



Abordar la crisis del personal sanitario y asistencial: caminos a seguir para la formulación de políticas

ABRIL 2024



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

La Alianza Europea de Salud Pública ha recibido financiación en el marco de una subvención operativa del Programa EU4Health de la Unión Europea (2021-2027). El contenido de este documento representa únicamente las opiniones de los autores y es su exclusiva responsabilidad; No se puede considerar que refleje las opiniones de la Comisión Europea y/o de la Agencia Ejecutiva Europea de Salud y Digital (HaDEA) o cualquier otro organismo de la Unión Europea. La Comisión Europea y la Agencia no aceptan ninguna responsabilidad por el uso que pueda hacerse de la información que contiene.

Número de Registro de Transparencia: 18941013532-08

Contenido

1. Resumen Ejecutivo	5
2 Contexto	6
3 objetivos	7
4 La situación del personal sanitario y asistencial	8
4.1 Escasez de personal y desiertos médicos	8
4.2 Habilidades y educación	12
4.3 Disparidades de género	15
4.4 Recuperación de los sistemas de salud y desafíos organizacionales	17
5 Abordar los desafíos del personal sanitario y asistencial	19
5.1 La necesidad de políticas más sólidas para el personal sanitario y asistencial	19
5.2 Reforzar la atención primaria	22
5.3 Recomendaciones de EPHA y sus miembros	24



1. Resumen Ejecutivo

Este documento fue escrito en colaboración y consulta con miembros de la EPHA, reuniendo a representantes de diferentes profesiones en la fuerza laboral de atención y salud, y organizaciones de salud pública.

El documento ofrece una visión general de los desafíos que enfrenta el personal sanitario y asistencial, especialmente después de la pandemia de COVID-19. Estos incluyen una importante escasez de trabajadores en toda la región de Europa y en todas las profesiones dentro de la fuerza laboral, pero también la evolución de los requisitos y necesidades de habilidades debido, por ejemplo, al cambio climático y la digitalización. Los crecientes problemas relacionados con la

También se presentan las condiciones de trabajo, que provocan dificultades en la retención del personal. Luego, el documento se centra en cómo abordar estos desafíos con un enfoque intersectorial, una gobernanza política más sólida y una mejor financiación.

El documento reúne recomendaciones clave para la UE, los Estados miembros y las principales partes interesadas del sector. Estas recomendaciones incluyen elementos para abordar la escasez, mejorar y adaptar la formación a las nuevas realidades del sector, pero también el reconocimiento de competencias y la mejora de las condiciones laborales. La lista completa de recomendaciones es disponible en la sección 5.3.

2 Contexto

Un personal sanitario y asistencial sano y sólido es un factor esencial para lograr sistemas de salud resilientes.

Sin embargo, el personal sanitario y asistencial se enfrenta desde hace mucho tiempo a numerosos desafíos, que la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto, reforzado o incluso empeorado. Lo preocupante es que se espera que estos problemas empeoren en los próximos años, dado el envejecimiento de la población y la creciente demanda de atención. Como se indica en la Declaración de Bucarest, los desafíos incluyen “escasez, distribución desigual, desajustes en la combinación de habilidades, insuficiencias en el desarrollo de habilidades para satisfacer las necesidades cambiantes de salud y atención y nuevas tecnologías digitales y de otro tipo”.¹ A medida que la población envejece, también lo hace la fuerza laboral, que se enfrenta a un mercado laboral cambiante caracterizado por la movilidad y la migración de los trabajadores, mientras que también se observan problemas con la retención y contratación de personal. Al mismo tiempo, las condiciones laborales se están deteriorando. La salud física y mental y el bienestar de los trabajadores sanitarios y asistenciales se han visto gravemente afectados, especialmente durante la pandemia de COVID-19, entre el estrés, el agotamiento o incluso la violencia.² La fuerza laboral se ve aún más afectada por la recuperación de los sistemas de salud tras la crisis de la COVID-19, frenada por el actual contexto de permacrisis. Además, los sistemas sanitarios de la UE se enfrentan actualmente a otros retos, como la creciente escasez de medicamentos, el aumento de los costes sanitarios y sanitarios o una creciente individualización de la atención.

Como destacó el Director Regional de la OMS para la UE Hans Kluge, si no se abordan los desafíos de la fuerza laboral, “es casi seguro que conducirán a malos resultados de salud en todos los ámbitos, a largo plazo”.

tiempos de espera para recibir tratamiento, muchas muertes evitables y, potencialmente, incluso el colapso del sistema de salud”.³ Las consecuencias de la crisis no sólo están afectando a personas de toda Europa a corto plazo, sino que también tendrán un impacto en las generaciones futuras. Dado que la situación actual también influye en el atractivo del sector sanitario y asistencial, existe el riesgo de entrar en una espiral descendente si no se toman medidas.

La urgencia del contexto exige una acción inmediata. Este artículo se publica un año después de la Declaración de Bucarest y sigue a la publicación de un Dictamen del CESE sobre la estrategia de personal sanitario y asistencia sanitaria para el futuro de Europa.⁴ Este último destaca el papel fundamental de los servicios sanitarios.

y el personal asistencial para lograr una cobertura sanitaria centrada en las personas y el derecho a la salud recomendado por la Conferencia sobre el Futuro de Europa.⁵ Además, este documento también se publica después de la publicación del Marco de acción para el personal sanitario y asistencial 2023 de la OMS.

2036, proporcionando cinco pilares de acción (inversión, oferta de construcción, retención y contratación, optimización del desempeño y planificación). Finalmente, en el contexto de su prioridad de fortalecer la agenda de salud, la Presidencia belga del Consejo de la Unión Europea para 2024 se ha comprometido a desarrollar una estrategia para impulsar la fuerza laboral sanitaria y asistencial de la UE. De cara al futuro, es esencial que la UE apoye esta iniciativa y actúe en su próximo mandato para abordar los apremiantes desafíos a corto y largo plazo impuestos por esta crisis.

1 Declaración de Bucarest sobre el personal sanitario y asistencial (2023). “Reunión regional de alto nivel sobre el personal sanitario y asistencial en Europa: hora de actuar”, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/bucharest-declaration>

2 Declaración de Bucarest sobre el personal sanitario y asistencial (2023), op. cit.

3 Schobel, D. (2023). “Todos los países tienen problemas de mano de obra”. Europa sana, <https://www.healthyeurope.info/all-countries-have-cuestiones-laborales/>

4 Comité Económico y Social Europeo (2022). Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la estrategia de asistencia y personal sanitario para el futuro de Europa, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022IE1513>

5 Comité Económico y Social Europeo (2022), op. cit.

6 Organización Mundial de la Salud (2023). Marco de acción sobre el personal sanitario y asistencial en la Región Europea de la OMS 2023-2030, <https://iris.who.int/handle/10665/372563>

3 objetivos

En este contexto de múltiples desafíos para la fuerza laboral sanitaria y asistencial y tras la Declaración de Bucarest, reconociendo el papel clave de la fuerza laboral en nuestros sistemas y sociedades de salud, varias organizaciones de salud pública⁷ han decidido trabajar juntas en recomendaciones a través de un documento conjunto. El documento enfatiza la urgencia de desarrollar e implementar soluciones para proteger, apoyar y mejorar la fuerza laboral sanitaria y asistencial, y presenta recomendaciones a los responsables políticos nacionales y europeos y otras partes interesadas relevantes para abordar este tema urgente. En un esfuerzo conjunto para lograrlo, el documento reúne las voces de organizaciones de la sociedad civil que representan al sector de la salud y la atención, así como de organizaciones de salud pública.

Basándose en la literatura existente, este artículo busca aportar nuevos elementos, una nueva visión a través de la perspectiva de la salud pública, centrándose no solo en la recuperación posterior a la COVID-19, sino también en una visión a largo plazo para la fuerza laboral sanitaria y asistencial.

Este artículo se publica en el contexto de la Presidencia belga del Consejo de la Unión Europea de 2024. En sus prioridades de salud, la Presidencia belga ha indicado el objetivo de “explorar cómo la UE puede fortalecer y apoyar los sistemas de salud y las estrategias de personal sanitario de los Estados miembros, incluida la escasez”.⁸ En vista de esto, una estrategia específica allanaría el camino para políticas más sólidas que aborden los desafíos del personal sanitario y asistencial.



⁷ Este documento conjunto se desarrolló con el apoyo de varias organizaciones de salud pública, que participaron a través de contribuciones escritas, debates informales y revisiones preliminares. Estos son: Wemos, la Asociación Europea de Farmacéuticos Hospitalarios (EAHP), la Organización Europea de Enfermería Especializada (ESNO), la Red Europea de Médicos Residentes en Salud Pública (Euronet MRPH), el Real Colegio de Enfermería (RCN), la Asociación Europea de Farmacéuticos Asociación de Estudiantes de Medicina (EPSA), la Asociación de Escuelas de Salud Pública de la Región Europea (ASPHER), la Federación Europea de Médicos Asalariados (FEMS), la Asociación Europea de Médicos Hospitalarios Superiores (AEMH), la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA), Federación Internacional de Asociaciones Médicas Antroposóficas (IVAA).

