

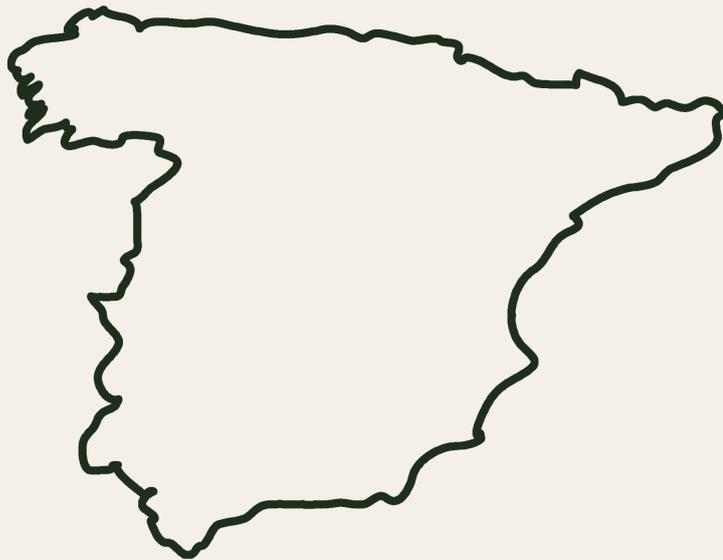
OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

# ÁREAS DE DIFÍCIL COBERTURA EN **ESPAÑA** DESIERTOS MÉDICOS



## PERSPECTIVAS DE LOS MÉDICOS JÓVENES



## Autores

- Domingo Antonio Sánchez Martínez. Vocal Nacional de Médicos Jóvenes y Promoción del Empleo CGCOM.
- Álvaro Cerame del Campo. Medical Workforce Committee Chair – European Junior Doctors (EJD).
- Pablo Estrella Porter. Membership Coordinator Junior Doctors' Network World Medical Association (JDN-WMA).
- Juan Pablo Carrasco Picazo. Vocal de Médicos Jóvenes del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia.
- Eva García Camacho. Vocal de Médicos en Precario del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Toledo.
- Joaquín Navarro Rodríguez. Vocal de Médicos Jóvenes del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla.
- Adrián Hugo Llorente Aguinagalde. Asesor del Grupo de trabajo ejecutivo de la Vocalía Nacional de Médicos Jóvenes y Promoción del Empleo del CGCOM.

## Índice

- I. Resumen Ejecutivo
- II. Introducción
  - A. Marco conceptual
  - B. Un problema Europeo
  - C. Determinantes de la desertificación médica
  - D. Medidas de mitigación de la falta de médicos en zonas desiertas
  - E. Las zonas de difícil cobertura en España
- III. Perspectivas y propuestas de los médicos jóvenes.
  - A. Metodología
  - B. Resultados
- IV. Conclusiones
- V. Bibliografía

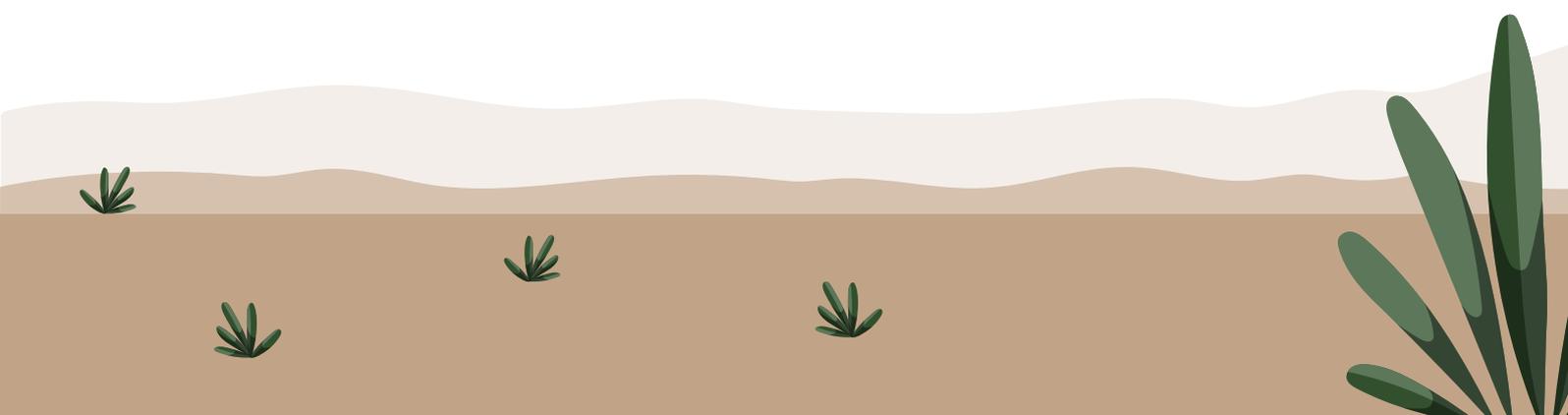


## 1 - Resumen Ejecutivo

- I. La desertificación médica es un fenómeno emergente en Europa y España, afectando la capacidad de acceso a servicios de salud, especialmente en zonas rurales.
- II. La literatura recoge que factores como la insatisfacción laboral de médicos especialistas, falta de infraestructura y condiciones de vida en áreas rurales contribuyen a este problema. Una mayor exposición a áreas rurales durante la formación médica, formación sanitaria especializada adaptada al ámbito rural y mejora de condiciones laborales e infraestructura son algunas de las medidas señaladas en la bibliografía.
- III. Recientemente, se publicó un acuerdo en España para enfrentar el fenómeno de los desiertos médicos, estableciendo condiciones para las plazas de difícil cobertura y las directrices generales de intervención.
- IV. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España ha realizado este estudio sobre la percepción de los médicos jóvenes en relación a áreas de difícil cobertura y desiertos médicos, donde 52 representantes (91,1%) considera que los desiertos médicos son un problema en su provincia, y el 44,4% cree que los residentes están siendo utilizados injustificadamente para paliar la situación.
- V. En base a este análisis se proponen medidas dirigidas a tres etapas: universitaria y grado, formación sanitaria especializada y primeros años como especialista, y a lo largo de la trayectoria profesional. Destacan propuestas como incentivos económicos, mejoras de las condiciones laborales, flexibilidad en organización del trabajo, inversión en zonas rurales y oferta de formación continuada.
- VI. Se desaconsejan medidas como dificultar la oferta y publicación de plazas en áreas sin dificultad, ofrecer contratos divididos temporalmente entre plazas sin dificultad y plazas de difícil cobertura, ofrecer plazas genéricas en un área de salud donde la jefatura o dirección puedan decidir el destino final, contratar médicos sin especialidad para cubrir dichas áreas y obligar a médicos especialistas recién formados a quedarse en su unidad docente en áreas de difícil cobertura. Estas políticas pueden generar precariedad, inequidad y afectar negativamente la calidad asistencial y atención a la población.



En conclusión, la desertificación médica en España es un problema emergente que requiere la atención de todos los agentes implicados. Aunque se han propuesto medidas y acuerdos, es necesario un análisis más profundo y la implementación de estrategias adecuadas para garantizar el acceso a servicios de salud en zonas rurales. Las políticas deben enfocarse en mejorar las condiciones laborales, infraestructuras y formación de los profesionales de la salud, evitando medidas precarias, coercitivas e ineficaces.



## 2 - Introducción

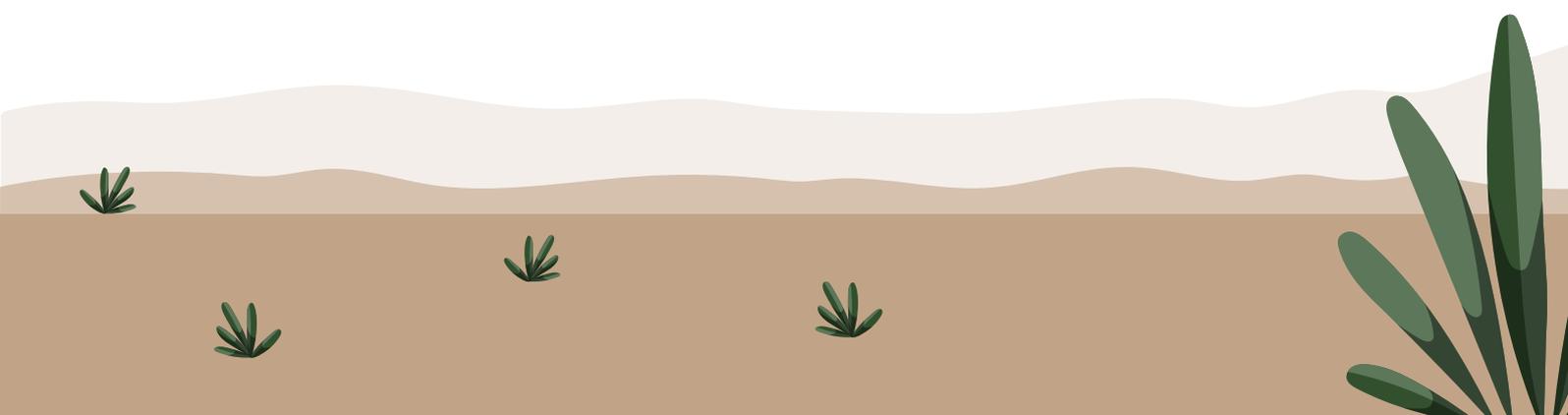
### a) Marco conceptual

En los últimos años los Servicios de Salud están detectando dificultades para la contratación de médicos especialistas para trabajar en algunas zonas de España. Este proceso de desertificación médica no es algo exclusivo de nuestro país. Se trata de una problemática emergente a nivel europeo debido a cambios en el ciclo demográfico médico y de la población general.

Esta situación está empezando a generar importantes interrupciones en los sistemas sanitarios afectando especialmente a zonas rurales. Un desierto médico es el resultado 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<sup>1</sup>. Su traducción en el contexto de España podría asemejarse a las plazas de difícil cobertura, pero el escenario y los matices del concepto de desierto médico son más amplios y complejos.

El proceso de desertificación puede llevar a la incapacidad de una población determinada al acceso a servicios de salud, o al hecho de estar aisladas a la hora de recibir prestaciones sanitarias. Esto se basa en tres categorías de barreras cuantitativas y cualitativas, que están interrelacionadas y que son dependientes entre sí. Estas dimensiones son: 1) el acceso físico, 2) las barreras sociales y 3) las barreras en las políticas públicas. Las citadas dimensiones están fundamentadas en la disponibilidad de trabajadores de la salud, instalaciones sanitarias y tecnologías necesarias para facilitar el acceso a los servicios sanitarios (Figura 1).

