

Ránking salarial de los profesionales sanitarios: España en la 7º posición entre los 10 países europeos de referencia

- Tomando como base el sueldo medio bruto del total de profesionales de la salud en España y comparándolo con 10 países europeos, **el sector privado sanitario español ocuparía el séptimo puesto según su remuneración**, por delante de Francia e Italia. Los sueldos suizos, los más altos, duplican los españoles.
- **Los profesionales españoles del sector público tienen una mejor posición a nivel europeo**, por delante de países como Italia, Francia y Bélgica. Suiza también es el país que más paga a sus empleados públicos.
- **El déficit del personal sanitario en Europa podría agravarse** por distintos factores como el envejecimiento de la población, la falta de relevo generacional y la desmotivación.
- **El burnout (síndrome de agotamiento profesional) afecta a cerca del 25% de los enfermeros europeos**, mientras que entre un 5 y un 9% de los licenciados en Medicina no ejercen la profesión 5 años después de haber salido de la facultad.
- **Las posibles migraciones este/oeste procedentes de los países de Europa Central y del Este oscilarían de 500.000 a 3 millones de personas en diez años**; cifra que, según algunos expertos, podría ascender a 11 millones de emigrantes.
- El personal del sector sanitario ha pasado de 13 millones de personas en 1995 a 15 millones en 2000, **siendo mujeres el 77% de la mano de obra del sector en Europa**

Madrid, 29 de octubre, 2007.- Adecco Medical & Science, la consultora especializada en el sector sanitario del Grupo Adecco, ha presentado un informe que analiza la situación de los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea. El estudio trata distintos aspectos como las diferencias, los esfuerzos de convergencia a nivel formativo y estructural, la distinta remuneración de los profesionales y, sobre todo, el déficit de personal que parece amenazar a algunos países europeos.

Situación de los profesionales sanitarios en Europa

El número total de personas que trabajan en el sector sanitario¹ ha experimentado estos últimos años un crecimiento constante: ha pasado de 13 millones de personas en 1995 a 15 millones en 2000, y ha incrementado su participación en el empleo total en 0,5 puntos (del 9% al 9,5 %).

Las mujeres representan el 77% de la mano de obra del sector sanitario en Europa y progresivamente aumenta su participación en la profesión médica que hasta la fecha tenía un fuerte predominio de los hombres. En 2000, en la República Checa, Finlandia y Polonia había más mujeres ejerciendo la medicina que hombres.

¹ Eurostat es la principal fuente de información estadística en el mercado del empleo en Europa.

En cuanto a las nuevas generaciones de médicos que están en formación en estos momentos, el informe sobre la salud en el mundo 2006 de la OMS indica que también se está invirtiendo la proporción de hombres y mujeres: en el Reino Unido, las mujeres suponen el 70% de los alumnos en las escuelas médicas.

La feminización del sector médico tiene un fuerte impacto en las condiciones de trabajo del sector en su conjunto (también para los hombres) y la OMS apunta a que hay que tener en cuenta este criterio para estimar el número de médicos en el futuro. Uno de los motivos es que, en ciertos países europeos, las mujeres tienen un horario laboral más reducido que los hombres, en particular durante el período en el que pueden tener hijos, por lo que la oferta de servicios médicos puede disminuir.

Por su parte, **la enfermería ha crecido de forma regular durante los últimos veinte años** y sigue manteniendo una amplia mayoría de mujeres, de hecho, a pesar del déficit de personal, ningún indicador sugiere un aumento de la participación de los hombres en el sector.

Sin embargo, **existen diferencias en cuanto a la cantidad de enfermeros por cada 1.000 habitantes entre los países de la Unión Europea**, y es más marcada cuando se considera sólo a los enfermeros cualificados: los estudios indican que hay una gran cantidad de puestos vacantes en los hospitales y además, el número de inscripciones en las escuelas de enfermería disminuye constantemente.

Esto ha dado lugar a un fenómeno que merece la pena destacar: **la contratación de personal temporal** a través de servicios externos de Recursos Humanos. Este fenómeno, que empezó en el Reino Unido, ya es ampliamente utilizado en toda Europa.

El análisis de las características de la profesión en cada país indica que existen también desigualdades entre los países, por ejemplo, en **las responsabilidades de estos profesionales**: en el Reino Unido o en Suecia, algunos enfermeros disponen de una lista de medicamentos que están autorizados a prescribir, en Francia tienen un estatuto de enfermero por cuenta propia mientras que en los demás países, los enfermeros que se desplazan al domicilio de los pacientes son empleados de consultorios médicos o del sector público.

