

LA REUMATOLOGÍA en el Sector Público en España

2026



Sociedad Española de
Reumatología



Introducción

La atención sanitaria de calidad es un derecho que tiene la ciudadanía de nuestro país y que debería ser independiente del lugar donde residan las personas. El acceso al personal y a los recursos necesarios debe estar garantizado. Sin embargo, existen zonas o áreas en España donde no se cumplen estas premisas.

En numerosos lugares, se produce una manifiesta inequidad a la hora de recibir atención por nuestro sistema universal de salud. El vivir en áreas rurales, insulares, con núcleos de población dispersos, con altas tasas de envejecimiento o con poco desarrollo de infraestructuras y comunicaciones, puede provocar auténticos desiertos asistenciales, al no resultar atractivos para los profesionales de la Medicina ¹.

A la disparidad geográfica se unen otros determinantes sociales de salud (etario, de género, en relación con el nivel socioeconómico y educativo, etc.) que dificultan, aún más, recibir una atención igualitaria.²

Este problema es algo que está siendo muy tenido en cuenta por las autoridades sanitarias a nivel autonómico, nacional e internacional, sobre todo en el campo de la Atención Primaria, auténtico pilar de todo nuestro sistema.^{3,4} La búsqueda de incentivos que estimulen la cobertura en todo el territorio requiere de esfuerzo, imaginación, diálogo y cooperación entre los diferentes actores que participan en la sanidad (médicos, pacientes,

otros profesionales sanitarios, sociedades científicas, gestores y administraciones sanitarias).

En el caso de las enfermedades reumáticas, con más de 11 millones de personas diagnosticadas en España, son la segunda causa de consulta en Atención Primaria y la primera de jubilación por enfermedad

En el caso de las enfermedades reumáticas, con más de 11 millones de personas diagnosticadas en España⁵, son la segunda causa de consulta en Atención Primaria y la primera de jubilación por enfermedad. A lo que habría que añadir que el envejecimiento de la población española



en las últimas décadas y los próximos años supone un significativo aumento de su prevalencia⁵, por lo que las cifras de personas afectadas irán en aumento.

En el año 2000, la población en España era de 40 millones de personas, siendo el segmento de 65 o más años, un 16% del total. En el 2025, la población supera los 49 millones y el grupo de edad de mayores de 65 años rebasa el 20%. Para el 2050, se calcula que dicha franja de población llegará o superará el 30%. Esto va a motivar no sólo un aumento del número de personas con enfermedades reumáticas, sino un incremento de los pacientes crónicos, frágiles y dependientes a nivel general, con la necesidad de adaptar los recursos y la propia estructura de nuestro sistema sanitario a la nueva realidad para que siga siendo sostenible.

En el año 2005, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) calculaba que, dado el envejecimiento de la población, para el 2025 serían necesarios un 46% más de recursos humanos y materiales en atención reumatológica que los existentes en aquel entonces. Insistía aquel trabajo en redistribuir mejor los recursos asistenciales para paliar la inequidad, al haber mucha concentración de profesionales en grandes zonas metropolitanas, en comparación con extensas áreas desasistidas.⁶

En el año 2007, la Sociedad Española de Reumatología (SER) publicó un consenso, elaborado entre 2004 y 2005, sobre las necesidades mínimas exigibles de dotación y asistencia de los Servicios de Reumatología en España. Establecía, en aquel entonces, que la cifra de especialistas en Reumatología por habitante debía estar entre 1 por cada 40.000 o 50.000⁷. Desde entonces, la población española ha cambiado, aumentado la edad media de la ciudadanía en 4 años y medio y con un segmento de población de más de 65 años que ha pasado de 7 a 10 millones de personas.

Resulta evidente que, dado el cambio poblacional, con una pirámide etaria tan envejecida y con tantos pacientes con enfermedades reumáticas, la necesidad de especialistas en Reumatología por habitante se ha incrementado de manera notable. En un estudio de investigadores austríacos se establecía que, de acuerdo con la evolución demográfica de nuestro continente, serían necesarios 4.29 especialistas en Reumatología por cada 100.000



El número deseable de especialistas de Reumatología por habitante está ya en la horquilla de 1 por cada 30.000- 40.000, es decir, 1 por cada 35.000 habitantes. Esto supone 2.85 por cada 100.000, cifra que deberá incrementarse en las próximas décadas

habitantes.⁸ Parece razonable, tras los más de 20 años pasados desde la última recomendación de la SER, que el número deseable de especialistas de Reumatología por habitante esté ya en la horquilla de 1 por cada 30.000-40.000, es decir, 1 por cada 35.000 habitantes. Esto supone 2.85 por cada 100.000, cifra que deberá incrementarse en las próximas décadas por todo lo expuesto, y que ni si quiera se alcanza en muchos puntos de nuestro territorio a día de hoy.

En los últimos años, la Sociedad Española de Reumatología ha estudiado la evolución de la fuerza laboral en la Reumatología española, con el fin de pulsar el desarrollo de nuestra especialidad. De esta manera, en el año 2020, se puso de manifiesto que, en España, el número de especialistas de Reumatología por 100.000 habitantes se situaba en 2.17, sumando profesionales de la sanidad pública y privada.⁹ Un dato preocupante que es necesario corregir con premura.

La manera de intentar mejorar la situación pasa, primeramente, por conocer dónde están esos lugares que carecen de la dotación suficiente y exigible para recibir asistencia con estándares de calidad y eficacia.

Por otro lado, necesitamos tener actualizada una foto de nuestra especialidad, es decir, conocer el número de jubilaciones y de residentes que van a completar su formación en los próximos años, para diseñar una estrategia sólida, coherente y con visión en el largo plazo, para asegurar la atención y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.



Desde la SER, se llevó a cabo una encuesta, entre los meses de abril y septiembre de 2025, dirigida a jefes de Servicio, Sección o Unidad, de los diferentes hospitales del SNS, que cuentan con especialistas de Reumatología.

Se localizaron 184 hospitales y se consiguió una tasa de respuesta cercana al 85%. Del restante 15% que no respondió, se realizó una búsqueda en documentos oficiales de las consejerías de salud y de los propios hospitales para completar, al menos, datos relevantes de dichos centros.

Por otro lado, se recabó información contrastada sobre las poblaciones de referencia de cada hospital, para calcular las ratios de especialistas de Reumatología por habitante. A la hora de procesar la información, agrupar los datos y elaborar el informe, se hizo un uso controlado de herramientas de Inteligencia Artificial.

Dentro de las preguntas realizadas, se hizo hincapié en aquellas que se referían al número de especialistas de Reumatología de los centros, distribución por género, edad, profesionales cercanos a la jubilación, residentes en formación, situación contractual, presencia de problemas para cubrir plazas vacantes y sus causas en los últimos 3 años, existencia actual de plantillas orgánicas incompletas, etc.

Se estimó en 994 especialistas en Reumatología que trabajaban en el sistema sanitario público, realizando asistencia reumatológica. No se incluyeron aquellos que ejercían su actividad en otros Servicios, Secciones o Unidades hospitalarias (Servicio de Urgencias, Unidad del Dolor, etc.)