⁸ Presidencia belga del Consejo de la Unión Europea (2024). “Programa – Presidencia belga del Consejo de la Unión Europea – Primer semestre de 2024”, https://belgian-presidency.consilium.europa.eu/media/3kajw1io/programme_en.pdf

4 La situación de la salud y fuerza laboral de cuidados

4.1 Escasez de personal y desierto médicos

4.1.1 Situación de la escasez de mano de obra

Actualmente, en todos los países se observa escasez de personal sanitario y asistencial, especialmente de enfermeras y profesionales de atención primaria.⁹ Como se destaca en la Declaración de Bucarest, “los sistemas de salud están experimentando dificultades para satisfacer la creciente demanda de servicios de salud, como resultado del envejecimiento de la población. poblaciones, aumento de enfermedades crónicas, retrasos en los servicios debido a la pandemia de COVID-19”.¹⁰

Además, el cambio climático está planteando un desafío adicional a la situación, actuando como un multiplicador de amenazas. Sin embargo, el problema del personal sanitario y asistencial no es nuevo y los sistemas sanitarios ya llevan varios años afrontándolo.

En 2013, la OMS estimó que, en la Región de Europa, la escasez general de personal sanitario y asistencial era de 1,6 millones. Si bien en la última década ha habido un aumento del 37% y del 26% en la formación de médicos y enfermeras respectivamente, esto no ha sido suficiente para abordar la escasez.

La OMS estima una escasez de 4,1 millones de trabajadores de la salud para 2030. Esto incluye específicamente 0,6 millones de médicos, 2,3 millones de enfermeras y 1,3 millones de otros profesionales de la salud y la atención.¹¹

De hecho, la demanda de personal sanitario y asistencial está destinada a crecer, ya que se estima que en 2050 alrededor del 30 % de la población de la UE tendrá al menos 65 años, frente al 21 % en 2022.¹²

Además, el propio envejecimiento del personal sanitario y asistencial se suma a este desafío, ya que se espera que un gran número de trabajadores sanitarios y asistenciales se jubilen en los próximos años. De hecho, en la Región Europea de la OMS, en 13 de los 44 países que proporcionaron datos, al menos el 40% de los médicos tienen más de 55 años y se espera que se jubilen en los próximos 10 años.¹³

Por lo tanto, la crisis del personal sanitario y asistencial está afectando al rendimiento de los sistemas sanitarios.

La escasez impide satisfacer las demandas y expectativas de todas las profesiones de la salud y la asistencia. Especialmente en las zonas rurales, los hospitales de toda Europa están experimentando escasez (enfermeras, médicos, pero también farmacéuticos y técnicos), lo que se traduce en una dotación de personal insuficiente para satisfacer las necesidades de los pacientes.

La crisis de la COVID-19 no creó la escasez, sino que la exacerbó.¹⁴ Debido a la pandemia, se estima que han muerto 50 000 trabajadores sanitarios y asistenciales en la Región de Europa.¹⁵ Además, los servicios sanitarios y el personal sanitario y asistencial no han sido capaz de mantenerse al día con la creciente demanda de servicios de salud, algo que ya ocurría antes. La pandemia ha provocado un aumento de los retrasos, que están exacerbando aún más el problema.

9 Comisión Europea (2023). “Estado de Salud en la UE. Informe de síntesis 2023”, https://health.ec.europa.eu/document/download/66d6601b-8a37-4d44-ae2b-3ba2f8f34f41_en?filename=state_2023_synchronous-report_en.pdf

10 Declaración de Bucarest sobre el personal sanitario y asistencial (2023), op. cit.

11 Zapata T. et al. (2023). “Del gran desgaste a la gran atracción: contrarrestar la gran dimisión de los trabajadores sanitarios y asistenciales”. *Eurosalud*. 29(1), <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372887/Eurohealth-29-1-6-10-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12 Comisión Europea (2023), op. cit.

13 Zapata T. et al. (2023), op. cit.

14 Asociación Europea de Farmacéuticos Hospitalarios (EAHP) (2023). “Documento de posición de la EAHP sobre la fuerza laboral de farmacia hospitalaria”, <https://www.eahp.eu/practice-and-policy/workforce>

15 Azzopardi-Muscat N. et al. (2023). “Pasar de la crisis del personal sanitario al éxito del personal sanitario: ahora es el momento de actuar”. *La Lanceta Salud Regional*. 35, [https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(23\)00184-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(23)00184-9/fulltext)

Es probable que los impactos duraderos de la crisis de la COVID-19 empeore aún más esta situación en los próximos años.¹⁶ Entre la escasez de personal sanitario y asistencial, también cabe destacar el caso de las enfermeras especialistas. Durante la pandemia, muchas enfermeras fueron trasladadas a otras

pabellones, que requerían diferentes habilidades, experiencia y competencias. Esto tendía a ignorar el hecho de que las enfermeras pueden capacitarse en diferentes especializaciones, cada una con sus habilidades específicas, y que las enfermeras de diferentes salas no necesariamente pueden ser reubicadas fácilmente en otra sala.

¹⁶ Zapata T. et al. (2023), op. cit.

4.1.2 Escaseces: el costo de la inacción

La cuestión del personal sanitario y asistencial es un elemento esencial que hay que abordar para lograr la resiliencia de los sistemas de salud, como ha demostrado la pandemia de COVID-19. Para afrontar los desafíos actuales y futuros, como el cambio climático, la migración, la resistencia a los antimicrobianos y la posibilidad de otra pandemia, se necesita una fuerza laboral sanitaria y asistencial sólida.¹⁷

La escasez no es sólo una cuestión de corto plazo; es esencial centrarse también en las proyecciones a largo plazo de sus impactos. Los niños y adolescentes merecen acceso a los más altos estándares posibles de salud y atención y salud.

instalaciones, tanto en atención sanitaria comunitaria como en atención especializada, de conformidad con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño ratificada por todos los Estados miembros de la UE.¹⁸ La escasez también está teniendo un impacto en este elemento. El riesgo de la inacción sobre la fuerza laboral

La escasez recaerá sobre las generaciones futuras y las autoridades deberían actuar ahora al respecto. Por ejemplo, la escasez de personal de salud pública significa que los niños y las familias tienen menos probabilidades de recibir sus contactos obligatorios y atención primaria en los primeros años. En consecuencia, se pierden oportunidades de intervención y protección, lo que probablemente tenga un impacto a largo plazo en la salud de los niños.

resultados.

Además, la escasez está contribuyendo a la desertificación médica. Según el proyecto AHEAD, un desierto médico puede definirse como "el punto final de un proceso complejo llamado 'desertificación médica', que implica una incapacidad continua y creciente de una población determinada para acceder a los servicios de salud de manera oportuna y contextualmente relevante".¹⁹ Hay desiertos médicos en muchas partes de Europa, principalmente en zonas rurales, remotas y desatendidas, pero también en zonas densamente pobladas, en todas las profesiones. Si bien la escasez contribuye a la desertificación médica, los desiertos médicos también son causados por desajustes en las políticas (es decir, decisiones políticas sobre la disponibilidad y distribución de personal de atención primaria de salud, desarrollo profesional continuo, por ejemplo)²⁰ y la falta de priorización de áreas desatendidas. Esto tiene un impacto en los hospitales, retrasando o ampliando los plazos para el diagnóstico y la atención, y provocando retrasos en las intervenciones críticas, lo que en última instancia ejerce presión sobre los diferentes sectores del sistema de salud y atención.

Además, existe el riesgo de quedar atrapado en una espiral descendente, ya que la falta de personal empeora las condiciones de trabajo, lo que a su vez provoca un mayor desgaste de los empleados y una mayor disminución del personal.²¹ Estas condiciones también son

¹⁷ Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023a). "Documento informativo: Mejora del mercado laboral para los trabajadores sanitarios y asistenciales: debate público sobre las futuras prioridades sanitarias de la Unión Europea", <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/mejorar-el-mercado-laboral-para-los-trabajadores-de-la-salud-y-cuidados>

¹⁸ Clark, H. et al. (2020). "¿Un futuro para los niños del mundo? Una Comisión OMS-UNICEF-Lancet". Las Comisiones Lancet, vol. 395, edición 10224, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32540-1/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32540-1/fulltext#%20)

Proyecto 19 AHEAD (2024). "¿Qué son los desiertos médicos?", <https://ahead.health/results/medical-desert/>

²⁰ Proyecto AHEAD (2024), op. cit.

²¹ Lauterbach K. (2023). "Garantizar la disponibilidad de una fuerza laboral sanitaria y asistencial suficiente con las habilidades adecuadas", Eurohealth, 29(3), <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/a-europe-that-cares-prepares-protects-fortalecimiento-de-la-union-de-la-salud-de-la-ue-eurosalud>

socavando el atractivo del sector sanitario y asistencial, desanimando a estudiantes y candidatos a convertirse en trabajadores sanitarios y asistenciales. Al mismo tiempo, el equilibrio entre la vida personal y laboral, la remuneración justa y las oportunidades profesionales son factores cada vez más valorados entre los trabajadores²².

²² Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023a), op. cit.

