

DE LA OBLIGACIÓN A LA MOTIVACIÓN

TRANSFORMACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE
RETENCIÓN DEL TALENTO MÉDICO EN
EUROPA

EUROPEAN JUNIOR DOCTORS



Autores:

Anna Klesmite-Bluma, Álvaro Cerame, David Berhanu, Patrick Pihelgas, Dimitri Eerens, Miglė Trumpickaitė.

Traducción y adaptación a la versión española:

Domingo A. Sánchez, Juan Pablo Carrasco, Pablo Estrella, Álvaro Cerame.

Texto Original: FROM MANDATE TO MOTIVATION: TRANSFORMING JUNIOR DOCTORS' RETENTION STRATEGIES IN EUROPE

EUROPEAN JUNIOR DOCTORS 2024

© 2024 by European Junior Doctors is licensed under CC BY-NC-ND 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Resumen Ejecutivo



Resumen Ejecutivo

Europa se enfrenta a las consecuencias de una crisis de recursos humanos sin precedentes en el ámbito de la salud. En este contexto las políticas de fidelización y retención de los médicos jóvenes se ha vuelto una cuestión central para la política sanitaria y la sostenibilidad del sistema. Este documento explora los retos y estrategias en torno a las políticas de retención profesional forzosa, centrándose en la asignación involuntaria de personal y sus implicaciones. Destaca el creciente uso de estas medidas para hacer frente a la escasez de personal en zonas de difícil cobertura, también conocidas como desiertos médicos. El informe examina los pros y contras de las medidas basadas en la obligatoriedad e imposición y los enfoques basados en incentivos, abogando por un cambio de una asignación forzosa a las estrategias basadas en la motivación de los profesionales.

- **¿Qué definimos como políticas de retención forzosa del personal sanitario?** Se trata de un término que trata de englobar un conjunto de iniciativas de asignación involuntaria y forzosa de profesionales sanitarios en una región o ámbito concreto en contra de sus preferencias. Constituyen situaciones en las que se obliga a un médico joven, especialista o estudiante de medicina a trabajar en un lugar determinado, normalmente bajo amenaza de sanciones o pérdida de remuneración.
- **Consideraciones Jurídicas:** El documento aborda los conflictos con las directivas de la Unión Europea sobre cualificaciones profesionales y derechos de los ciudadanos. Demanda que se respeten estas leyes y se eviten medidas punitivas contra los médicos jóvenes que decidan no cumplir estos mandatos.
- **Punto de vista ético:** Obligar a los médicos jóvenes a trabajar bajo pena de sanción socava su autonomía, limitando su capacidad para tomar decisiones sobre su trayectoria profesional y su vida personal. Esta práctica puede generar sentimientos de resentimiento e

insatisfacción y promover el desgaste profesional, lo que repercute negativamente en su rendimiento, salud y en la atención que brindan a los pacientes.

- **Estrategias para fidelizar a los profesionales:** Las prácticas de riesgo incluyen el servicio rural obligatorio y el empleo obligatorio en el sector público tras la formación especializada, a través de la imposición de fuertes sanciones en caso de incumplimiento. Las mejores prácticas de fidelización incluyen incentivos económicos, mejores condiciones de trabajo y prácticas clínicas supervisadas en zonas rurales para atraer y retener voluntariamente el talento médico.

Recomendaciones: Las estrategias de retención profesional forzosa cuyo objetivo cortoplacista es mitigar la escasez de personal sanitario pueden agravar inadvertidamente dicha escasez al promover el malestar, *burnout* y la insatisfacción laboral. En contraposición se aboga por dar prioridad a la planificación a largo plazo y a la inversión en formación médica; crear incentivos positivos y atractivos para trabajar en zonas de difícil cobertura, como salarios más altos y mejores condiciones laborales; así como evitar comprometer la calidad de la la formación médica debido a las necesidades de planificación de la mano de obra.

Conclusiones: El informe aboga por un cambio de las estrategias basadas en mandatos a enfoques basados en la motivación que respeten la autonomía y las aspiraciones profesionales de los médicos jóvenes y, al mismo tiempo, aborden eficazmente las necesidades sanitarias de las poblaciones desatendidas de Europa.

CAPÍTULO 1

Retos de la fuerza médica y políticas de retención forzosa en Europa



1- Introducción

Europa se enfrenta a un problema creciente de déficit de profesionales sanitarios, lo que hace cada vez más difícil retener a los profesionales sanitarios, viéndose esta situación agravada para los médicos y médicas. Ello ha contribuido, entre otras cosas, al fenómeno de la desertificación médica¹, que plantea graves problemas de salud pública. La Comisión Europea calcula que actualmente faltan un millón de trabajadores² sanitarios y la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya la necesidad urgente de estrategias para retener a los profesionales sanitarios en Europa³. A pesar de los esfuerzos de la Unión Europea (UE) y los Estados miembros por garantizar la cobertura sanitaria universal al tiempo que se hace frente a estas carencias, persisten los problemas de retención del personal sanitario.

La Asociación Europea de Médicos Jóvenes (EJD) ha mostrado públicamente su preocupación por la creciente tendencia de medidas destinadas a retener forzosamente a médicos durante la formación sanitaria especializada, especialistas jóvenes y estudiantes de medicina en áreas de difícil cobertura. El término **políticas de retención profesional forzosa** se refiere a una serie de iniciativas de asignación obligatoria e involuntaria de personal a ciertas áreas de difícil cobertura. Estas iniciativas obligan a los médicos residentes, especialistas jóvenes y a los estudiantes de medicina a trabajar en zonas designadas, a menudo de difícil cobertura, lejos de sus lugares de residencia de preferencia. Durante la Formación Sanitaria Especializada (FSE), la retención suele justificarse con el pretexto de la formación, aunque a menudo carece de la supervisión adecuada. El incumplimiento de estos mandatos puede acarrear sanciones o la disminución en la remuneración.