Se comprueba que la gran mayoría de las comunidades autónomas no alcanzaban la ratio recomendada de 2.85 especialistas de Reumatología por 100.000 habitantes, siendo necesarios 400 especialistas de Reumatología más para llegar a ese objetivo. **En algunas comunidades autónomas el déficit de profesionales es alarmante, como es el caso de Aragón (1.48), Andalucía (1.49), Baleares (1.61), Comunidad Valenciana (1.65), Asturias (1.87), Navarra (1.9) y Castilla y León (1.92).**

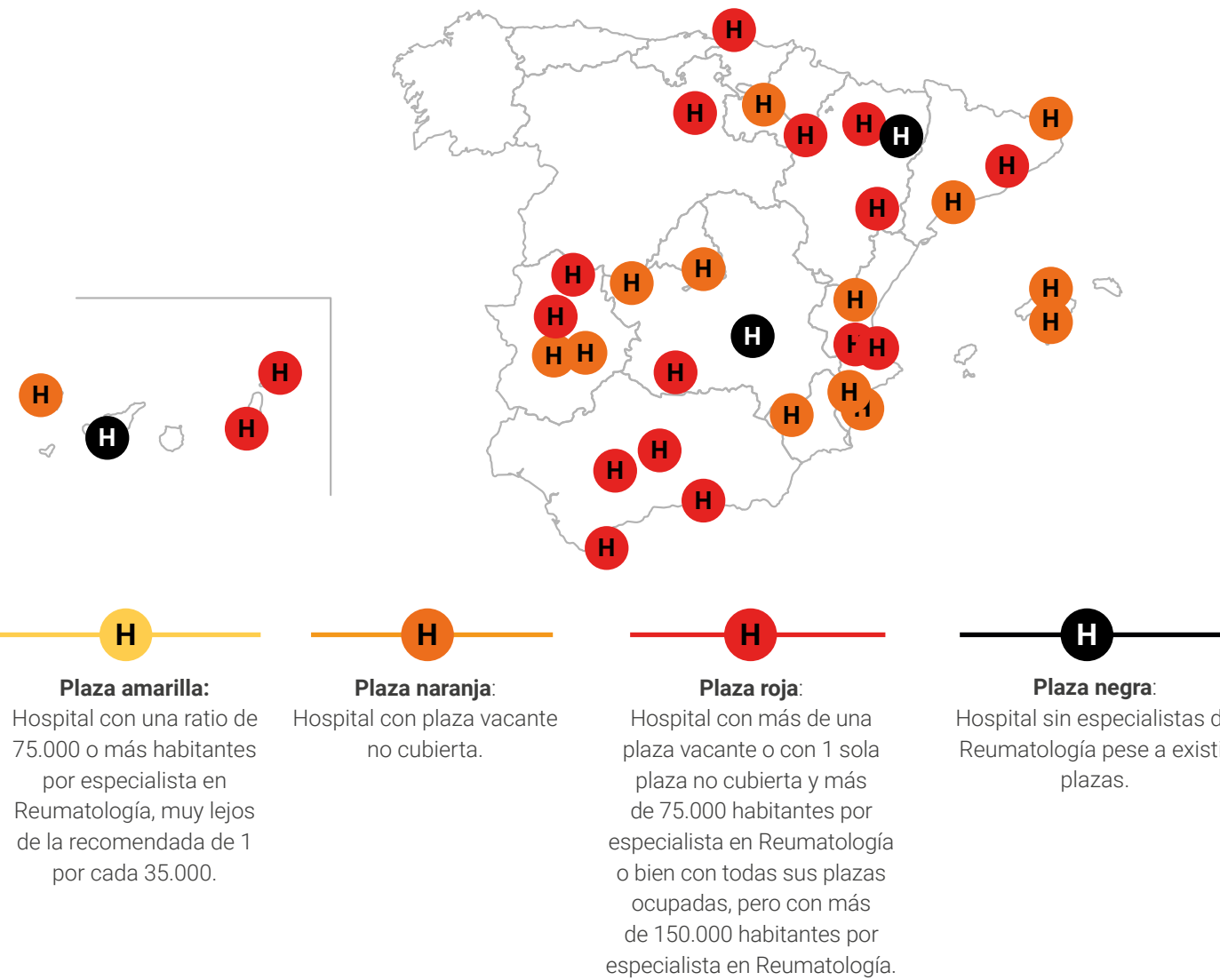
El 75% de los hospitales que respondieron aseguraban tener o haber tenido problemas para cubrir sus plazas vacantes en la actualidad o en los últimos 3 años, siendo la principal causa la falta de profesionales disponibles.

Además, se comprobó una gran heterogeneidad en la distribución de los profesionales de la Reumatología, con grandes disparidades incluso dentro de las propias autonomías.

Por todo ello, se establecieron una serie de colores de precariedad laboral/asistencial en función de las características locales de cada hospital. Con estas premisas, obviando las plazas amarillas para facilitar la interpretación, se realizó un mapa gráfico que mostraba los hospitales más deficitarios o sobrecargados asistencialmente de nuestro país, indicando, por tanto, dónde debería actuarse de forma prioritaria, para mejorar la igualdad de la asistencia recibida por la población y las condiciones laborales de los reumatólogos y reumatólogas que allí trabajan.



Figura 1, Mapa de plazas de Reumatología de difícil cobertura en el SNS



Plazas negras: hospitales de Barbastro (Aragón), Villarrobledo (Castilla-La Mancha) y San Sebastián de la Gomera (Canarias). En total, 193.000 personas afectadas.

Plazas rojas: hospitales de Alcañiz (Aragón), Huesca (Aragón), Puertollano (Castilla-La Mancha), Granollers (Cataluña), Cruces (País vasco), Urduliz (País Vasco), Tudela (Navarra), Burgos (Castilla y León), Plasencia (Extremadura), Cáceres (Extremadura), Motril (Andalucía), Infanta Margarita (Andalucía), Puerta de Europa (Andalucía), Osuna (Andalucía), Tegui (Canarias), Puerto del Rosario (Canarias), Xátiva (Comunidad Valenciana) y Gandía (Comunidad Valenciana). En total, 3.207.000 personas atendidas en estas áreas de salud.

Plazas naranjas: hospitales de Inca (Baleares), Manacor (Baleares), Figueres (Cataluña), Tarragona (Cataluña), Elche (Comunidad Valenciana), Lidia (Comunidad Valenciana), Elda (Comunidad Valenciana), Caravaca de la Cruz (Región de Murcia), Talavera de la Reina (Castilla-La Mancha), Don Benito (Extremadura), Mérida (Extremadura), Logroño (La Rioja), Valdemoro (Madrid) y La Palma (Canarias). En total, 2.092.000 personas atendidas en estas áreas de salud.



Una vez establecido el mapa de situación de las plazas de Reumatología de difícil cobertura, se analizan las opciones de cómo poder incentivar su ocupación por parte del personal sanitario. En este punto, las sociedades científicas debemos colaborar con los gestores y las administraciones buscando soluciones innovadoras y realistas que puedan motivar, en nuestro caso a las reumatólogas y reumatólogos, habitualmente más jóvenes, para que les resulten atractivas estas plazas a nivel personal y profesional.

Para nuestra sociedad científica resulta fundamental conocer las motivaciones que tendrían los jóvenes especialistas de Reumatología para ocupar dichas plazas. Por ese motivo, se lanzó de nuevo una encuesta dirigida a nuestros socios/as más jóvenes, donde detallasen qué incentivos les resultarían atractivos a la hora de trabajar en esos hospitales con plazas no cubiertas o tensionados. En la actualidad, se están analizando las respuestas para poder ofrecer soluciones que favorezcan la equidad en el acceso al especialista de Reumatología en toda España.

Por otro lado, aunque no haya sido el objetivo de este estudio, no podemos olvidar que, según datos de Yoldi y colaboradores¹⁰, publicados en 2016, el 13% de los especialistas de Reumatología se dedican en exclusiva a la asistencia privada. Esto se traduciría en que, junto a los 994 profesionales de la Reumatología de la sanidad pública, existirían otros 148 en la privada, sumando 1.142 reumatólogos y reumatólogas en España.



Informe descriptivo de la situación de la Reumatología pública en España

Encuesta SER a hospitales públicos (2025)

01

Introducción y objetivo

La Sociedad Española de Reumatología ha realizado una encuesta estructurada a **184 hospitales públicos** de todo el territorio nacional con el fin de:

- Cuantificar el número de especialistas en Reumatología en la red hospitalaria pública.
- Analizar su distribución por tipo de contrato, sexo y grupos de edad.
- Estimar las jubilaciones previstas a corto plazo.
- Describir la capacidad docente (plazas MIR acreditadas y residentes en formación).
- Evaluar la accesibilidad según la **ratio población/especialista de Reumatología**, tanto a nivel hospitalario como por comunidad autónoma.
- Identificar áreas de **difícil cobertura**, utilizando un sistema de semáforo (amarillo, naranja, rojo y negro).
- Para contextualizar las ratios por comunidad autónoma se han utilizado los datos poblacionales más recientes disponibles en 2025 (aprox. **49,1–49,4 millones de habitantes** en España, según el INE y fuentes derivadas).



