidades de enfermería y, complementariamente se revisan los datos de otras profesiones sanitarias, aunque en este caso sólo de forma superficial.

Andalucía comparada con el resto de España

Como indicador de medida se utilizan los médicos y enfermeras **en activo**. Si comparamos a Andalucía con el resto de las Comunidades Autónomas españolas tanto la tasa de los médicos en activo como los que trabajan en el sistema sanitario público son muy similares.

Densidad de Médicos en Andalucía por 100.000 habitantes – año 2008

| | Andalucía | | España | |
|-----------------------------|---------------|------------|------------|----------------|
| | Número | Tasa | Tasa | Numero |
| Total* | 35.716 | 436 | 467 | 213.977 |
| No jubilados* | 32.887 | 399 | 429 | 198.119 |
| Activos (practising) | 26.959 | 329 | 325 | 144.379 |
| SSPA/SNS (ETC/WTE) | 18.194 | 222 | 227 | 104.598 |

→ Públicos y privados. Solo con atención directa a pacientes. Incluye MIR y extranjeros. Excluye desempleados, jubilados y médicos que trabajan en puestos no relacionados con pacientes: inspección, salud pública, gestión

→ Solo Sistema Público. No incluye MIR, inspección médica, salud pública ni gestión Incluye Empresas Públicas. No incluye Consorcio ni centros concertados (sería 227) ETC es un estándar de comparación internacional (equivalente a tiempo completo)

Datos: elaboración propia a partir de INE, Gerhonte, EESCRI, SICESS y MSPS

*Difieren de los datos INE porque se han estimado los médicos no colegiados en ejercicio

En el caso de enfermería ocurre algo parecido, tanto si se consideran sólo las enfermeras diplomadas como si se observa el total de personal de enfermería

Número de Enfermeras en Andalucía y Densidad por 100.000 habitantes

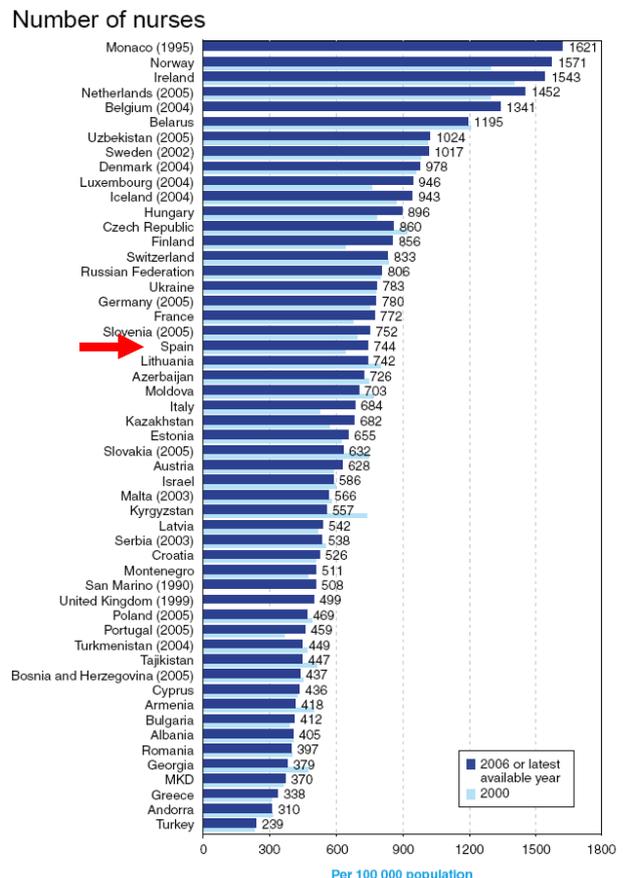
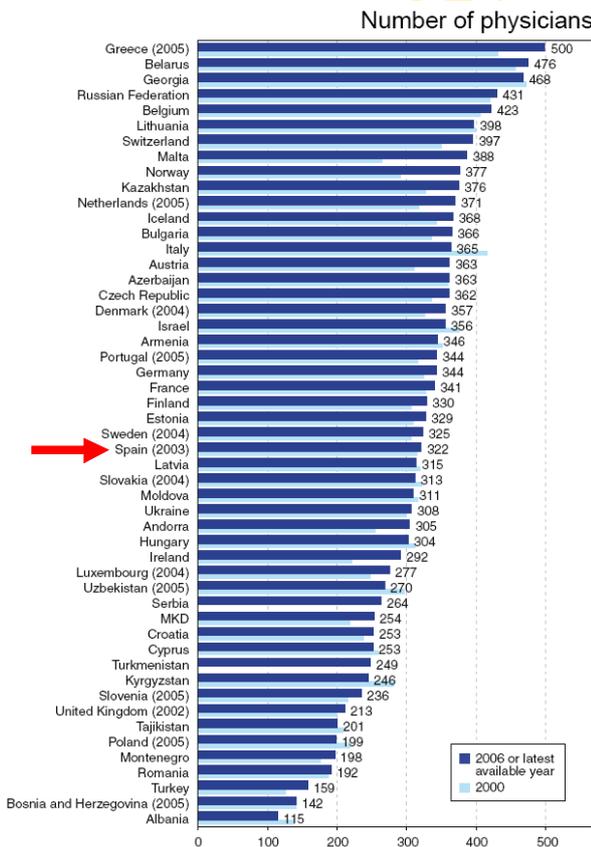
| | Andalucía | | España | |
|--------------------------|---------------|------------|------------|----------------|
| | Número | Tasa | Tasa | Número |
| DE Total* | 40.973 | 500 | 546 | 250.139 |
| Nurses OMS 2007** | 57.836 | 760 | 768 | 315.200 |
| Nurses 2008 | 66.085 | 806 | | |
| DE SNS 2003 | 22.226 | 292 | 277 | 118.532 |
| DE SNS 2008 | 25.311 | 309 | | |

→ Solo incluye Diplomadas en Enfermería. Incluye jubilados
→ Incluyen Diplomadas en Enfermería, Auxiliares de enfermería, residentes y otro personal como auxiliares dentales y matronas
→ Solo DE en SNS. No incluye auxiliares de enfermería ni residentes. No incluye consorcio ni centros concertados

* Datos 2008 estimados a partir de colegiación
 ** Datos del informe OMS-2007 que corresponden en España a 2003
 Datos de España a partir de INE y MSPS

España en Europa

Usando datos oficiales de organismos internacionales, la posición relativa de España con respecto al resto de Europa en lo que se refiere a número de médicos y de enfermeras se sitúa en la media de los países del entorno.



Peso relativo de la actividad sanitaria privada en España según Comunidades Autónomas

El estudio incluye las necesidades del sector privado. En el caso de Andalucía el peso del sector privado es mucho menor al de otras regiones españolas, aunque la tendencia es creciente en los últimos años.

| | Nº de asegurados particulares (excluye AAPP) | % sobre población |
|------------------|--|-------------------|
| Andalucía | 268.557 | 3,6% |
| Cataluña | 1.146.399 | 17,6% |
| Madrid | 511.062 | 9,2% |
| C. Valenciana | 414.450 | 9,6% |
| País Vasco | 245.990 | 11,7% |
| España | 3.219.797 | 7,7% |

Descripción de la distribución de recursos humanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía

Se analizaron también los ratios de personal sanitario en las instituciones sanitarias públicas en comparación con la media nacional y con aquellas comunidades autónomas que por volumen de población son más comparables a Andalucía (Cataluña, Madrid y Valencia)

En lo que se refiere a la atención primaria de la salud, teniendo en cuenta el número de personas asignadas a cada médico de familia, pediatra, enfermera y personal no sanitario, la razón en Andalucía es en general mejor que en otras regiones españolas (menos personas asignadas a cada profesional), salvo en el caso de la enfermería, como se ve en la siguiente tabla

Sistema Nacional de Salud: Nº de personas por profesional en AP

| | Med Fam | Pediatra | Enfermera | PNS |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| España | 1426 | 1041 | 1658 | 3091 |
| Andalucía | 1415 | 1016 | 1816 | 2733 |
| Cataluña | 1433 | 1232 | 1546 | 2547 |
| Madrid | 1571 | 1047 | 1968 | 4047 |
| Valencia | 1594 | 969 | 1777 | 3110 |