¹ [Medical deserts](#) are areas where population healthcare needs are unmet partially or totally due to lack of adequate access or improper quality of healthcare services caused by (i) insufficient human resources in health or (ii) facilities, (iii) long waiting times, (iv) disproportionate high costs of services or (v) other socio-cultural barriers

² [Health-EU newsletter 250](#)

³ [Framework for action](#) on the health and care workforce in the WHO European Region 2023–2030

Tras los resultados publicados en el informe de la EJD "From Tradition to Transition. Navigating through the health workforce crisis", se pretende ampliar la evidencia y el conocimiento sobre las políticas de retención forzosa de personal.

En relación con este fenómeno, nos posicionamos firmemente en contra del mismo como solución a la escasez de personal. Basándonos en la bibliografía disponible y en los informes de nuestras asociaciones médicas nacionales, se observa de manera inequívoca que la retención forzosa contribuye a reducir la satisfacción laboral y conlleva una experiencia de trabajo negativa, lo que puede dar lugar al abandono del puesto de trabajo, lo que podría agravar aún más el problema que estas medidas pretenden reducir.⁴ Además, algunas de estas iniciativas podrían entrar en la definición de trabajo forzoso de la Organización Internacional del Trabajo⁵ (Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930, nº 29): todo trabajo o servicio exigido a un individuo bajo la amenaza de una pena cualquiera y para el cual dicho individuo no se ofrece voluntariamente.

Por todo lo anterior, el presente documento pretende explorar los problemas asociados a las políticas de retención profesional forzosa y su conexión con los desiertos médicos en el sector sanitario, centrándose especialmente en los médicos jóvenes. Con ello, se persigue diseccionar el delicado equilibrio entre la necesidad de una adecuada provisión de asistencia sanitaria y el bienestar de los profesionales sanitarios sometidos a tales medidas. En este sentido, se mostrará un conjunto de iniciativas, tanto positivas como negativas, que se han puesto en marcha para hacer frente a estos retos en diferentes países. De igual forma, este enfoque integral pretende no sólo poner de relieve los problemas acuciantes, sino también estimular el diálogo y la acción hacia soluciones sostenibles que den prioridad tanto a la accesibilidad de la asistencia sanitaria como a la satisfacción profesional del personal.

⁴ European Junior Doctors 2023. [From Tradition to transition](#). Navigating through the health workforce crisis.

⁵ International Labour Organisation's definition of [forced Labour](#).

2-Escenarios actuales de retención profesional forzosa

A lo largo de la formación médica, tanto de grado como durante la formación sanitaria especializada, hemos identificado casos de retención profesional forzosa. Estas instancias reflejan un esfuerzo concertado para abordar las disparidades en la atención sanitaria, en particular en las áreas de difícil cobertura.

Durante los estudios universitarios:

En algunos países, como Alemania, existen programas específicos en los que la aceptación al sistema universitario está supeditada al compromiso del solicitante de prestar servicios en una zona de difícil cobertura.

Esta intervención precoz pretende orientar a los futuros profesionales sanitarios hacia las regiones con más necesidades, incluso antes de que empiece su formación médica. En Austria, algunos estudiantes de medicina tienen que trabajar en áreas de difícil cobertura durante sus estudios, concretamente durante el Año de Prácticas Clínicas (KPJ). Además, algunos estados federales de Austria ofrecen becas o plazas de estudio a los aspirantes en la carrera de medicina si se comprometen a trabajar en el sistema sanitario público. Algunas facultades de medicina de toda Europa tienen rotaciones obligatorias en zonas rurales durante la formación de grado.

Durante la Formación Sanitaria Especializada (FSE):

La retención forzosa de personal durante la formación sanitaria especializada (FSE) se manifiesta de varias formas:

- **Basada exclusivamente en una lógica asistencial:** En este escenario, la asignación se rige por las necesidades sanitarias inmediatas, ocasionalmente a expensas de la calidad y los resultados de la formación impartida. Este planteamiento da prioridad a la escasez urgente de personal sobre las necesidades educativas de los estudiantes y residentes. El resultado es un potencial impacto sobre la calidad de la asistencia sanitaria que recibirán los pacientes en el futuro.

- **Años de formación en desiertos médicos:** La implantación de años de formación médica especializada en desiertos médicos tiene como objeto introducir a los residentes en áreas de difícil cobertura. Sin embargo, estas prácticas a menudo no se basan en la adquisición de competencias o en una justificación educativa, lo que puede comprometer el nivel de la formación recibida.
- **Rotaciones obligatorias en áreas de difícil cobertura:** En las últimas etapas de la FSE, algunas iniciativas obligan a realizar rotaciones en áreas de difícil cobertura. Aunque su objetivo es que los futuros especialistas adquieran experiencia en diversos entornos, a menudo siguen una lógica de prestación de servicios más que educativa, lo que puede afectar a la calidad de la formación y a la experiencia educativa en general.

Tras finalizar la especialización (médicos especialistas jóvenes):

Tras completar su formación sanitaria especializada, los especialistas que inician su carrera suelen enfrentarse a obligaciones contractuales como medidas de retención forzosa, que les obliga a permanecer y trabajar en un área designada o en un sector específico de la atención sanitaria durante un periodo de tiempo establecido. Esta fase crea un escenario en el que la capacidad del especialista para avanzar en su carrera o seguir especializándose está ligada a su servicio en zonas de difícil cobertura, lo que puede conducir a una trayectoria profesional diferente de la que podría haber elegido de forma independiente. En países como Croacia, Letonia y Eslovenia, existen mandatos que obligan a los especialistas a trabajar en el sistema sanitario público hasta durante seis años tras la formación sanitaria especializada financiada por el gobierno. El incumplimiento de estos mandatos puede dar lugar a que los médicos jóvenes tengan que pagar una multa.