4.1.3 Movilidad de la fuerza laboral

Algunos países europeos dependen en gran medida de la contratación internacional para cubrir las vacantes en sus sistemas de salud. Los altos niveles de emigración de trabajadores sanitarios y asistenciales pueden contribuir a escasez de mano de obra en los países de origen y crear desequilibrios en toda Europa. Algunos países han desarrollado estrategias activas de contratación de profesionales de cuidados a largo plazo de Europa del Este y países candidatos a la UE. Como resultado de ello, países como Rumania, Bulgaria o Polonia se enfrentan ahora a altas tasas de deserción laboral.²³ Además

Además de crear más escasez, esto a su vez puede tener un impacto en el acceso de los ciudadanos a la atención médica.²⁴ A largo plazo, estos flujos de movilidad también corren el riesgo de desincentivar la financiación gubernamental para la educación y la formación tanto en los países de origen como de destino, comprometiendo la disponibilidad de fuerza laboral en el futuro. Además, la migración de los trabajadores de la salud debe considerarse a nivel mundial, ya que los países de ingresos bajos y medianos bajos representan alrededor de un tercio de los trabajadores de la salud y el cuidado capacitados en el extranjero.²⁵

Se necesitan asociaciones internacionales fortalecidas para garantizar que la movilidad sea mutuamente beneficiosa tanto para los países de origen como para los de destino, incluido el uso de asociaciones de habilidades u otros mecanismos compensatorios. Ejemplos de proyectos

para facilitar y gestionar eficientemente la movilidad internacional de los trabajadores de la salud ya existen en Europa, por ejemplo, el programa Triple Win de Alemania²⁶.

Contratar enfermeras de países con excedentes.

Si bien el proyecto ha contratado a más de 4.300 enfermeras entre 2013 y 2018²⁷, se deben extraer más lecciones sobre los beneficios para los trabajadores.

Los países europeos deberían desarrollar más proyectos, pero deberían garantizar que las voces de los trabajadores sanitarios y asistenciales sean escuchadas y consideradas.

durante todo el proceso.

Además, la implementación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal sanitario²⁸ es clave para alcanzar los objetivos de salud pública europeos y mundiales. Sin embargo, en la ronda más reciente de informes, solo 24 de 49 autoridades nacionales designadas dentro de la Región Europea de la OMS presentaron informes nacionales de implementación a la OMS. Esto representa el nivel más bajo de participación desde que comenzaron los informes, lo que en consecuencia conduce a una falta de datos sobre la pregunta.²⁹ Se deben abordar las razones de la falta de informes y se debe alentar a los países a recopilar y proporcionar más datos.

²³ Zapata T. et al. (2023), op. cit.

²⁴ Wemos (2023). "Infografía: ¿adónde van los trabajadores sanitarios de Europa?", <https://www.wemos.org/en/infographic-where-are-europa-trabajadores-sanitarios-en-viaje/>

²⁵ Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023c). "¿Qué medidas pueden mejorar y promover la inversión en la fuerza laboral sanitaria y asistencial? Mejorar la eficiencia del gasto y repensar la financiación nacional e internacional". Informe de políticas n°54, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366654/Policy-brief-54-1997-8073-eng.pdf?sequence=1>

²⁶ Red de las Naciones Unidas sobre Migración (2024). "Programa Triple Ganar", <https://migrationnetwork.un.org/projects/triple-win-programa>

²⁷ Centro para el Desarrollo Global (2024). "Contratación sostenible de enfermeras (triple victoria)", <https://gsp.cgdev.org/legalpathway/reclutamiento-sostenible-de-enfermeras-triple-win/>

²⁸ Organización Mundial de la Salud (2010). "Código Mundial de Prácticas de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud", https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf

²⁹ Organización Mundial de la Salud (2010), op. cit.

4.1.4 Falta de retención de personal y dificultades de contratación

Hay más personas que abandonan el sector sanitario y asistencial que las que entran en el mercado laboral. Los problemas de retención de personal y la persistencia de la escasez de personal sanitario y asistencial pueden explicarse en parte por las difíciles condiciones laborales y los bajos salarios. De hecho, las enfermeras y los médicos informan de una mayor tensión laboral que la media de la UE (30%), con un nivel de tensión laboral que alcanza el 61% y el 43% respectivamente. Además, las enfermeras (69%) y los médicos (51%) se encontraban entre las profesiones que informaron los niveles más altos de riesgos para la salud y la seguridad en el trabajo. En cuanto a los salarios, entre las enfermeras, sólo el 40% consideró que se les pagaba de manera justa en relación con sus esfuerzos y logros.³⁰

Además, debido al aumento de la carga de trabajo y los graves desafíos de salud mental impuestos por la pandemia de COVID-19, muchos profesionales del sector sanitario y asistencial han considerado cambio de profesión. Según el Informe sobre el estado de la salud en la UE de 2023, este es especialmente el caso de las enfermeras. En 2021, hasta el 19% de las enfermeras belgas y el 45% de las enfermeras francesas que participaron en el estudio informaron que la pandemia les había hecho plantearse dimitir, y una de cada dos enfermeras trabajaba

en infraestructuras públicas que sufren agotamiento.³¹ Además, existe un flujo de profesionales de la salud y la atención que abandonan el sistema público de salud y atención por el privado. Esto puede atribuirse a varias razones, en particular la remuneración y las condiciones laborales.

Además, como ya se mencionó anteriormente, estos problemas están contribuyendo a socavar el atractivo del sector de la salud y la atención.

entre la generación más joven. De hecho, la crisis del personal sanitario y asistencial también está relacionada con la número decreciente de estudiantes, con escasez en varios campos (por ejemplo, farmacia). Para brindar una atención adecuada, es primordial una farmacia que funcione bien. La influencia negativa de la escasez de estudiantes ya se ha advertido en varios países. Esto conducirá a una disminución en

el número de profesionales en el futuro, por lo que se debe considerar la perspectiva a largo plazo.

En los Países Bajos, los médicos generales pueden, por ejemplo, gestionar una farmacia de pequeña escala (282 en todo el país en 2023) en zonas que carecen de farmacias.³² Esta práctica podría explorarse más a fondo para hacer frente a la escasez de farmacéuticos.³³



30 Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión (2023). Empleo y evolución social en Europa 2023. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/089698>

31 Comisión Europea (2023), op. cit.

32 El estado de la salud y la atención públicas (2024). "Prácticas del médico de cabecera farmacéutico", <https://www.staatvenz.nl/kernfigures/numero-de-practica-general-de-dispensacion>

33 Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión (2023), op. cit.

4.2 Habilidades y educación

4.2.1 Transición y transformación de habilidades

Debido a varios factores, incluida la escasez pero también el impacto de la pandemia de COVID-19, se han observado transferencias de responsabilidades entre profesiones. Por ejemplo, aunque cada vez se exige más a los médicos que realicen más tareas administrativas, algunas tareas médicas se transfieren a los trabajadores de enfermería y cuidados.

Esto debería tener en cuenta las cualificaciones y capacidades, pero también reflejarse en la remuneración, para evitar que las profesiones pierdan atractivo. En Francia, por ejemplo, las enfermeras pueden obtener ahora un nuevo estatus de enfermeras de práctica avanzada (*infirmière de pratique avancée*, IPA), que les permite tener una especialidad y realizar actividades y tareas que normalmente realiza un médico. Este nuevo estatus tiene como objetivo mejorar el acceso a la atención y mejorar la atención al paciente reduciendo la carga de trabajo de los médicos en elementos específicos de la atención (enfermedades crónicas, atención primaria, salud mental, oncología, emergencias). La práctica avanzada incluye actividades de prevención y cribado, evaluación y conclusiones clínicas y seguimiento, prescripción de exámenes complementarios, renovación o adaptación de la prescripción³⁴.

Además, se han observado crecientes necesidades de habilidades en todas las profesiones del personal sanitario y asistencial. Por ejemplo, en el caso de los farmacéuticos hospitalarios, existe una necesidad cada vez mayor de trabajadores altamente capacitados y especializados en términos de medicación y tareas relacionadas con la medicación.

procesos que puedan garantizar la transferencia fluida de pacientes entre entornos de atención médica.³⁵ En ese sentido, se deben facilitar planes claros de desarrollo profesional.^{36,37} Además, el personal de salud y atención se enfrenta actualmente a tendencias como la transformación digital de la salud y la atención, y la ecologización de los sistemas sanitarios. Esto está creando necesidades crecientes de habilidades, como habilidades relacionadas con el uso de sistemas de apoyo a la toma de decisiones basados en IA o competencias para la gestión ambiental de la atención médica, lo que en consecuencia genera requisitos de capacitación en términos de planes de estudio, pero también de desarrollo profesional continuo.