La realidad actual es que la situación de los desiertos médicos se está convirtiendo en una preocupación creciente en Europa, ya que socava la efectividad de los sistemas de salud, ya tensionados tras la pandemia por COVID-19, y suponen un impacto negativo en pacientes y profesionales sanitarios. Aunque los países y regiones de la UE han desarrollado





**Figura 1.** Principales barreras que condicionan la existencia de los desiertos médicos.

algunas políticas para abordar la desertificación, la evidencia para determinar qué intervenciones son más efectivas es escasa.

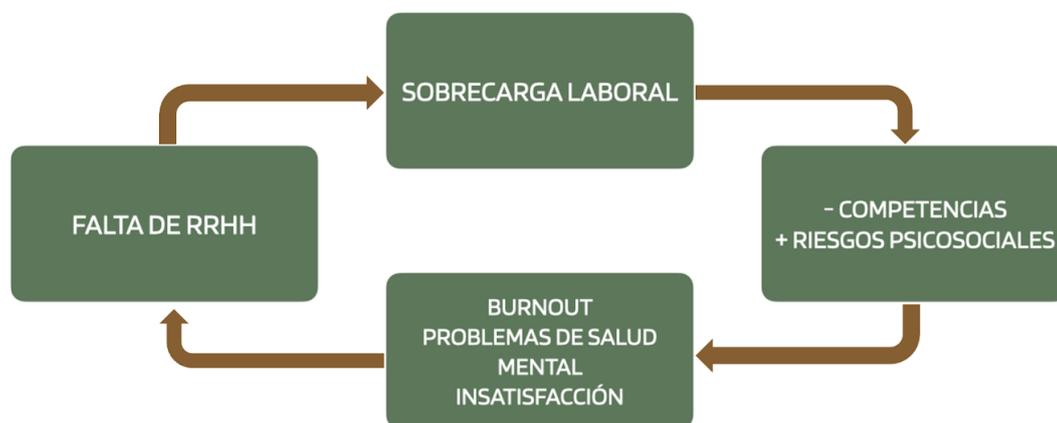
Esto hace que en muchas ocasiones, la toma de decisiones se produzca en torno a prioridades cortoplacistas, que pueden poner en riesgo tanto los derechos y el bienestar de los profesionales en un corto y medio plazo, como la sostenibilidad y efectividad de los sistemas de salud a largo plazo. Ejemplos de ello son los intentos de obligar a los especialistas recién terminados a mantenerse por obligación varios años cubriendo áreas de difícil cobertura<sup>2</sup>, o la propuesta en Galicia de que los residentes de último año cubrieran dichas plazas de manera forzada<sup>3</sup>.

En un momento de déficit de especialistas cobran una especial relevancia las medidas encaminadas al reclutamiento y retención de profesionales jóvenes. Esto es así debido a que no tomar medidas conduce a un fenómeno de bucle que puede agravar el problema (Figura 2), un mecanismo de retroalimentación que hace que se agrave la falta profesionales, aumente la insatisfacción de los usuarios, los problemas de salud de los profesionales y se reduzca la calidad de la atención.

Por todo lo anterior, el abordaje político de los desiertos médicos y la retención de médicos jóvenes en las zonas de difícil cobertura se ha convertido en una prioridad

de máxima vigencia. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, quiere dar respuesta a dicha situación, motivo por el cual surge el presente documento. En éste, por un lado, se profundiza en la conceptualización y problemáticas de la desertificación médica en Europa y España. Por otro lado, se exponen los resultados del análisis realizado a través de una encuesta a los vocales provinciales de

médicos jóvenes y promoción de empleo del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. En la misma, los médicos jóvenes valoran las distintas propuestas existentes para el abordaje de los desiertos médicos, juzgando el beneficio o perjuicio real que estas pueden tener a largo plazo para el sistema sanitario español.



**Figura 2.** Bucle de falta de profesionales si no se toman medidas.

## b) Un problema Europeo

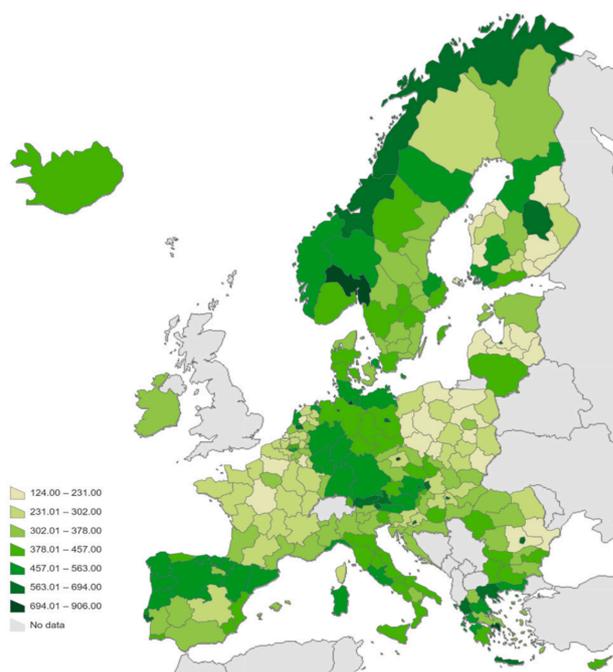
Europa ha transitado desde un periodo de superávit de profesionales de la medicina a durante la década de los 90, a uno de déficit provocado por la falta de planificación de RRHH, las consecuencias de los recortes en los

presupuestos sanitarios después de la crisis económica del 2008 y las consecuencias de la pandemia por el SARS-CoV-2.



En este contexto se hace más relevante el fenómeno de la desigual distribución territorial de médicos. En las últimas décadas se objetiva una mayor concentración de médicos en zonas urbanas y, dentro de estas, en las zonas de mayor nivel socioeconómico. En este panorama, existe el riesgo de generar una dinámica competitiva entre países por ofrecer mejores condiciones y captar el capital humano de otros Estados. Ejemplo de ello son campañas de captación de profesionales sanitarios que han realizado Francia<sup>4</sup> o Suecia<sup>5</sup>, países que cuentan con un número de profesionales médicos sustancialmente menor que España.

Nuestro país cuenta con un elevado número de médicos por cada 100.000 habitantes comparado con otros países europeos (Figura 3). A pesar de esto, la distribución de los mismos sigue patrones similares a los descritos anteriormente; hecho que está generando una importante dificultad para prestar servicios sanitarios en algunas zonas y regiones.

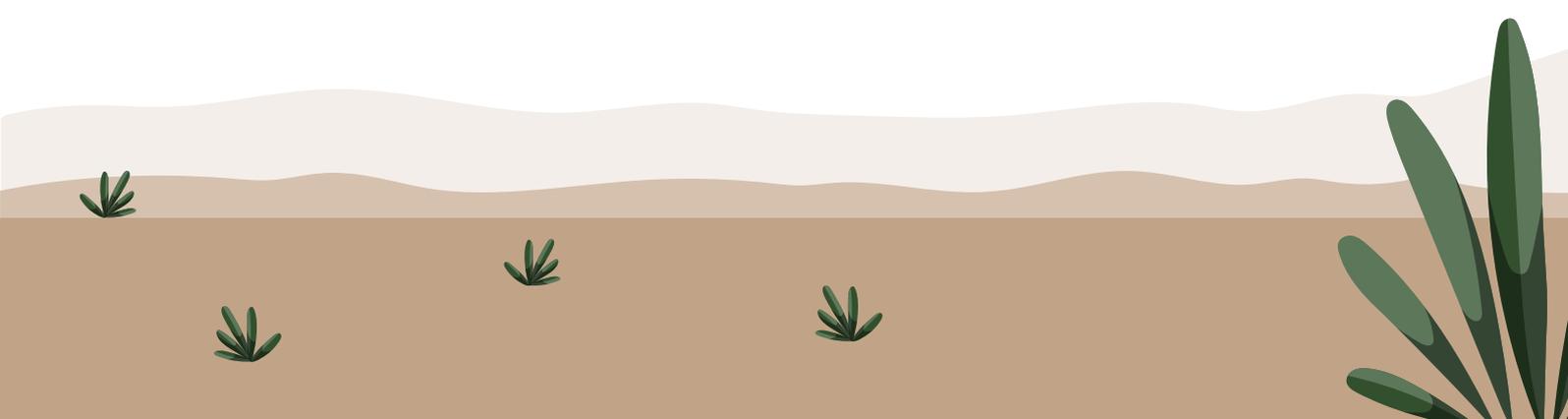


*Note: In Greece and Portugal, data refer to all doctors licensed to practice, resulting in an overestimation of the number of practising doctors.*

*Source: Eurostat database, National Statistical Institutes, National Medical Associations. Regional data (NUTS 1, 2 or 3) not available for Ireland, Estonia, Lithuania and Iceland.*

**Figura 3.** Ratio de médicos por cada 100.000 habitantes en Europa agregados por región.

La Unión Europea ha reconocido dicha problemática en varias ocasiones, organizando distintos proyectos para su estudio y abordaje. Entre ellos, destaca el proyecto AHEAD (Action for Health and Equity Addressing Medical Deserts)<sup>6</sup>. En éste, se realizaron cuatro actividades de investigación diferentes: revisión de literatura académica; análisis de políticas (programas de salud de la UE y programas no relacionados con la salud de la UE); análisis de impacto en los medios de



comunicación; e entrevistas a informantes clave (de DG SANTE, HaDEA, WHO EUROPE, European Forum for Primary Care, etc.).

En relación a los hallazgos clave del proyecto destacan las siguientes premisas (4):

- La relevancia de la desertificación médica es indiscutible.
- Hay diferentes formas de ver el fenómeno (por ejemplo: territorios donde los habitantes carecen de acceso adecuado a la atención médica, territorios con escasez de profesionales de la salud, baja disponi-

bilidad de la oferta de atención médica en una determinada área...).

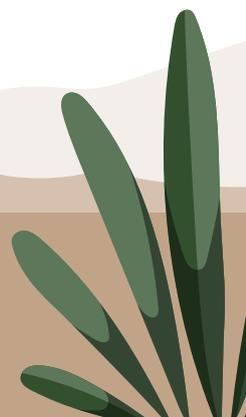
- La definición depende del contexto. Es necesario establecer indicadores comunes que se puedan medir en cada contexto.
- Se hace necesaria una priorización por parte de los agentes públicos para el abordaje de la problemática expuesta.
- Es necesario una actuación conjunta por parte de todos los stakeholders implicados para evitar o mitigar las consecuencias que esta situación puede acarrear a la salud de la población.

### c) Determinantes de la desertificación médica

Existen múltiples factores que influyen en la desertificación. Ninguno de ellos es un determinante único pero la acumulación de los mismos desemboca en un sumatorio difícil de abordar (figura 4). Flinterman LE, et al<sup>7</sup> identificaron tres ejes principales que contribuyen a la aparición de estos desiertos médicos: (1) factores relacionados con el

puesto de trabajo, (2) calidad de vida y (3) factores sociodemográficos.