Estas iniciativas de retención forzosa, que abarcan desde la formación médica hasta las primeras etapas de la carrera profesional de un médico joven, revelan un enfoque basado en medidas impositivas para mitigar la escasez de personal sanitario. Sin embargo, también plantean importantes consideraciones sobre el impacto en la calidad de la formación, las opciones personales y el desarrollo de la carrera de los profesionales sanitarios.

3 - Medidas para mejorar la retención y abordar la escasez de personal



PRÁCTICAS DE RIESGO

Etapa Universitaria:

- **Realizar prácticas en áreas de difícil cobertura:** En algunas facultades de medicina de Europa, se obliga a que los estudiantes de grado realicen prácticas clínicas en áreas de difícil cobertura. Esta práctica puede ser perjudicial cuando se implementa sin una planificación y recursos adecuados y con el único objetivo de abordar la escasez de personal. Las áreas de difícil cobertura a menudo carecen de personal docente, lo que compromete la formación de los estudiantes. Estas iniciativas requieren un apoyo adecuado y programas bien estructurados. Si no se implementan correctamente, pueden no proporcionar los beneficios educativos necesarios y podrían perjudicar la calidad de la formación y la atención al paciente.

Durante la Formación Sanitaria Especializada:

- **Servicio rural obligatorio:** Existen iniciativas que obligan a realizar servicios en áreas rurales, a menudo implicando el envío de médicos residentes a hospitales y centros de salud con escasez de personal. Estas medidas buscan abordar necesidades inmediatas de personal, pero pueden imponer una carga significativa a los médicos y potencialmente comprometer tanto su formación como su seguridad personal. En Turquía, esta práctica se extiende al envío de médicos durante la residencia a zonas de guerra.
- **Servicio obligatorio en el departamento de urgencias:** Iniciativas para que los residentes trabajen en servicios de urgencias durante este periodo, independientemente de la especialidad o los objetivos formativos, para cubrir la escasez de personal, supone también una práctica de riesgo que puede exponer a los médicos residentes a situaciones clínicas de alta complejidad e impacto emocional sin la supervisión profesional adecuada.

Tras finalizar la Formación Sanitaria Especializada:

- **Servicio público obligatorio:** En Croacia, Letonia y Eslovenia, se obliga a trabajar en el sistema de salud público durante hasta seis años después de completar la formación especializada financiada por el gobierno. El incumplimiento de esta obligación puede dar lugar a una multa que se justifica bajo el pretexto de los costes de formación y administrativos de los médicos tras la finalización de la formación sanitaria especializada, que ascienden a entre 5.000 y 10.000 euros por año de formación.





BUENAS PRÁCTICAS

Etapa Universitaria:

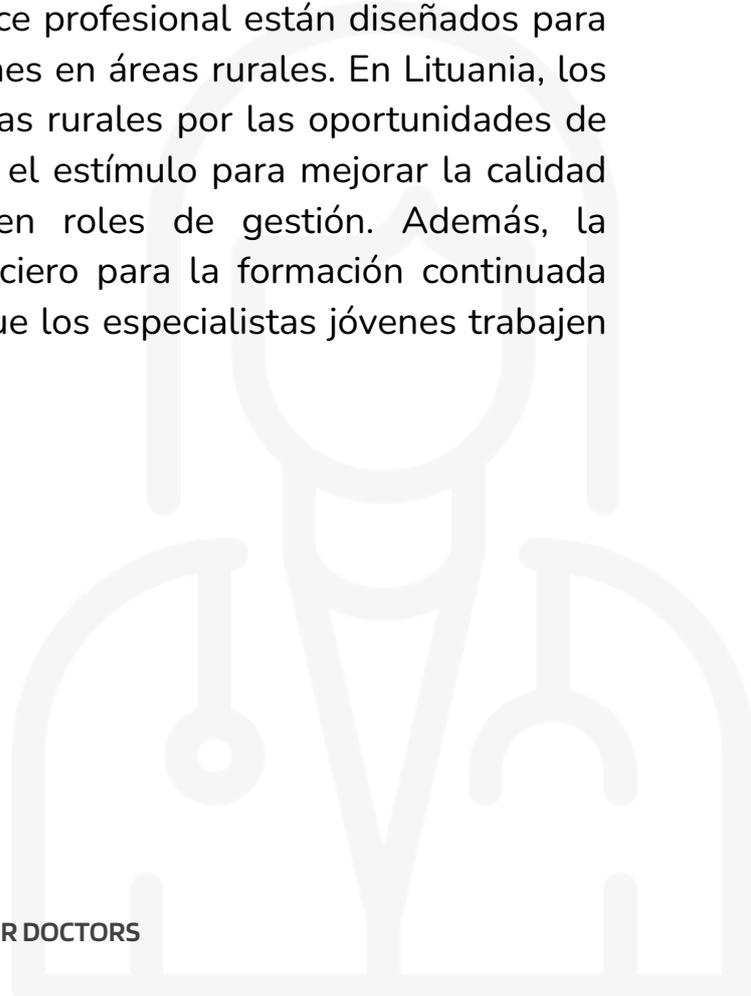
- **Organizar prácticas clínicas estructuradas y de calidad para estudiantes de medicina que incentiven el trabajo en regiones de difícil cobertura.** Algunas facultades de medicina en Europa, como las de Irlanda, Noruega, Croacia y el Reino Unido, han desarrollado programas especializados que están cuidadosamente estructurados y respaldados para asegurar que los estudiantes reciban una educación de alta calidad y tengan un impacto positivo en áreas con necesidades críticas de atención médica.