02

Metodología resumida



Ámbito: hospitales públicos de todas las comunidades autónomas y ciudades autónomas.



Nº de centros con datos válidos: 184.



En los casos sin respuesta directa, se completó la información con fuentes alternativas siempre que fue posible.



Variables principales:

- Número total de especialistas en Reumatología ETP (en equivalentes a tiempo completo).
- Tipo de plaza (fijo, interino, eventual).
- Sexo y grupos de edad.
- Jubilaciones previstas en los próximos 5 años.
- Existencia de plazas MIR, número de plazas acreditadas y plazas ofertadas/año.
- Nº de residentes en formación.
- Dificultades para cubrir plazas en los últimos 3 años y motivos.
- Población de referencia del hospital (en miles) y **ratio habitantes/especialistas de Reumatología**.



Clasificación de **semáforo de cobertura**:

- **Amarillo:** >75.000 habitantes por especialista de Reumatología.
- **Naranja:** 1 plaza vacante.
- **Rojo:** 2 plazas vacantes o 1 plaza vacante con >75.000 habitantes por especialista de Reumatología o todas las plazas cubiertas, pero >150.000 habitantes por especialista de Reumatología.
- **Negro:** hospitales sin especialista de Reumatología.

03

Resultados globales

3.1. Número total de especialistas de Reumatología y cobertura nacional



Total de especialistas de Reumatología



≈ **993,5 ETP**

Equivalente práctico a ≈ 994 especialistas

Número de hospitales con Reumatología



184

Tomando como referencia una población en torno a **49,4 millones de habitantes** (INE, 1 de octubre de 2025), la **ratio nacional** estimada es aproximadamente:



1,1 especialista
en Reumatología por
~49.800 habitantes



2 especialistas
en Reumatología por
100.000 habitantes

Esta cifra se sitúa claramente por debajo de un objetivo teórico de **1 especialista en Reumatología por 35.000 habitantes**, lo que evidencia un déficit relativo de especialistas a nivel estatal.



04 Distribución por comunidad autónoma

A partir de la suma de especialistas en Reumatología por comunidad autónoma y las cifras oficiales más recientes de población autonómica publicadas en 2025, se obtiene la distribución mostrada en el siguiente gráfico:

Figura 2. Distribución de especialistas de Reumatología por CCAA y objetivo

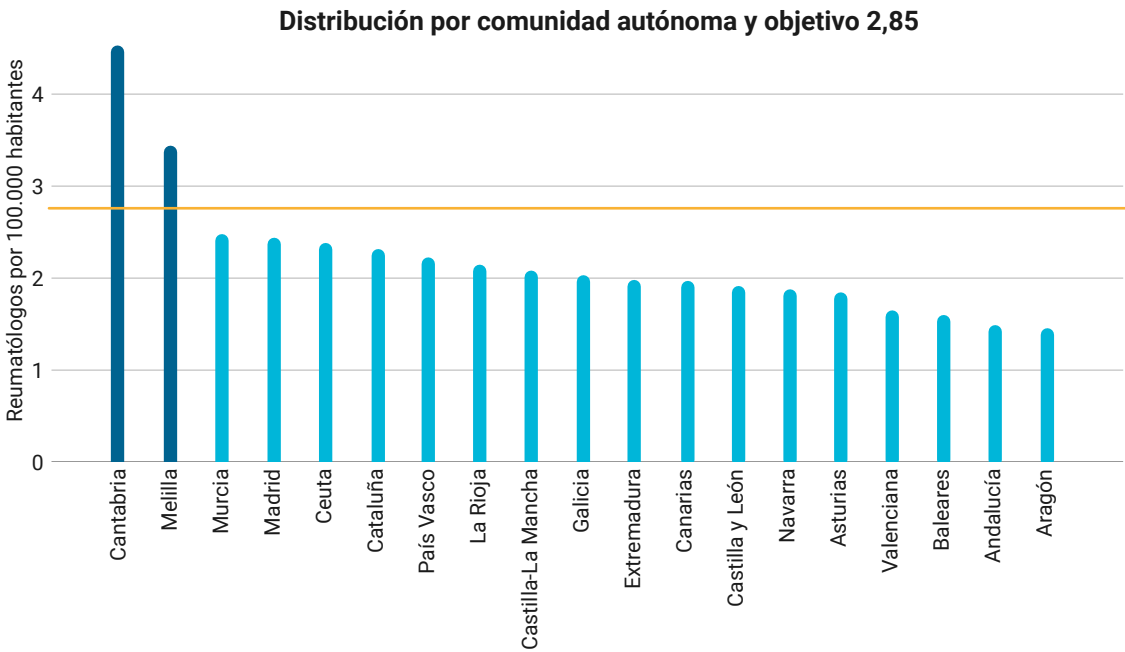


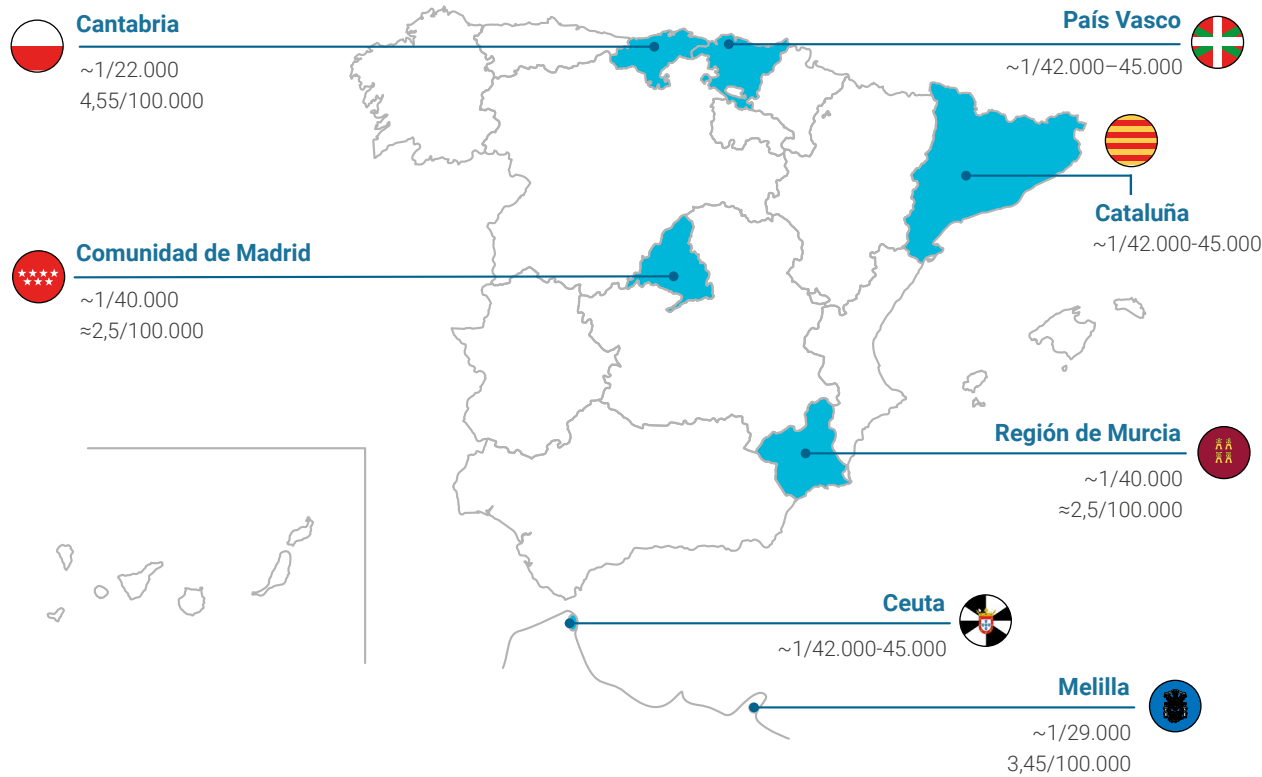
Tabla 1, Mapa de plazas de Reumatología de difícil cobertura en la sanidad pública