En cuanto a las características de los puestos de trabajo, se ha observado que la baja satisfacción laboral y las altas tasas de agotamiento están asociadas con la ubicación del puesto de trabajo, favoreciendo el trabajo en áreas urbanas en lugar de rurales. La mayor carga de trabajo en áreas rurales, como la lista



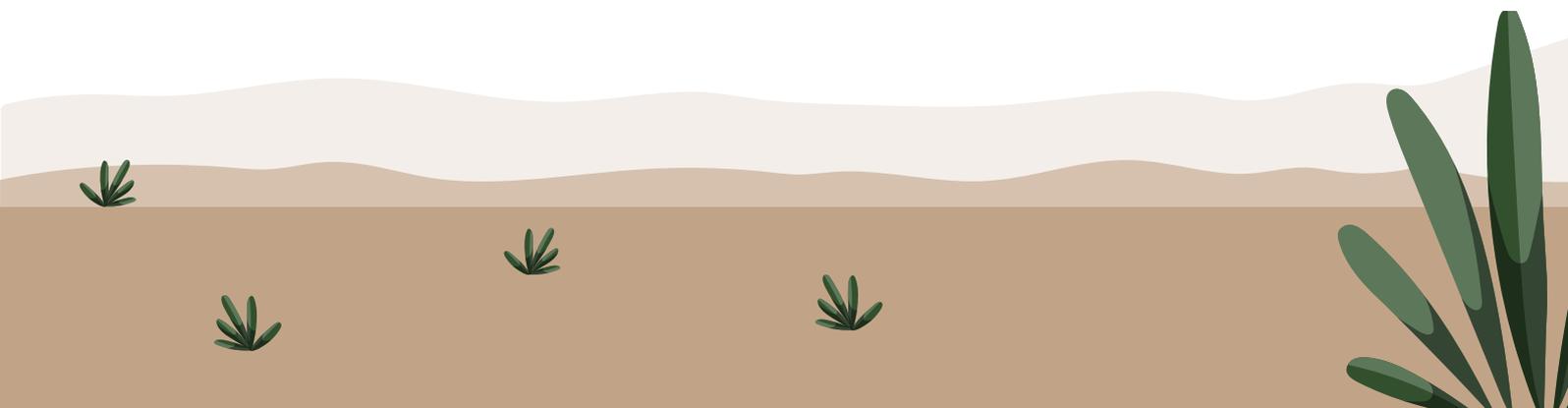


**Figura 4.** Determinantes de la desertificación médica.

de pacientes, las horas de trabajo y las disposiciones de guardia, se considera un problema preocupante que afecta negativamente la voluntad de trabajar en dichas áreas. Por otro lado, la variedad de trabajo en las prácticas rurales, junto con otros factores

como una relación médico-paciente más cercana y buena colaboración en equipo, influyen positivamente en la actitud de los profesionales de la salud hacia el trabajo en áreas rurales.

La calidad de vida en el ámbito rural también influye en la disposición de los profesionales de la salud para trabajar en estas áreas. Algunos estudios han identificado un equilibrio favorable entre el trabajo y la vida personal en entornos rurales, mientras que otros señalan la dificultad para encontrar empleo para el cónyuge o una educación adecuada para los hijos como factores que disminuyen la disposición para trabajar en áreas rurales. Además, la sensación de aislamiento, la falta de acceso a servicios básicos y altos costes de vida y viaje pueden desincentivar a los profesionales de la salud a trabajar y vivir en entornos rurales.



En relación con los factores socio-demográficos, la edad es un elemento que influye en la rotación de la fuerza de trabajo en áreas rurales. La jubilación de profesionales debido al envejecimiento no es compensada por el flujo de trabajadores de la salud más jóvenes, quienes prefieren trabajar en ubicaciones urbanas. El género también ha sido investigado en relación con la disposición para trabajar en desiertos médicos, aunque con resultados contradictorios.

La experiencia vital previa en áreas rurales, así como la realización de la formación sanitaria especializada en dicho entorno, se asocian positivamente con la probabilidad de trabajar en zonas rurales. Tener un estatus socioeconómico o nivel educativo más bajo,

#### **d) Medidas de mitigación de la falta de médicos en zonas desiertas**

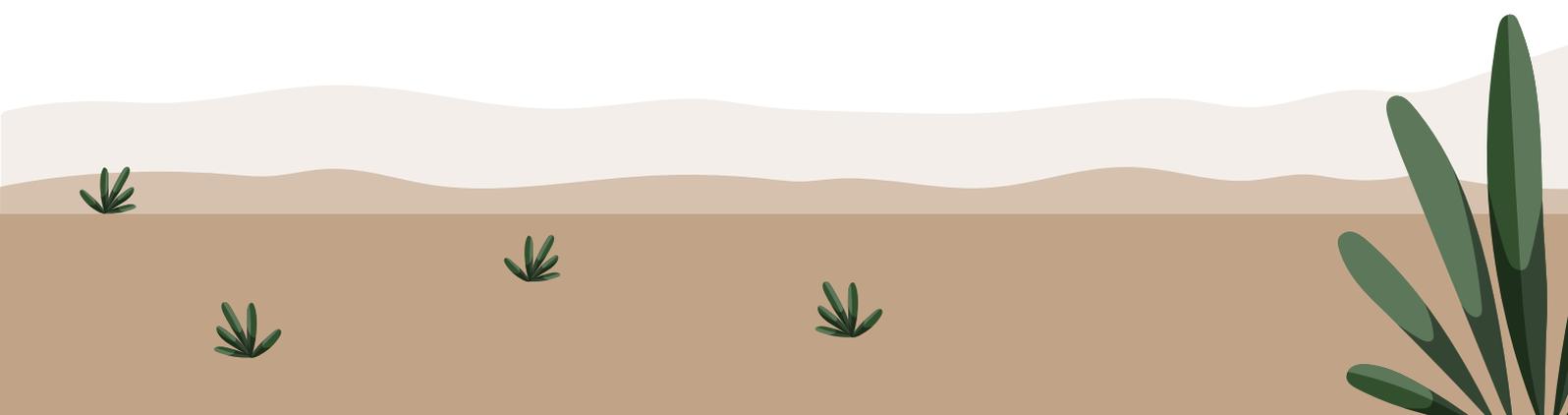
A la hora de abordar las medidas de mitigación de la falta de médicos, la literatura señala cuatro tipos de intervenciones. La primera se centra en una mayor exposición a las áreas rurales en la formación de grado. Los estudios han comprobado el impacto de las escuelas clínicas rurales universitarias,

pertenecer a un grupo minoritario y recibir apoyo financiero también están asociados positivamente con la elección de trabajar en un entorno rural. En contraste, el haber vivido en comunidades idiomáticamente distintas se relaciona negativamente con la probabilidad de ejercer en zonas rurales.

En conclusión, es fundamental abordar los factores que contribuyen a los desiertos médicos para garantizar una distribución equitativa de profesionales de la salud en áreas rurales y urbanas. Esto incluye la mejora de las condiciones laborales, la promoción de la calidad de vida en entornos rurales y el fomento de la formación y el apoyo financiero para los profesionales de la salud interesados en trabajar en áreas rurales.

rotaciones clínicas rurales y programas de reclutamiento de estudiantes rurales en facultades de medicina.

La segunda aborda la formación sanitaria especializada (FSE) y la educación médica continua adaptada al ámbito de la



práctica rural. Los trabajos resaltan la importancia de la formación en medicina familiar, la realización de la FSE en la práctica rural y la educación continua específica del trabajo para médicos. La mentoría rural y las becas para programas de formación en gestión también son factores clave para reclutar y retener profesionales en áreas rurales.

La tercera se enfoca en las condiciones de trabajo e infraestructura de apoyo en las áreas rurales. Los estudios han mostrado la importancia de los incentivos en el reclutamiento y retención, destacando la importancia de la remuneración y soluciones laborales flexibles. La disponibilidad de infraestructura sanitaria de apoyo y la autonomía percibida dentro del entorno laboral son factores que contribuyen a la satisfacción laboral y retención de profesionales en este ámbito.

La cuarta se refiere a la planificación y evaluación de la distribución de la fuerza laboral sanitaria. Los estudios proponen alinear la distribución de la capacitación en

medicina familiar y comunitaria para satisfacer las necesidades de las comunidades rurales desatendidas e identificar indicadores para analizar la duración de la permanencia de los profesionales de la atención primaria en áreas rurales y remotas.

Además, la literatura ha evaluado la efectividad de diversos modelos innovadores de atención sanitaria en los desiertos médicos, como la telemedicina, clínicas satélite especializadas en VIH y clínicas dirigidas por estudiantes interprofesionales. Estos enfoques han mostrado mejoras en salud, reducción en uso de recursos y elevada satisfacción del paciente.

En conclusión, para enfrentar los desafíos en áreas con escasez de profesionales médicos, la literatura señala que resulta fundamental abordar de forma prioritaria las condiciones de trabajo e infraestructura de apoyo, considerar enfoques que aborden la formación de grado y posgrado, la planificación y evaluación de la situación de la fuerza de trabajo y el pilotaje de modelos innovadores de atención. Estas



estrategias pueden contribuir a mejorar el acceso a la atención médica y la calidad de

vida de las comunidades rurales y desatendidas.

### **e) Las zonas de difícil cobertura en España**

Los cambios demográficos de profesionales sanitarios también están comenzando a afectar a España de manera significativa. Se ha transitado de un momento donde existían suficientes profesionales para cubrir todas las plazas a finales de los años 90 y principios de los años 2000, a otro de déficit de especialistas.

Esto puede tener relación con la falta de estudios de planificación e implementación de políticas públicas en materia de gestión de RRHH. En la última revisión realizada por los equipos de investigación de la OMS<sup>8</sup>, donde se encuentran 109 estudios donde se evalúan actuaciones para fomentar la mejora de la atención médica en las áreas rurales y de difícil cobertura, sólo uno está hecho en España o incluye población española. Se trata de un estudio de 2005<sup>9</sup> realizado en Castilla y León, donde se implantó un sistema de comunicación entre áreas rurales y centros hospitalarios de áreas urbanas.

Aunque es un estudio relevante dada su unicidad, sus conclusiones son difícilmente aplicables al momento actual, donde los sistemas de comunicación han mejorado sustancialmente en los últimos años. Tampoco existen estudios públicos sobre la desigual distribución territorial ni sobre las perspectivas a futuro. El estudio con información de mayor utilidad en este sentido es el estudio sobre la oferta-necesidad de médicos especialistas que publicó el Ministerio de Sanidad en enero del año 2022<sup>10</sup>.