Durante la Formación Sanitaria Especializada:

- **Incentivos Económicos:** Mejor salario o un complemento económico inicial para aquellos que trabajan en áreas de difícil cobertura (República Checa, Finlandia, Letonia).
- **Rotaciones rurales supervisadas y centradas en la formación:** Una iniciativa de rotaciones centradas en una supervisión efectiva en áreas de difícil cobertura (Estonia, Hungría, Portugal y Reino Unido).
- **Elección diversa de rotaciones y hospitales:** Una iniciativa que pretende que los médicos residentes tengan mayor capacidad de selección en la realización tanto de rotatorios como de los hospitalarias donde realizarlos (Lituania).
- **Mejora de los contratos laborales:** Una iniciativa donde se realicen mejoras en las condiciones de trabajo en desiertos médicos como en el transporte, alimentación, vivienda, facilidades de investigación, de formación, etc (Alemania).
- **Priorización de áreas de difícil cobertura para ofrecer mejores oportunidades formativas:** Se propone poner énfasis en promover rotatorios y experiencias de formación especializada en áreas de difícil cobertura (Suecia).

Después de la Formación Sanitaria Especializada:

- **Incentivos Laborales:** Algunas regiones en España han introducido iniciativas para incentivar a los médicos jóvenes a permanecer en áreas de difícil cobertura, aumentando su atractivo (como por ejemplo, ofrecer contratos a largo plazo, horarios de trabajo flexibles, etc).
- **Incentivos financieros:** El Reino Unido ofrece incentivos financieros para fomentar la aceptación de puestos de médico general en áreas de difícil cobertura. Estonia ofrece un incentivo financiero en forma de un pago único para los especialistas que decidan comenzar a trabajar en un área rural después de la formación especializada y permanezcan allí al menos 5 años. Los incentivos financieros en Lituania incluyen pagos únicos, mayores salarios y reembolsos por gastos de viaje y alojamiento en áreas de difícil cobertura.
- **Condiciones laborales y apoyo social:** En Lituania existen mejoras que incluyen horarios de trabajo flexibles, vacaciones adicionales, apoyo para la investigación o el trabajo voluntario, asistencia para que las familias jóvenes encuentren buenas oportunidades educativas para sus hijos. España ofrece distintas iniciativas para incentivar a los médicos jóvenes a permanecer en áreas desatendidas, aumentando su atractivo.
- **Mentoría y oportunidades de carrera profesional:** Los programas de mentoría y las trayectorias de avance profesional están diseñados para atraer y retener a los médicos jóvenes en áreas rurales. En Lituania, los médicos jóvenes son atraídos a áreas rurales por las oportunidades de avance temprano en sus carreras y el estímulo para mejorar la calidad de la atención, particularmente en roles de gestión. Además, la provisión de tiempo y apoyo financiero para la formación continuada mejora aún más el atractivo para que los especialistas jóvenes trabajen en estas regiones.



4 - Políticas de retención forzosa en áreas rurales y sus implicaciones legales

Las políticas de retención profesional forzosa tienen un impacto significativo en la vida personal y en la conciliación laboral. Estas prácticas crean un gran estrés adicional, conflictos en la vida personal y la planificación familiar, y reducen la satisfacción laboral. Muchas de las iniciativas mencionadas anteriormente priorizan la retención forzosa de médicos para abordar la escasez de personal, en lugar de implementar medidas proactivas para atraer y retener profesionales en áreas de difícil cobertura. De manera similar, también se ha descrito la reubicación involuntaria de estudiantes de medicina durante su formación de grado. La reubicación involuntaria de médicos jóvenes en la Unión Europea (UE) incluye enviarlos a áreas de difícil cobertura y desiertos médicos durante los años de formación antes de la capacitación de especialista, lo que potencialmente compromete la calidad de la formación.

Además, algunos Estados miembros de la UE han implementado políticas donde la asignación forzosa a áreas rurales es una posibilidad hasta cinco años después de terminar la especialidad. En estos escenarios, el incumplimiento podría resultar en multas para los especialistas jóvenes. Estas medidas sancionan a los médicos y contravienen el principio de libre circulación de profesionales dentro de la UE, la Directiva de Derechos de los Ciudadanos 2004/38/CE y los principios de la Directiva de Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales (RCP) 2005/36/CE. La directiva RCP facilita la libre circulación y movilidad profesional de los trabajadores dentro de la UE, con el objetivo de eliminar barreras que impidan su capacidad de elegir su lugar de trabajo y residencia.

En ciertos países europeos, las regulaciones imponen empleo obligatorio o contratos específicos para graduados de medicina y especialistas en las primeras etapas de su carrera después de la formación como especialista. Otros países ofrecen sistemas de pago por el incumplimiento de estos períodos. La legislación de estas prácticas de retención laboral forzosa varían en función del país, con algunos ejemplos de leyes nacionales (Croacia, Letonia, Eslovenia), legislación local (el Reino Unido) o legislación establecida por instituciones educativas (Grecia).

En Alemania e Italia, los contratos individuales después de la formación especializada pueden determinar la ubicación de un médico joven después del examen de certificación, dado que las certificaciones varían entre regiones. En Croacia, Letonia y Eslovenia, las leyes nacionales requieren que los médicos jóvenes trabajen en su campo especializado dentro del sistema nacional de salud hasta seis años después de completar su formación de especialistas.