Comunidad Autónoma	Nº Hosp. Reumatología	Reumatólogas/os (ETP)	Hab./Reuma	Reumas/100k
Cantabria	3	27	21977	4.55
Melilla	1	3	29000	3.45
Región de Murcia	7	39.5	40122	2.49
Comunidad de Madrid	27	175.5	40602	2.46
Ciudad Autónoma de Ceuta	1	2	41756	2.39
Cataluña	28	188.5	43075	2.32
País Vasco	9	50	44802	2.23
La Rioja	2	7	46731	2.14
Castilla-La Mancha	10	44	48188	2.08
Galicia	9	55	49371	2.03
Extremadura	5	21	50143	1.99
Canarias	6	44.5	50746	1.97
Castilla y León	11	46	52128	1.92
Comunidad Foral de Navarra	3	13	52579	1.9
Principado de Asturias	3	19	53374	1.87
Comunidad Valenciana	24	89.5	60495	1.65
Islas Baleares	6	20	62220	1.61
Andalucía	19	129	67156	1.49
Aragón	7	20	67632	1.48

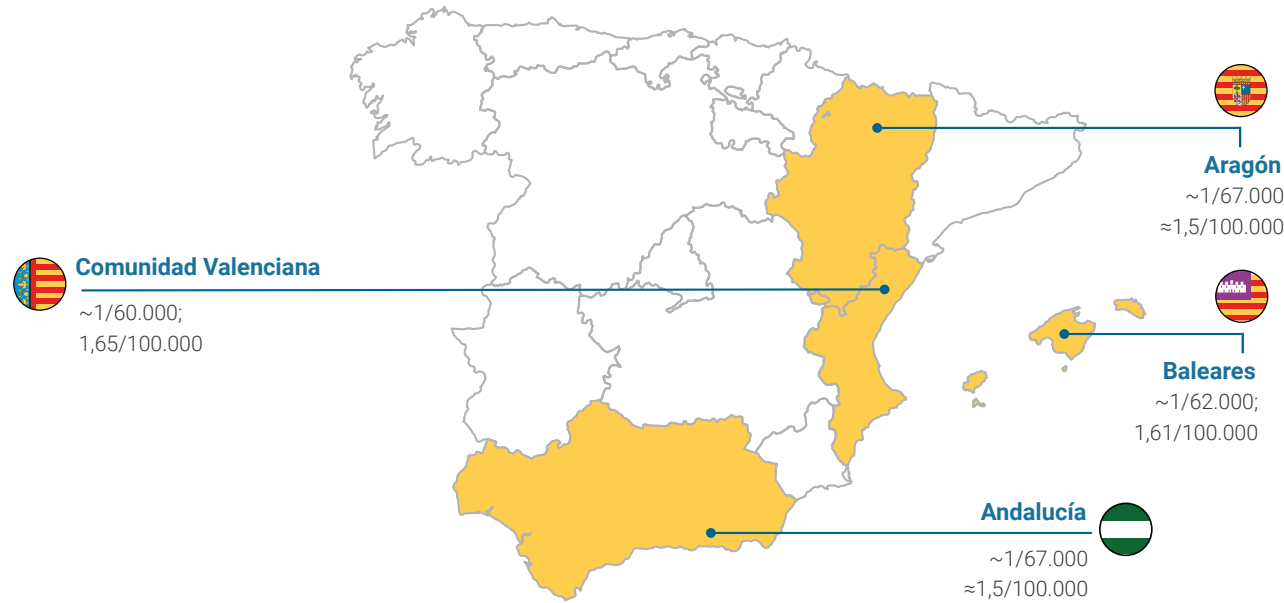


Lectura de la tabla:

Las comunidades con **mejor ratio** (más especialistas en Reumatología por habitante) son: **Cantabria** (~1/22.000; 4,55 especialistas en Reumatología/100.000 habitantes). **Melilla** (~1/29.000; 3,45/100.000). **Región de Murcia** y **Comunidad de Madrid** (~1/40.000; ≈2,5/100.000). **Ceuta, Cataluña y País Vasco** (~1/42.000–45.000).



Las comunidades con **peor ratio** (menos especialistas de Reumatología por habitante) son: **Andalucía y Aragón**, con ~1 reumatólogo por 67.000 habitantes (≈1,5 reumatólogos/100.000). **Comunidad Valenciana** (~1/60.000; 1,65/100.000). **Islas Baleares** (~1/62.000; 1,61/100.000).



Sólo territorios muy pequeños (Cantabria, Melilla) se aproximan a ratios comparables o mejores al objetivo de 35.000 habitantes por especialista en Reumatología. En el conjunto de España, el patrón dominante se sitúa claramente por encima de ese umbral.



05

Características de los especialistas

5.1. Distribución por sexo

Sumando las cifras proporcionadas por los Servicios:



5.2. Distribución por grupos de edad

Suma de especialistas de Reumatología por grupos de edad (datos declarados):

Se observa:

Un **núcleo principal** de especialistas entre **35 y 50 años** (alrededor del 40–42 % del total)

Un contingente relevante en el tramo **51–60 años** (≈20 %)

Un bloque no despreciable de profesionales en edades cercanas a la jubilación (61–65 años y >65), que suman ≈17 % de la muestra.

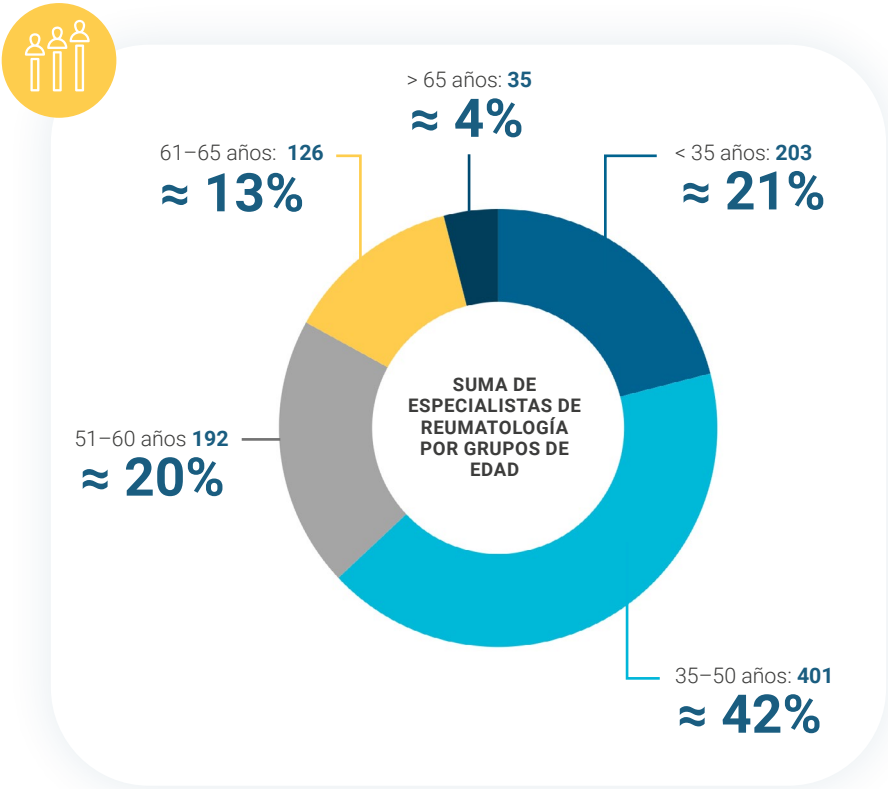
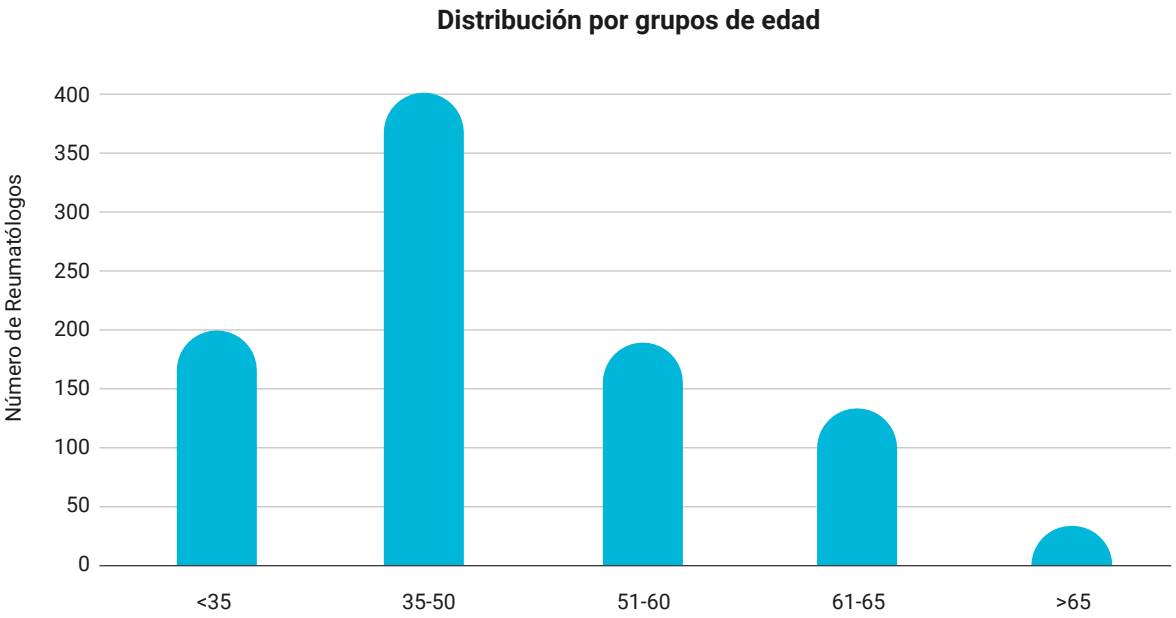