En éste, se proyectan las necesidades de profesionales hasta el año 2035. En el desglose por especialidades, se hipotetiza que las que más déficit tendrán son inmunología, medicina del trabajo, psiquiatría y especialmente medicina de familia y comunitaria. No obstante, las previsiones no tienen en cuenta la dispersión territorial ni permite predecir cuáles serán las regiones

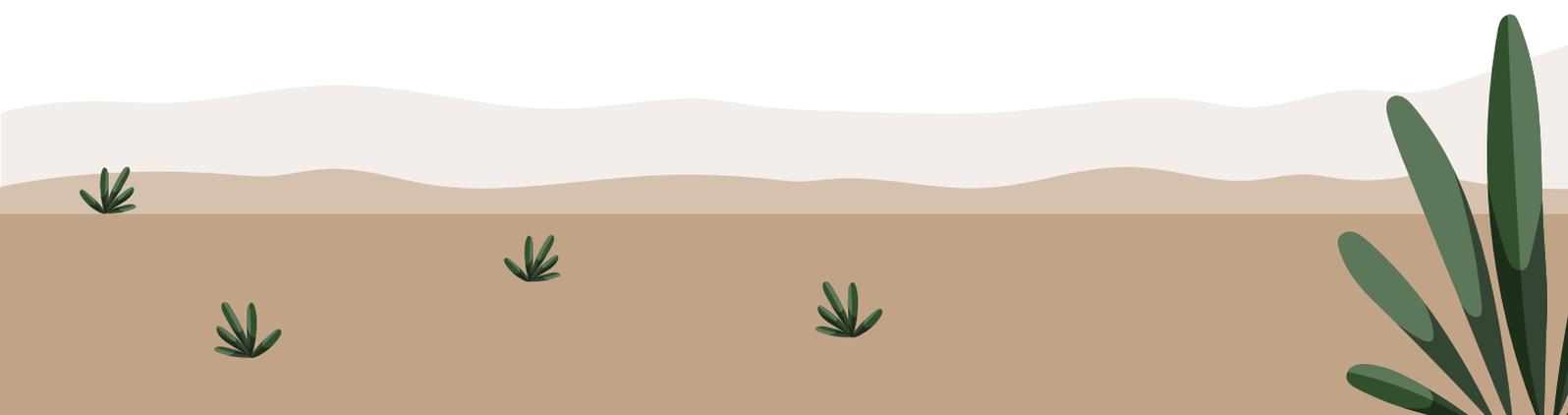


más afectadas por este fenómeno. Recientemente, se ha publicado un acuerdo suscrito por la Comisión de Recursos

Humanos del Sistema Nacional de Salud sobre los "desiertos médicos"<sup>11</sup>.

En este documento se reconoce la existencia de dichas áreas y se expresa la voluntad de los distintos Gobiernos, central y autonómico, de abordar esta problemática. Aunque el acuerdo está enfocado principalmente a atención primaria, se menciona lo siguiente: "Si bien este acuerdo está destinado al ámbito de la Atención Primaria, se hace extensible a los puestos de difícil cobertura de otros ámbitos de atención sanitaria". A su vez, establecen una serie de condiciones por las cuáles una plaza puede ser considerada de difícil cobertura, necesitando **cumplir 3 de las mismas**:

- I. La distancia o tiempo de desplazamiento desde el centro de salud al centro hospitalario de referencia mayor de 70 km o 40 minutos.
- II. La distancia media semanal recorrida desde el centro de salud a los consultorios que lo integran es superior a 100 km o 5 horas/semana.
- III. La cobertura de la plaza se produce en turno de tarde.
- IV. Se exige una atención continuada con más de 4 guardias/mes.
- V. La Frecuentación por usuario (media de consultas ordinarias por cada usuario que realmente acude en un año) es superior a la media de la Comunidad Autónoma en el año correspondiente.
- VI. El número medio de atención medio es pacientes superior a 35/día.
- VII. La densidad de población es menor que la densidad media de las poblaciones menores de 5.000 habitantes.
- VIII. El índice de envejecimiento es superior al último dato disponible anual de la media de la Comunidad Autónoma.
- IX. El precio medio de alquiler de vivienda es superior al promedio de la Comunidad Autónoma o Provincia.
- X. Existen condicionamientos familiares que dificultan el acceso laboral de los familiares o parejas, como la tasa de desempleo mayor a la media de la Comunidad Autónoma.



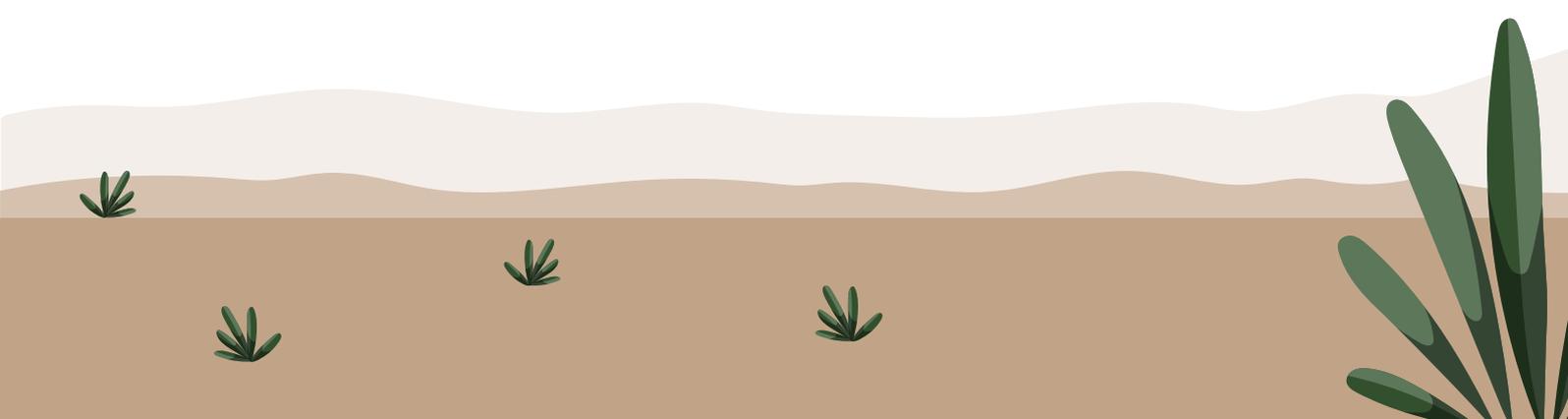
XI. Las zonas de transformación social: identificadas en cada Comunidad Autónoma.

XII. La sobrecarga estacional. Población desplazada >25% de la población asignada.

XIII. La existencia de vacantes en la categoría a ofertar >25%.

Por último, en el documento se establecen también las directrices generales de intervención para solucionar el problema de los desiertos médicos:

- I. Complemento retributivo específico periódico, requiriendo una permanencia en el puesto/zona de difícil cobertura de tres meses, como mínimo. Este complemento será revisable a los tres años.
- II. Facilitar el acceso o proporcionar ayuda económica para el desplazamiento o la vivienda.
- III. Mayor puntuación en los baremos en bolsa, 15% adicional por cada dos años de permanencia que puede incrementarse al 30% si la permanencia es de tres años.
- IV. Mayor puntuación en el baremo en los procesos de provisión de plazas y en los concursos. 20% adicional por cada dos años de permanencia que puede incrementarse al 40% si la permanencia es de tres años. Esta medida sería aplicable una sola vez en un periodo de 3 años.
- V. Mejora en la carrera profesional. Reducción del tiempo para el acceso a los dos primeros niveles de carrera profesional, por cada dos años de permanencia en un puesto de difícil cobertura. Esta medida sería aplicable una sola vez por nivel de carrera.
- VI. Acceso preferente a actividades de formación continuada o facilitar estancias formativas en otros centros o zonas.
- VII. Acceso preferente a la participación de proyectos de investigación.
- VIII. Flexibilización en la jornada/horario de trabajo con el objetivo de conciliar la vida laboral con la personal, estableciendo un intervalo mínimo de horario obligatorio incluida la concentración de la jornada (4 días/semana).
- IX. Mayor puntuación del tiempo de ejercicio para la acreditación como tutor de la formación sanitaria especializada y/o



profesor universitario. 20% adicional por cada dos años de permanencia que puede incrementarse al 40% si la permanencia es de tres años. Esta medida sería aplicable una sola vez.

X. Facilitar la prolongación de la edad de jubilación parcial o total, incluyendo la opción de acogerse a la jubilación activa mejorada.

A pesar de la buena noticia que supone la publicación del anterior acuerdo, la realidad de los desiertos médicos, como así lo refleja la OMS y las iniciativas de UE, es la de un problema complejo y que no se soluciona únicamente con incentivos a la contratación de profesionales sanitarios y que por lo tanto, exige de un análisis más complejo y profundo por parte de todos los agentes implicados en el mismo.

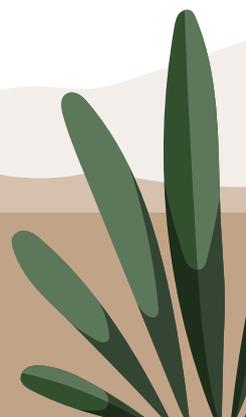
## 3 - Perspectivas y propuestas de los médicos jóvenes

### 3.1 Metodología

Los médicos jóvenes son uno de los principales actores en el abordaje de los desiertos médicos. Son el colectivo profesional que probablemente tenga más posibilidades de desempeñar una parte importante de su carrera profesional en dichas áreas, al tiempo que son también los que sufrirán las buenas o malas consecuencias de las políticas que se realicen para abordar dicha situación. Es por ello, que desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, a través de su sección nacional de

médicos jóvenes y promoción del empleo, ha querido realizar un estudio y posterior análisis, sobre la percepción de los médicos jóvenes de las buenas y malas prácticas en torno a las áreas de difícil cobertura.

Para ello se ha realizado un estudio de métodos mixtos, cualitativo y cuantitativo, para intentar abordar el problema y generar una reflexión sobre las principales acciones y políticas que pueden favorecer la resolución de esta problemática. En este estudio, se ha realizado por un lado, una encuesta con



distintas preguntas sobre la percepción de la problemática de los desiertos médicos y sobre sus posibles soluciones. Por otro lado, se han ofrecido preguntas abiertas donde se invita a escribir sobre este problema y sus posibles soluciones.