El principio de proporcionalidad, fundamental en el derecho de la UE, exige que las medidas de los Estados miembros sean apropiadas, necesarias y no excesivamente gravosas. La retención profesional forzosa, especialmente cuando se combina con sanciones como multas para los especialistas, es una medida desproporcionada que restringe la libertad de los profesionales y no es el medio menos restrictivo para abordar la escasez de personal. **Estas sanciones ponen a los especialistas en desventaja al limitar su movilidad y oportunidades de carrera, una restricción poco común en la mayoría de los demás países donde tales multas no existen.**

Además, la directiva RCP enfatiza la no discriminación en el acceso al empleo, asegurando estándares consistentes y altos de práctica profesional en toda la UE. La retención forzosa puede afectar desproporcionadamente a los profesionales de otros Estados miembros, creando discriminación indirecta y potencialmente comprometiendo la calidad de la educación y la práctica profesional al colocar a médicos jóvenes en áreas con menos recursos y sin el apoyo adecuado. Al socavar la autonomía profesional y perturbar la planificación y desarrollo de la carrera, la retención forzosa contradice los objetivos de la directiva de apoyar el desarrollo profesional y la autonomía. Obstaculiza la búsqueda de formación especializada y el desarrollo profesional continuo, esenciales para mantener altos estándares profesionales.

Las interpretaciones legales y las decisiones del Tribunal de Justicia de la Unión Europea consistentemente apoyan la libre circulación de profesionales y el reconocimiento de cualificaciones en los Estados miembros. Las inconsistencias en la implementación de la retención forzosa entre los Estados miembros socavan los objetivos de armonización de la directiva RCP, destacando la necesidad de un enfoque más equilibrado y unánime para abordar la escasez de personal médico.

5 - Recomendaciones

- Los gobiernos deben priorizar la planificación de RRHH a largo plazo para abordar la escasez de personal en el sector sanitario, incluyendo la inversión en programas de formación, la expansión de las oportunidades de educación médica y la creación de incentivos positivos para que los profesionales trabajen en desiertos médicos.
- Todos los países deberían asegurar la creación de tantas plazas de estudiantes de medicina como sean necesarias para cubrir su propia demanda asistencial futura, con el fin de evitar efectos de fuga de profesionales de otros países y cumplir con los estándares de contratación ética del Código Global de Prácticas sobre el Reclutamiento Internacional de Personal de Salud de la OMS.
- Los países europeos deben adherirse a la directiva de la UE (2004/38/CE) sobre el derecho de los ciudadanos y sus familias a moverse y residir libremente dentro de la UE. Las soluciones para la desertificación médica no pueden comprometer la educación y la formación de los médicos jóvenes, así como la calidad de la atención brindada a los pacientes.
- Implementar sistemas de multas equivalentes al tiempo pasado en la formación especializada como sanciones para obligar a los médicos a cubrir la falta de personal médico puede exacerbar las desigualdades y debe evitarse. Los médicos jóvenes, independientemente de su nivel de formación, no deben ser sancionados por ejercer sus derechos y priorizar su vida personal.
- Las iniciativas deben ser monitorizadas, realizando evaluaciones de efectividad de manera regular. Los resultados de estas evaluaciones deberán ser públicos. La transparencia y la comunicación entre las partes interesadas, incluidos los médicos jóvenes, respecto a las políticas y expectativas de la fuerza laboral son cruciales para mantener la sostenibilidad del sistema de salud.
- Implementar incentivos económicos, como salarios más altos, para los médicos jóvenes que elijan trabajar en áreas de difícil cobertura, para atraer y retener talento.
- Introducir incentivos laborales para que los médicos jóvenes comiencen sus carreras en áreas de difícil cobertura, tales como ofrecer incentivos económicos y condiciones de trabajo deseables.

CAPÍTULO 2

Estudio de casos por países





CROACIA

La introducción de la nueva Ley de Atención Sanitaria en Croacia marca un hito significativo en el sistema de salud del país. Con la ley en vigor desde el 2 de abril de 2024, se ha establecido un marco integral para regular la formación sanitaria especializada de una manera más transparente y estandarizada. Según las disposiciones de la ley, los médicos ahora pueden presentarse al examen de especialidad europeo de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), alineando los estándares de salud de Croacia con las prácticas internacionales europeas. Además, la ley estipula que los profesionales médicos deben completar todo su programa formativo a través de la adquisición de competencias contrastadas y acreditadas mediante un tutor principal.

Este énfasis en la supervisión y tutorización asegura que los aspirantes a especialistas reciban la orientación y el apoyo adecuados a lo largo de su formación sanitaria especializada.

Uno de los aspectos clave abordados en la ley es la relación contractual entre los trabajadores de la salud y sus empleadores. Notablemente, la ley prohíbe a las instituciones de salud, particularmente aquellas establecidas por el gobierno nacional o regional, imponer multas adicionales a los médicos durante la formación sanitaria especializada y especialistas más allá de lo que está legalmente previsto. Esta medida tiene como objetivo proteger los derechos y el bienestar de los profesionales médicos, previniendo prácticas de explotación laboral que puedan obstaculizar su avance profesional o crecimiento personal.

Además, la ley introduce un proceso estructurado que permita a los médicos en formación que busquen rescindir sus contratos y cambiar de institución sanitaria, hacerlo de una forma amparada por la legislación vigente.

En estos casos, se requiere la aprobación del Ministerio, y se consideran criterios estrictos para asegurar que las competencias del residente se alineen con las necesidades de la nueva institución de salud. También se contemplan disposiciones para el reembolso del coste de la especialización, enfatizando la transparencia financiera y la responsabilidad de las partes dentro del sistema. Por ejemplo, se establece la posibilidad de que se imponga una multa que oscila entre 660 y 1.320€ al director de una

instalación de salud por violaciones en materia laboral como la utilización de un médico en formación para acciones que no estén contempladas en su programa formativo.