Figura 3. Distribución por grupos de edad



5.3. Jubilaciones previstas (próximos 5 años)

Número estimado de especialistas de Reumatología que se jubilarán en los próximos 5 años: **162**.

Esto supone, de forma orientativa, en torno a **un 16%** de la dotación actual, lo que representa un **riesgo real de pérdida de capital humano** si no se incrementa de forma paralela la oferta formativa y las plantillas estructurales.



Jubilaciones en los próximos 5 años



162 ≈ 16%



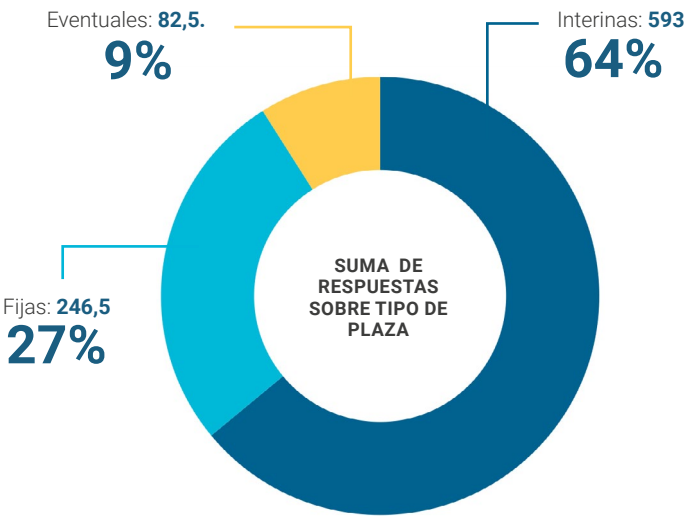
5.4. Tipo de plaza

Sumando las respuestas sobre tipo de plaza (donde se dispone de dato):

- **Plazas interinas:** 593.
- **Plazas fijas:** 246,5.
- **Plazas eventuales:** 82,5.
(El uso de decimales refleja situaciones de dedicación parcial o compartida)

Sobre el total de plazas con tipo de contrato informado (~922):

- **Interinos:** ~64 %.
- **Fijos:** ~27 %.
- **Eventuales:** ~9 %



Aunque hay algo de infrarregistro, el perfil es claro: **alta proporción de empleo no fijo** (interinidad y eventualidad), lo que introduce un factor estructural de precariedad en la especialidad.

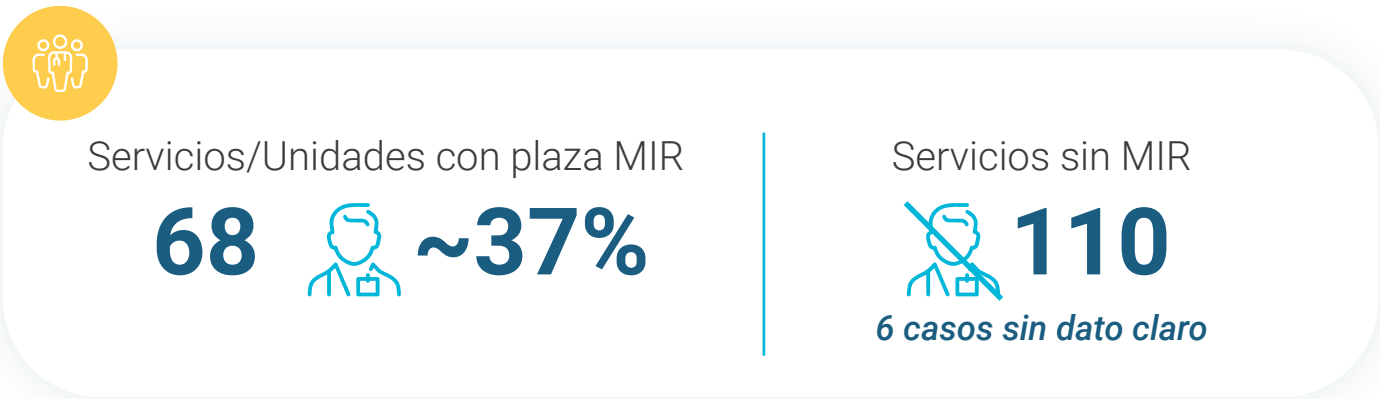




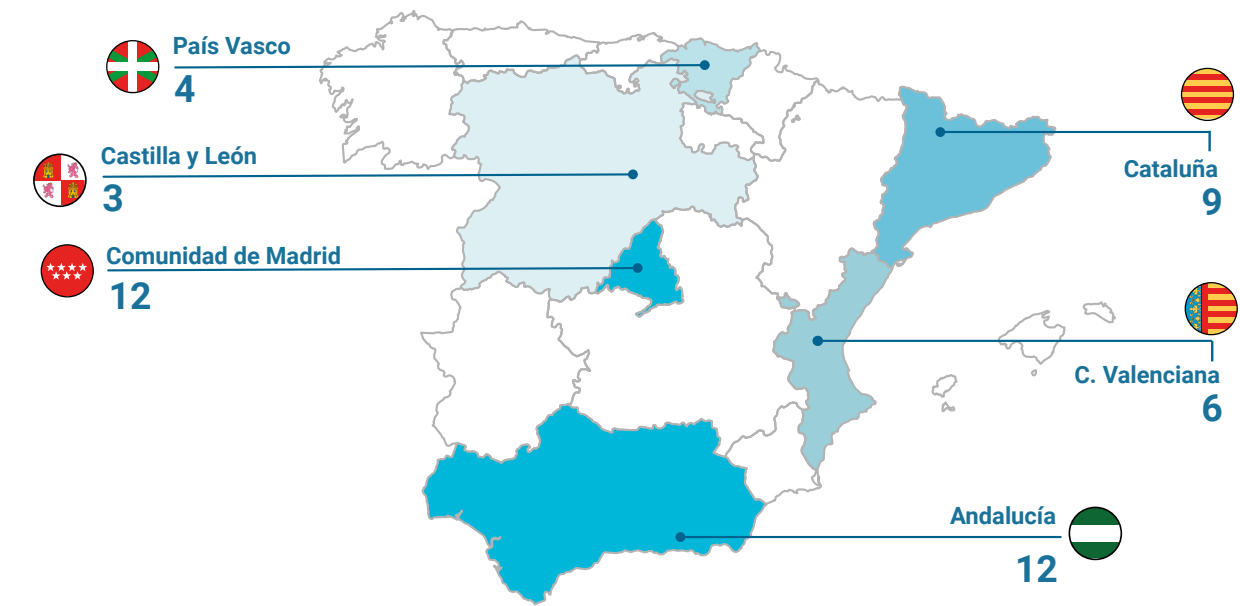
06

Docencia MIR en Reumatología

6.1. Servicios con acreditación MIR



Distribución aproximada de Servicios con MIR por comunidad autónoma (número de hospitales con docencia):



Resto de comunidades: 1-3 centros con docencia MIR.