De esta manera, se han podido contrastar tanto datos cuantitativos como la opinión de los mismos de manera narrativa, contextualizando y enriqueciendo la información obtenida. La muestra elegida han sido los representantes provinciales de los colegios de médicos de todo el tLa encuesta fue difundida en el mes de abril de 2023 a

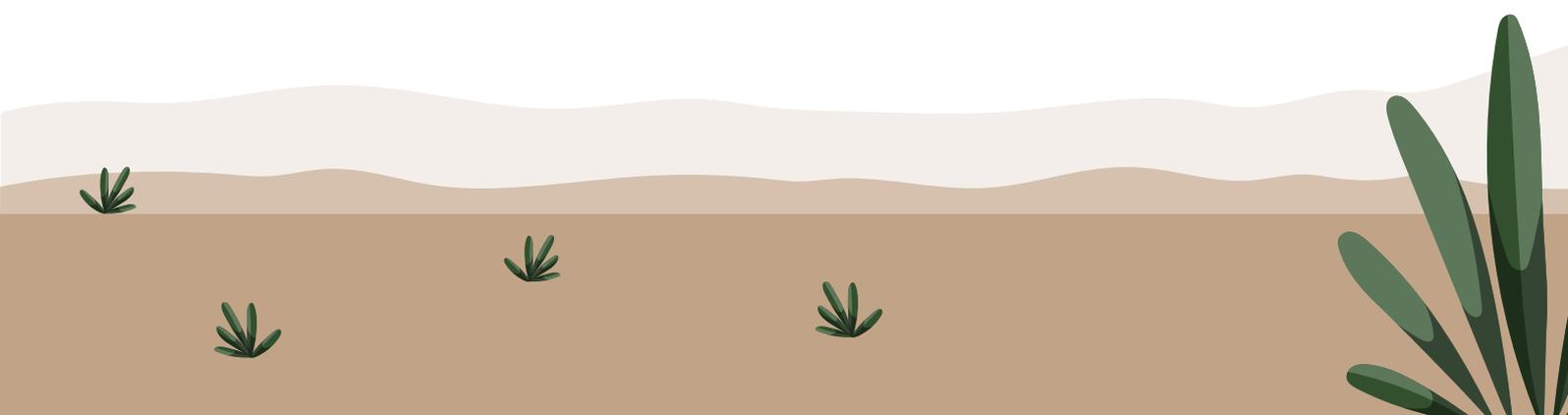
### 3.2 Resultados

De los 52 vocales representantes de las 50 provincias y las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, se han obtenido 45 respuestas. Las 7 restantes corresponden a colegios cuyas vocalías se encuentran vacantes o en proceso de transición en el momento del estudio. De estos, 41 (91,1%) vocales consideran que los desiertos médicos son un problema en su provincia, mientras

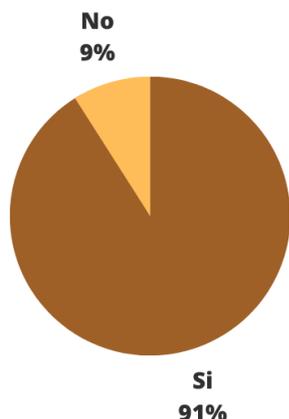
través de las vías de comunicación de la Vocalía Nacional de Médicos Jóvenes y Promoción del Empleo del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.

Tras recoger la información descrita, se ha realizado una análisis temático en profundidad por miembros de la Vocalía Nacional de Médicos Jóvenes con experiencia en investigación cualitativa. Por último, se ha generado un sistema de recomendación basado en el utilizado por la OMS, para reflejar la idoneidad de las posibles soluciones para abordar los desiertos médicos.

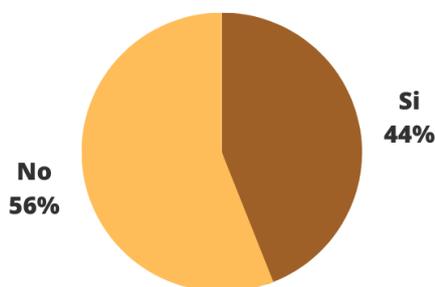
que 4 (8,91%) consideran que no es un problema en su provincia. Además, 20 de los vocales provinciales (44,4%) considera que los residentes de su provincia están siendo utilizados de manera injustificada para paliar dicha situación; y 13 vocales (28,9%) opinan que existe alguna iniciativa en su provincia para asignar médicos residentes a zonas de difícil cobertura (Figura 5).



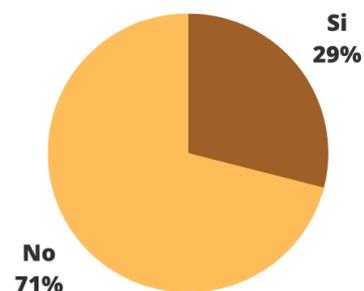
**Desiertos médicos como problemática en la Provincia**



**Residentes utilizados de manera injustificada para paliar con la problemática**



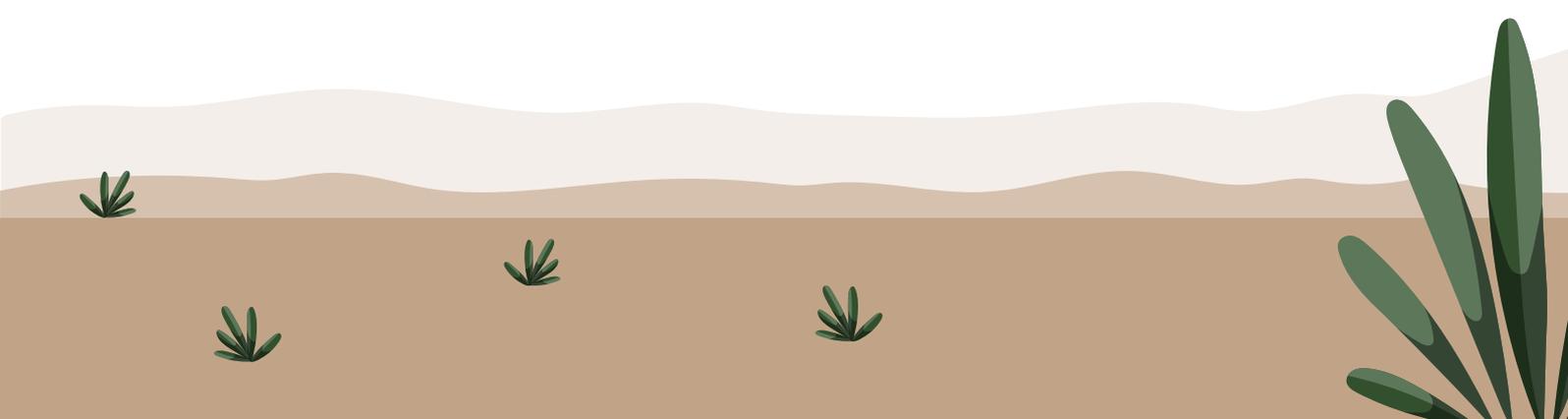
**Existencia de alguna iniciativa para asignar residentes en zonas de difícil cobertura**



**Figura 5.** Perspectivas de los representantes de los médicos jóvenes sobre los desiertos médicos en las diferentes provincias españolas (46/52).

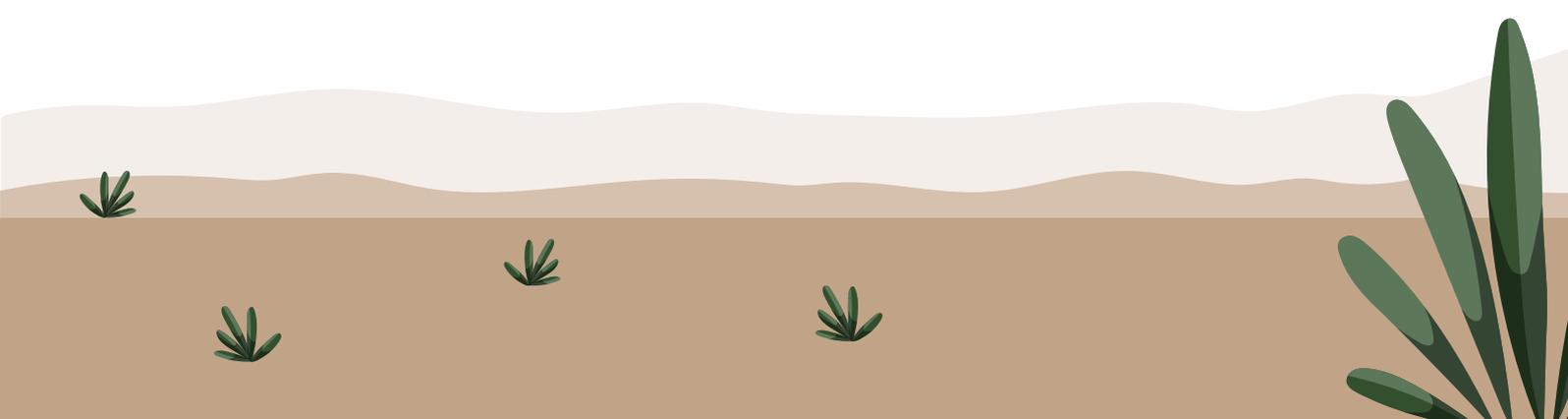
Para solucionar dicha situación y las injusticias formativas derivadas de la misma, los médicos jóvenes han hecho una recopilación de las políticas identificadas o valoradas en sus provincias. Estas se han organizado en base a la línea temporal profesional sobre las que se establecen (propuestas en pregrado y etapa universitaria, propuestas en la etapa de Formación Sanitaria Especializada y propuestas en los primeros años y en la trayectoria profesional).

Posteriormente estas propuestas han sido valoradas en una escala de 3 niveles (en positivo, neutro o en negativo), estableciendo finalmente unas recomendaciones sobre hacia donde encaminar las políticas públicas en torno a los desiertos médicos (Figura 6).