En el caso de las comadronas o asistentes de obstetricia, las diferencias radican en su formación: en Francia, el itinerario formativo es diferente del de los enfermeros, en el Reino Unido, Portugal y España, son los enfermeros los que se especializan después de su periodo formativo inicial, y el personal griego, alemán, italiano, neerlandés y danés, se les imparte una formación especializada desde el primer año.

Los auxiliares sanitarios y los auxiliares de enfermería también tienen responsabilidades distintas en cada país, aunque todos trabajan con los enfermeros, a algunos se les delegan ciertos cuidados asistenciales.

Finalmente, la profesión de masajista-fisioterapeuta está experimentando un auge destacable, pero el ámbito de aplicación de sus actividades es diferente según los países.

En general, los enfermeros y los médicos del servicio público tienen situaciones distintas en cada país de la UE, por ejemplo, en algunos experimentan tensiones y sin embargo, en otros países, están muy considerados.

Un sistema sanitario europeo sin política común

La Europa de los 27 tiene 490 millones de habitantes y dedica de media el 8% de su PIB a la salud. Los servicios médicos que reciben los europeos son buenos, pero siguen estando condicionados por la localización geográfica, la actividad ejercida por el paciente y la renta: los indicadores de la salud de los nuevos países adheridos son inferiores a los de los otros países de la UE.

Si bien la configuración europea no es demasiado determinante para los sistemas de salud nacionales debido a que no existe un sistema sanitario europeo ni una política común, aunque

si hay algunas responsabilidades compartidas contempladas en el Tratado de Niza (garantizar un grado elevado de protección de la salud) y una serie de medidas comunitarias de colaboración en ámbitos específicos (cáncer, enfermedades transmisibles etc.) y generales. Existen proyectos, como el *Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008)* y estructuras europeas dedicadas a distintos ámbitos de la salud, como la Agencia Ejecutiva para el programa de salud pública, el Consejo EPSCO que reúne varias veces al año a los Ministros de Sanidad, La Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección de los Consumidores etc.

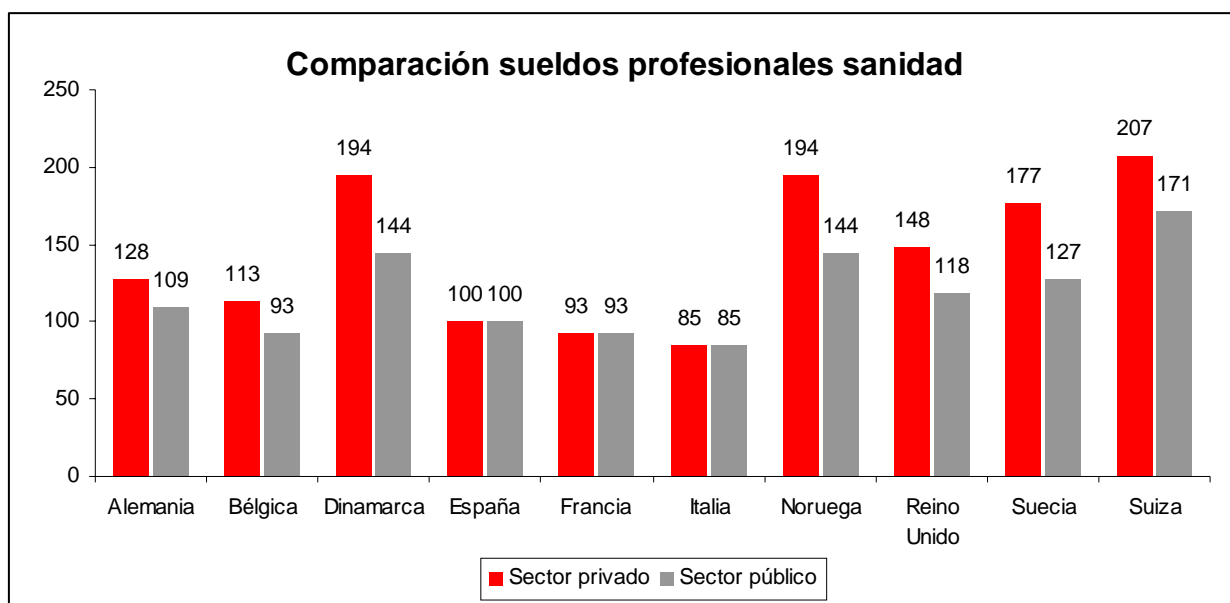
Los profesionales del sector público, mejor pagados que en el privado

Es difícil realizar una comparación de las remuneraciones en todos los sectores de actividad y no sólo en el de la salud. Los datos son escasos y las comparaciones entre países no son pertinentes debido a circunstancias variables como los regímenes fiscales, deducciones en origen, niveles de vida diferentes, etc.