Se deberían acordar estándares de capacidades a nivel de la UE para comparar mejor las cualificaciones profesionales. Por ejemplo, la Academia Europea de Pediatría ha destacado la necesidad de incluir en los planes de estudios de especialidades un programa de formación pediátrica mínima estandarizado y basado en competencias.³⁸ Además, las enfermeras especializadas y avanzadas se enfrentan a problemas de fragmentación y falta de credibilidad en los programas de certificación existentes. También falta un mecanismo para el reconocimiento de la educación y las certificaciones relacionadas con enfermeras especializadas y avanzadas.³⁹ El marco jurídico de la UE destinado al reconocimiento de habilidades debe reflejar los desafíos actuales que enfrenta el personal sanitario y asistencial, y las necesidades de habilidades relacionadas. lo cual podría hacerse a través de la Directiva sobre Cualificaciones Profesionales (PQD).⁴⁰

34 Ministerio de Trabajo, Salud y Solidaridad (2024). "La enfermera de práctica avanzada. Mejorar el acceso a los cuidados diversificando la actividad de los cuidadores", <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-entreprises-en-pratique-avancee>

35 Asociación Europea de Farmacéuticos Hospitalarios (EAHP) (2023), op. cit.

36 Asociación Europea de Farmacéuticos Hospitalarios (EAHP) (2023), op. cit.

37 Especialistas en Enfermería (2018). "Trabajando junto con la enfermera practicante", https://cstor.eu/venvnvs/2018/07/2018-07-17-Hoja_informativa-VS-ENG.pdf

38 Završnik, J., Stiris, T., Schrier, L. et al. (2018) «Requisitos de formación básica para los profesionales sanitarios que atienden a niños». Eur J. Pediatría 177, 1413-1417. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3150-x>

39 Organización Europea de Enfermeras Especializadas (2024). "Un llamado a la acción urgente: Reconocimiento de la profesión de enfermería Especializada y Avanzada en Europa". Documento de posición, https://www.esno.org/assets/files/ICN-NP-APNN_Position_Paper.pdf

40 Unión Europea (2005). "Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales (Texto pertinente a efectos del EEE)". DOL 255, <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj>

4.2.2 Habilidades identificadas y necesidades de capacitación

La educación es la principal vía para crear una fuerza laboral sanitaria y asistencial que funcione y sea eficaz. Dado que nuevos desafíos y conocimientos surgen más rápido y con mayor frecuencia que en el pasado, es importante seguir ofreciendo a los estudiantes y a los trabajadores de la salud y el cuidado oportunidades y herramientas para mantenerse actualizados sobre temas y habilidades relevantes. Esto debería llevarse a cabo a través de planes de estudios universitarios actualizados y oportunidades de Desarrollo Profesional Continuo (DPC).

Hay temas y tendencias transversales que no se abordan lo suficiente pero que son fundamentales para las profesiones sanitarias y asistenciales e influyen directamente en una atención sanitaria adecuada. Primero, esto incluye habilidades de comunicación. Con la pandemia de COVID-19, los profesionales de la salud y la atención tuvieron que afrontar el problema de las noticias falsas, lo que requiere formación. Es fundamental formar a los profesionales de la salud para abordar este tipo de cuestiones, así como garantizar una comunicación clara y eficaz. Entre, por un lado, los profesionales sanitarios y asistenciales, y por otro, sus pacientes y la población general. También existe una falta de formación de los profesionales de la salud y de la atención y del personal en habilidades interpersonales y culturalmente sensibles, para crear confianza entre las personas de grupos marginados o racializados, también conocida como competencia cultural⁴¹.

Luego, el personal sanitario y asistencial debería recibir formación sobre la transformación digital de la salud y la asistencia y, por tanto, sobre las herramientas digitales. Los avances tecnológicos pueden ayudar al trabajo de los profesionales de la salud y la atención. Sin embargo, en muchos entornos sanitarios, los profesionales de la salud y la atención no tienen acceso a estas herramientas a pesar de sus beneficios.

Para preparar la fuerza laboral para el futuro, el potencial de la tecnología para mejorar la atención al paciente a través de herramientas formales y,

Se deben maximizar servicios como la telemedicina y los registros electrónicos. Las tareas administrativas deben simplificarse para aumentar la eficiencia del trabajo, y las operaciones generales del sistema de salud deben fortalecerse mediante el intercambio de datos legal y fluido y la mejora de la calidad impulsada por análisis, garantizando al mismo tiempo un acceso equitativo a una atención de calidad. Por último, los trabajadores sanitarios y asistenciales de todas las edades y procedencias deben recibir formación sobre el uso de tecnologías, como las herramientas de inteligencia artificial, para integrarlas responsablemente en su práctica y tomar decisiones bien informadas.

Una tercera área central de formación se relaciona con el cambio climático y la ecologización de los sistemas de salud y atención. El cambio climático representará una de las principales causas de muerte para 2050⁴². A medida que se espera que aumenten los fenómenos meteorológicos extremos, también lo harán los impactos adversos para la salud relacionados, especialmente para los grupos vulnerables, y las perturbaciones en todo el sistema de salud y atención, ambos a corto plazo (muertes, lesiones, impacto en los centros de salud, etc.) y los impactos a largo plazo (salud mental, aumento de la morbilidad, problemas de financiación, etc.). Para hacer frente a esto, es necesario proporcionar a los trabajadores sanitarios y asistenciales más conocimientos sobre la relación entre el cambio climático y la salud (por ejemplo, contaminación del aire, olas de calor, etc.), así como habilidades sobre cómo actuar y cómo gestionar la salud y los cuidados esenciales. servicios en caso de condiciones climáticas extremas

eventos (por ejemplo, inundaciones). También se deben desarrollar capacitaciones sobre mitigación climática y oportunidades de adaptación, con el fin de brindar la mejor atención a los pacientes y defender con conocimiento como categoría profesional un futuro más saludable y sostenible.

En concreto, la Declaración de Ostrava⁴³ de la Oficina Regional de la OMS para Europa recomienda la inclusión de aspectos sanitarios del cambio climático en los planes de estudio, la educación no

41 Sorensen J. et al. (2019). "Necesidad de garantizar la competencia cultural en los programas médicos de las universidades europeas". BMC Médico Educación. 19(21), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6332889/>

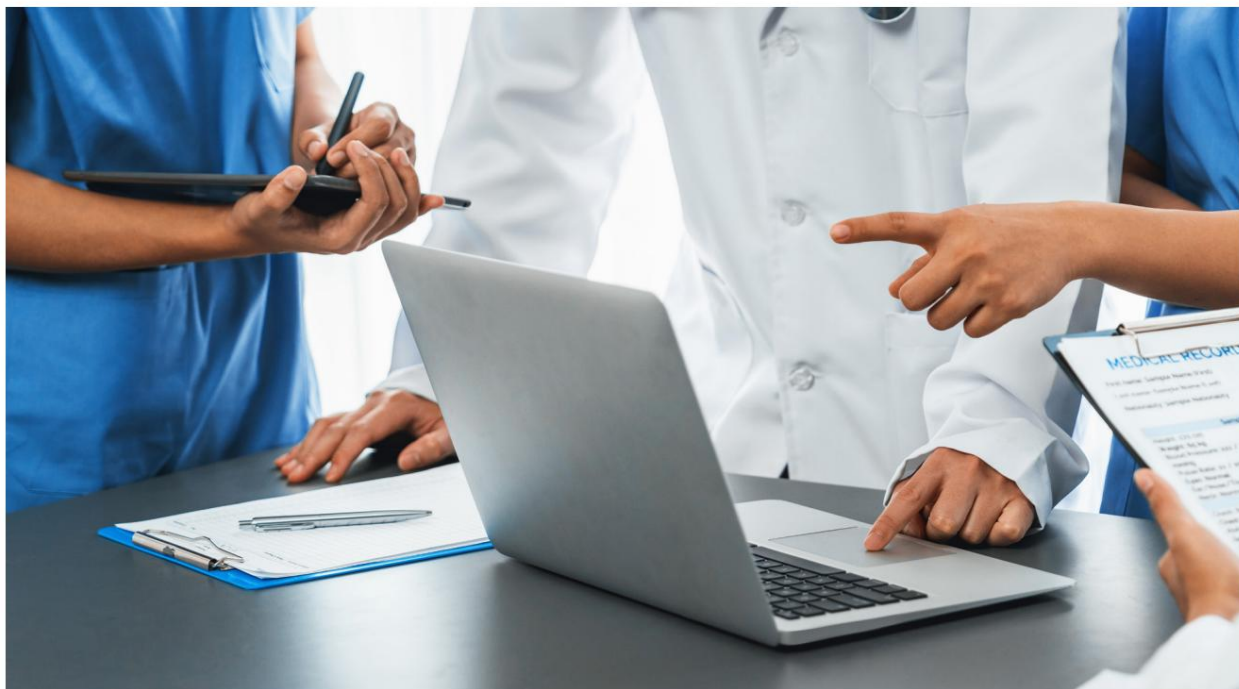
42 Foro Económico Mundial (2024). "Informe de riesgos globales 2024", <https://www.weforum.org/publications/global-risks-report-2024/>

43 Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (2017). "Informe de la Sexta Conferencia Ministerial sobre Medio Ambiente y Salud. Ostrava, República Checa, 13 a 15 de junio de 2017", <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346131/WHO-EURO-2017-3008-42766-59662-eng.pdf?sequence=2>

en la fuerza laboral, educación profesional continua.⁴⁴ A través de una encuesta, ASPHER ha descubierto que si bien la mayoría de las escuelas de salud pública consideran el clima y la salud en su educación, todavía enfrentan desafíos para implementarlo plenamente. Esto se debe a la falta de personal, financiación y tiempo necesarios para desarrollar los planes de estudio. Estas disposiciones son actualmente una respuesta insuficiente a la creciente necesidad y demanda de graduados con tales habilidades.⁴⁵

44 Asociación de Escuelas de Salud Pública de la Región Europea (ASPHER) (2021). "Competencias ASPHER en materia de clima y salud para profesionales de la salud pública en Europa", https://www.aspher.org/download/882/25-10-2021-final_aspher-climate-and-health-competencies-for-public-health-profesionales-en-europa.pdf

45 Asociación de Escuelas de Salud Pública de la Región Europea (ASPHER) (2021), op. cit.



4.3.3 Inaccessibilidad a los estudios médicos y falta de tutoría

Los estudios de medicina tienden a seguir siendo un privilegio. El acceso a la educación médica en Europa sigue siendo desigual debido a desigualdades sociales arraigadas y al inmovilismo. Los estudiantes de entornos socioeconómicos más bajos y minorías racializadas enfrentan obstáculos desproporcionados para continuar sus estudios, como altos costos de matrícula, pérdida de salarios durante sus estudios y falta de sistemas de apoyo financiero.