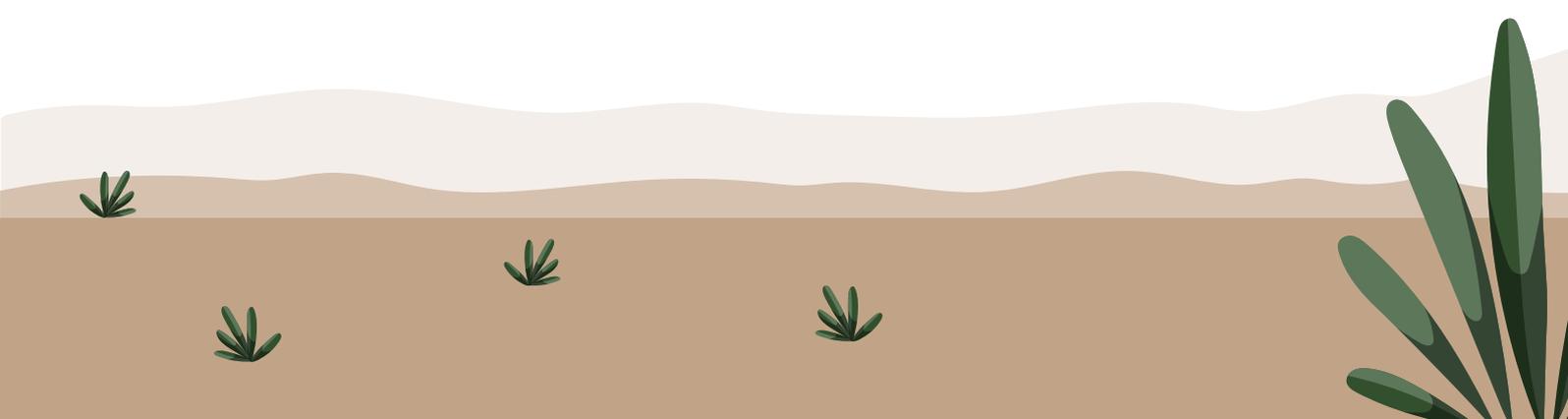
PROPUESTAS EN LA ETAPA UNIVERSITARIA Y DE GRADO		
PROPUESTA	JUSTIFICACIÓN	VALORACIÓN
Incluir formación teórica en la carrera de Medicina y la FSE sobre medicina rural	El hecho de implementar en las etapas de la formación de grado y Formación Sanitaria Especializada elementos curriculares que impliquen el conocimiento de las áreas rurales favorece que posteriormente se puedan valorar como destinos tras la finalización de la etapa de formación como especialista.	Positivo
Facilitar la entrada en Medicina de estudiantes procedentes de áreas de difícil cobertura	Llevar a cabo políticas de incentivación de los estudios superiores sanitarios a los ciudadanos de las áreas de difícil cobertura son elementos que pueden favorecer que posteriormente tras finalizar sus estudios y correspondiente formación, puedan volver para continuar con su vida en los lugares de nacimiento.	Positivo
Incentivar las prácticas del Grado de Medicina en zonas de difícil cobertura	Los hospitales con menor carga docente pueden ser muy útiles para programar rotaciones por zonas rurales de atención primaria y hospitalaria para conseguir mayor atención de los docentes y dar a conocer el desarrollo profesional de estas áreas.	Positivo
Localizar las instalaciones de las facultades de Medicina en dichas áreas	El potenciar el conocimiento de las áreas rurales y de difícil cobertura puede pasar por elaborar planes universitarios donde parte de los elementos formativos y recursos de los mismos se localicen en dichas áreas.	Neutra
Aumentar el número de plazas en las facultades de Medicina	Se ha visto que el aumentar el número de plazas dentro de las facultades de medicina no provoca una disminución de la desertificación de las áreas de difícil cobertura, sin embargo sí que lleva asociado un aumento de inversión en formación que luego no se rentabiliza.	Neutra

**Tabla 1.** Políticas identificadas en la etapa universitaria y pregrado.



**PROPUESTAS EN LA ETAPA DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA**

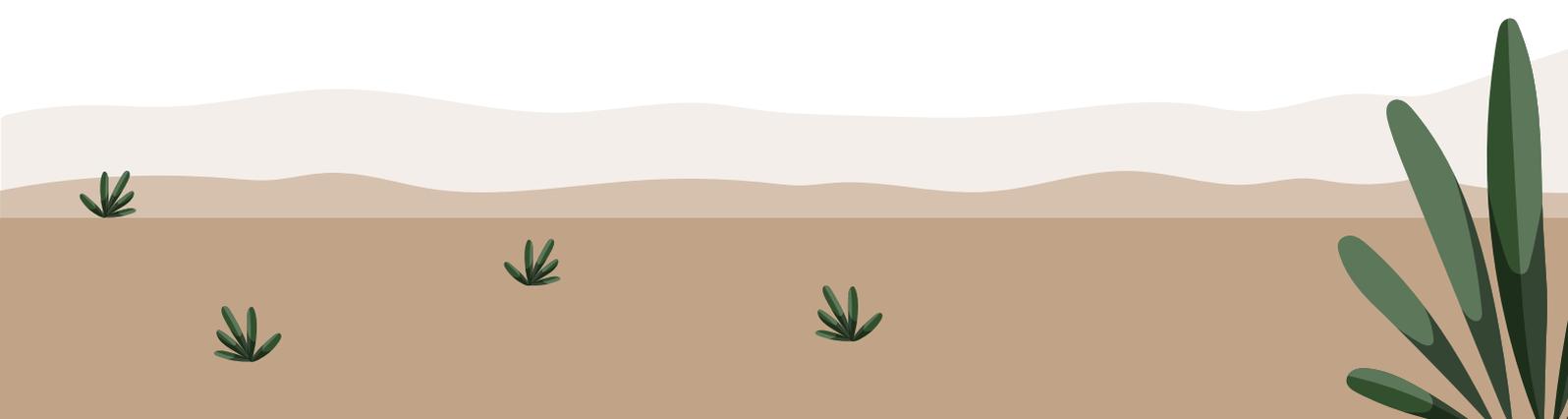
PROPUESTA	JUSTIFICACIÓN	VALORACIÓN
Ofrecer incentivos económicos para los especialistas jóvenes y los profesionales MIR	<p>El desempeño laboral en puestos de difícil cobertura a menudo implica un aumento de los gastos en materia de desplazamiento o vivienda. Las políticas de incentivación económica pueden favorecer la compensación por la cobertura de dichos puestos.</p> <p>Mejorar los incentivos económicos y las condiciones laborales de los profesionales en formación en determinadas áreas de difícil cobertura puede atraer a los mismos para que éstas sean su elección. Si bien, puede suceder que la cobertura de estas plazas sea temporal y por profesionales en formación, lo que no resolvería el problema estructural.</p>	Positiva
Facilitar el acceso a la investigación	<p>En la línea de la anterior propuesta, el hecho de intentar realizar acciones encaminadas a un crecimiento profesional y científico de los médicos jóvenes puede favorecer que las plazas a ser cubiertas tengan una mayor atraktividad como la posibilidad de facilitar la formación doctoral.</p>	Positiva
Favorecer las rotaciones de los médicos internos residentes por dichas áreas	<p>El establecer elementos que favorezcan la oportunidad de rotaciones por las zonas de difícil cobertura puede potenciar trabajo en estas áreas desde el conocimiento del lugar.</p> <p>No obstante a día de hoy esto se realiza de manera obligatoria, sin ningún tipo de apoyo a nivel retributivo, ni de desplazamiento ni de asentamiento.</p>	Neutra
Aumentar el número de plazas MIR en las convocatorias	<p>Se ha evidenciado sobre todo en las últimas convocatorias de plazas MIR como el aumento del número de éstas no va ligado a la cobertura de los puestos de difícil cobertura sino que adelanta el problema de esta desertificación a las etapas de elección de las plazas para formación.</p>	Negativa



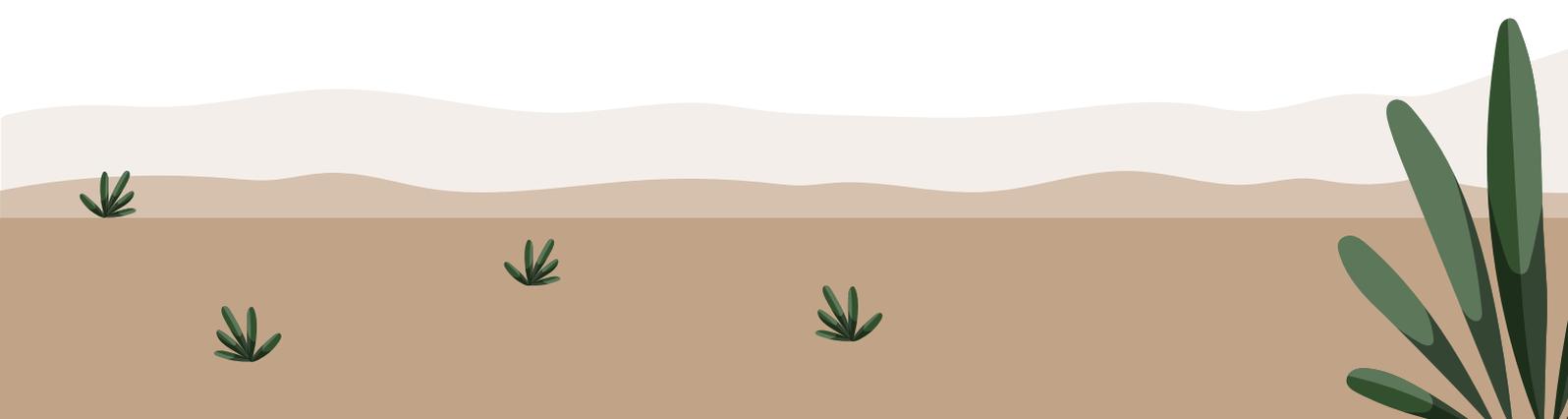
Utilizar a los residentes de último año para cubrir dichas áreas	Esta medida no solo menoscaba la figura del profesional sanitario en formación, sino que atenta contra la seguridad y calidad asistencial con la que debe ser tratada la población en las zonas de difícil cobertura.	Negativa
Disminuir el tiempo de formación para la obtención del título de especialista a través de un "MIR rápido"	Esta medida, además de vulnerar el derecho de la Unión en el marco de la directiva europea de las especialidades y los tiempos marcados para ellas, tendría incompatibilidades en otras normativas como la Directiva Europea del Trabajo debido a las cargas ya existentes para cumplir los programas formativos con la extensión actual de los mismos.	Negativa