Además, en Europa, no están armonizadas todas las prácticas sociales y salariales y en el sector sanitario, la comparación de los salarios aún es más difícil ya que las remuneraciones dependen de los sistemas sanitarios establecidos en cada país y están organizadas en sector público y sector privado.

Sin embargo, tomando como base el sueldo medio bruto del total de profesionales de la salud en España, se ha calculado las diferencias con 10 de los principales países europeos. Según esa comparación, **el sector privado sanitario español ocuparía el séptimo puesto del ránking por remuneración, por delante de Francia e Italia.** Los sueldos suizos, los más altos, duplican los españoles.

Por su parte, **los profesionales españoles del sector público tendrían una mejor posición** a nivel europeo, ya que Italia, Francia y Bélgica muestran sueldos inferiores que nuestro país. Suiza es el país que más paga a sus empleados públicos.



Fuente: Adecco Medical &Science

El déficit de personal sanitario: envejecimiento y desmotivación

Es complicado hablar de déficit cuando hay desigualdades estructuras importantes entre los distintos países. Por ejemplo, el número de enfermeros por 100.000 habitantes en Europa Occidental y Escandinavia duplica al de los países de Europa del Este, aunque en el primer grupo existen también diferencias importantes entre los países nórdicos y el sur de Europa (España, Portugal y Grecia).

Sin embargo, hay una serie de factores comunes a todos los países, en el caso de los enfermeros, que apuntan al déficit como son el **envejecimiento de la población activa en este campo**, que es paralela al de la población en general, **y la falta de relevo generacional** para los enfermeros que van a jubilarse, ya que en los años noventa se experimentó una reducción del número de estudiantes de enfermería.

Además, se ha detectado que **la jubilación se está produciendo**, en muchos casos, **prematuramente**. Por ejemplo, en Alemania los mayores de 55 años representan sólo el 6,2 % de total de enfermeros cualificados, mientras que en el total de trabajadores de todos los sectores, los mayores de 55 años suponen el 11,1 %.

Las autoridades europeas han querido averiguar los motivos del aparente desánimo de los profesionales médicos, causante, por ejemplo, de la jubilación anticipada de los enfermeros. El estudio NEXT² se realizó a través de cuestionarios en 10 países europeos y sus resultados dan una **visión pesimista de las condiciones laborales de los enfermeros**. Se distinguen varios motivos como la **falta de autonomía frente a la profesión médica, sus limitadas competencias con respecto a la prescripción o el diagnóstico** y, por último, con el nivel de reconocimiento salarial.

El estudio constató que los enfermeros, en general, se sienten orgullosos de su profesión y tienen un grado muy alto de implicación con su profesión, pero que hay algunos aspectos negativos que influyen su decisión de abandonarla como la jornada laboral que afecta a las relaciones laborales y familiares, la organización del trabajo, una elevada carga del trabajo, y una proyección profesional insuficientes. Todo esto provoca el denominado **burnout** (o síndrome de agotamiento profesional) de los enfermeros, **que afecta a cerca del 25% de los enfermeros**, aunque con mayor incidencia en Francia, Eslovaquia, Bélgica y el Reino Unido que en países como Noruega y los Países Bajos, donde el nivel de satisfacción es mayor.

En cuanto a los médicos, uno de los principales problemas con los que se enfrentan es el **tiempo semanal de trabajo**, que puede afectar a su productividad, a la seguridad de los servicios prestados y a su propia salud. La Directiva europea sobre la ordenación del tiempo de trabajo ha repercutido en este factor y limita a 48 horas semanales su jornada, aunque las estadísticas europeas señalan que en Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Países Bajos, Portugal y España la media de horas trabajadas a tiempo completo estaba por debajo de ese límite en los años noventa, mientras que el Reino Unido, se sobrepasa, aunque el se haya pasado de 57,2 a 51,3 horas semanales.

En este país concretamente se han realizado estudios ya que entre un 5 y un 9% de los licenciados en medicina no ejercen la profesión 5 años después de haber salido de la facultad. Para las autoridades de este país las **políticas para retener a los médicos deben centrarse en la mejora de la flexibilidad del tiempo de trabajo, la creación de oportunidades de carreras más flexibles** y tenían que ofrecer unas posibilidades más amplias en la elección de formación continua.

Otros factores de las carencias de personal son el incremento de contratos de jornada a **tiempo parcial** (sobre todo solicitado por las mujeres) y la **reducción del tiempo de trabajo**.

Algunos países experimentan dificultades para contratar personal de este sector no sólo en las regiones rurales, sino también en los centros urbanos (debido, por ejemplo, a los costes del alojamiento). Tal es el caso de ciudades como Dublín y Londres que registran un mayor déficit que la media de su país.