El Artículo 191 de la citada Ley detalla el desglose pormenorizado de los costes de especialización, incluidos los gastos relacionados con los tutores, las instalaciones de salud y los exámenes finales, estableciendo directrices claras sobre las responsabilidades financieras de las partes y la asignación de fondos. En última instancia, el enfoque meticuloso de la ley en la regulación de los programas formativos, junto con sanciones estrictas por violaciones, subraya el compromiso del gobierno croata de fomentar un sistema de salud justo, de apoyo y de alta calidad tanto para los profesionales como para los pacientes.



GRECIA

El Ministerio de Salud de Grecia, con el objetivo de mejorar la formación clínica recibida por los egresados de medicina, introdujo una reforma del servicio rural obligatorio para los médicos especialistas en formación. Esta reforma implica una práctica clínica preliminar de seis meses en un hospital regional secundario o terciario, seguida del servicio rural obligatorio de seis meses, introduciendo un año rotación rural obligatoria para los graduados en medicina antes de ingresar a los programas de formación sanitaria especializada. Este cambio se anunció por primera vez en 2021 y todavía está en fase de pilotaje, aunque sin un plan claro sobre la logística o el cronograma de implementación y sin disposiciones claras para la compensación/salarios de los médicos jóvenes dentro de ese año adicional.

Esta reforma, aunque apoyada inicialmente por la Asociación Médica Panhelénica (PhMA), no ha sido bien recibida por los médicos especialistas en formación griegos debido a sus múltiples inconsistencias.

Tanto en febrero como en abril de 2023, se promulgaron nuevas disposiciones legales que delinear el plan de estudios y la logística para la implementación de la fase piloto (decretos ministeriales Γ5α/Γ.Π. 11606/2023 y Γ5α/Γ.Π. 19246/2023). Entre sus disposiciones se encuentra la introducción de un Cuaderno de Registro de médicos especialistas oficial, que sirve tanto como un complemento curricular como una herramienta de evaluación.

Con respecto al estatus legal y las responsabilidades de esos médicos especialistas en formación durante ese año adicional, se estipula similitudes con las de los médicos residentes en formación de especialidad. Su salario reflejaría el previamente proporcionado a los médicos en servicio rural obligatorio (1.160€ brutos). Ésta esperada legislación desde 2021 sí ha sido bien recibida tanto por la Asociación Médica Panhelénica (PhMA) como por los médicos especialistas en formación.



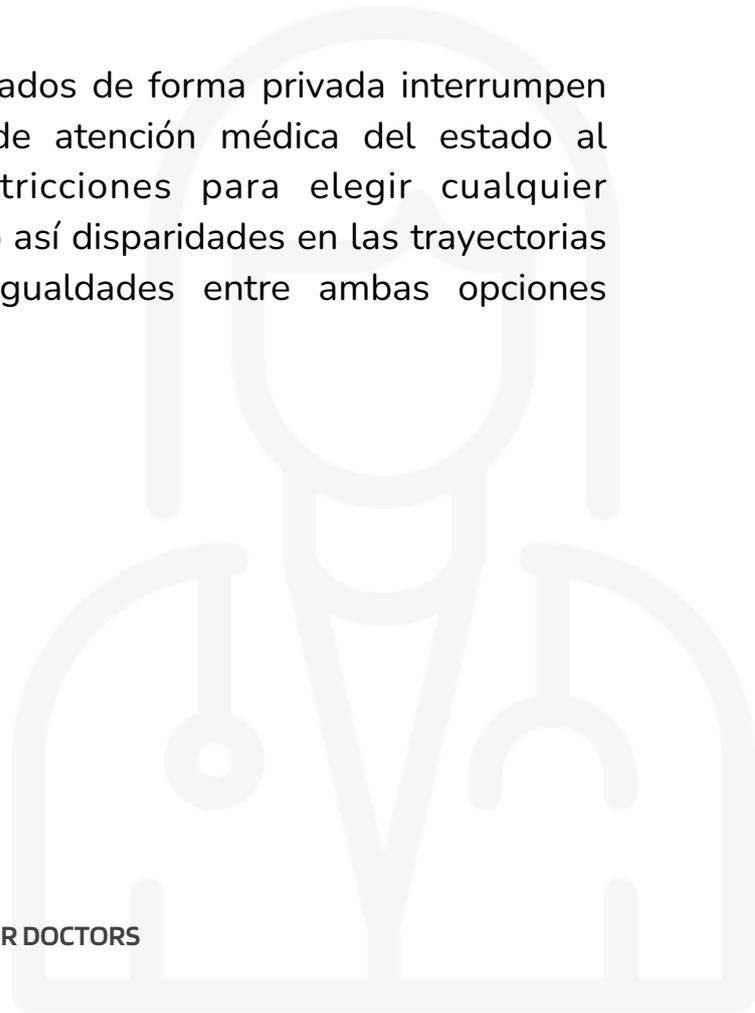
LETONIA

En Letonia, la formación sanitaria especializada está supervisada por el Ministerio de Salud y es financiada principalmente por el gobierno, aunque también hay puestos financiados de forma privada.

Si bien hay más puestos financiados por el gobierno, para poder formarse en ellos, existen una serie de requisitos legales para los médicos que eligen esta opción. Por ejemplo, al graduarse, los estudiantes de medicina que deciden optar por una formación en el sistema público, **deben comprometerse a trabajar a tiempo completo en un hospital gubernamental o municipal durante hasta tres años dentro de un período de cinco años.**

El incumplimiento de esta obligación resulta en sanciones impuestas por el Ministerio de Salud, con costes administrativos de aproximadamente 5.000€ por año de formación. Recientemente, cambios en la ley, han permitido los estudios de doctorado y trabajo en otras instituciones de salud dentro del sistema público, diferentes a los iniciales. Este estricto sistema ha sido identificado por los médicos jóvenes como un factor que contribuye a que muchos elijan migrar a otros países dentro de la UE con condiciones menos estrictas y punitivas.