**Tabla 2.** Políticas identificadas en la en etapa de Formación Sanitaria Especializada.

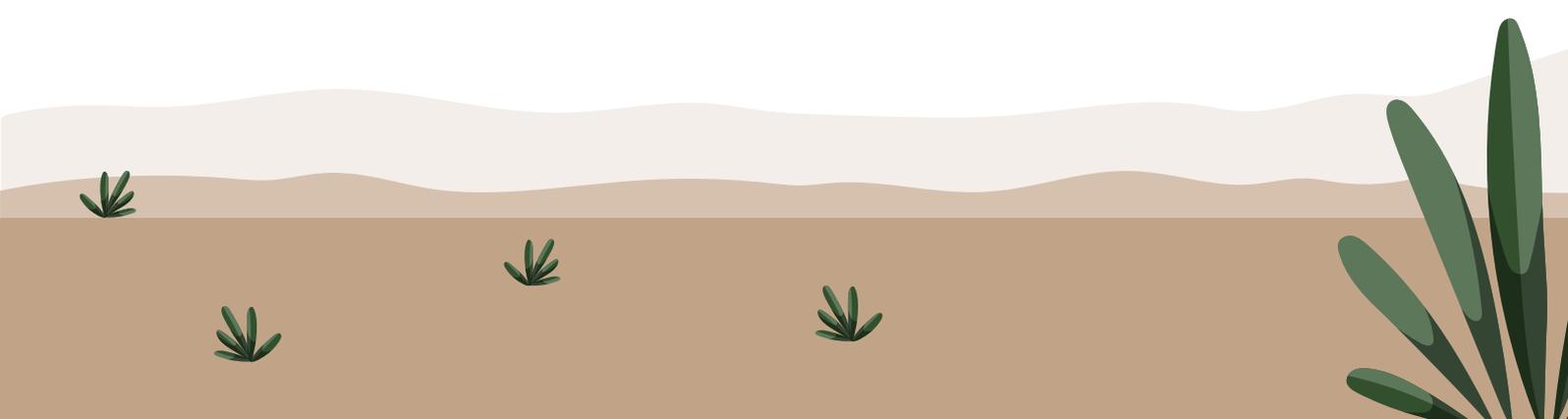
<b>PROPUESTAS EN LOS PRIMEROS AÑOS COMO ESPECIALISTA Y A LO LARGO DE LA TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>		
<b>PROPUESTA</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>VALORACIÓN</b>
Ofrecer contratos de larga duración al terminar la FSE.	Disponer de una oferta de contratos de larga duración y estables hace atractivo acceder a estos puestos de trabajo.	Positiva
Aumentar el baremo por tiempo trabajado en zonas de difícil cobertura para mejorar la posición en bolsas de empleo y OPEs	Estos incentivos pueden favorecer el hecho de que el trabajo en las zonas de difícil cobertura sea una etapa más dentro de la carrera profesional del médico.	Positiva
Favorecer una organización laboral flexible	La flexibilidad en horario y días de trabajo (condensación de la jornada laboral en 4 días, jornadas más intensivas en determinados momentos del año y menos en otros; favorecer esquemas de trabajo a tiempo parcial) puede disminuir el número de desplazamientos a estas zonas y hacer más atractiva su elección. La posibilidad de ofrecer un horario flexible que permita al profesional una autogestión de las atribuciones y responsabilidades.	Positiva



<p>Ofrecer facilidades de transporte</p>	<p>A menudo estas zonas se encuentran mal comunicadas por transporte público lo que condiciona una barrera para profesionales sin medio de transporte propio. La disponibilidad de opciones de transporte, públicas o del propio hospital para poder acceder a las zonas de difícil cobertura sanitaria es una política que puede eliminar este hándicap.</p> <p>Un ejemplo de buena práctica que tiene lugar en Dinamarca es que algunos centros de trabajo ofrecen un transporte (autobús) con estaciones de trabajo que permite acceso a Historias clínicas y teléfono donde se realiza parte de la jornada al tiempo que el facultativo se desplaza.</p>	<p>Positiva</p>
<p>Ofrecer incentivos y acceso a la vivienda</p>	<p>Ofrecer a los profesionales la posibilidad de disponer de una vivienda en el lugar de trabajo cuando este requiere un desplazamiento importante desde los grandes núcleos de población.</p> <p>Una política de beneficios e incentivos en materia de vivienda favorece el que se produzca una toma de decisiones para poder ir a zonas de difícil cobertura sobre todo en lugares donde el acceso a la misma pueda ser difícil.</p>	<p>Positiva</p>
<p>Aumentar la oferta formativa en las áreas de difícil cobertura</p>	<p>Mejorar el acceso del profesional a la formación puede suponer un incentivo para los médicos jóvenes de cara a continuar mejorando sus cualificaciones mediante la asistencia a cursos o congresos.</p>	<p>Positiva</p>
<p>Fomentar la inversión económica y social en dichas áreas</p>	<p>El realizar políticas de inversión económica y social en las zonas rurales permite aumentar el atractivo y la oferta social para que los profesionales sanitarios vean atractivo el trabajar en dichas zonas.</p>	<p>Positiva</p>

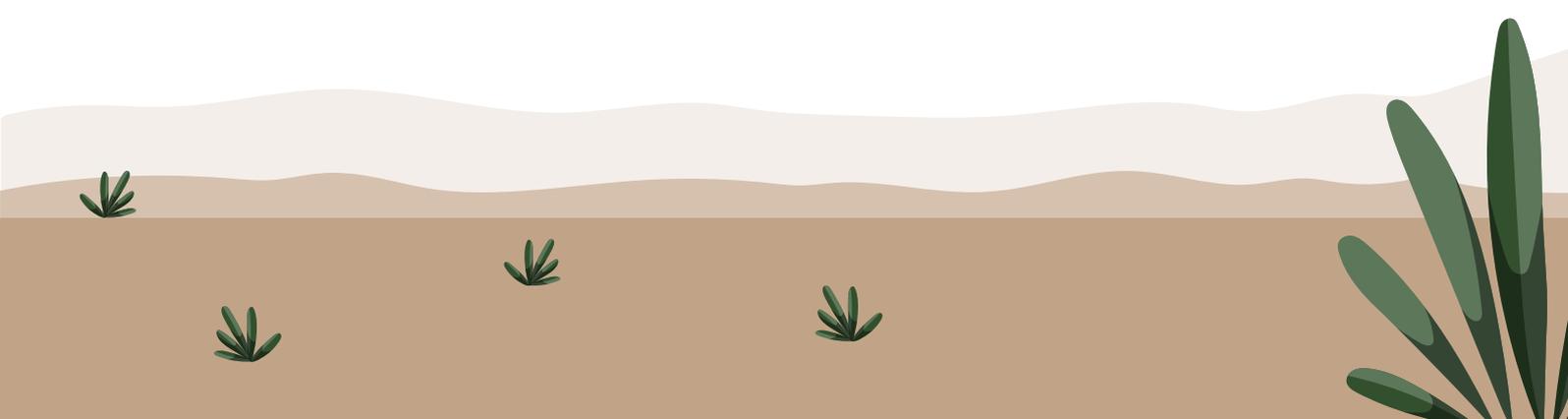


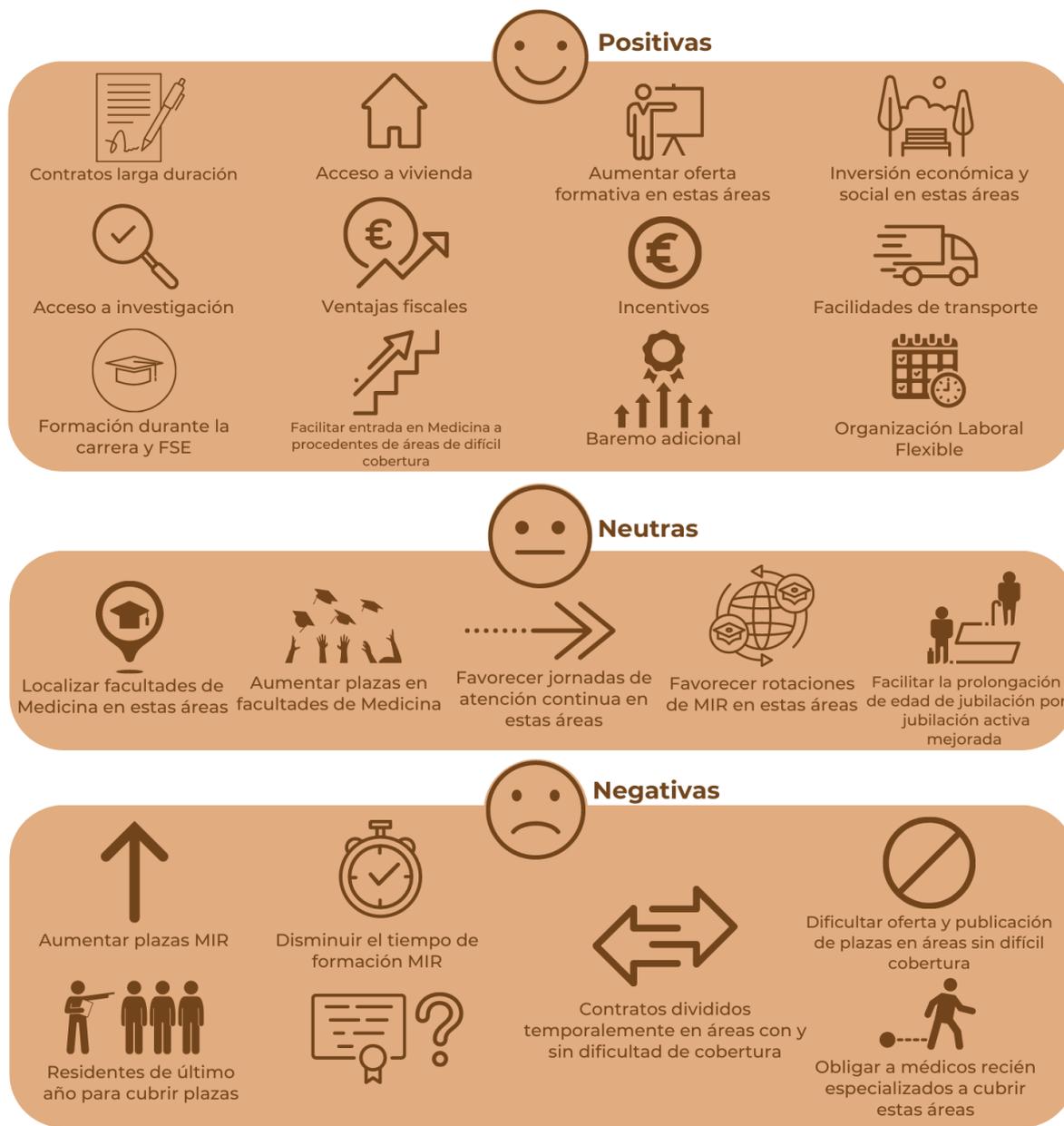
Ofrecer ventajas fiscales	La generación de beneficios fiscales siempre es positiva para atraer a los profesionales que se encuentran iniciando su carrera profesional y que pueden motivar el hecho de trasladarse a las plazas de difícil cobertura.	Positiva
Realizar una adecuada planificación en materia de recursos humanos en el conjunto del SNS	El ser capaces de planificar con una visión largoplacista mejora la previsión	Positiva
Facilitar la prolongación de la edad de jubilación a través de la jubilación activa mejorada	Si bien estas políticas están enfocadas a un grupo poblacional distinto al de los médicos jóvenes las consecuencias de las mismas sí que pueden impactar en la posibilidad de la existencia de posibilidades laborales para los profesionales más jóvenes. Es por ello que este tipo de políticas deben de ser tomadas teniendo en consideración el impacto global de las mismas.	Neutra
Favorecer e incentivar la realización de las jornadas de atención continuada en dichas áreas	Políticas de incentivación para la realización de jornadas de atención continuada en las zonas de difícil cobertura puede favorecer que al aglutinar las horas de trabajo efectivas pueda favorecerse la decisión de realización de las mismas.	Neutra
Dificultar la oferta y publicación de plazas en áreas sin dificultad para su cobertura	Está demostrado que dificultar la oferta de plazas en áreas no categorizadas como de difícil cobertura lo único que provoca es el empobrecimiento en materia de recursos humanos de todo el sistema y aumentar los problemas de cobertura a áreas que previamente no los tenían.	Negativa
Ofrecer contratos que estén divididos temporalmente entre plazas sin dificultad y plazas de difícil cobertura	Si bien a priori, el ofrecer contratos bajo modalidad mixta entre las zonas de difícil cobertura y aquellas que no lo son, pueden suponer una resolución temporal al problema, se ha visto que no se produce una fidelización del profesional en las zonas de difícil cobertura a largo plazo y se aumenta la estigmatización y la temporalidad de las zonas, empeorando por tanto, la calidad de la asistencia sanitaria que se provee en las mismas.	Negativa