Con respecto a la razón en hospitales calculada sobre el base de camas asignadas, también se observa una mayor dotación de los centros públicos de Andalucía (mas profesionales por cada 100 camas) con respecto a la media nacional y con respecto al resto de regiones comparables antes citadas

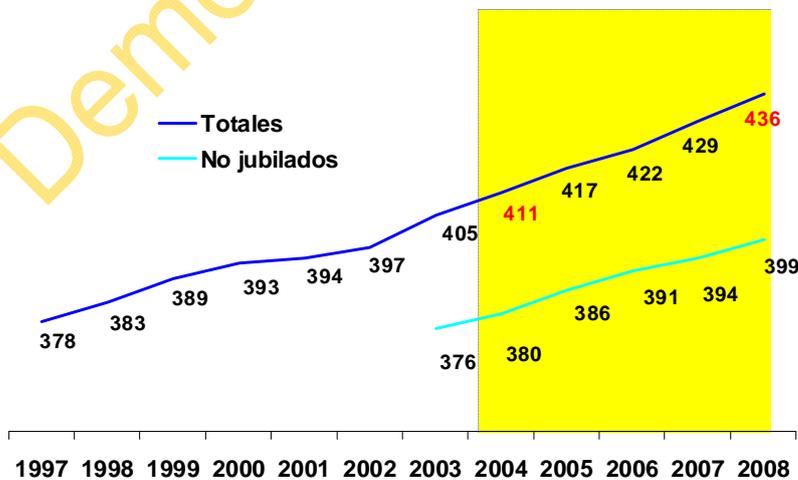
Sistema Nacional de Salud: índices de profesionales por 100 camas hospitalarias en funcionamiento. Año 2005

| | Total personal | Médicos | Enfermería | Ayudantes sanitarios | P. No Sanitario |
|-----------|----------------|---------|------------|----------------------|-----------------|
| España | 437 | 66 | 124 | 118 | 122 |
| Andalucía | 526 | 73 | 149 | 143 | 154 |
| Cataluña | 352 | 65 | 101 | 91 | 88 |
| Madrid | 509 | 66 | 140 | 143 | 151 |
| Valencia | 437 | 69 | 132 | 112 | 117 |

Evolu

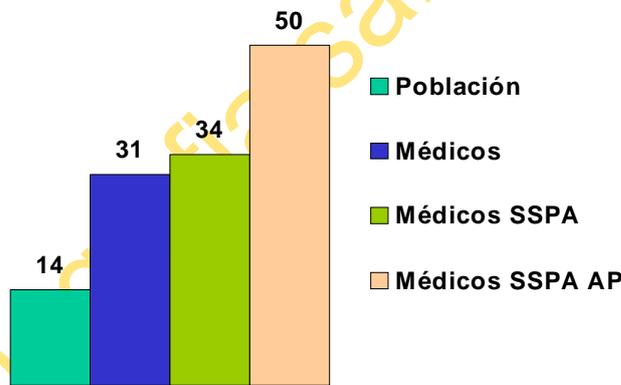
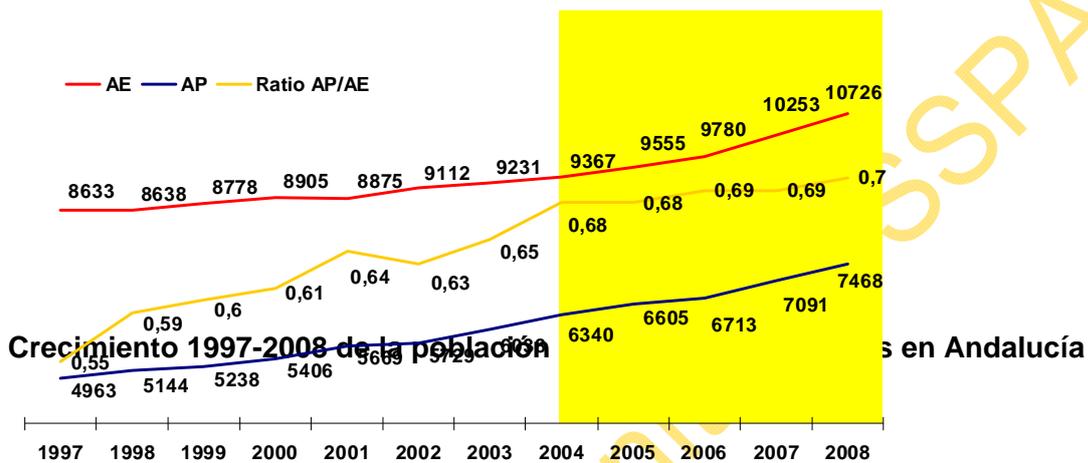
Puede observarse con claridad en la gráfica que la tasa de médicos por población sigue una tendencia creciente en la última década, tanto si se considera el indicador de médicos colegiados totales (el único disponible hasta 2003) como si se excluye a los médicos no jubilados. Este dato es relevante porque, a pesar del incremento relativo y absoluto, la percepción de déficit de profesionales es cada vez mayor (ya la constatación de la dificultad de contratación), de lo cabe deducir en principio que este crecimiento es menor que el crecimiento de la demanda de profesionales.

Tasa de Médicos en Andalucía/100.000 habitantes



Puede observarse como el peso de la Atención primaria se ha incrementado, de forma que en 2008 por cada 100 médicos que trabajan en atención especializada en el sector público hay 70 que trabajan en atención primaria, cuando 10 años antes esta razón era de 55 por cada 100

Distribución de Médicos del SSPA según niveles asistenciales

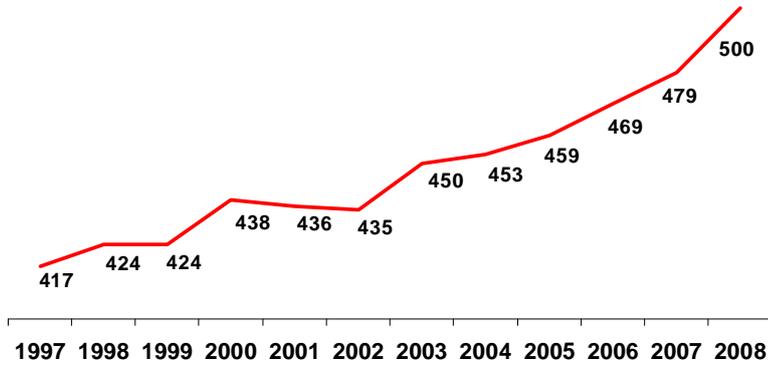


La gráfica superior viene a resumir algunos de los datos previos: en el periodo de tiempo de estudio retrospectivo, ha crecido un 14% la población un 31% los médicos, un 34% los médicos del sector público y un 50% los médicos de Atención Primaria.

Evolución de la tasa de profesionales de enfermería

En lo referente a enfermería la situaciones parecida a la situación de los médicos, tanto en el sector público como en general.

Tasa de Diplomadas en enfermería totales en Andalucía/100.000 habitantes

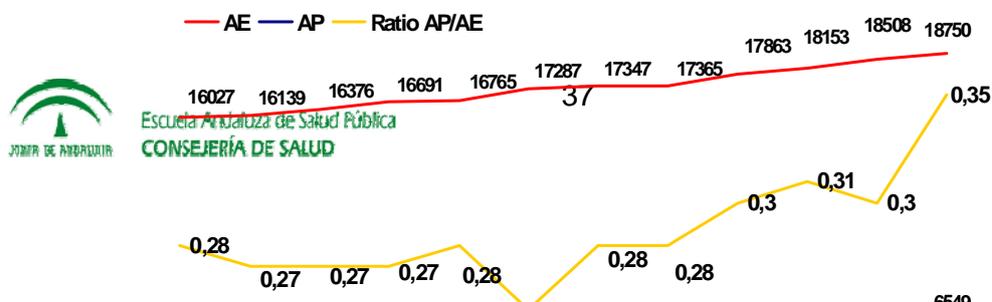


Número de Diplomadas en enfermería en el SSPA

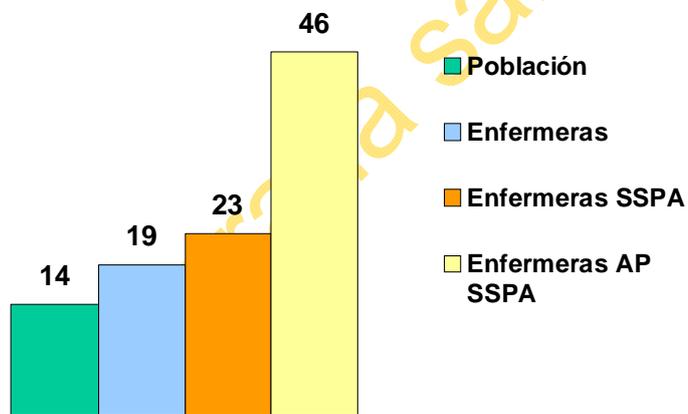


Aunque hay un crecimiento relativo de la enfermería en atención primaria con respecto a hospitales, este aumento es menor que en el caso de los médicos, entre otras razones en relación con la turnicidad en el ámbito hospitalario, aunque también hay que recordar que la dotación de enfermería en primaria en Andalucía estaba algo por debajo de la media nacional, como vimos anteriormente