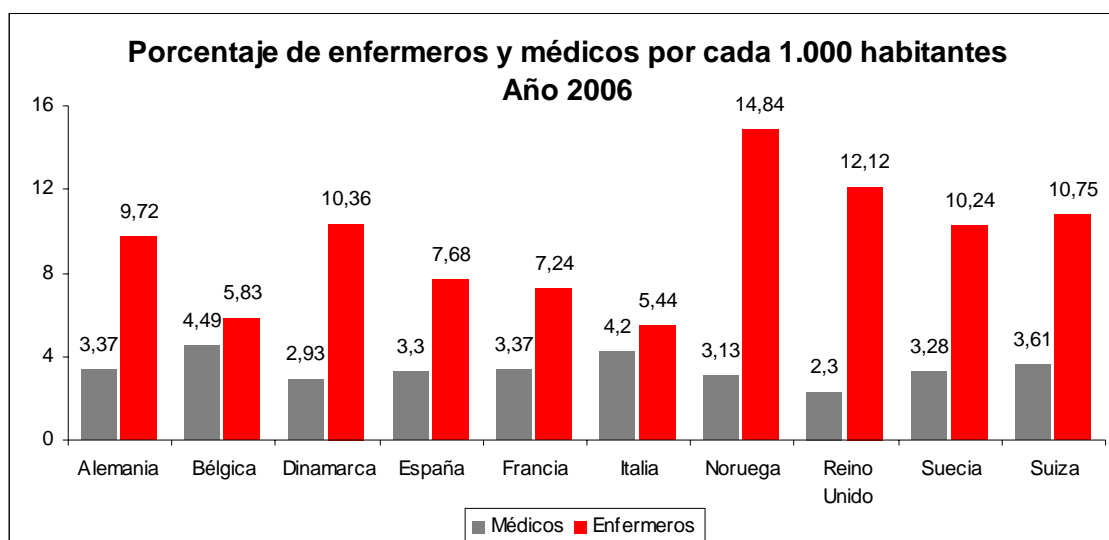
Un estudio de la OCDE³ ofrece las **estimaciones de países que experimentarán un déficit de enfermeros en los próximos diez años**. Los Países Bajos, por ejemplo, prevén que tendrán 7.000 puestos vacantes (o sea un 1 % del número total de enfermeros en activo). En Noruega, se prevé que esta cifra sea de 3.300 y en Suiza de 3.000. Este desequilibrio tendrá mayor incidencia en algunas especialidades de enfermería: en el Reino Unido, las necesidades

² Nurses Early Exit Study

³ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

se estiman entre un 1,8 % y un 4,5% según la especialidad. Paralelamente el número de enfermeros en Bélgica y en Alemania caería en un 10 % de aquí a 2011 y en más de un 15 % de aquí a 2021. Por el contrario, en países como Austria y Dinamarca, el número de enfermeros por 1.000 habitantes aumentaría del 15 al 30 % de aquí a 2011 y en más del 25 % de aquí a 2020.

En cualquier caso, estas deficiencias se enmarcan en un entorno estable, con las necesidades básicas cubiertas, según estudios de OMS⁴, que ha definido un umbral de densidad (personal médico por cada 1.000 habitantes) y estima que, en estos momentos, 57 países experimentan una situación grave de déficit de personal entre los que no se encuentra ningún país europeo.



Fuente: Organización Mundial de la Salud

Diferentes respuestas: desde la contratación internacional a la atracción del talento

Para responder al déficit de personal sanitario, países como Bélgica, Irlanda, Países Bajos, Noruega y Suiza han concentrado esfuerzos en la formación, **umentando el número de plazas en las escuelas de enfermería o reformando el sistema para captar a más jóvenes** e incluso en Bélgica se han lanzado campañas publicitarias para captar a los jóvenes. Otras medidas son la revalorización de su remuneración y la mejora de condiciones laborales.

Otra vía incipiente para paliar la carencia de personal es el fomento de **la inmigración de enfermeros extranjeros**. Hay varios países que están creando sistemas de contratación internacional, mejorando los procedimientos reglamentarios y de acreditación para ayudar a los enfermeros a obtener más fácilmente su autorización de ejercicio de la profesión, aunque esto podría conllevar futuros riesgos a la hora de cumplir las normas de calidad. Y más aún, algunos países han optado por soluciones creativas para las listas de espera y organizan la asistencia sanitaria de parte de sus pacientes en estados vecinos.