Los sistemas de ingreso discriminatorios dependen en gran medida de pruebas estandarizadas que brindan ventajas a los estudiantes de escuelas privilegiadas, perpetuando la inmovilidad social a lo largo de generaciones. Si la profesión médica espera atender adecuadamente a poblaciones diversas, debe redoblar los esfuerzos para dismantlar las barreras sistémicas que impiden que los grupos marginados alcancen sus objetivos profesionales.

Además, una vez que se convierten en profesionales jóvenes, los trabajadores de la salud y los cuidados pueden enfrentar dificultades relacionadas con la falta de tutoría. Esto se debe en parte a una gran carga de trabajo para el personal sanitario y asistencial de alto nivel, que carece de tiempo para apoyar a los nuevos trabajadores sanitarios y asistenciales. Esta situación no sólo conlleva un alto nivel de frustración y estrés en los jóvenes profesionales, sino también un elevado nivel de riesgo para los pacientes. Por último, los jóvenes profesionales rara vez suelen ser incluidos en la toma de decisiones o, cuando se les incluye, pueden enfrentar dificultades para que se escuche su voz.

4.3 Disparidades de género

La crisis del personal sanitario y de cuidados no se puede resolver sin hablar de equidad de género y abordar los problemas y barreras específicos que enfrentan las mujeres en el trabajo. Las mujeres representan el 80% de los profesionales del sector de la salud y la atención⁴⁶ y enfrentan desafíos que sus colegas masculinos no enfrentan, lo que genera impactos negativos desproporcionados. La brecha salarial de género, la violencia y el acoso de género en el lugar de trabajo, el trabajo adicional de cuidados no remunerado y la falta de representación en la toma de decisiones son algunos de los problemas que se están acumulando.⁴⁷ Las disparidades de género, al tiempo que socavan el bienestar y la subsistencia de las mujeres en el personal sanitario y asistencial, también tienen un impacto negativo en la resiliencia de los sistemas de salud y la prestación de asistencia sanitaria. De hecho, un número significativo de mujeres está renunciando o planeando abandonar el sector de la salud y los cuidados.⁴⁸ Por lo tanto, nivelar el campo de juego entre mujeres y hombres y abordar estos temas candentes

debe ser parte de la estrategia para abordar la escasez de personal sanitario y asistencial.

A la ya de por sí grave situación, la pandemia de COVID-19 deterioró gravemente las condiciones de trabajo y la salud de los profesionales. Mientras estaban en primera línea, las mujeres estuvieron más expuestas al virus y, por lo tanto, sufrieron más infecciones.

Además, tenían menor acceso a equipos de protección personal que se ajustaran bien.⁴⁹ También se informaron tasas más altas de ansiedad, síntomas depresivos y postraumáticos entre las trabajadoras de la salud y el cuidado.⁵⁰ Sin embargo, si bien las cargas de trabajo y los riesgos aumentaron, las mujeres todavía estaban pagando menos, protegían menos y estaban subrepresentados en los procesos de toma de decisiones. Además, a menudo se vieron afectados por la carga adicional del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en el hogar.⁵¹ Estos desafíos ya existían pero se profundizaron con la pandemia.



⁴⁶ Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión (2023), op. cit.

⁴⁷ Organización Mundial de la Salud (2019). "A cargo de mujeres, lideradas por hombres: un análisis de género y equidad de la situación sanitaria y social mundial. fuerza laboral", <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515467>.

⁴⁸ Mujeres en la Salud Global (2023). "La gran renuncia: por qué las trabajadoras de la salud se están yendo", <https://womeningh.org/great-resignación/>

⁴⁹ Instituto Europeo de la Igualdad de Género (2021). "Desigualdades de género en los cuidados y consecuencias para el mercado laboral", <https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/gender-inequalities-care-and-consequences-labour-market>

⁵⁰ Morgan R. et al. (2022). "Experiencias de las trabajadoras de la salud durante COVID-19 y otras crisis: una revisión del alcance". Internacional Revista de avances en estudios de enfermería. 4, <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100066>

⁵¹ Mujeres en la salud global (2023), op. cit.

La brecha salarial de género es un tema destacado, especialmente en el sector de la salud y los cuidados, donde las mujeres ganan aproximadamente un 20% menos que los hombres.⁵² Además, la carga adicional del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en el hogar impacta negativamente la participación de las mujeres en el mercado laboral, especialmente donde falta acceso a los servicios de atención. Las mujeres tienden a aceptar trabajos a tiempo parcial, temporales y mal remunerados que compaginan con la carga desproporcionada de las responsabilidades domésticas y de cuidados no remunerados.⁵³ De hecho, se puede encontrar una mayor participación de las mujeres en el empleo remunerado en países con mayor gasto público en políticas de cuidados.⁵⁴ Además, si bien las mujeres constituyen la mayor parte de la fuerza laboral sanitaria y de cuidados, están subrepresentadas en puestos de liderazgo.⁵⁵ La proporción de mujeres en las categorías ocupacionales más altas están aumentando gradualmente, pero las mujeres siguen estando sobrerrepresentadas en funciones inferiores.

La segregación de género en las profesiones sanitarias y asistenciales es un problema que contribuye a la escasez de mano de obra. Si bien los hombres se incorporan cada vez más al sector de la salud y los cuidados, el sector sigue estando muy feminizado. Para profesiones como la enfermería, por ejemplo, depender en gran medida de las mujeres no genera suficiente oferta laboral para satisfacer la demanda, lo que agrava las dificultades para encontrar nuevos trabajadores. Al desafiar los estereotipos de género y abordar la segregación de género en la educación, se puede ampliar el grupo de personas disponibles para cubrir vacantes en el sector de la salud y el cuidado.⁵⁶



⁵² Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo (2022). "La brecha salarial de género en el sector de la salud y los cuidados. Un global análisis en tiempos de COVID-19", <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052895>.

⁵³ Instituto Europeo de la Igualdad de Género (2021), op. cit.

⁵⁴ Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo (2022), op. cit.

⁵⁵ Instituto Europeo de la Igualdad de Género (2021), op. cit.

⁵⁶ Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión (2023), op. cit.

4.4 Recuperación de los sistemas de salud y organizaciones desafíos

4.4.1 Desafíos de salud mental

Los desafíos antes mencionados de la escasez de personal sanitario y asistencial y las difíciles condiciones laborales también requieren una mejor consideración de la salud mental de la fuerza laboral. Es necesario que haya

una conciencia real de que los desafíos de salud mental tienen un impacto sin precedentes en los trabajadores de la salud y el cuidado. Esto da como resultado una tasa cada vez mayor de agotamiento entre los trabajadores de la salud y el cuidado, y varios países de la Región Europea de la OMS informan que el 52% de los trabajadores se sienten agotados.⁵⁷ Además, las cifras de suicidios⁵⁸ todavía se pasan por alto, particularmente en el caso de las enfermeras.

Los problemas pueden incluir exceso de trabajo, pérdida de interés en la profesión, presión para abandonar la profesión, impactos en la vida personal y la salud física y mental debido al estrés, la enfermedad o el agotamiento. Trabajar en el sector de la salud y el cuidado no ha demostrado

ser un entorno de trabajo seguro y de confianza en los últimos años, como lo demuestran los informes sobre riesgos de seguridad y salud en el trabajo mencionados anteriormente.⁵⁹

El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental del personal sanitario y asistencial en

También se debe evaluar la formación. En una encuesta realizada a Residentes de Salud Pública en Francia, Italia, Portugal y España, se encontró que el 60,5% de los encuestados presentaba síntomas de depresión, mientras que el 43% presentaba síntomas de ansiedad y el 61% presentaba síntomas de estrés. El estudio también encontró que las residentes femeninas se veían más afectadas por los síntomas de depresión, particularmente aquellas que habían perdido oportunidades laborales.⁶⁰ Antes de la pandemia, los estudios ya habían demostrado que la angustia mental entre los médicos durante su formación es bastante común. Se necesita un sistema de apoyo más sólido, especialmente durante los primeros años de residencia.⁶¹

Este es un problema clave que influye en el atractivo de las profesiones sanitarias y asistenciales y que también contribuye a la falta de personal sanitario y asistencial.

en cuanto a la disminución de la productividad de quienes actualmente están trabajando. En estos puntos sería clave el desarrollo de una Directiva sobre riesgos psicosociales relacionados con el trabajo, solicitada por el Parlamento Europeo⁶².



⁵⁷ Zapata T. et al. (2023), op. cit.

⁵⁸ Awan S. y otros. (2022). "Suicidio en trabajadores de la salud: determinantes, desafíos e impacto del COVID-19". Frente. Psiquiatría. 12, <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.792925/full>

⁵⁹ Comisión Europea (2023), op. cit.

⁶⁰ Failla G. et al. (2023). "Impacto de la pandemia de COVID en la salud mental y las oportunidades de formación de los residentes de Salud Pública de 4 países europeos: un estudio transversal". Frente de Salud Pública. 11, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10028077/>

⁶¹ Failla G. et al. (2023), op. cit.