Distribución de Diplomadas en enfermería del SSPA según niveles asistenciales



Crecimiento porcentual 1997-2008 de la población y el número de Enfermeras en Andalucía



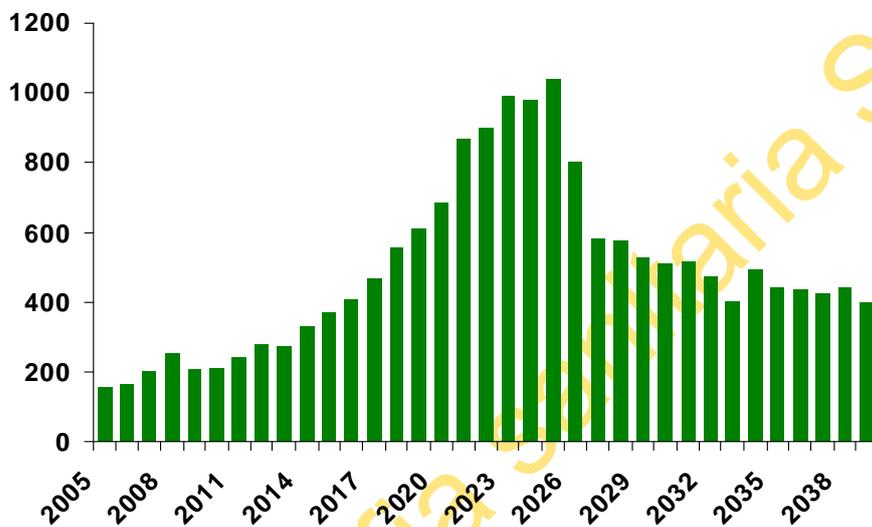
La gráfica superior viene de nuevo a resumir algunos de los datos previos: en el periodo de tiempo de estudio retrospectivo, ha crecido un 14% la población un 19% las enfermeras diplomadas, un 23% los enfermeras diplomadas del sector público y un 46% las enfermeras diplomadas de Atención Primaria.

Demografía sanitaria SSPA

PROYECCIONES PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS

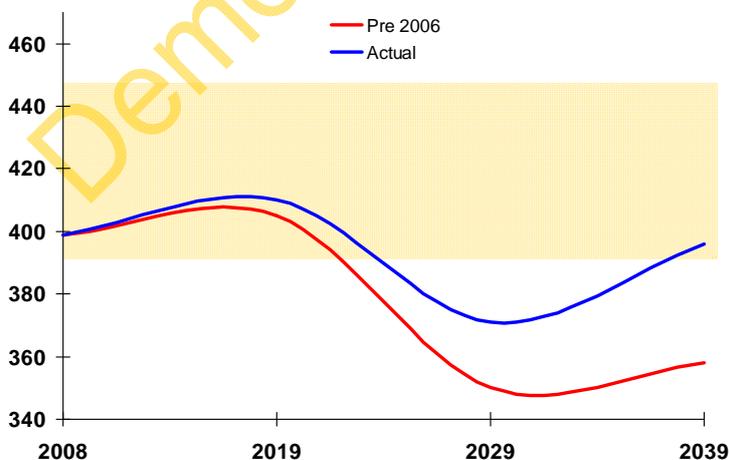
En el caso de los médicos, en los próximos años se va a producir una elevada tasa de jubilaciones, que alcanzará su máximo en torno a 2025. Esta tasa se corresponde con las jubilaciones de aquellas promociones de médicos tan numerosas de los años 70 y 80 que vimos al inicio de la presentación

Jubilaciones de médicos del SAS: proyección hasta 2039



Proyección de la tasa de Médicos*/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039

Si observamos la proyección de la tasa de médicos por 100.000 habitantes que se

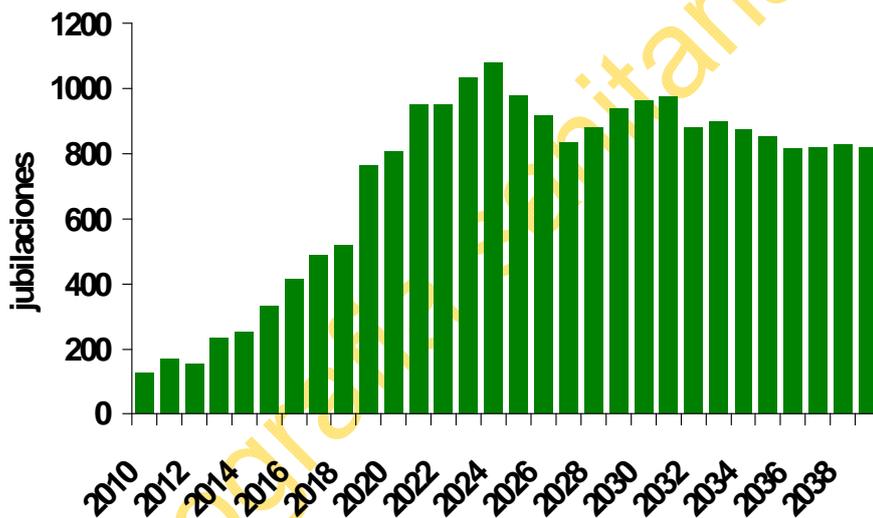


estima para las próximas décadas una vez incorporadas las medidas a partir del estudio de 2006 (la línea azul) vemos que la situación mejoraría relativamente con respecto a la previsión en las condiciones anteriores a 2006 (línea roja), pero que, aun así, durante

prácticamente dos décadas, la tasa de médicos estaría por debajo de la actual y, en el tramo más crítico, incluso por debajo de los niveles que podríamos considerar hoy día mínimos para mantener la provisión de servicios

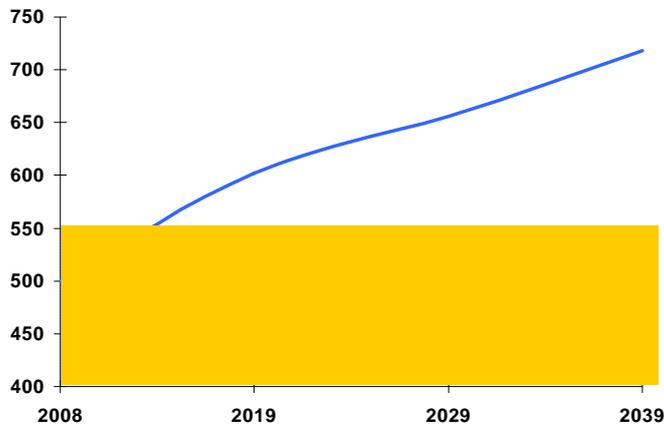
En el caso de enfermería la situación es distinta. El incremento sostenido de las jubilaciones es debido al incremento de profesionales de enfermería en el sistema de provisión de forma sostenida (por la propia expansión del sistema nacional de salud), pero no ha habido ningún periodo anómalo en el pasado que se traslade ahora al escenario de jubilaciones.