Los propios afectados, a través del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), han propuesto **cuatro líneas de actuación para responder al problema:**

- Planificación de la plantilla. Es necesario adaptar los índices de ocupación de los puestos de trabajo a las fluctuaciones de la demanda, adoptando sistemas de trabajo por rotación y evaluando las ventajas de los diferentes métodos de organización del trabajo.
- Contratación y fidelización del personal. Una alternativa que actualmente ya está en marcha en Europa es la contratación de personal temporal.
- Desarrollo y desempeño del personal. Hay que poder adaptar las funciones y las competencias a las necesidades de los pacientes. Numerosos países introducen en

⁴ Organización Mundial de la Salud

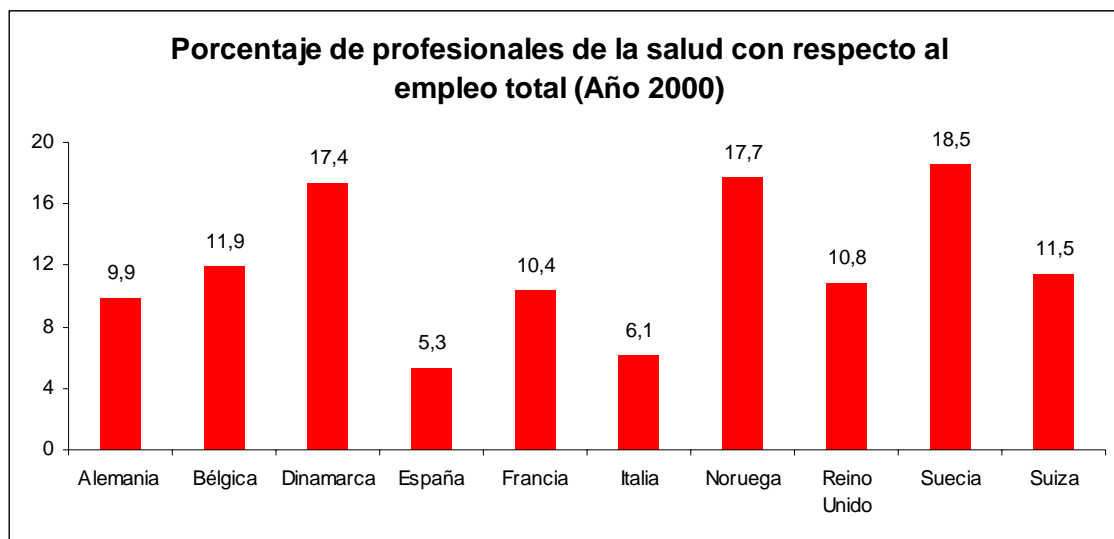
estos momentos funciones de enfermería avanzadas (enfermeros especializados) y la ampliación de las competencias de los enfermeros (autorización de prescripción de medicamentos).

- Utilización de personal con mezcla de competencias.

En esta línea, el estudio menciona los “magnet hospitals” u hospitales con poder de atracción como ejemplo de una buena gestión que puede ser la solución a algunos de los problemas de burnout. Hay tres **aspectos de excelencia por los cuales estos centros atraen a los profesionales**:

- La administración y el liderazgo. Tienen un enfoque de la gestión del personal participativa y descentralizada, estabilidad en los equipos, el predominio del personal de enfermería con respecto al personal auxiliar, mejoras en la contratación y una gestión más flexible de los horarios.
- El ejercicio de los cuidados de enfermería, con un entorno colaborador y autonomía para el desempeño profesional.
- El desarrollo profesional, caracterizado por una formación continua, posibilidades de promoción, supervisión de la integración de cada empleado en el puesto de trabajo.

Estas condiciones de trabajo han dado lugar a una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria, una mejora en el bienestar de los enfermeros y la mejora de la gestión de los servicios.



Fuente: Estadísticas de la salud. Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2002

Sistemas de formación que traspasen las fronteras

Europa tiene buena dotación de estructuras en cuanto a formación se refiere y, en la actualidad, los sistemas de formación sanitaria de los países europeos están experimentando un cambio importante, debidos a varios factores:

1. Las bases de los conocimientos y las nuevas tecnologías que se van incorporando a la práctica profesional.
2. La convergencia europea, que afecta también a la formación con el objetivo de conseguir una homologación de las titulaciones académicas sin obstáculos.
3. Los cambios en las políticas de Seguridad Social de los Estados.
4. Los cambios demográficos y epidemiológicos.

Aún así, siguen observándose diferencias muy marcadas en el itinerario formativo en los países europeos, desde el tipo de instituciones de formación (que sean universitarias o no universitarias) hasta el número de años y los obstáculos académicos que hay que superar. Los

estudios de enfermería en ciertos países como Dinamarca o los Países Bajos permiten incluso obtener el nivel de licenciatura y por tanto, continuar los estudios con un máster.

El proceso de Bolonia es una iniciativa que surge para armonizar la enseñanza superior en Europa con un marco común que se basaría en tres ciclos: licenciatura, máster y doctorado. Sin embargo, de los 40 países que participan en este proceso, sólo 29 habían firmado en 1999 la Declaración de Bolonia para la creación de un espacio europeo de la enseñanza superior.