Notablemente, los puestos financiados de forma privada interrumpen la planificación de la fuerza laboral de atención médica del estado al proporcionar oportunidades sin restricciones para elegir cualquier especialidad y mayor movilidad, creando así disparidades en las trayectorias profesionales y aumentando las desigualdades entre ambas opciones formativas.





LITUANIA

A partir del 26 de enero de 2023, se revisó y actualizó la normativa sobre la formación sanitaria especializada en Lituania. Se introdujo una nueva disposición que especifica la parte de la formación sanitaria especializada que debe completarse en hospitales o clínicas no universitarias. El centro sanitario donde el residente completará parte de su formación puede ser elegida por el propio residente. Este cambio se considera un paso positivo para abordar la escasez y la distribución desigual de profesionales médicos en Lituania.

Si un médico durante la formación sanitaria especializada obtiene un puesto de residencia para el cual debe pagar matrícula, es común que los hospitales o clínicas regionales que necesiten esos especialistas ofrezcan cubrir el coste de la residencia. A cambio, el residente se compromete mediante un contrato, a trabajar durante varios años en la instalación médica, generando así un retorno a la inversión realizada.

Después de la formación sanitaria especializada, los médicos jóvenes en Lituania no están obligados a trabajar en áreas remotas o en el sector público, aunque la instauración de esta obligación surge ocasionalmente entre los legisladores. Afortunadamente, los gobiernos nacionales y locales lituanos, así como los hospitales y clínicas, prefieren usar incentivos motivacionales para atraer y retener a los médicos jóvenes.

Los incentivos financieros incluyen pagos únicos, aumentos salariales y reembolsos de costes de viaje y alojamiento en áreas de difícil cobertura.

Además, mejoras en las condiciones laborales, como horarios de trabajo flexibles, días adicionales de vacaciones, apoyo para la investigación o asistencia para que las familias jóvenes encuentren buenas oportunidades educativas para sus hijos, aumentan aún más el atractivo.

Las oportunidades de mayor desarrollo en la carrera profesional de forma precoz y la adquisición de posiciones directivas, también atraen a los médicos jóvenes a las áreas rurales.

Por último, la provisión de tiempo y apoyo financiero para la educación continua hace que estos puestos sean aún más atractivos para los jóvenes especialistas.



PORTUGAL

En Portugal, abordar los desafíos planteados por los desiertos médicos y la reubicación forzosa de la fuerza laboral médica ha llevado a la implementación de varias medidas estratégicas destinadas a mejorar la accesibilidad a la atención médica y la retención en áreas de difícil cobertura. Iniciativas como el programa Servicio Médico en Áreas Periféricas, que comenzó en 1975, incorporaron años de servicio obligatorio en zonas remotas en las trayectorias profesionales de los médicos.

Este programa fomentó la provisión de servicios de salud esenciales en las periferias del país. El programa jugó un papel crucial hasta el establecimiento del Servicio Nacional de Salud (SNS) en el año 1979, donde se llevó a cabo la integración de la atención primaria.

Recientemente, se han mantenido discusiones sobre estrategias para la retención obligatoria en el SNS después de la formación sanitaria especializada, pero estas aún no se han puesto en práctica. La razón detrás de esto es asegurar un retorno de la inversión pública realizada en la educación médica y la formación especializada, particularly in emergency services. Una de las estrategias implementadas para abordar los desiertos médicos y la escasez de personal sanitario fue la utilización de contratos para la prestación de servicios, particularmente en los servicios de urgencias. Sin embargo, esto ha generado preocupaciones sobre las condiciones laborales y salariales de los médicos en ellas contratados.

Además, **las áreas geográficas identificadas como desfavorecidas o desertificadas están siendo objeto de incentivos nacionales y municipales para la movilidad.** Estos incluyen aumentos salariales significativos, días adicionales de vacaciones y beneficios locales como ayudas financieras y subsidios.

Todas estas medidas están diseñadas para atraer y retener a profesionales médicos en estas regiones críticas (Decreto-Ley No. 15/2017, promulgado el 27 de enero).

La legislación prioriza a los cónyuges o parejas en uniones de hecho en casos de igualdad de rango en la selección de candidatos para favorecer la movilidad de la unidad familiar. **Además, ofrece incentivos financieros que, en algunos casos, ascienden al 40% del salario base.**