6.2. Plazas acreditadas, plazas ofertadas y residentes

En los centros con MIR que aportan dato numérico:



Estos datos sugieren:

Un **esfuerzo formativo importante**, pero que probablemente no compensa plenamente:

1. la **ratio actual insuficiente** de especialistas de Reumatología por habitante.
2. las **162 jubilaciones previstas** a 5 años vista.





07

Accesibilidad: ratio población/especialista de Reumatología a nivel hospitalario

La variable “población de referencia” (en miles) y la “ratio habitantes/especialista de Reumatología” permiten analizar la accesibilidad desde el punto de vista de cada hospital.

En el conjunto de hospitales:

Mediana de la ratio: ~45.500 habitantes por especialista de Reumatología	Rango intercuartílico: ~45.500 habitantes por especialista de Reumatología P25: 37.000 hab. por especialista de Reumatología. P75: 63.000 hab por especialista de Reumatología.	Mínimo observado: 13.000 habitantes por especialista de Reumatología. Máximo observado: 188.000 hab. por especialista de Reumatología.
--	---	---

Distribución por tramos de ratio (solo hospitales con dato disponible):

Hospitales	Hab./especialista en Reumatología
 34	 < 35.000
 64	 35.000–49.999
 51	 50.000–74.999
 24	 75.000–149.999
 5	 ≥ 150.000



Además, **3 hospitales sin especialista en Reumatología** (clasificados en negro). Es decir:



55%

Se sitúan por debajo de

50.000 hab.

Aproximadamente **el 55% de los hospitales** se sitúan por debajo de 50.000 hab/especialista en Reumatología.

Una proporción relevante (≈16–17%) se sitúa en zonas **claramente tensionadas** (>75.000 hab./especialista en Reumatología).

Existe un núcleo pequeño pero crítico de centros con **ratios extremas** (≥150.000) o incluso sin especialistas en Reumatología.



08

Dificultad para cubrir plazas y semáforo de cobertura

8.1. Dificultades en los últimos 3 años

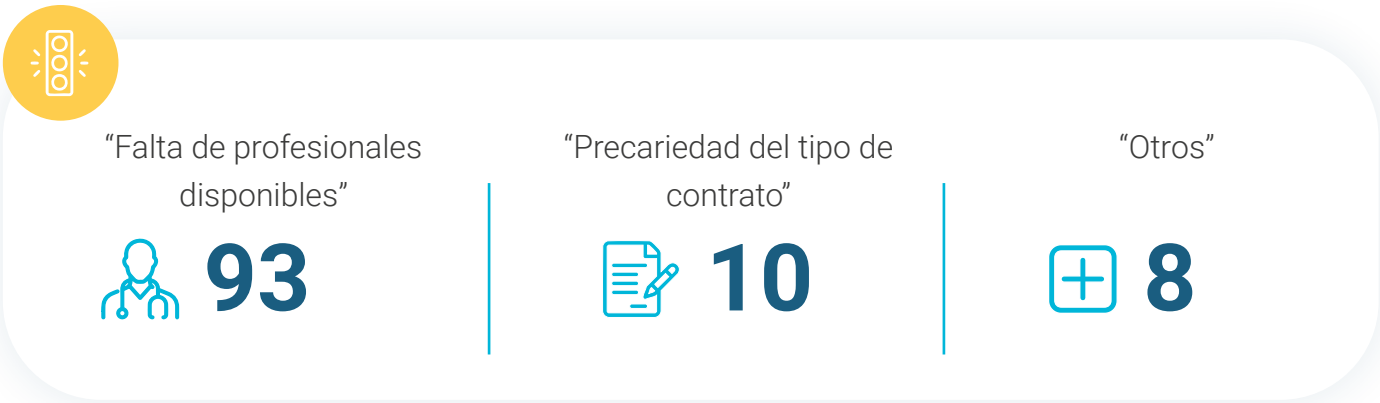
Ante la pregunta sobre si el Servicio ha tenido dificultad para cubrir plazas (por vacantes, bajas, ampliación de plantilla, etc.) en los últimos 3 años:

Si se consideran solo los centros que responden “Sí/No” (147):

Aproximadamente **el 75 %** de los Servicios que responden reconocen **haber tenido dificultades para cubrir plazas** en los últimos 3 años.



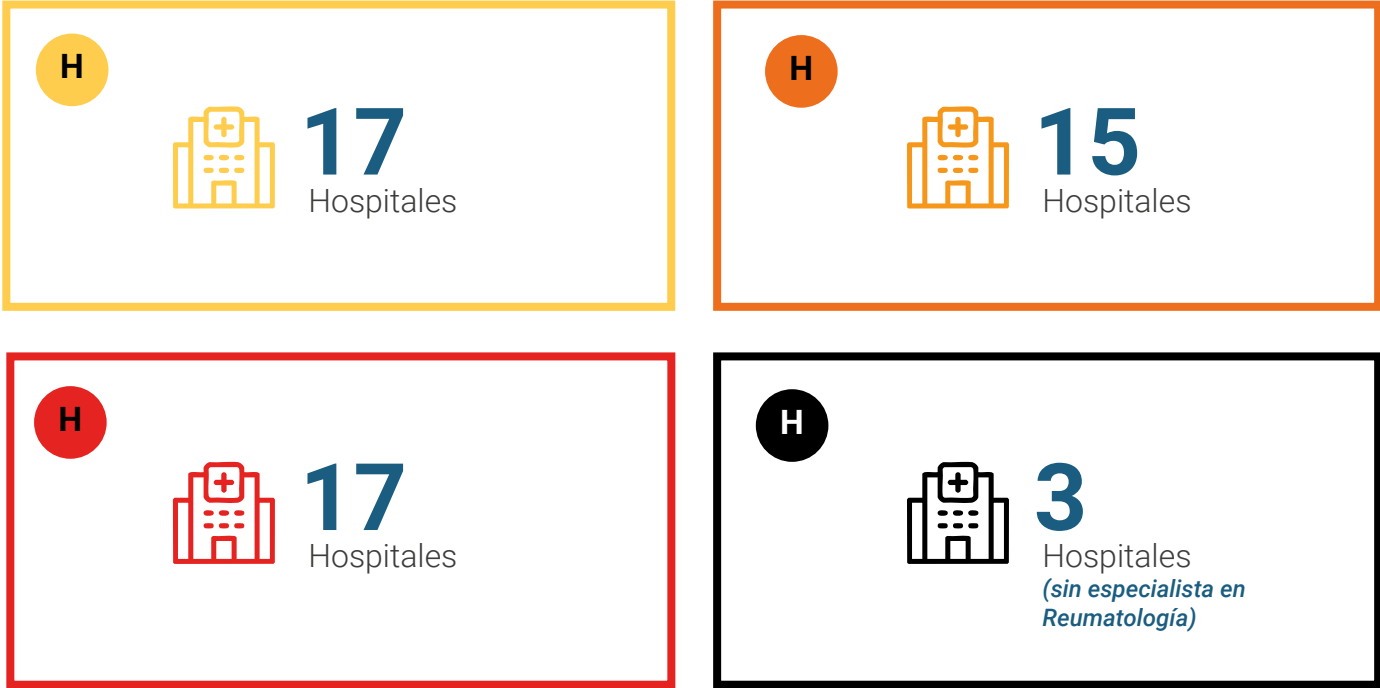
Respecto a los motivos:



El problema se percibe claramente como un **déficit de especialistas formados**, agravado en algunos casos por la precariedad contractual.