Por su parte, la Comisión Europea ha adoptado una legislación que permite el reconocimiento de los diplomas, los certificados, los títulos de la enseñanza superior de ciclo largo para el conjunto de las cualificaciones y los sectores de actividad.

Médicos. La legislación europea ha establecido que la formación médica tendrá una duración, por lo menos, de seis años de estudios o 5.500 horas de enseñanza, impartidos en una universidad o bajo control de una universidad. Algunos países como Reino Unido, Malta o Irlanda, están por debajo de ese umbral y otros tienen una duración mínima más larga, Finlandia (6,5 años) y Bélgica, (7).

En cuanto a la formación de los especialistas, a pesar de que la directiva también lo regula, existen diferencias, ya que existen países como Lituania que para adaptarse han reducido su número de especialistas de 96 a 19.

Enfermeros. La duración total de la formación en cuidados de enfermería debe ser al menos de tres años (4.600 horas) y formar parte de unos estudios universitarios después de obtener un título general. En algunos países las consecuencias de esta regulación han sido importantes porque la materia no era universitaria y se han tenido que desarrollar nuevos programas de formación, encontrar nuevos profesores, crear o transferir los estudios universitarios a nuevas instituciones, etc.

Otros aspectos regulados son la definición de los puestos:

- Los “auxiliares de enfermería”, titulados de secundaria que asumen responsabilidades limitadas y tienen que trabajar bajo la responsabilidad de una enfermera o enfermero responsable de cuidados generales.
- Los enfermeros “diplomados en cuidados generales”, formados en escuelas especializadas o con estudios universitarios. En la mayoría de países, la edad legal es de 17 años y hay que haber cursado 12 años de enseñanza secundaria o haber alcanzado el nivel necesario para entrar en la universidad para acceder a los estudios de enfermería.
- La especialización para completar la formación inicial tras haber obtenido el diploma de cuidados generales de enfermería. Existe un gran número de especialidades que se organizan de modo diferente según los países, bien en hospitales o bien en los programas de estudios universitarios.

Las profesiones paramédicas. Han sido objeto de una armonización mínima que permite el reconocimiento automático de sus títulos. También se establece que el ejercicio en otro estado está supeditado a poseer experiencia profesional previa.

Este proceso de armonización no ha permitido todavía armonizar todos los contenidos de todas las profesiones sanitarias (por ejemplo, los masajistas-fisioterapeutas, algunas de cuyas prácticas pueden estar autorizadas o no según la legislación nacional de que se trate y los enfermeros, cuyas funciones pueden diferir de un país a otro, etc.).

Por otro lado, Europa ha impulsado la creación de **programas europeos de formación y/o de profesionalización transnacionales**, como los programas *Leonardo da Vinci* o *Movilidad*. Este último consiste en recibir formación o de completar su formación profesional en otro país y posteriormente mejorar las competencias y la movilidad de los facultativos sanitarios. También destaca el programa de cooperación transfronteriza *Interreg IIIB* que ha permitido crear una red de comunicación informática transnacional, la cooperación relativa a innovaciones tecnológicas y de mejora de la asistencia sanitaria a los pacientes y la cooperación para los recursos

humanos y la formación y, finalmente, HOPE, el Comité permanente de los hospitales de la Unión Europea (federación europea de los hospitales), ha organizado un programa de intercambio destinado a los ejecutivos hospitalarios que se materializa en un período de prácticas de cinco semanas para los administradores y los profesionales hospitalarios encargados de la gestión para conocer mejor el funcionamiento de los sistemas sanitarios y hospitalarios en la Unión Europea para facilitar la cooperación, el intercambio y la libre circulación del personal.

El problema de la movilidad en un mercado laboral internacional

Los trabajadores del sector sanitario tienen una mayor dificultad para ejercer en otros países debido a las distintas legislaciones nacionales en materia de formación, contratación, reconocimiento de los diplomas, más aún cuando se trata de países extracomunitarios. Sin embargo, el déficit de profesionales ha hecho necesaria la creación de un mercado laboral internacional, en el que hay que tener en cuenta los distintos puntos de vista:

- Desde el punto de vista de los países “exportadores”, éstos pueden enfrentarse a problemas si una gran cantidad de profesionales de la salud se trasladan para ejercer en otros países: algunos estudios indican que si las personas no tienen expectativas de que el mercado laboral mejore en su país de origen, la migración es a largo plazo e incluso permanente. En cambio, si se prevé una mejora de la situación, la migración es temporal. En estos casos, la migración es beneficiosa porque contribuye a reducir excedentes y a desarrollar competencias.
- Por su parte, los países “importadores”, desarrollan políticas que suelen tener un enfoque de corto o medio plazo cuando contratan a médicos extranjeros, ya que su principal objetivo será siempre tener una población médica nacional suficiente para cubrir las necesidades del país. La entrada de profesionales inmigrantes favorece la flexibilidad y reduce el coste de la oferta médica. En algunos casos, también incrementa la preocupación respecto a la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios.