⁶² eurocuadros (2022). "El Parlamento Europeo pide una directiva sobre riesgos psicosociales". 10 de marzo de 2022, <https://www.eurocadres.eu/news/parlamento-europeo-pide-una-directiva-sobre-riesgos-psicosociales/>

4.4.2 Falta de planificación a largo plazo

Hay una falta de planificación y previsión de la fuerza laboral sanitaria y asistencial disponible, lo que se relaciona con la escasez y los demás desafíos destacados anteriormente. La planificación a largo plazo permitiría especificar qué necesitan los sistemas de salud en términos de personal sanitario y asistencial. Sin embargo, para poder hacerlo, se necesitan datos recopilados, analizados y notificados de manera más sistemática.⁶³

Durante la última década, se han desarrollado una serie de iniciativas, como la Acción Conjunta 'HEROES' (Personal sanitario para afrontar los retos sanitarios)⁶⁴.

un programa sucesor de JA Health Workforce y la Licitación Conjunta SEPEN.⁶⁵ Estos proyectos han logrado resultados importantes en el campo de la planificación

y previsión del personal sanitario. El objetivo de la Licitación Conjunta SEPEN era fomentar la cooperación entre países y brindar apoyo a los Estados miembros para aumentar el conocimiento y mejorar las herramientas, para lograr una mayor eficacia en los procesos de planificación del personal sanitario.⁶⁶ La Acción Conjunta HEROES se centra en cuatro áreas para alcanzar sus objetivos : bases de datos y recopilación de datos sobre la oferta y la demanda de personal sanitario; herramientas de previsión y metodologías de planificación para abordar los desafíos futuros de la fuerza laboral; desarrollo y mejora de habilidades y capacidades para la gestión eficaz de los sistemas de planificación de la fuerza laboral; y participación de las partes interesadas. El proyecto también probará y pondrá a prueba buenas prácticas a nivel nacional y regional.⁶⁷

⁶³ Zapata T. et al. (2023), op. cit.

⁶⁴ HÉROES de Acción Conjunta (2024), <https://healthworkforce.eu/>

⁶⁵ Federación Europea de Hospitales y Atención Sanitaria (2024). "Red de expertos en planificación y previsión del personal sanitario (SEPEN)", https://hope.be/EU_Projects/sepen/

⁶⁶ Federación Europea de Hospitales y Atención Sanitaria (2024), op. cit.

⁶⁷ Acción Conjunta HÉROES (2024), op cit.

4.4.3 Falta de cooperación intersectorial

Todos los sectores del sistema sanitario y del personal sanitario y asistencial se enfrentan a desafíos. Sin embargo, un problema general es la falta de un enfoque horizontal y de cooperación intersectorial para resolver estos desafíos. Una perspectiva de salud pública podría ayudar a abordar estos problemas, ya que se centra en elementos intersectoriales que no pueden ser abordados por un solo sector.

De hecho, el tratamiento y la atención requieren muy a menudo la participación de diferentes profesionales y niveles de atención de la salud y la atención. Existe una necesidad creciente de profesionales de la salud y de la atención altamente capacitados y especializados que puedan garantizar la transición adecuada de los pacientes entre entornos de atención. La cooperación intersectorial también tiene beneficios positivos para los resultados del tratamiento. En el

En el campo de la resistencia a los antimicrobianos, los equipos multidisciplinarios han demostrado ser esenciales para reducir el consumo de antimicrobianos y la resistencia a los mismos.

Más allá de desarrollar y fortalecer la cooperación entre las diferentes profesiones del personal sanitario y asistencial, también debe preverse la cooperación con otros sectores para abordar los desafíos del personal sanitario y asistencial. Este enfoque intersectorial implica un enfoque más allá de la visión biomédica de la salud, y más bien un cambio hacia todos los sectores y niveles de la sociedad y el gobierno basado en los determinantes sociales de la salud (es decir, empleo, educación, vivienda o asuntos sociales). ⁶⁸ Esto podría lograrse mediante un marco de políticas más sólido.

⁶⁸ Gopinathan U. et al. "Brechas conceptuales e institucionales: comprender cómo la OMS puede convertirse en un colaborador intersectorial más eficaz". Globalización y Salud. 11(46), <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-015-0128-6>

5 Abordar la salud y la atención desafíos de la fuerza laboral

5.1 La necesidad de políticas más sólidas para el personal sanitario y asistencial

Para abordar los desafíos del personal sanitario y asistencial, fortalecer la atención primaria e implementar las políticas necesarias, se necesita una fuerte voluntad política y apoyo, tanto de la UE como de los Estados miembros. Esto incluye una gobernanza más sólida en términos de política de salud pública y una cooperación más sólida dentro del sector de la salud, pero también con otras áreas políticas como la educación. También se necesitan inversiones clave para apoyar la implementación de tales políticas.

5.1.1 Gobernanza más sólida y enfoque intersectorial

Como se demostró anteriormente, es necesario abordar el desafío de la escasez de personal sanitario y asistencial mediante la implementación de políticas clave en diferentes niveles de gobernanza. El proyecto AHEAD (Cuadro 1) ha desarrollado recomendaciones al respecto.

Recuadro 1 Proyecto AHEAD69

El proyecto AHEAD ha desarrollado recomendaciones sobre la escasez, a través de acciones centradas en políticas de retención, desiertos médicos y transferencia de tareas. El proyecto incluye una herramienta de diagnóstico de desiertos médicos y una metodología de creación de consenso, cuyo objetivo es reunir a las partes interesadas que desempeñan un papel en la desertificación médica o se ven afectadas por ella.

El proyecto tenía como objetivo, entre otras cosas, poner el tema en la agenda y convertirlo en una prioridad en el próximo mandato de la Comisión, así como alentar a los Estados miembros a utilizar los datos y herramientas disponibles para identificar desiertos médicos o áreas en riesgo. También pretendía mejorar la disponibilidad de datos sobre la cuestión.

El proyecto formuló recomendaciones para los Estados miembros, como mejorar la recopilación de datos relacionados con la fuerza laboral sanitaria y la desertificación médica, crear un grupo de trabajo específico, monitorear los desiertos médicos, crear una estrategia nacional sostenible sobre los desiertos médicos, reconocer la participación de los ciudadanos y aumentar las inversiones en salud, educación, economía e infraestructura digital en áreas con poblaciones vulnerables y en comunidades rurales, remotas y desatendidas.

También se redactaron recomendaciones dirigidas a los institutos de educación, incluso para garantizar la educación continua y el desarrollo profesional, con especial atención a aquellos que ejercen en zonas rurales y remotas.

El proyecto también aboga por que los responsables de políticas de salud nacionales y regionales inviten a profesionales de la salud y a otros grupos de partes interesadas relevantes (representantes de ciudadanos, organizaciones de pacientes, investigadores, proveedores de atención médica, compañías de seguros de salud) a participar en la creación conjunta de soluciones políticas. , promover el derecho a la salud para todos y crear mayor conciencia sobre las necesidades de los más vulnerables, incluso en el ámbito médico. desiertos.

El liderazgo político de alto nivel puede apoyar el establecimiento de la agenda necesaria para el desarrollo de la fuerza laboral de salud y cuidados, involucrando a todos los sectores necesarios (es decir, educación, finanzas, economía, salud).⁷⁰ La cuestión de la fuerza laboral de salud y cuidados también debe considerarse dentro de la agenda de la Unión Europea de la Salud. EPHA ha pedido que la próxima Comisión Europea establezca un vicepresidente para salud pública, derechos sociales y bienestar (Recuadro 3), que podría asumir este papel, garantizando que se rompan los silos.

Esta cooperación intersectorial se implementó frente a la emergencia de la COVID-19 y debería fortalecerse y garantizarse de manera más regular. Esto requeriría institucionalizar la cuestión del personal sanitario y asistencial como una cuestión global, particularmente en lo que respecta al capital humano y las habilidades, e incluirla en la planificación y la toma de decisiones en las áreas políticas pertinentes (es decir, educación, empleo).⁷¹

Esa cooperación requeriría el desarrollo y fortalecimiento de mecanismos intersectoriales, por ejemplo, comités, grupos de trabajo y comisiones intersectoriales. Esto también podría ser dirigido por el potencial vicepresidente de la Comisión Europea para la salud, los derechos sociales y el bienestar. Estos procesos también deben involucrar a una amplia gama de partes interesadas, incluida la sociedad civil y los profesionales de la salud y la atención.⁷²

Más específicamente, se requiere una mejor recopilación de datos para respaldar políticas más sólidas. Existen grandes diferencias y fragmentación de datos entre los países de la UE. Una recopilación de datos mejorada y confiable permitiría el desarrollo de políticas que apoyen al personal de salud, así como también desarrollar la previsión y planificación a largo plazo necesarias, como se mencionó anteriormente. De hecho, esto ayudaría a proporcionar información sobre las necesidades de los sistemas de salud. Esto apoyaría el desarrollo de estrategias y planes de inversión para el desarrollo de la fuerza laboral sanitaria y asistencial basados en evidencia.⁷³

En general, implementar las políticas y los mecanismos de gobernanza necesarios también requiere políticas de financiación e inversiones sólidas y ambiciosas.⁷⁴



⁷⁰ Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023b). "¿Qué puede hacer la gobernanza intersectorial para fortalecer la fuerza laboral sanitaria y asistencial? Estructuras y mecanismos para mejorar la educación, el empleo y la retención de los trabajadores sanitarios y asistenciales". Informe de políticas n° 53. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/what-can-intersectoral-governance-do-to-strengthen-the-health-and-care-workforce-structures-and-mechanisms-para-mejorar-la-educacion-el-empleo-y-la-retencion-de-los-trabajadores-de-la-salud-y-los-cuidados> ⁷¹ Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023b), op. cit.