Jubilaciones de enfermeras (DE) en el SSPA: proyección hasta 2039



Ello, unido a que la tasa de formación de diplomadas en enfermería es prácticamente el doble a la de médicos, hace que la proyección de la tasa de enfermeras por 100.000 habitantes para las próximas décadas sea creciente, de forma que se superaran ampliamente las tasas actualmente existentes

Proyección de la tasa de Enfermeras/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039



Análisis Cualitativo: Especialidades médicas deficitarias a 10 años

Si atendemos a las especialidades médicas en las que prevemos déficit a 10 años vista, el mapa ha cambiado con respecto al elaborado en 2006, debido a las medidas de ajuste introducidas. *Hay que señalar que, a partir de estudios previos de flujos de profesionales, consideramos ausencia de déficit cuando el volumen de especialistas que acceden al mercado no está al menos por encima del +15% sobre las previsiones de necesidades de esa especialidad*

- En 2006 eran 20 especialidades con déficit, mientras que ahora son sólo 12. Dejan de ser especialidades deficitarias Radiodiagnóstico, Psiquiatría, Oftalmología, Obstetricia y Ginecología, Neumología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Cardiología y Aparato Digestivo. Aparece ahora como especialidad deficitaria medicina intensiva, que no constaba como tal en 2006
- El rango del déficit era mayor, incluso 6 decrecían en números absolutos, lo que ahora sólo sucede en una especialidad.
- La especialidad en 2006 Máximo urología con -17%, mientras que ahora el peor dato es el de cirugía general con -4% de especialistas disponibles con respecto a las necesidades mínimas estimadas a 10 años.

| | |
|------------------------------------|-------|
| Cirugía General y Ap. Digestivo | - 4 % |
| Pediatría | 0 % |
| Urología | 0 % |
| Medicina Intensiva | 1 % |
| Cirugía Ortopédica y Traumatología | 2 % |
| Otorrinolaringología | 2 % |
| Cirugía Pediátrica | 5 % |
| Hematología | 6 % |
| Neurocirugía | 6 % |
| Medicina Familiar y Comunitaria | 8 % |
| Anestesiología y Reanimación | 9 % |
| Angiología y Cirugía Vascolar | 11 % |

Medicina: Conclusiones del estudio 2009

En principio las conclusiones confirman las del estudio de 2006, constatan una mejoría de las proyecciones con las medidas introducidas, aunque aún insuficientes, fundamentalmente por el incremento de la población por encima de las previsiones que se detalla más adelante. En resumen, las conclusiones serían:

Actualmente

- Hay un ligero déficit de médicos en números absolutos
- Las tasas de dotación de médicos tanto globales como por especialidad en el sistema público son comparables o superiores a estándares nacionales o internacionales (no se ha mostrado este dato en este resumen en aras de la concisión)
- Persiste un déficit selectivo de médicos en:
 - Ciertas especialidades
 - Áreas remotas o puestos de especial penosidad

Agravado por diversos factores

- Incremento de la demanda
- Incremento poblacional mucho mayor del previsto
- Incremento poder adquisitivo
- Reducción "carga horaria"

- Directiva CE, Feminización, Mejoras laborales
- Alternativas laborales/patrón comportamiento

Próximos años

- Déficit moderado en varias especialidades: necesidad de ajuste regular
- Déficit total moderado atenuado por decisiones últimos años
- Empeoramiento periodo 2015-2025:
 1. Aumento notable de jubilaciones
 2. Agravado por crecimiento poblacional elevado

Para la definición adecuada de las necesidades futuras, haremos primero una incursión en la experiencia internacional y en la literatura especializada para mostrar finalmente una proyección no solo de efectivos probablemente disponibles, sino de necesidades reales de la sociedad.

Enfermería: Conclusiones del estudio 2009

En lo que se refiere a enfermería, las conclusiones en son completamente diferentes

Actualmente

- No hay déficit de enfermeras, por el contrario hay desempleo, subempleo y cierto grado de emigración laboral (no se han mostrado estos datos) frente a la inmigración médica incipiente
- El volumen de formación actual es más que suficiente e incluso podría considerarse excesivo para las necesidades actuales

Perspectivas de futuro

Estimamos que va a producirse un incremento de necesidades por:

- Incremento de población
- Punto de partida relativamente bajo en recursos
- Incremento de demanda (renta, envejecimiento...)
- Redistribución de tareas e incremento competencial (grado+especialidades)

- Posible reducción de competencias en otros campos (técnicos, auxiliares...)
- Incremento feminización
- Incremento progresivo del número de jubilaciones, aunque con escenarios estables

Al igual que con la profesión médica, para la definición adecuada de las necesidades futuras, haremos primero una incursión en la experiencia internacional y en la literatura especializada para mostrar finalmente una proyección no solo de efectivos probablemente disponibles, sino de necesidades reales de la sociedad.

Demografía sanitaria SSPA

EL CONTEXTO INTERNACIONAL

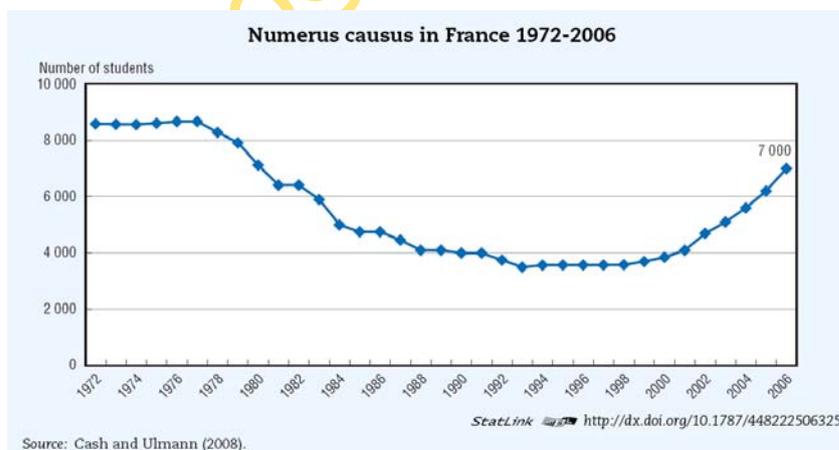
Aunque en España persiste una visión de una cierta excepcionalidad con respecto al resto de Europa o del mundo, una aproximación seria al contexto internacional pone de manifiesto que la situación en España es totalmente comparable a la mayoría de los países del entorno:

1) El incremento de plazas de estudiantes de medicina

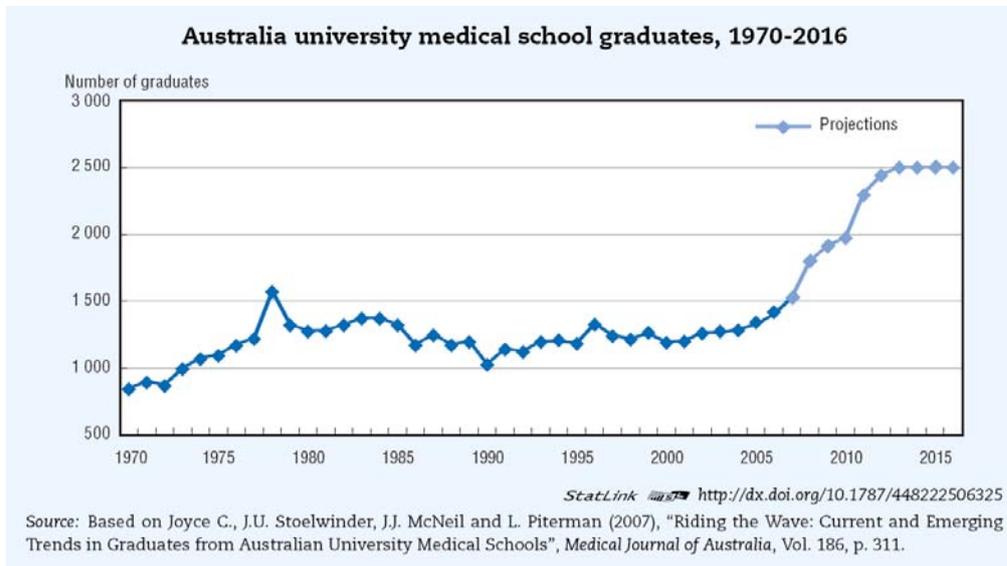
En la publicación *The Looming Crisis in the Health Workforce: HOW CAN OECD COUNTRIES RESPOND?* Se muestra que muchos países de la OCDE afrontan déficits potenciales de profesionales sanitarios en los próximos 20 años. Se prevé que la demanda de trabajadores sanitarios se incremente debido al crecimiento económico, los avances tecnológicos en la medicina y el envejecimiento de las poblaciones en la OCDE. La disponibilidad de trabajadores sanitarios se reducirá, ya que la generación del “baby boom” está comenzando a alcanzar la edad de jubilación.