Uno de los grandes retos en este mercado laboral internacional es la ética en las contrataciones: la migración sin un control efectivo de las autoridades puede desembocar en un empeoramiento de las condiciones salariales de los profesionales, ya que, según los estudios, empiezan a trabajar antes de conseguir la autorización administrativa para ejercer su profesión y esto da lugar a situaciones irregulares, como retribuciones no acordes con su titulación. Los países de acogida deben poner en práctica medidas como los códigos de prácticas para moderar los flujos (que son potestativos y se refieren al sector público) o la gestión directa por parte del estado del proceso de migración para que se pueda dar una situación en la que todos salgan ganando.

En la Unión Europea

Aunque el derecho comunitario permite la libre circulación de profesionales de la salud, su movilidad es, de momento, baja, aunque podría incrementarse dado que algunos países están sufriendo un déficit de personal médico y sanitario paralelo a un exceso de estos profesionales en otros países.

En Europa, la migración sigue produciéndose, principalmente, en los ámbitos donde las condiciones de trabajo son menos favorables; en el sector sanitario, concretamente, como auxiliares y en los servicios prestados a las personas (sobre todo entre las mujeres), mientras que sigue sin respuesta la fuerte demanda de personal cualificado a la que no se puede responder y que incluso puede aumentar.

En cuanto a la procedencia, el personal emigrado es, sobre todo, de países extracomunitarios ya que la movilidad entre países de la UE no es suficiente para responder a la demanda: el número de enfermeros europeos que migran ha disminuido en los últimos años. Aún así, la migración comunitaria sigue produciéndose, según el estudio NEXT, de este a oeste, a través

de contratos bilaterales (como el existente entre Polonia y los Países Bajos, por ejemplo). Las estadísticas⁵ de los Estados miembro confirman esta tendencia.

Alemania, Francia y el Reino Unido son los países que más trabajadores europeos contratan, y en el caso concreto del Reino Unido, es uno de los mayores receptores de personal sanitario cualificado en Europa: en 1999, más de una tercera parte de su fuerza laboral del sector médico se había formado en el extranjero (pero sólo un 1 % era europeo: 1.136 trabajadores de 109.569).

El Reino Unido y Noruega llevan a cabo una política activa de contratación en países extranjeros. En el caso noruego se establecen convenios entre Estados y existe un organismo gubernamental único para la contratación de un número limitado de enfermeros extranjeros, lo que permite al gobierno controlar los flujos migratorios. Sin embargo, en Francia no recurre mucho a esta práctica.

Irlanda, cuya población fue emigrante hace tiempo, es ahora un empleador activo de enfermeros debido al fuerte crecimiento económico del país.

En Polonia, Estonia y Lituania ha tenido lugar una salida de profesionales hacia países de Europa Occidental (en el caso de Polonia, sobre todo hacia Alemania), aunque es difícil determinar la cantidad. Un informe lituano estimaba que en 2002, el 26,8% de los médicos pensaba marcharse a otros países comunitarios o extracomunitarios en cuanto se hiciera efectiva la adhesión a la Unión Europea. Sus destinos favoritos eran Alemania, el Reino Unido, Dinamarca, Noruega y Suecia.

Esto ha repercutido fuertemente en su propio déficit de personal especializado, ya que en Estonia y Lituania, por ejemplo, el número de profesionales en ciertas especialidades ya es escaso.

En general, parece confirmado que la proximidad geográfica y la presencia de co-nacionales en el país de acogida son elementos decisivos en cuanto al destino escogido. Un estudio del Cedefop (Centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional) demuestra que las migraciones suelen circunscribirse a las zonas geográficas y culturales más próximas del país de origen (por ejemplo Alemania/Austria, Bélgica/Francia, Reino Unido/Irlanda, y entre los países nórdicos).

Gran Bretaña parece ser el destino preferido, en particular para los checos. Un estudio de la República Checa en 2002 ha revelado que cerca de una cuarta parte de los médicos (en su mayor parte con una edad inferior a los 34 años) querría trabajar en la UE.

En Francia se ha llevado a cabo una encuesta entre los médicos europeos que residen en el país y se han podido identificar algunos factores que han dado lugar a la emigración: como la sobreproducción de médicos en los países de origen (España, Grecia, Bélgica, Italia, Alemania), las posibilidades limitadas de especialización en el país de origen, una gestión de la trayectoria profesional más flexible en Francia (España, Bélgica, Alemania, Italia) y mejores posibilidades de progreso profesional.