⁷² Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023b), op. cit.

⁷³ Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023b), op. cit.

⁷⁴ Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023b), op. cit.

5.1.2 La necesidad de inversiones públicas

Como lo demuestra la pandemia de COVID-19, los sistemas de salud y de atención se enfrentan actualmente a esta crisis debido a la falta de financiación durante las últimas décadas. Es necesario reconocer esto, al tiempo que se debe reconocer el papel clave del sector de la salud y la atención.

Además de la voluntad política, la financiación es esencial para implementar medidas que apoyen al personal sanitario y asistencial y refuercen la atención primaria. La evidencia de la pandemia de COVID-19 sobre la contribución del sector de la salud y los cuidados a la economía y a la salud y el bienestar de la sociedad debe reconocerse y utilizarse como argumento que respalde los llamamientos a inversiones y cooperación intersectorial. El sector también debería participar en el proceso de toma de decisiones sobre inversiones y asignación presupuestaria.⁷⁵

Recuadro 2. Diez acciones para fortalecer el personal sanitario y asistencial

Diez acciones para fortalecer la fuerza laboral sanitaria y asistencial (informe de la OMS de septiembre de 2022):⁷⁶

- Alinear la educación con las necesidades de la población y los requisitos de los servicios de salud.
- Fortalecer el desarrollo profesional continuo para equipar a la fuerza laboral con nuevos conocimientos y competencias
- Ampliar el uso de herramientas digitales que apoyen a la fuerza laboral
- Desarrollar estrategias que atraigan y retengan a los trabajadores de la salud en áreas rurales y remotas.
- Crear condiciones de trabajo que promuevan un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal.
- Proteger la salud y el bienestar mental de la fuerza laboral
- Desarrollar capacidad de liderazgo para la gestión y planificación de la fuerza laboral.
- Fortalecer los sistemas de información sanitaria para mejorar la recopilación y el análisis de datos.
- Incrementar la inversión pública en educación, desarrollo y protección de la fuerza laboral.
- Optimizar el uso de fondos a través de políticas laborales innovadoras.

La UE debería alentar a los Estados miembros a realizar las inversiones necesarias para fortalecer sus sistemas sanitarios y asistenciales y su mano de obra. Las inversiones deberían centrarse en aumentar el número de trabajadores sanitarios y asistenciales (es decir, a través de la educación), apoyar la recapitación de los trabajadores y garantizar la retención del personal.⁷⁷ De hecho, las inversiones en educación, formación y oportunidades de aprendizaje permanente para los sectores sanitarios y asistenciales se necesitan. Esto incluye invertir en educación secundaria, infraestructura educativa, educación de nivel universitario, aprendizaje en línea, desarrollo profesional continuo y aprendizaje permanente.⁷⁸ Se deben realizar inversiones para mejorar las condiciones laborales, apoyar mejor a los trabajadores de la salud y el cuidado, y fortalecer la retención de la fuerza laboral. Por último, se necesitan inversiones en los Estados miembros para fortalecer la recopilación de datos sobre el personal sanitario y asistencial en términos de capacidad analítica y con el establecimiento de registros nacionales.⁷⁹

⁷⁵ Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023c), op. cit.

⁷⁶ Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (2022). Personal sanitario y asistencial en Europa: es hora de actuar. Copenhague: OMS Oficina Regional para Europa. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

⁷⁷ Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023c), op. cit.

⁷⁸ Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023c), op. cit.

⁷⁹ Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023b), op. cit.

5.2 Reforzar la atención primaria

Teniendo en cuenta las previsiones demográficas y epidemiológicas para los próximos años y las actuales deficiencias de los sistemas de salud, fortalecer la atención primaria resultará crucial para responder a los desafíos venideros. De hecho, el desarrollo de modelos de atención primaria y de atención integrada permite un uso más eficiente de la fuerza laboral sanitaria y asistencial.⁸⁰

Si bien se ha reconocido ampliamente la importancia de estos modelos, actualmente muchos países europeos enfrentan escasez de profesionales de atención primaria y desequilibrios entre áreas geográficas. Por lo tanto, abordar esta escasez y promover el sector de atención primaria como un entorno de trabajo atractivo debe ser parte de la estrategia.

Se pueden explorar diferentes vías para reforzar la atención primaria. Por ejemplo, el Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Salud ha identificado varias vías para aumentar el atractivo de la atención primaria.⁸¹ Empezando por la educación, es pertinente exponer a los estudiantes a las profesiones de atención primaria y desarrollar estrategias de contratación y retención, incluso para las zonas rurales y Áreas remotas. Estos comprenden tutorías y adaptación de planes de estudio, o becas a cambio del compromiso de trabajar en atención primaria y/o zonas rurales. Además, para impulsar el reclutamiento y la retención en áreas remotas y rurales, la provisión de experiencia en dichos lugares durante la capacitación médica o incentivos financieros podrían ser estrategias exitosas.

Además, para aumentar el atractivo del sector, es necesario mejorar el entorno laboral, las condiciones laborales y el equilibrio entre la vida personal y laboral.

básico. La fuerza laboral necesita mejores condiciones laborales, una remuneración justa, pero también apoyo en materia de salud mental y protección contra la violencia.⁸² También se necesitan políticas que permitan la adaptación a los roles cambiantes de las profesiones, por ejemplo, a través de oportunidades de aprendizaje permanente.

Además, es necesaria una mejor planificación del personal sanitario, garantizando que “el número adecuado de personas con las habilidades adecuadas esté en el lugar adecuado y en el momento adecuado para prestar los servicios adecuados a quienes los necesitan”.⁸³ Otra vía de acción que vale la pena. Se está considerando desarrollar diferentes modelos de atención primaria, como clínicas independientes o centros de salud más grandes. Por ejemplo, se ha descubierto que los enfoques basados en equipos apoyan el fortalecimiento de la atención primaria.⁸⁴

Los responsables políticos europeos ya han abordado el tema de los cuidados. La estrategia europea de cuidados⁸⁵ proporciona un trampolín hacia la mejora de los servicios asistenciales en Europa y el bienestar de los proveedores de cuidados, lo cual es relevante para cualquier enfoque político destinado a fortalecer el personal sanitario y asistencial. Su objetivo es mejorar los servicios de atención abordando la disponibilidad, la calidad, la asequibilidad y la accesibilidad de los servicios de atención, con especial atención a las zonas y regiones rurales y remotas. Aprovechando los instrumentos y estrategias de financiación de la UE, busca abordar la escasez de mano de obra en el sector de cuidados mejorando las condiciones laborales y los salarios y fomentando el diálogo social, con especial atención al equilibrio de género y las condiciones de los trabajadores migrantes. Además, pide que se preste atención al equilibrio entre la vida personal y laboral y la salud mental de los trabajadores de cuidados (informales) a través de sistemas de apoyo, sistemas de seguimiento, sensibilización y

80 Wismar M. y Goffin T. (2023). “Afrontar la crisis del personal sanitario: hacia una estrategia europea en materia de personal sanitario”. Eurosalud. 29(3), [https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/a-europe-that-cares-prepares-protects-strengthening-the-eu-health-union-\(eurosald\)](https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/a-europe-that-cares-prepares-protects-strengthening-the-eu-health-union-(eurosald)).

81 Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023d). “Fortalecimiento de la atención primaria en Europa: ¿Cómo aumentar el atractivo de la atención primaria para los estudiantes de medicina y los médicos de atención primaria?”. Informe de política n°55, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-primary-care-in-europe-how-to-increase-the-attractiveness-of-primary-care-for-medical-students-and-primary-care-physicians> 82 Zapata T. et al. (2023),

op. cit.

83 Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023d), op. cit.

84 Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023c), op. cit.

85 Comisión Europea (2022). “Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados”. COM(2022) 440 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>.

medidas y comunicación contra los estereotipos de género. Por último, alienta a los Estados miembros a crear sistemas de atención sólidos, de alta calidad y rentables mediante una financiación sostenible, junto con un sistema de seguimiento basado en una buena recopilación de datos y el uso de indicadores, en particular sobre las desigualdades territoriales y las zonas rurales.

La Estrategia también se refiere a dos Recomendaciones del Consejo.

En primer lugar, la Recomendación del Consejo sobre educación y cuidados de la primera infancia,⁸⁶ que se centra en sistemas de cuidados de buena calidad para abordar el ciclo de desigualdad y desventaja lo antes posible, en particular para los niños en situaciones vulnerables. Luego, la Recomendación del Consejo sobre cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad⁸⁷ pretende orientar las inversiones y reformas para sistemas de cuidados de larga duración centrados en la persona con mejores condiciones de trabajo, oportunidades de mejora y reciclaje de capacidades, y reconocimiento de las contribuciones y necesidades de los cuidadores informales. Mientras

La Estrategia Europea de Cuidados representa un marco inicial de acción para abordar los problemas de salud y

Para hacer frente a la crisis del personal sanitario y reforzar la atención primaria, se necesitan más medidas específicas.