8.2. Clasificación “semáforo” de difícil cobertura

A partir del campo de semáforo (“difícil cobertura...”), tras corregir errores tipográficos, se obtiene:



Sin color (situación estándar): 132 hospitales.

En total, **52 hospitales** (≈28% del total) presentan **algún grado de alerta** (amarillo, naranja, rojo o negro).

Las situaciones más extremas (**negro**, sin reumatólogos/as) corresponden a:

- **Hospital de Barbastro (Aragón)** – población de referencia ≈110.000.
- **Hospital Nuestra Señora de Guadalupe (La Gomera, Canarias)** – población de referencia ≈21.000.
- **Hospital General de Villarrobledo (Castilla-La Mancha)** – población de referencia ≈62.000.

Estos centros suponen **auténticos vacíos asistenciales** en Reumatología pública.

Cataluña		8 Hospitales
Andalucía		6 Hospitales
Comunidad Valenciana		6 Hospitales
Aragón		5 Hospitales
Canarias		4 Hospitales
Extremadura		4 Hospitales
Islas Baleares		3 Hospitales
Castilla-La Mancha		3 Hospitales
Castilla y León		3 Hospitales
Comunidad de Madrid		3 Hospitales



A partir de la información recogida pueden destacarse los siguientes puntos clave:

1. Déficit estructural de reumatólogos/as

- Con **~2 reumatólogos/as por 100.000 habitantes** y **1 especialista por ~50.000 habitantes**, España se sitúa por debajo de un estándar razonable de accesibilidad (1/35.000).
- Ninguna comunidad autónoma, salvo territorios muy pequeños, alcanza sistemáticamente ese umbral.

2. Distribución desigual por territorio

- Comunidades como **Cantabria, Melilla, Madrid, Murcia, Cataluña o País Vasco** presentan ratios relativamente más favorables.
- **Andalucía, Aragón, Comunidad Valenciana e Islas Baleares** se sitúan en la parte baja, con **más de 60.000–67.000 habitantes por especialistas de Reumatología**.

3. Elevada proporción de empleo no fijo

- En torno a **dos tercios de las plazas declaradas son interinas**, y casi un 10% eventuales.
- Esta precariedad condiciona la estabilidad de los equipos y la capacidad de atraer profesionales a las áreas más tensionadas.

4. Riesgo de relevo generacional

- Un **17% de los especialistas de Reumatología** se sitúa ya en los tramos de 61 años o más.
- Se estiman **162 jubilaciones en los próximos 5 años**, lo que, con las ratios actuales, podría agravar el déficit si no crece de forma suficiente la capacidad formativa y la consolidación de plazas.

5. Capacidad formativa importante pero probablemente insuficiente

- **68 Servicios** con MIR, **142 plazas acreditadas**, **~88 plazas ofertadas al año** y unos **330 residentes en formación**.
- Dado el déficit actual y las jubilaciones previstas, será necesario **mantener o incrementar la oferta MIR**, especialmente en las comunidades con peores ratios y mayor dificultad de cobertura.

6. Dificultad generalizada para cubrir plazas

- **Tres de cada cuatro Servicios** que contestan informan dificultades para cubrir plazas en los últimos 3 años.
- El principal motivo señalado es la **falta de profesionales disponibles**, seguido de la precariedad del tipo de contrato.
- El semáforo identifica **52 hospitales en situación de alerta**, incluidos **3 sin ningún especialista en Reumatología**.



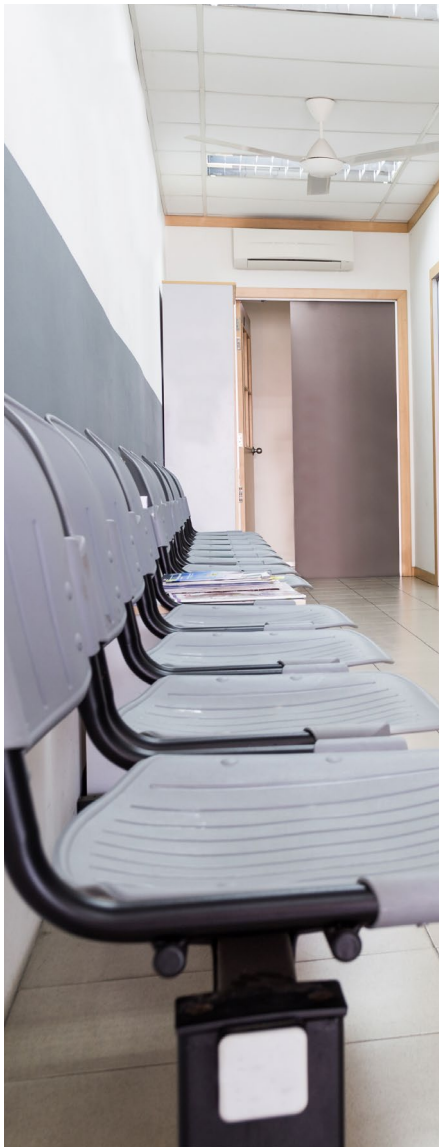
La encuesta ofrece una radiografía detallada de la Reumatología hospitalaria pública en España en 2025:

- Una especialidad feminizada y con un núcleo amplio de profesionales en edad intermedia.
- Un déficit cuantitativo y cualitativo de especialistas, con marcada desigualdad territorial.
- Una sobrecarga potencial por población en numerosas áreas, que se refleja en la altísima frecuencia de dificultades para cubrir plazas.
- Un riesgo evidente a 5 años ligado a las jubilaciones previstas y a la elevada tasa de interinidad.

Estos hallazgos ponen de relieve que conocer las motivaciones de los jóvenes especialistas y la situación real de las plazas no cubiertas es solo el primer paso. Para avanzar, es necesario traducir esta información en propuestas concretas que permitan iniciar un proceso realista y sostenido de mejora, orientado tanto a incrementar el número de especialistas como a consolidar y distribuir de manera equitativa las plazas existentes.

En este sentido, el objetivo para el periodo 2026–2030 debería ser claro y alcanzable: **pasar de la actual ratio cercana a 1 reumatólogo/a por cada 49.800 habitantes a una de 1 por cada 35.000**, avanzando de forma progresiva hacia los estándares recomendados según la evolución demográfica y la carga asistencial.

Para ello, sugerimos:





Favorecer la entrada de nuevos especialistas en Reumatología

Una de las prioridades debe ser renovar la capacidad formativa de la especialidad. Para ello, es necesario actualizar los criterios de acreditación de las unidades docentes, actualmente desfasados respecto a la realidad clínica y organizativa de la Reumatología, para que más hospitales, especialmente en las comunidades autónomas más deficitarias, puedan ofrecer una formación de calidad.

Asimismo, resulta fundamental que las administraciones financien la creación de nuevas plazas orgánicas que favorezcan el crecimiento estructural de Servicios, Secciones y Unidades de Reumatología, así como la fundación de nuevos departamentos, en las áreas de difícil cobertura (Aragón, Andalucía, Comunidad Valenciana, Baleares, etc.).

En el año 2026 iniciarán su formación 98 residentes de Reumatología, pero de poco sirve formar cerca de un centenar de nuevos especialistas al año si, al terminar, una vez superada la etapa de jubilaciones de los *baby boomers*, no tienen plazas para ocupar, obligándoles a emigrar al extranjero o de abandonar el sistema público de salud en busca de mejores oportunidades.