Cada país de la OCDE afrontará cuatro opciones principales para reducir la diferencia previsible entre oferta y demanda de profesionales sanitarios en las dos próximas décadas: aumentar la formación [...], mejorar la retención [...], incrementar la productividad [...] y reclutar trabajadores sanitarios de otros países [...].

Por ejemplo, el caso de Francia es semejante al de España aunque el número de estudiantes no fue tan excesivo en la década de los 80.



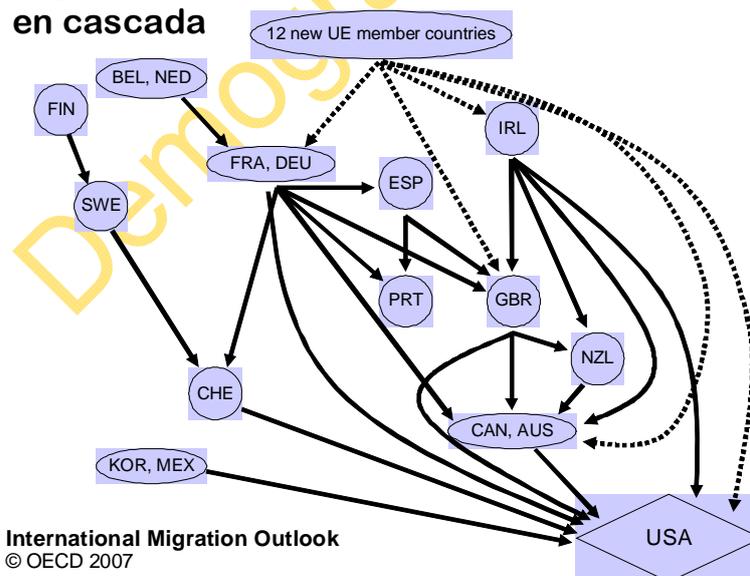
En el caso de Australia, aunque tradicionalmente los países de la Commonwealth han sido restrictivos en plazas de medicina, también ha aumentado el número de estudiantes en las facultades de medicina.



2) El papel de las migraciones y de la movilidad

Casi todos los países, en general, somos emisores y receptores de profesionales. Por

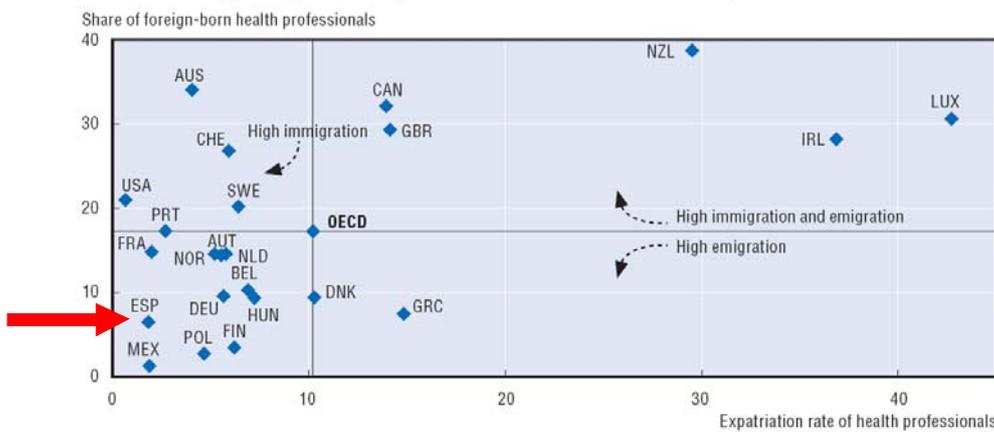
Migración de enfermeras intra-OECD: patrón en cascada



ejemplo, en el siguiente esquema se muestra la migración enfermera en los países de la OCDE. En el se observa como la mayoría de los países tienen un comportamiento dual salvo en el caso de EEUU.

Estos datos ayudan a realizar el análisis de España en un contexto más objetivo. En España se generó una cierta alarma social tanto por el número de médicos que se iban a trabajar a Portugal o al Reino Unido, como por la entrada de médicos procedentes de países de la Europa del Este o de Latinoamérica. Sin embargo, cuando se valora la tasa relativa de inmigración y expatriación, España está en tasas bajas tanto en ambos conceptos (ver figuras adjuntas)

Figure 2.4. Immigration and expatriation rates of health professionals (except nurses) in selected OECD countries, circa 2000



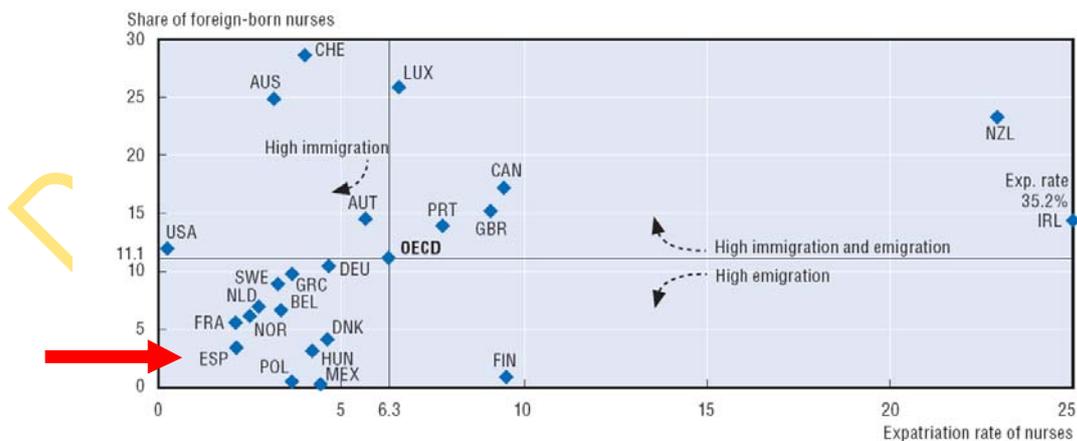
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/448252284071>

Note: Data refer to all health professionals except nurses based on ISCO (222) definition.

For each OECD country, the expatriation rate is computed by dividing the number of doctors born in that country and who are working as a doctor in another OECD country by the total number of doctors who were born in that country.

Source: Based on data from OECD (2007a), *International Migration Outlook*, Paris.

Figure 2.5. Immigration and expatriation rates of nurses in selected OECD countries, circa 2000



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/448257143086>

Note: Data refer to associate nurses, nursing and midwifery professionals based on ISCO (223 and 323) definition.

For each OECD country, expatriation rate is computed by dividing the number of nurses born in that country and who are working as a nurse in another OECD country by the total number of nurses who were born in that country.

Source: Based on data from OECD (2007a), *International Migration Outlook*, Paris.

Es decir, que en España estamos asistiendo a una internacionalización de la fuerza de trabajo médico (lo que por otra parte es una tendencia universal para la mayoría de las actividades humanas) pero aún en mucha menor medida que otros países.