⁸⁶ Unión Europea (2019). "Recomendación del Consejo, de 22 de mayo de 2019, sobre sistemas de atención y educación de la primera infancia de alta calidad". 2019/C 189/02, [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019H0605\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019H0605(01))

⁸⁷ Unión Europea (2022). "Recomendación del Consejo de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad". 2022/C 476/01, [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215(01))

5.3 Recomendaciones de EPHA y sus miembros

Antes de las elecciones europeas, la EPHA ha publicado un manifiesto destacando las prioridades de salud pública que se abordarán durante el próximo mandato del Parlamento Europeo. Como uno de los desafíos más apremiantes de los sistemas de salud europeos, la situación del personal sanitario y asistencial también se desarrolla en este documento, con recomendaciones clave (Recuadro 3). Estos incluyen muchos de los puntos mencionados anteriormente.

Cuadro 3. Manifiesto de EPHA

Recomendaciones del manifiesto EPHA⁸⁸

Prioridad 2: Proporcionar los medios para una política sanitaria ambiciosa de la UE:

Asegurar un presupuesto ambicioso para la salud. Para alcanzar objetivos ambiciosos de la UE a nivel de la UE y mundial es necesario que la salud se considere una inversión y no un costo. Invertir en sistemas de salud y abordar la escasez de personal sanitario en toda la UE, y al mismo tiempo invertir en políticas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, es la única manera de garantizar la cohesión social, la equidad, el bienestar y la productividad en toda la UE.

- Debe abordarse la acuciante cuestión de la escasez de personal sanitario, así como de los desiertos médicos.
Estas cuestiones deberían ser una prioridad en el próximo mandato de la Comisión de la UE.
- Abordar la escasez de personal sanitario es esencial para la preparación ante crisis y para fortalecer los sistemas sanitarios europeos a largo plazo. Esto debería incluir planificación a largo plazo, mejora de las condiciones laborales y apoyo a la propia salud física y mental de los trabajadores de la salud.
- Se deben realizar inversiones en educación, capacitación y desarrollo profesional continuo para los trabajadores de la salud, para que puedan brindar una mejor atención a los pacientes. Esto ayudaría a mantener a los trabajadores de la salud existentes actualizados con nuevos conocimientos, así como a preparar a los nuevos reclutas para posibles desafíos y tendencias (por ejemplo, digitalización, sostenibilidad). Las instituciones de la UE deberían difundir más información sobre las oportunidades de financiación europeas existentes en estos ámbitos.
- Se deben realizar inversiones en el personal sanitario, en particular para proporcionarles mejores salarios y condiciones laborales.
Además, deberían desarrollarse itinerarios profesionales claros para las diferentes especializaciones.
- Se deben proporcionar directrices sobre la libre circulación del personal sanitario. Permitir que la fuerza laboral sanitaria se mueva entre países es esencial para llenar los vacíos donde hay una escasez más aguda de fuerza laboral. Sin embargo, estas directrices deben tener en cuenta que la movilidad no debería crear un desequilibrio a nivel europeo y mundial, entre los países que ven salir principalmente a los trabajadores sanitarios y los países que reciben trabajadores, profundizando así aún más la escasez en algunas áreas. Los países de la UE, en particular, contratan gran parte de su fuerza laboral en países no pertenecientes a la UE.

Esto debería abordarse, incluso como parte de la Estrategia de Salud Mundial.

A la luz de las prioridades identificadas en las secciones anteriores, los siguientes párrafos recopilan una lista de recomendaciones dirigidas a los responsables políticos nacionales y de la UE, y a otras partes interesadas relevantes.

⁸⁸ Alianza Europea de Salud Pública (2023). "Fortalecimiento de la salud pública en toda la Unión Europea", https://epha.org/wp-content/uploads/2023/11/2023_epha_strengthening-public-health-across-the-european-union.pdf.

5.3.1 Recomendaciones para los responsables políticos de la UE

- Teniendo en cuenta los retos a los que se enfrenta el personal sanitario y asistencial en toda Europa, hacemos un llamamiento a las instituciones europeas para que tengan en cuenta la urgencia de la situación y actúen rápidamente impulsando medidas a nivel de los Estados miembros y asignando presupuesto suficiente para evitar que empeoren los resultados sanitarios en el futuro. Además de estos resultados de salud, las implicaciones a largo plazo de no abordar estos desafíos seguirán impactando el bienestar de todos los ciudadanos de la UE y de las generaciones futuras, así como la economía de los Estados miembros. El desarrollo de una estrategia para el personal sanitario y asistencial podría ser un primer paso.
- Para poner a las personas y a los pacientes en el centro de la atención, lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) y fortalecer los sistemas de salud, los presupuestos y las inversiones en salud deben planificarse de manera que afronten los desafíos del personal sanitario y asistencial. También deberían desarrollarse nuevas iniciativas y proyectos de investigación a ese respecto.
- La UE también debería alentar a los Estados miembros a desarrollar e implementar mecanismos más flexibles para la asistencia sanitaria y la cooperación transfronterizas. Esto podría incluir la promoción de la investigación colaborativa, oportunidades de aprendizaje transfronterizo y el intercambio de mejores prácticas. Por ejemplo, la colaboración transfronteriza para la formación de especialistas podría ser extremadamente beneficiosa para los países más pequeños que no pueden ofrecer toda la formación especializada.⁸⁹
- La UE debería centrarse en políticas sobre capacidades y formación para el personal sanitario y asistencial, para responder a las necesidades actuales. Los planes de formación a escala de la UE para el aprendizaje permanente garantizarían que las brechas de habilidades en el personal sanitario y asistencial se aborden de forma comparable y coordinada en toda la Unión.
- El marco jurídico de la UE que regula las profesiones sanitarias y el reconocimiento de competencias debería examinarse críticamente para poder adaptarse a los desafíos y necesidades actuales de desarrollo de competencias. Esto podría lograrse, por ejemplo, a través de la Directiva sobre Cualificaciones Profesionales (PQD) y el establecimiento de estándares de habilidades de la UE para comparar mejor las calificaciones profesionales en toda la UE.
- Como parte de sus políticas de movilidad laboral, la UE debería ser consciente de la actual escasez de mano de obra sanitaria y asistencial y crear un mercado laboral de la UE sostenible para los trabajadores sanitarios y asistenciales que esté en consonancia con las necesidades y objetivos de los sistemas sanitarios. Deben proporcionarse directrices y mecanismos de control sobre la libre circulación de trabajadores sanitarios y asistenciales. Las soluciones podrían incluir: un registro electrónico europeo del personal sanitario, esfuerzos nacionales de planificación y previsión complementados por un mecanismo de la UE y seguimiento de los trabajadores sanitarios de terceros países, como destaca el Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Salud.⁹⁰
- Como parte de sus políticas sobre salud mental, la UE debería esforzarse en pedir más apoyo. mecanismos para la salud mental del personal sanitario y asistencial.

⁸⁹ Wismar M. y Goffin T. (2023), op. cit.

⁹⁰ Wismar M. y Goffin T. (2023), op. cit.

5.3.2 Recomendaciones para los responsables de la formulación de políticas nacionales

- Pedimos a los Estados miembros que adopten las medidas necesarias para hacer más atractivas las profesiones sanitarias y asistenciales. El personal sanitario y asistencial necesita más personas para llenar los huecos entre los que salen y los que entran en la profesión. Para garantizar que más personas se incorporen a la fuerza laboral, es necesario abordar y mejorar como prioridad las difíciles condiciones laborales.
Se necesitan mejores salarios, condiciones laborales y sociales, y se debe desarrollar el apoyo a la salud mental a nivel nacional.
- Se deben garantizar la igualdad de condiciones y oportunidades de trabajo para mujeres y hombres en el sector de la salud y los cuidados, especialmente al abordar la brecha salarial de género mediante la recopilación de datos actualizados, su seguimiento y el establecimiento de políticas para abordarla.
- A nivel local, también se deberían tomar medidas y acciones, promoviendo el cambio de roles de la profesión, haciéndola más atractiva, a través de medidas de las autoridades locales y las universidades.
- Los Estados miembros deberían invertir en programas de educación y formación. Se necesita una mejor formación, a través de formación académica, profesional y tutoría.
- A nivel nacional, se deben remodelar y fomentar las culturas organizacionales dentro de los sistemas de atención y salud y en los lugares de trabajo de atención y salud para contrarrestar la alienación de la fuerza laboral de estas profesiones.

5.3.3 Recomendaciones para otras partes interesadas

- Los profesionales del sector deberían fomentar la colaboración y el intercambio interprofesional para abordar los desafíos que enfrenta el personal sanitario y asistencial. La colaboración también debe incluir a los estudiantes, para resolver estos problemas a largo plazo.
- Las asociaciones de profesionales de la salud y la atención deberían mostrar los beneficios de la profesión para hacerla más atractiva y cooperar con universidades y escuelas para aumentar el número de estudiantes que se incorporan a la fuerza laboral.





ALIANZA EUROPEA DE SALUD PÚBLICA (EPHA)

Calle de Trèves 49-51 | 1040 Bruselas (BÉLGICA) | +32 (0) 2 230 30 56

www.eph.org | epha@epha.org

Diseño de: Katie Greybe