<p>Ofrecer plazas genéricas en un área de salud donde la jefatura o dirección puedan decidir el destino final</p>	<p>Ofrecer plazas que no tengan una localización fijada a priori y que ésta pueda ser modificada por la dirección o jefatura, redundando en una precariedad para el profesional sanitario que repercute en su filiación con la actividad asistencial y su confortabilidad para con el sistema.</p>	<p>Negativa</p>
<p>Contratar médicos sin especialidad para cubrir dichas áreas</p>	<p>Nuevamente este tipo de políticas pone en riesgo la calidad asistencial y la atención a la población que se encuentra en las zonas de difícil cobertura a la vez que establece elementos de inequidad en el marco del Sistema Nacional de Salud. Asimismo genera unas condiciones de trabajo inadecuadas que puede provocar problemas de retención de profesionales en el medio plazo. A su vez, entra en conflicto con la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo que regula las cualificaciones de los profesionales médicos.</p>	<p>Negativa</p>
<p>Obligar a los médicos especialistas recién formados a quedarse en su unidad docente a trabajar si ésta se encuentra en dichas áreas</p>	<p>Además de ser contrarias a los principios fundamentales de la Unión Europea (art. 45 TFUE) y la legislación estatal (art. 2 Ley 16/2003 y art. 18 Ley 44/2003), este tipo de políticas fundamentadas en la obligación a un determinado colectivo para resolver el problema de la asistencia en las áreas de difícil cobertura lo único que produce es una situación de malestar y desmotivación profesional a la vez que genera una estigmatización y empobrecimiento sanitario de las zonas de difícil cobertura.</p>	<p>Negativa</p>

**Tabla 3.** Políticas identificadas en los primeros años como especialista y a lo largo de la trayectoria profesional.





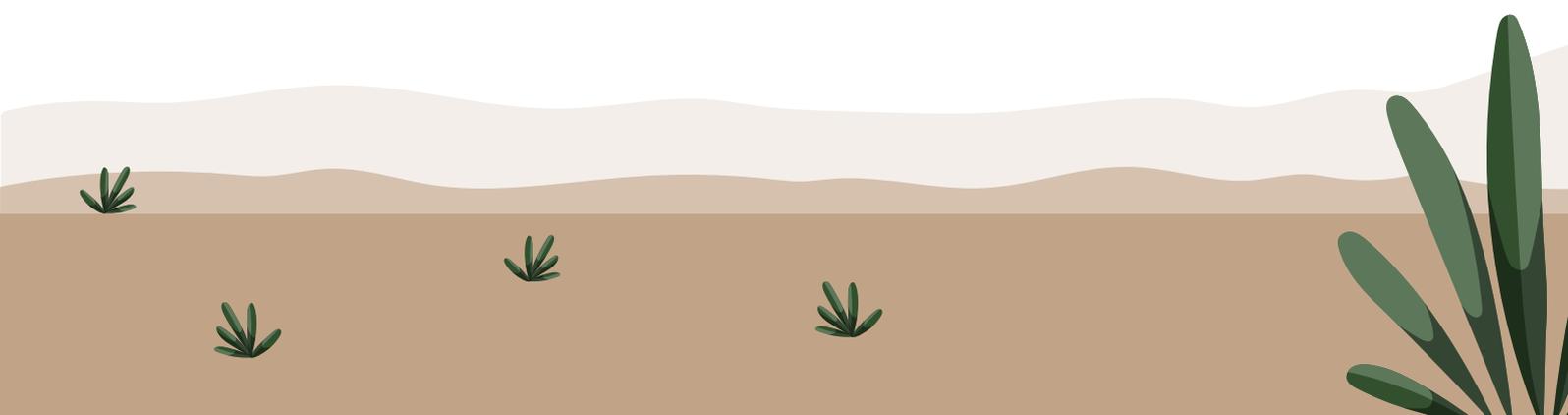
**Figura 6.** Resumen de políticas identificadas según valoración positiva, negativa o neutra.

## 4 - Conclusiones

Tras el análisis detallado de lo anteriormente expuesto se puede concluir que nos encontramos ante un escenario cambiante en la demografía médica no solo en el ámbito nacional sino internacional con importantes repercusiones en la accesibilidad a la asistencia sanitaria.

De ello se puede concluir que:

- I. La desertificación médica constituye un problema de primer orden para la prestación de servicios sanitarios y la cohesión territorial de nuestro Estado. Este problema no hará sino aumentar en la próxima década.
- II. No existe una solución única para el problema. Es fundamental establecer planes a largo plazo donde se aborden diferentes facetas: formativas, condiciones de trabajo, incentivos, favorecer la conciliación y de traslado, así cómo promover los vínculos con el territorio.
- III. Las medidas encaminadas a retener mediante incentivos negativos o forzosos han demostrado ser inefectivas y promotoras de esta problemática en el medio-largo plazo. Asimismo son contrarias a la legislación española y al principio de libre circulación de profesionales consagrado en el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.
- IV. Resulta necesario que la actualización e incorporación en los Planes de Ordenación de Recursos Humanos de la Ley 55/2003 de las medidas de choque citadas en coordinación con los distintos agentes implicados: Ministerio de Sanidad, Consejerías y Departamentos de las CCAA, Administraciones Locales, representantes profesionales y la sociedad civil.



## 5 - Bibliografía

- I. Commission Staff working document Impact Assessment Report Accompanying the document Proposal For a Regulation of the European Parliament and of the Council on the European Health Data Space. Disponible en: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-05/ehealth\\_ehds\\_2022ia\\_1\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-05/ehealth_ehds_2022ia_1_en_0.pdf)
- II. Sindicato Médico. "Cuatro CCAA quieren obligar al MIR a optar por plazas de difícil cobertura." 2018. Disponible en: <https://www.smandaluz.com/noticia-print/1648/cuatro-ccaa-quieren-obligar-al-mir-a-optar-por-plazas-de-difcil-cobertura>
- III. Alvarez, E. "El Sergas recurre a médicos mir de último curso para cubrir vacantes de familia". La Voz de Galicia, 2022. Disponible en: [https://www.lavozdegalicia.es/noticia/pontevedra/pontevedra/2023/01/19/sergas-recurre-medicos-mir-ultimo-curso-cubrir-vacantes-familia/0003\\_202301G19P6991.htm](https://www.lavozdegalicia.es/noticia/pontevedra/pontevedra/2023/01/19/sergas-recurre-medicos-mir-ultimo-curso-cubrir-vacantes-familia/0003_202301G19P6991.htm)
- IV. Mateos, A. "Francia busca médicos por 12.600 euros al mes y sin guardias". Redacción Médica. 2022. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/empleo/francia-busca-medicos-por-12-600-euros-al-mes-y-sin-guardias-1275>
- V. Eleconomista.es. "Suecia busca médicos, psiquiatras y enfermeros en España con sueldos de hasta 7.500 euros brutos al mes". Disponible en: <https://www.eleconomista.es/actualidad/noticias/11348426/08/21/Suecia-busca-medicos-psiquiatras-y-enfermeros-en-Espana-con-sueldos-de-hasta-7500-euros-brutos-al-mes.html>
- VI. Action for Health and Equity Addressing Medical Deserts. EU level Research Brief. August 2022. Disponible en: [https://ahead.health/wp-content/uploads/2022/10/101018371\\_D4.3-EU-level-research-Brief\\_26\\_09\\_22\\_revised.pdf](https://ahead.health/wp-content/uploads/2022/10/101018371_D4.3-EU-level-research-Brief_26_09_22_revised.pdf)
- VII. Flinterman LE, González-González AI, Seils L, et al. Characteristics of medical deserts and approaches to mitigate their health workforce issues: a scoping review of empirical studies in western countries. Int J Health Policy Manag. 2023;x(x):x-x. doi: 10.34172/ijhpm.2023.7454.
- VIII. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016 Nov 5;388(10057):2272-2281. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X. Epub 2016 Sep 28. PMID: 27692469.
- IX. Coma del Corral MJ, Abaigar Luquín P, Cordero Guevara J, Olea Movilla A, Torres Torres G, Lozano Garcia J. Utility of a thematic network in primary



- health care: a controlled interventional study in a rural area. *Hum Resour Health*. 2005 Jul 22;3:4.
- X. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio\\_Oferta\\_Necesidad\\_Especialistas\\_Medicos\\_2021\\_2035V3.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf)
- XI. Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud por el que se determinan los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura en Atención Primaria y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención de dichos puestos. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/puestosDificilCobertura/docs/Acuerdo\\_Puestos\\_Dificil\\_Cobertura\\_AP.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/puestosDificilCobertura/docs/Acuerdo_Puestos_Dificil_Cobertura_AP.pdf)
- XII. Barranco Tirado JF. El médico de familia rural en la promoción de la salud: perspectivas desde Andalucía. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93: 25 de octubre e201910076
- XIII. Papp R, Borbas I, Dobos E, Bredehorst M, Jaruseviciene L, Vehko T, Balogh S. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Fam Pract*. 2014 Jun 28;15:128.
- XIV. Rechel B, Džakula A, Duran A, Fattore G, Edwards N, Grignon M, Haas M, Habicht T, Marchildon GP, Moreno A, Ricciardi W, Vaughan L, Smith TA. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy*. 2016 Jul;120(7):758-69.
- XV. Cano-López I, Pérez MI, Puig-Pérez S. Burnout is related to executive dysfunction in primary healthcare professionals working in rural areas. *Rev Neurol*. 2023 Feb 1;76(3):91-99.
- XVI. Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bull World Health Organ*. 2010 May;88(5):364-70.
- XVII. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010 May;88(5):379-85.