3) Factores que influyen en la necesidad de médicos

La mayor parte de los estudios sobre necesidad de médicos u otros profesionales sanitarios, incluidos los primeros realizados en Andalucía, se han construido a partir de un análisis exhaustivo a nivel de micro o mesogestión de necesidades. Así se identifican las previsiones de expansión de atención primaria o de construcción de nuevos hospitales, los pronósticos de crecimiento o reducción de determinadas enfermedades o necesidades asistenciales (p. ej los partos o los hospitales de día) incluyendo opiniones de expertos acerca de cómo creen que se desenvolverán en el futuro determinadas especialidades en función de las nuevas tecnologías emergentes. Este tipo de análisis son razonablemente precisos a corto y medio plazo, especialmente desde la perspectiva de instituciones o centros proveedores de servicios, y además contemplan adecuadamente la propia estrategia corporativa, es decir que incorporan al análisis y lo modulan si se quiere reforzar determinado sector (p. ej. La atención primaria o la salud bucodental) o reducir otros. Sin embargo, este tipo de análisis tiende a pasar por alto cuestiones sociales de gran trascendencia que inciden sobre lo que podríamos denominar “macrotendencias” en la fuerza de trabajo sanitaria, cuya importancia real (qué fuerza de trabajo sanitaria va a demandar la sociedad) excede las previsiones voluntaristas (qué fuerza de trabajo sanitaria debería demandar la sociedad). En este sentido consideramos de gran utilidad el Estudio realizado por Cooper, que modifica radicalmente la clásica aproximación norteamericana que había identificado, ya vimos que erróneamente, un gran exceso de médicos para el año 2000. Cooper llega a la conclusión de que existen cuatro grandes factores que son los que influyen decisivamente en la necesidad de médicos:

1. El crecimiento económico
2. El crecimiento de la población
3. El rendimiento horario de los médicos: el número de horas que los médicos están dispuestos a trabajar
4. La relación o equilibrio con otras profesiones sanitarias

Economic And Demographic Trends Signal An Impending Physician Shortage

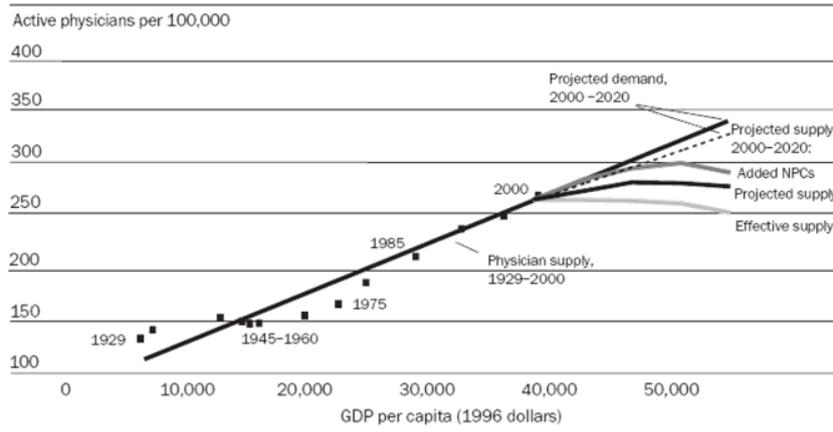
A new model of workforce projections, based on physician supply and utilization, predicts an impending physician shortage, which the nation cannot afford to ignore.

By Richard A. Cooper, Thomas E. Getzen, Heather J. McKee, and Prabash Lamb

ABSTRACT: It is widely believed that the United States is producing too many physicians. We have approached this issue by developing a new model for workforce planning based on assessments of the macro-trends that underlie the supply and use of physician services. These trends include economic expansion, population growth, physicians' work effort, and the provision of services by non-physician clinicians. Contrary to earlier predictions, this model projects that the United States soon will have a shortage of physicians and that if the pace of medical education remains unchanged, the shortage will become more severe. A dialogue focused on that eventuality is imperative.

Si estudiamos esas tendencias, se puede observar que la más potente es la renta per cápita. A pesar de los esfuerzos que puedan hacerse por ajustar el número de médicos esta variable condicional sustancialmente la demanda.

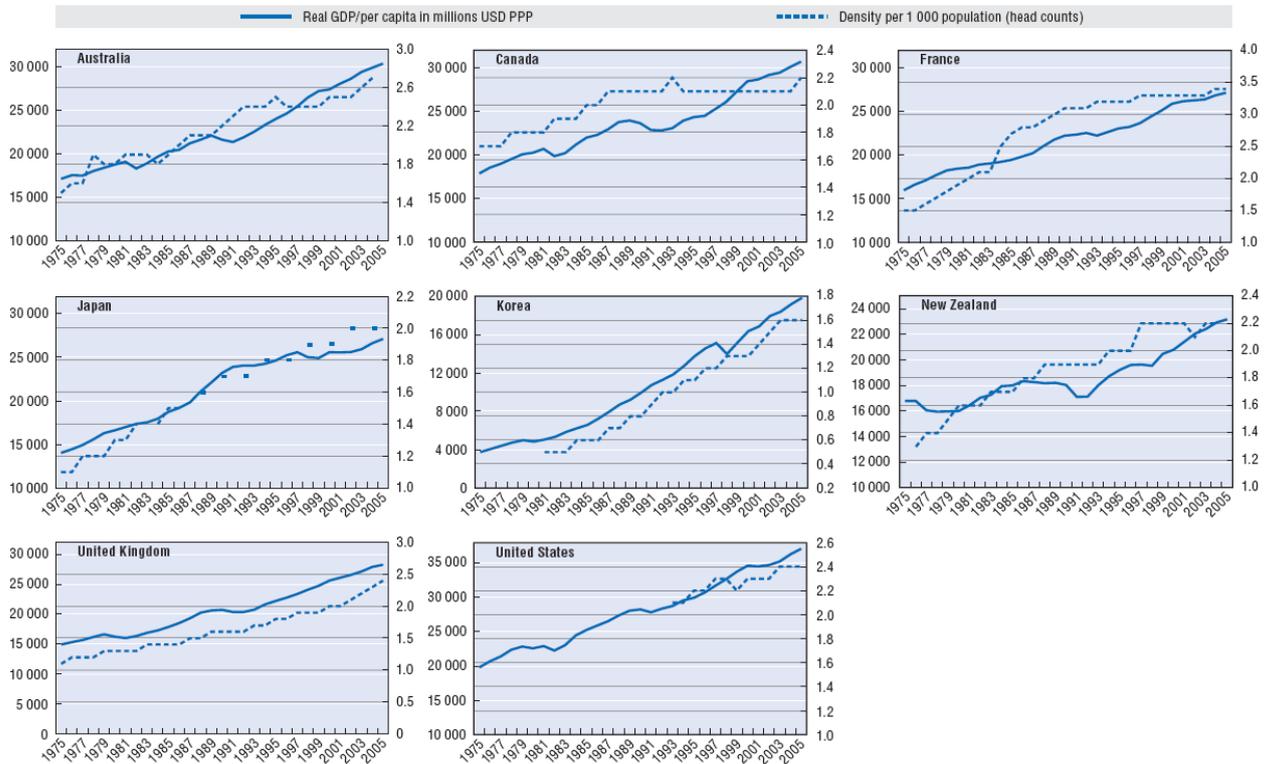
EXHIBIT 1
Physician Supply And Gross Domestic Product, 1929-2000 And Projected To 2020



Vemos en el gráfico que, con ciertas oscilaciones, la tasa real de médicos en EE.UU. se ha correlacionado con la renta per cápita al menos desde 1929

En la siguiente gráfica, procedente de un estudio realizado por la OCDE en diferentes países vemos que este es un hecho constante en todos los países analizados, aunque los patrones de servicio sanitario sean completamente diferentes y aunque la densidad varíe entre unos países y otros, pero en todos crece a la par que aumenta la renta per capita disponible.

Figure 1.5. Real GDP per capita and practicing physicians density, 1975 to 2005 in selected OECD countries

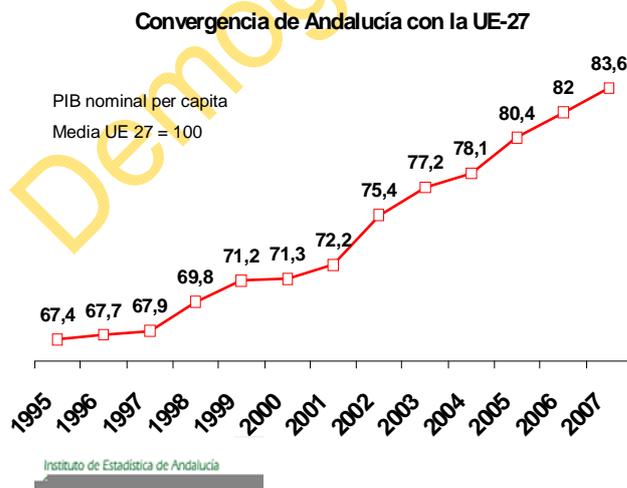


Source: OECD Health Data 2007.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448018720576>

Crecimiento de la renta per cápita en Andalucía

En el caso de Andalucía el crecimiento en los últimos años del número y la densidad

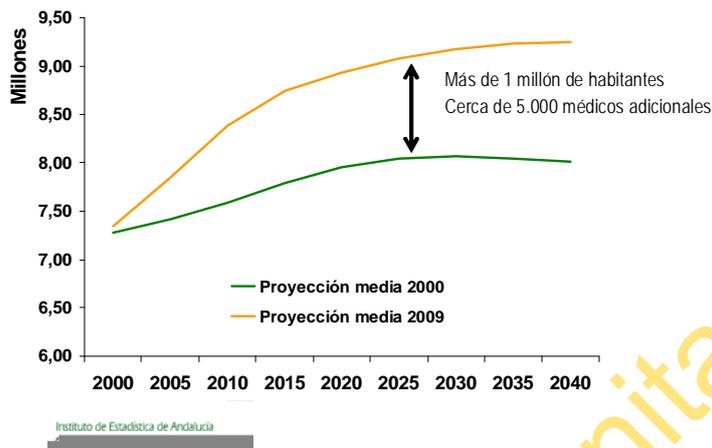


de médicos, como se mostraba anteriormente, ha sido muy relevante. A pesar de ello, como también se decía se ha producido una situación de déficit. Sin duda, esto puede ser explicado a partir del incremento de la renta per cápita en Andalucía. La entrada en la Unión Europea conllevó la puesta en marcha de una serie

de políticas y estrategias que han mejorado e incrementado la renta per cápita en la región, aproximándose al promedio europeo.