RUMANIA

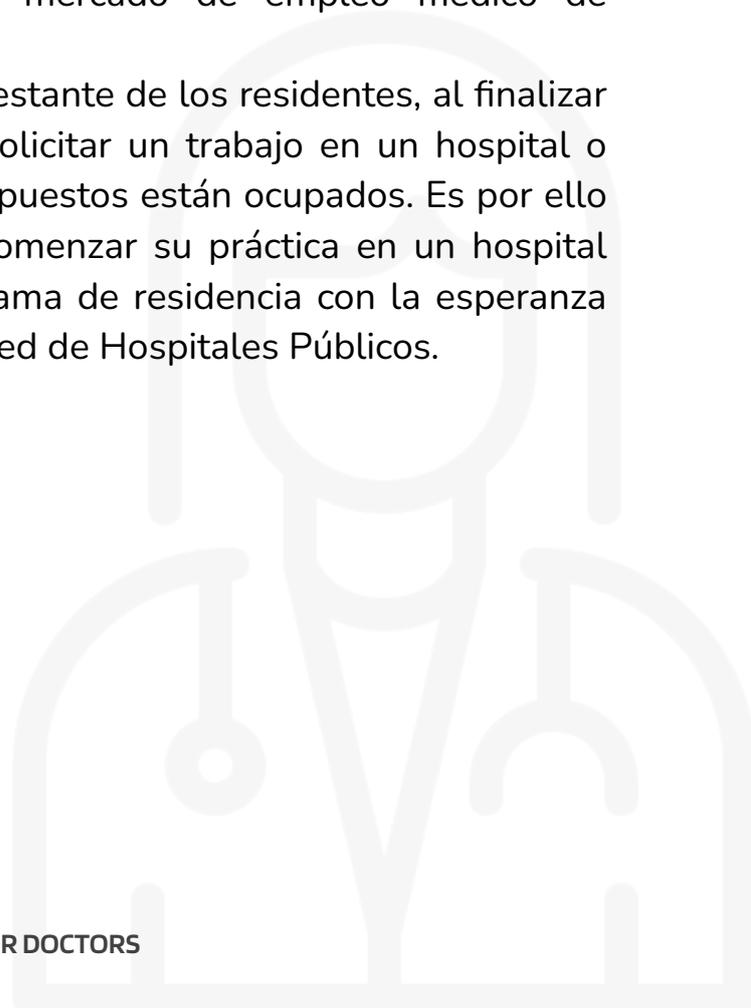
En Rumania, los médicos jóvenes se enfrentan a una situación de precariedad después de aprobar el Examen Nacional de Residencia (equivalente al examen MIR en España).

Estos, **tienen la opción de elegir entre inscribirse en un programa de residencia, que les ofrece empleo temporal durante la duración de su residencia, o perseguir un puesto altamente competitivo** que les asegure una posición fija después de concluir su residencia.

Lamentablemente, estos puestos fijos son extremadamente escasos, con menos del 10% del total de los mismos. Esta escasez refleja la intensa competencia y la disponibilidad extremadamente limitada de oportunidades de empleo a largo plazo en el sistema de salud del país.

La situación genera una presión significativa sobre los médicos jóvenes para no solo destacar en su formación médica inmediata, sino también para planificar y posicionarse estratégicamente en los pocos roles fijos disponibles. El éxito en asegurar estas posiciones requiere previsión, preparación meticulosa y, a menudo, un grado de redes profesionales para navegar en el altamente competitivo mercado de empleo médico de Rumania.

Para empeorar las cosas, el 90% restante de los residentes, al finalizar su formación especializada, no puede solicitar un trabajo en un hospital o clínica pública porque la mayoría de los puestos están ocupados. Es por ello que únicamente tienen dos opciones: comenzar su práctica en un hospital privado o volver a comenzar otro programa de residencia con la esperanza de que algún día puedan trabajar en la Red de Hospitales Públicos.





ESLOVENIA

En Eslovenia, la formación sanitaria especializada para médicos está regida por la Ley de Servicios Médicos y está financiada principalmente por el gobierno, aunque existen algunos puestos también financiados de forma privada.

Los puestos de formación sanitaria especializada se categorizan en dos tipos: nacionales y específicos de instituciones. Los médicos que completan la formación financiada por el gobierno deben trabajar en el sistema de salud pública por un período equivalente a la duración de su formación (de cuatro a seis años, dependiendo de la especialidad).

Para los puestos nacionales, estos médicos en formación pueden trabajar en cualquier institución pública con vacantes, mientras que los puestos específicos de instituciones obligan al desempeño de empleo en la institución designada, a menos que no haya posiciones disponibles. El incumplimiento de estas condiciones implica un reembolso al gobierno, que puede ascender hasta los 30.000€.

Recientemente, el gobierno se ha centrado en abrir puestos para instituciones específicas para planificar mejor las redes de salud pública, a pesar de la falta de incentivos para los médicos jóvenes en áreas de difícil cobertura.

La Organización Médica de Eslovenia y los médicos jóvenes abogan por más puestos nacionales e incentivos positivos para retener a los médicos en zonas de difícil cobertura. The Slovene Medical Chamber and junior doctors advocate for more national positions and positive incentives to retain doctors.

Adicionalmente, desde 2021, aquellos especialistas en formación en medicina familiar y comunitaria reciben incentivos financieros pero se enfrentan a períodos de servicio obligatorio más largos en el sistema público o a la imposición de sanciones por incumplimiento. A pesar de los posibles reembolsos, muchos médicos aún se van en busca de mejores oportunidades al sector privado o al extranjero.



En respuesta al creciente desafío de los desiertos médicos, España ha puesto sobre la mesa la necesidad de implementar medidas integrales para atraer y retener a los profesionales de la salud en áreas de difícil cobertura. El informe "Desiertos Médicos en España"⁶, desarrollado por la Sección de Médicos Jóvenes del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) en 2023, destaca la necesidad de estas medidas.

Para hacer que las áreas de difícil cobertura sean más atractivas para los médicos jóvenes, el gobierno español y los gobiernos regionales **se están planteando la introducción de una serie de iniciativas. Estas incluyen contratos laborales mejorados con salarios competitivos y beneficios en regiones rurales y remotas, y oportunidades de formación especializada en medicina rural.**

El informe publicado el pasado año por la institución que representa a todos los médicos españoles, enfatiza la importancia de crear soluciones sostenibles que no sólo aborden la escasez inmediata de personal sanitario, sino que también contribuyan a la estabilidad y efectividad a largo plazo de los servicios de salud en toda España, mitigando así el problema de los desiertos médicos y asegurando un acceso equitativo a la atención sanitaria para todos los ciudadanos.

⁶ Desiertos Médicos en España. Domingo A. Sánchez et al. (2023). Consejo General Colegios Oficiales de Médicos. España. link: <https://www.cgcom.es/media/4625/download>



EUROPEAN JUNIOR DOCTORS
2024