En este mismo informe se apunta a que el 46 % de los médicos polacos, el 27 % de los médicos británicos, el 19 % de los holandeses y el 18 % de los alemanes han experimentado una cierta reticencia por parte de las autoridades francesas para su contratación, y en el caso de los polacos también respecto a la aceptación de su titulación.

Tras la contratación, uno de los principales retos es que la integración tanto social como en el sistema sanitario sea rápida para que el beneficio sea inmediato. La elección del país de destino y el conocimiento del idioma son factores determinantes. Por ejemplo, los profesionales procedentes de países africanos en los que el inglés es el primer idioma suelen elegir como destino el Reino Unido, los hispanoamericanos España, etc.

⁵ Los datos disponibles se refieren al número de solicitudes de reconocimiento de cualificaciones, ya que algunos países no especifican si las poblaciones extranjeras son europeas o no y los datos casi nunca se desglosan por sector de actividad.

Actualmente la emigración causada por factores económicos en Europa, común en los años ochenta, ya no es la norma, incluso existe un fenómeno de «remigración» de personas que tras haber adquirido cierta cualificación y una situación económica más confortable, regresan a sus países de origen (países del norte del Mediterráneo, Estados de la antigua Yugoslavia e Irlanda).

Acciones europeas en favor de la movilidad

1. Plan de acción de la Comisión Europea en materia de competencias y de movilidad que tiene como objetivo promover la libre circulación de los trabajadores en general. Este proyecto se centra principalmente en los sistemas educativos y de formación. Las acciones deben conseguir una formación permanente, que se ajuste a las necesidades del mercado laboral, que ponga al mismo nivel a todos los Estados miembro, poniendo al día aquellos que están retrasados y que equipare la educación formal y la no formal.

En materia de movilidad geográfica se actuará contra los obstáculos jurídicos y administrativos, las competencias lingüísticas, la cooperación entre los sistemas educativos y el reconocimiento de las profesiones, y una política de inmigración común.

2. EURES, el portal europeo de la movilidad profesional. Es una red de cooperación entre la Comisión Europea y los servicios públicos del empleo de los Estados miembro del EEE (los países de la Unión Europea además de Noruega, Islandia y Liechtenstein) y Suiza, así como otras organizaciones asociadas, que informan, asesoran y ayudan en la selección y colocación de trabajadores dentro de la Unión Europea.

El futuro del sector

En los próximos años se experimentará una mayor migración provocada por la evolución demográfica de la población en Europa y por la integración de los nuevos países, aunque los esfuerzos que se están haciendo desde estos países para adaptar sus centros de formación a la duración y el nivel de formación europeo aún no es del todo satisfactorio.

Y aunque su nivel es razonable, se siguen planteando otras cuestiones como la integración. Esta situación, en parte transitoria, requiere la organización, por parte de las autoridades públicas y las federaciones de centros, de las condiciones de contratación, de acogida y de preparación lingüística.

Varios estudios han cuantificado **las posibles migraciones procedentes de los países de Europa Central y del Este**: unos estiman que las migraciones este/oeste serán del 3 al 7%, lo que se traduciría en 500.000 a 3 millones de personas en diez años; otras indican que esta cifra será de **11 millones de emigrantes**.

Sobre Adecco

Adecco es la empresa líder en gestión de Recursos Humanos, sector en el que ofrece soluciones globales a través de sus siete líneas de negocio especializadas en empleo temporal, consultoría, formación, externalización y recolocación. Estas líneas son: Adecco Finance & Legal, Adecco IT, Adecco Engineering & Technical; Adecco Medical & Science; Adecco Sales, Marketing & Events; Adecco Office, Adecco Industrial y Adecco Human Capital Solutions (Creade). En España, Adecco cuenta con más de 370 delegaciones y una plantilla interna de más de 1.600 empleados.

Además, desde su compromiso por la Responsabilidad Social Corporativa, Adecco, a través de la Fundación Adecco para la Integración Laboral, trabaja desde 1999 por los colectivos más desfavorecidos de la sociedad (discapacitados, mayores de 45 años, mujeres víctimas de violencia de género o con cargas familiares no compartidas y ex deportistas).

Para más información, por favor, no dudes en ponerte en contacto con nosotros:

Marina Gómez /Luis Perdiguero
Dpto. de Comunicación
Tlf: 91 432 56 30
marina.gomez@adecco.com
luis.perdiguero@adecco.com

Laura García
Adecco R Comunicación
Tlf: 91 576 62 18
laura.garcia@grupor.es