Incremento poblacional

El segundo factor en importancia que identifica Cooper es la población. Desde una perspectiva simplificadora, cada millón de habitantes adicional requiere 5000 médicos



más para mantener el mismo nivel de provisión de servicios. Como en Andalucía se ha producido una desviación de las previsiones de crecimiento poblacional de aproximadamente esta cuantía, será necesario prever este incremento

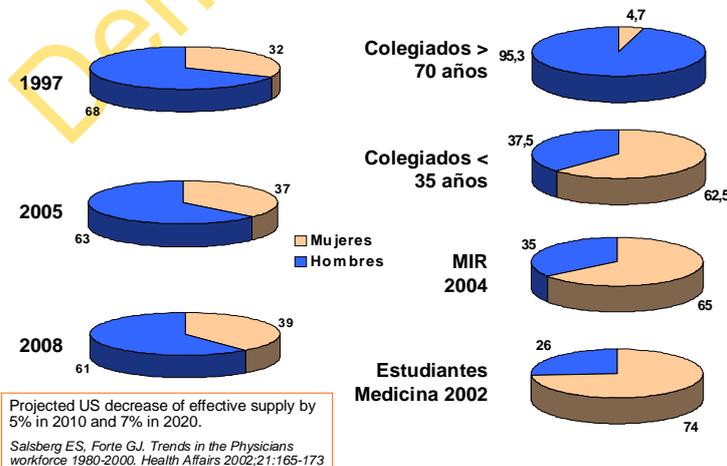
adicional de médicos en un tiempo apropiado.

Cargas/hora de trabajo

El tercer factor es la carga de trabajo o el rendimiento horario de los médicos. Factores culturales y sociales

están modificando los comportamientos de las nuevas generaciones en todo el mundo, que cada vez más rechazan mayoritariamente trabajos con horarios extenuantes o con numerosas horas extraordinarias o guardias. Salsberg

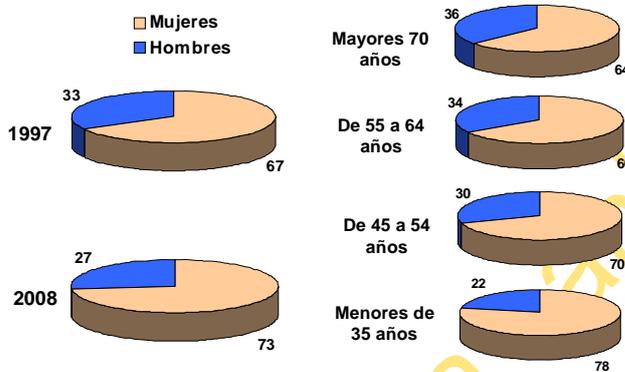
Feminización de la profesión Médica en Andalucía



analizó este aspecto en EE.UU y ha estimado que en los próximos años la disponibilidad efectiva de los profesionales en términos de horas de trabajo se iba a reducir entre un 5 y un 7%. Dicho en otras palabras, para dar la misma cobertura horaria a los servicios actuales va a ser necesario entre un 5 y un 7% más de profesionales. La feminización de la profesión médica es uno de los factores, aunque no el único, que ayuda a explicar esta tendencia, por las cargas familiares y de actividades del hogar adicionales que todavía persisten como rol mayoritariamente femenino a pesar del acceso al mercado laboral o de las normas que favorecen la igualdad de género. En el caso de España y Andalucía esto es especialmente

relevante tanto en la profesión médica (el 75% de los nuevos médicos son mujeres) como en la enfermera (el 78% de los nuevos profesionales de enfermería son mujeres).

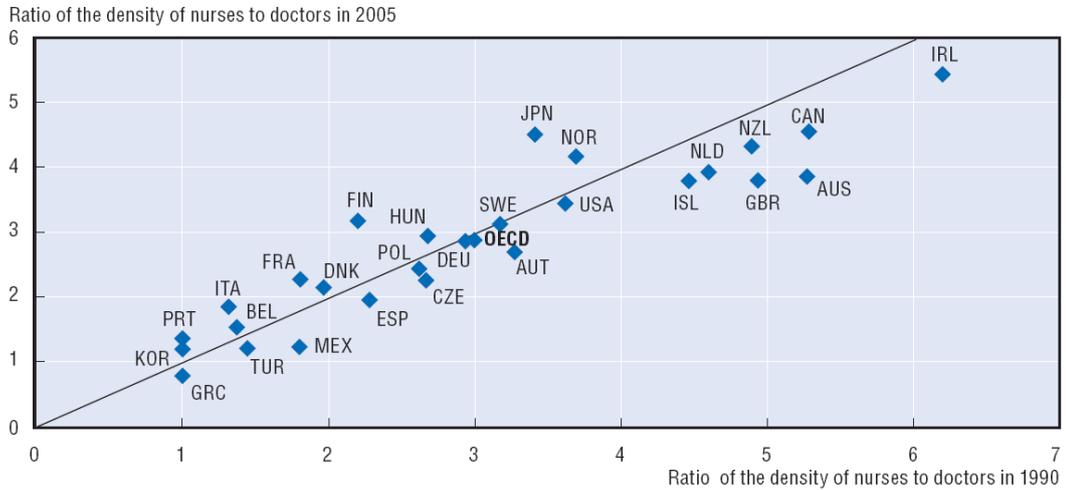
Feminización de la profesión Enfermera en Andalucía



Equilibrio con otras profesiones

La razón entre médicos y enfermeras es bastante variable entre países y parece responder a factores históricos y sociales en los modelos de provisión y cuidados. Existen países como Corea o Grecia donde la relación médico enfermera es de 1:1. Este dato era así en 1990 y lo sigue siendo ahora. Sin embargo existen otros países como Canadá o Reino Unido donde la densidad es de 5 enfermeras frente a 1 médico. Los países del norte de Europa, generalmente muy avanzados y con grandes garantías sociales, como Noruega o Suecia tienden a una mayor provisión de cuidados y las ratios son 4:1. El planificador en Andalucía ha optado por ir desplazándose en esta curva hacia la derecha, es decir, que el peso de la enfermería sea cada vez mayor y aproximarse al menos al promedio de la OCDE (hacia el 3:1)

Figure 3.2. **Change in skill mix between 1990 and 2005 or nearest year available**



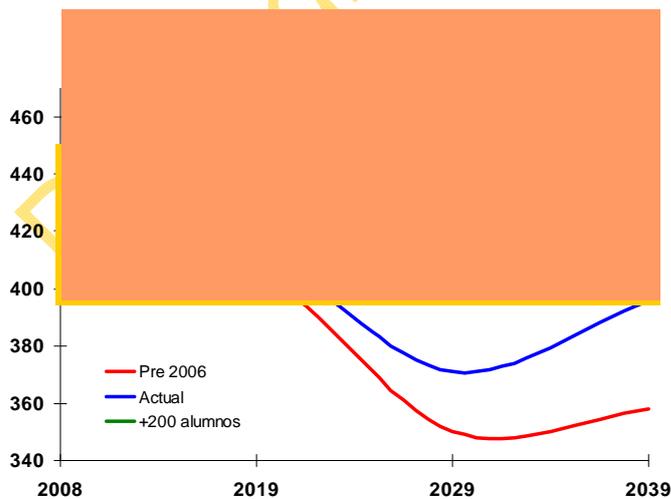
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448324707717>

Note: Data refer to practicing doctors and nurses.
Source: OECD Health Data 2007.