Para ello se propone desarrollar programas de retorno y atracción de especialistas recién titulados, mediante contratos de incorporación con compromisos de permanencia temporal razonables y complementos retributivos adicionales para quienes opten por ocupar plazas catalogadas como naranjas, rojas o negras.

1



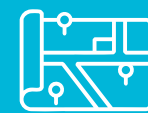
Estabilización de las plantillas

Además de aumentar el número de profesionales, resulta imprescindible estabilizar las plantillas actuales. Para ello, se recomienda un plan conjunto entre la SER y las administraciones sanitarias que permita analizar cuántas interinidades pueden transformarse en plazas estructurales, mediante convocatorias periódicas, coordinadas, hasta cubrir las necesidades de la población.

A esta medida deben sumarse contratos estables y atractivos, que incluyan oportunidades de desarrollo profesional, acceso a formación continuada financiada, rotaciones externas y promoción por méritos.

En las zonas de mayor tensión asistencial es necesario introducir incentivos específicos: complementos geográficos, ayudas a la vivienda o la guardería, horarios más flexibles, teletrabajo parcial para tareas no asistenciales o de baja complejidad, incentivos docentes e investigadores en hospitales comarcales y compensación por sobrecarga asistencial. Igualmente, es fundamental promover itinerarios profesionales que no penalicen la elección de plazas rurales o periféricas, sino que la reconozcan.

2



Garantizar un modelo territorial equitativo y modelos asistenciales adecuados

Para corregir la inequidad territorial es necesario establecer una ratio mínima de reumatólogos/as por hospital/área sanitaria. Para ello, proponemos definir un estándar regulatorio de, al menos, un especialista en Reumatología por cada hospital que dé cobertura a 80.000 habitantes, ajustando la dotación según la carga de cronicidad, envejecimiento y la dispersión geográfica. El objetivo a medio plazo, sería alcanzar la ratio recomendada de 1 especialista en Reumatología por cada 35.000 habitantes, de forma homogénea, para todo el país.

De forma complementaria, proponemos impulsar un plan de choque para las áreas con mayor déficit ("zonas negras"). En un horizonte de 12 meses se implementaría un plan específico para los hospitales más deficitarios (por ejemplo, Barbastro, La Gomera y Villarrobledo), basado en: i) contratación urgente de reumatólogos/as con condiciones reforzadas; y ii) despliegue de un equipo itinerante o interhospitalario de Reumatología, con ventajas profesionales, personales y retributivas de calidad, que garanticen la atención mientras se cubren las plantillas estables.

La reorganización debe apoyarse en modelos flexibles, como consultas monográficas compartidas, teleconsulta estructurada entre centros de referencia y hospitales comarcales, y sistemas de apoyo especializado a distancia, para optimizar recursos y mejorar la continuidad asistencial.

3



Crear mecanismos de coordinación entre la especialidad y la administración sanitaria

Dada la magnitud del reto, es necesario crear un sistema permanente de coordinación entre la especialidad y las administraciones sanitarias. Esta estructura debería encargarse de mantener actualizados los datos de profesionales, jubilaciones previstas, plazas vacantes y necesidades territoriales, garantizando así una planificación dinámica y basada en la información existente.

El mapa de plazas tensionadas elaborado en este informe es un primer paso esencial para identificar las áreas donde la inequidad en el acceso al especialista es más pronunciada y donde el sistema requiere una actuación prioritaria. Sin embargo, identificar el problema no es suficiente, si no logramos abordarlo.

La Reumatología española dispone del conocimiento, la experiencia y la estructura científica para liderar una transformación real, pero requiere del compromiso decidido de las administraciones sanitarias. Con una estrategia bien definida, incentivos adaptados y un modelo organizativo equitativo es posible garantizar que el acceso al especialista no dependa del lugar de residencia.

4





Bibliografía

1. Brînzac MG, Kuhlmann E, Dussault G, Ungureanu MI, Cherecheș RM, Baba CO. Defining medical deserts-an international consensus-building exercise. Eur J Public Health. 2023 Oct 10;33(5):785-788. doi: 10.1093/eurpub/ckad107. PMID: 37421651; PMCID: PMC10567127.
2. Dey M, Nikiphorou E. Health equity and causes of disparities in rheumatological management. Joint Bone Spine. 2025 Apr 5;92(5):105902. doi: 10.1016/j.jbspin.2025.105902. Epub ahead of print. PMID: 40194757.
3. 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 en dichos puestos Ministerio de Sanidad. (2023). <https://www.sanidad.gob.es/áreas/profesionalesSanitarias/profesionales/puestosDificilCobertura/home.htm>
4. Naghavi M; GBD 2021 Italy Subnational Burden of Disease Collaborators. State of health and inequalities among Italian regions from 2000 to 2021: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Public Health. 2025 Apr;10(4):e309-e320. doi: 10.1016/S2468-2667(25)00045-3. PMID: 40175012; PMCID: PMC11962357.
5. Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Silva-Fernández L, Sivera F, Blanco FJ, Pérez Ruiz F, Juan-Mas A, Pego-Reigosa JM, Narváez J, Quilis Martí N, Cortés Verdú R, Antón-Pagés F, Quevedo Vila V, Garrido Courel L, Del Amo NDV, Paniagua Zudaire I, Añez Sturchio G, Medina Varo F, Ruiz Tudela MDM, Romero Pérez A, Ballina J, Brandy García A, Fábregas Canales D, Font Gayá T, Bordoy Ferrer C, González Álvarez B, Casas Hernández L, Álvarez Reyes F, Delgado Sánchez M, Martínez Dubois C, Sánchez-Fernández SÁ, Rojas Vargas LM, García Morales PV, Olivé A, Rubio Muñoz P, Larrosa M, Navarro Ricos N, Graell Martín E, Chamizo E, Chaves Chaparro L, Rojas Herrera S, Pons Dolset J, Polo Ostariz MÁ, Ruiz-Alejos Garrido S, Macía Villa C, Cruz Valenciano A, González Gómez ML, Morcillo Valle M, Palma Sánchez D, Moreno Martínez MJ, Mayor González M, Atxotegi Sáenz de Buruaga J, Urionaguëna Onaindia I, Blanco Cáceres BA, Díaz-González F, Bustabad S. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. Reumatol Clin (Engl Ed). 2019 Mar-Apr;15(2):90-96. English, Spanish. doi: 10.1016/j.reuma.2017.06.009. Epub 2017 Jul 31. PMID: 28774657
6. Deal CL, Hooker R, Harrington T, Birnbaum N, Hogan P, Bouchery E, Klein-Gitelman M, Barr W. The United States rheumatology workforce: supply and demand, 2005-2025. Arthritis Rheum. 2007 Mar;56(3):722-9. doi: 10.1002/art.22437. PMID: 17328042
7. Alonso A, Vidal J, Tornero J, Carbonell J, Lázaro P, Aguilar MD, Estándares de calidad asistencial en reumatología. Reumatol Clín. Vol. 3. Núm. 5. Pági 218-225 (septiembre - octubre 2007) doi: 10.1016/S1699-258X(07)73690-2
8. Puchner R, Vavrovsky A, Pieringer H, Hochreiter R, Machold KP. The Supply of Rheumatology Specialist Care in Real Life. Results of a Nationwide Survey and Analysis of Supply and Needs. Front Med (Lausanne). 2020 Jan 30;7:16. doi: 10.3389/fmed.2020.00016. PMID: 32083088; PMCID: PMC7002545
9. Sánchez Piedra C, Álvaro Gracia JM, Bustabad Reyes S, Díaz González F. Realidad de la reumatología en España y sus comunidades autónomas antes de la pandemia. Reumatol Clin: Vol. 18. Núm. 8. Pági 486-489 (octubre 2022).doi.org/10.1016/j.reuma.2021.07.005.
10. Yoldi Muñoz B, Gómez Centeno A, Moreno Muelas JV. Estado de la reumatología privada en España / Status of private rheumatology in Spain. Reumatología Clínica. 2017; 13(6): 313-317. DOI:10.1016/j.reuma.2016.08.007.



**Sociedad Española de
Reumatología**