PROYECCIONES A 2039

Proyección de la tasa de Médicos*/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039

Por las razones antes expuestas, la ratio de profesionales médicos que actualmente existe en Andalucía probablemente no será suficiente para absorber no solo el crecimiento poblacional, sino el incremento de renta –asumiendo que la actual crisis económica se irá resolviendo- y la reducción de disponibilidad horaria.



* Se emplea la tasa de médicos no jubilados

económica se irá resolviendo- y la reducción de disponibilidad horaria.

Desde esta perspectiva, la diferencia entre los profesionales que vamos a tener y los que necesitaríamos será elevada. El futuro desde la perspectiva del planificador se parecerá mas al trapecio salmón recogido en la gráfica

siguiente que al rectángulo amarillo. Por esta razón se identifica la necesidad de

incrementar el número de alumnos anuales en 200 en el conjunto de facultades de medicina de Andalucía para que al balance global (línea verde) permita seguir la senda del crecimiento más plausible. A priori no es suficiente con el esfuerzo que se ha hecho (línea azul), a pesar de la mejora notable con respecto a la situación basal (línea roja); se va a requerir un incremento adicional que supondría unos 5.000 médicos de diferencia en 2039 con lo que se alcanzaría de persistir el escenario actual.

| | Escenario pre2006 | | Escenario actual | | Escenario + 200 al | |
|------|-------------------|------|------------------|------|--------------------|------|
| | Número | Tasa | Número | Tasa | Numero | Tasa |
| 2008 | 32.887 | 399 | 32.887 | 399 | 32.887 | 399 |
| 2019 | 36.087 | 405 | 36.518 | 410 | 36.518 | 410 |
| 2029 | 32.027 | 350 | 33.968 | 371 | 36.608 | 400 |
| 2039 | 33.147 | 358 | 36.598 | 396 | 41878 | 453 |

Déficit > 5000
médicos

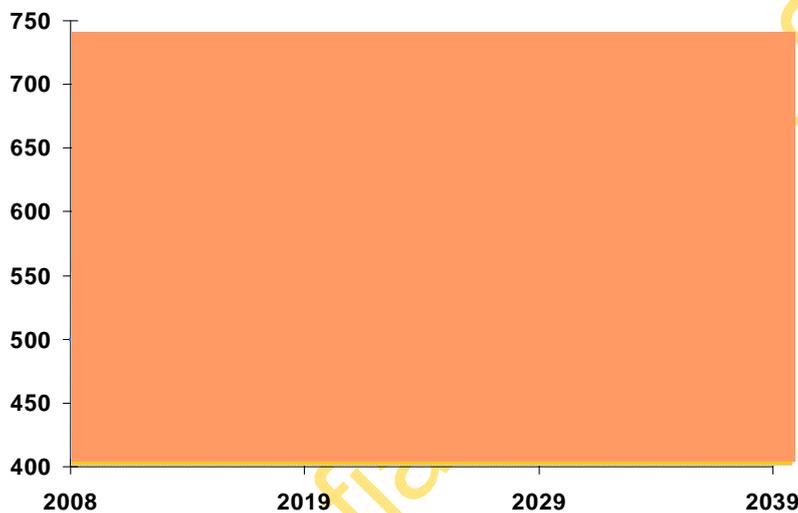
Suponiendo este escenario se proponen las siguientes medidas:

Medicina: Medidas propuestas

- Información
 - Desarrollar y mantener Registro de Profesionales
 - Actualizar el informe cada 2-3 años y ver tendencias
- Reclutamiento:
 - Aumentar alumnos de Medicina hasta 1.300 anuales
 - Aumentar plazas MIR hasta 1.300 anuales
- Fidelización:
 - Continuar estabilización de plantillas
 - Continuar desarrollando carrera profesional y acreditación
 - Formación personalizada (*Long life learning*)
- Redistribución:
 - Incentivos puestos penosos y áreas remotas
 - Prolongación jubilación áreas con vacantes sin cubrir
 - Optimización periódica de plazas MIR
 - Incremento peso relativo AP y enfermería

Proyección de la tasa de Enfermeras/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039

En el caso de enfermería ocurre al contrario, teniendo en cuenta el número de estudiantes que acceden y salen de las escuelas de enfermería, a priori, podríamos plantearnos que en el futuro existirá un exceso de efectivos. Sin embargo cuando se analizan las necesidades reales, ahora parece que la demanda y la oferta en enfermería se tiende a ajustar, si bien en el rango alto. Puesto que la estrategia de fondo de la Comunidad Autónoma quiere reequilibrar la ratio enfermera/médico al alza, parece adecuado mantener un cierto nivel de superávit que pueda absorberse en el futuro, por lo que la propuesta es a mantener la oferta actual para dar respuesta a las necesidades reales.



Nuevos alumnos de Enfermería en Andalucía

| Provincia | Número de plazas |
|------------------|------------------|
| Almería | 128 |
| Cádiz | 335 |
| Córdoba | 126 |
| Granada | 190 |
| Huelva | 130 |
| Jaén | 155 |
| Málaga | 230 |
| Sevilla | 387 |
| Andalucía | 1681 |

CONCLUSIONES GENERALES

1. En el contexto actual es imprescindible planificar la oferta de profesionales sanitarios. La experiencia de la no planificación ha sido dramática en los años previos. Planificar razonablemente requiere contemplar aspectos de la oferta y aspectos de la demanda Esta planificación debe ser:
 - Rigurosa, sustentada en Sistemas de Información sólidos
 - Realista, alejada de tópicos y consciente de sus limitaciones
 - Integradora de factores de oferta y demanda
 - Regular, con actualizaciones periódicas, idealmente estructuradas
 - Orientada al conjunto del sector (público, privado y no asistencial)
 - Integrada para el conjunto de profesiones (o las más importantes)
 - Coordinada a nivel Autonómico y Nacional
 - Con iniciativas de coordinación en UE, Iberoamérica y Magreb
2. La planificación de la distribución de especialidades debe ser a medio plazo (5-10 años) y modular la oferta MIR
3. La planificación de necesidades globales debe hacerse a más largo plazo y contemplando escenarios abiertos.
4. Las medidas han de ser múltiples y complementarias

ALGUNAS REFLEXIONES

1. La suficiencia general de profesionales no asegura disponibilidad mínima en áreas rurales o remotas, que requieren una aproximación específica. Esta última es la más compleja.
2. La situación española en lo que se refiere a déficit de profesionales sanitarios es bastante similar a la de los países de nuestro entorno
3. Una planificación restrictiva *per se* no conduce a menos profesionales. Incrementa inmigración y desarrollo de profesiones alternativas
4. La planificación debe acompañar necesariamente a las estrategias de diseño del Sistema e incluso favorecer determinados cambios, pero sólo si existe una estrategia bien definida, realista y bien estructurada

CATÁLOGO DE MEDIDAS EN ANDALUCÍA

1. Implantar, mantener y explotar regularmente el Sistema de información de profesionales sanitarios (Registro)
2. Incrementar el reclutamiento en Medicina
3. Mantener las cifras actuales en Enfermería
4. Fidelizar a los profesionales mediante mecanismos de promoción y desarrollo profesional, flexibilidad horaria- conciliación, reducción precariedad y otros
5. Redistribución geográfica/niveles/especialidades/tareas:
 - a. Troncalidad, desarrollo competencial enfermería, AP...
 - b. Medidas específicas para el problema de áreas rurales
6. Mejorar la productividad/rendimiento de los equipos de profesionales: Gestión clínica, LLL, ...

PREGUNTAS PARA EL ANALISIS

¿Por qué se justifica el ejercicio sistemático del planificador sanitario en el caso anterior?

Con respecto a la planificación antes del año 2000 ¿Qué se estaba haciendo mal?

¿Quiénes son los grupos de interés en el proceso de planificación? ¿Qué resistencias se pueden haber encontrado y como podrían solucionarse?

Demografía sanitaria SSPA