

deBAT a deBAT: la manca de professionals de la salut a Catalunya

## La manca de professionals de la salut a Catalunya

Marc Soler, Miquel Bruguera, Berenguer Camps

Col·legi de Metges de Barcelona. Barcelona.

### Resum

És una paradoxa: tenim una de les taxes de metges per habitant més altes dels països de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) i existeix una manca de metges en alguns llocs de treball concrets, relacionats amb els contractes precaris, la dispersió geogràfica o els horaris nocturns o de cap de setmana, que cobrim generalment amb metges estrangers. Tenim un model de sistema sanitari molt repartit en el territori, que té una alta freqüentació per part dels pacients i que, en matèria de recursos humans, és molt poc flexible, poc incentivador i, en general, poc just en el sistema retributiu.

### Introducció

El canvi més transcendent que estem tenint en el sistema sanitari espanyol en aquests darrers anys és el de la demografia mèdica.

Hem passat de ser un país amb excedents de metges, alguns dels quals marxaven a l'estranger (i altres es dedicaven a altres activitats professionals, a la dècada dels anys 90) a ser un país importador, com tot seguit analitzarem.

A la pregunta de si ara falten metges, la resposta, partint de les dades demogràfiques comparatives de facultatius amb els països del nostre entorn, és que no. Per una banda, la taxa de metges per mil habitants a Catalunya és de 3,9, a Espanya en el seu conjunt és de 3,8 i la mitjana europea és de 3,0 (Figura 1) (Font: *OECD health data*, 2007).

Sobre aquestes dades hi ha un aclariment a fer: el nombre d'hores per setmana treballades a Espanya està

per sota dels països amb un nombre inferior de metges, com són Alemanya i la Gran Bretanya, i és igual a la de Grècia i Itàlia, amb mitjanes de metges per habitant superiors a l'espanyola. Aquesta anàlisi es relaciona directament amb la retribució mitjana dels metges: en els països amb major nombre de metges, les retribucions són inferiors<sup>1</sup>.

Per altra banda, hi ha un fet clar: les ofertes de treball que s'ofereixen en el mercat laboral (Àrea Ocupacional del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona [COMB]) no s'ocupen totes. Les raons són múltiples: ofertes de treball lluny de l'entorn metropolità, ofertes laborals en condicions de treball precàries i contractació per guàrdies i ocupacions fora de l'horari convencional.

Pel que fa als canvis demogràfics (període 2003-08) i la major necessitat de metges, les causes són múltiples i ja analitzades àmpliament. Estan basades en l'augment de la demanda de serveis sanitaris públics i privats: poblacionals (envelliment progressiu i augment demogràfic de la població), tecnològics (superespecialització) i per les noves exigències socials relacionades amb les noves tecnologies de la informació, la medicina defensiva (augment

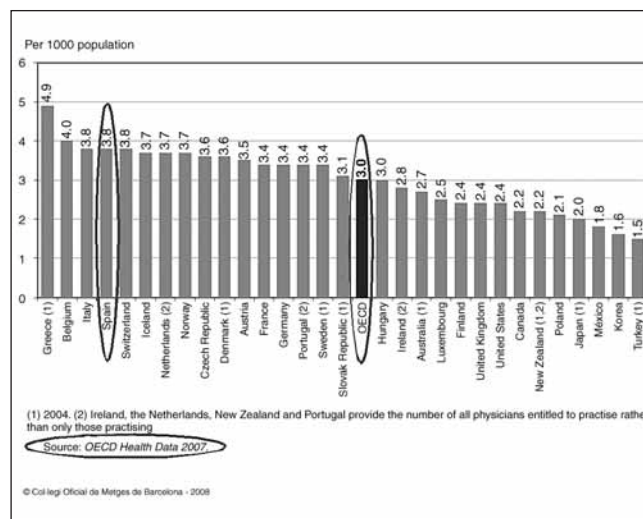


FIGURA 1. Dades demogràfiques comparatives del nombre de facultatius per 1.000 habitants en relació amb els països del nostre entorn (2005) (Font: *OECD health data*, 2007)

Correspondència: Dr. Marc Soler Fàbregas  
Col·legi de Metges de Barcelona  
Passeig de la Bonanova, 47  
08017 Barcelona  
Tel. 93 567 88 88  
Adreça electrònica: marc.soler@comb.es

progressiu de reclamacions), etc. En un altre ordre de coses, també cal ressaltar l'alta freqüentació de l'atenció primària que ve donada per la important medicalització de la societat i un ús sense restriccions dels serveis, amb poca responsabilitat dels usuaris, en alguns casos.

### Dades demogràfiques del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

El COMB, amb actualitzacions periòdiques<sup>2</sup>, ha anat publicant les seves dades en relació amb la demografia mèdica. És necessari que els altres col·legis de metges publiquin també les seves dades per tal de poder fer un seguiment precís sobre la demografia mèdica. Per altra banda, és important ressaltar la dificultat de comparar dades a l'Estat espanyol i en el marc europeu.

En la Taula 1 podem veure el nombre de metges col·legiats a Barcelona per origen. És important tenir en compte que dels 28.777 metges col·legiats a primer de

desembre de 2008, cal excloure els metges jubilats (2.587) i el nombre de metges menors de 65 anys dedicats a tasques no directament assistencials (estimació: s'exclou el 15% de metges que no fan tasques assistencials, sobre la base de les dades de metges amb contractació d'assegurança de responsabilitat civil).

Podem deduir que el nombre de metges en actiu en el camp assistencial a Barcelona i província és, amb data 1 de desembre de 2008, de 22.262 (3,9/1.000 habitants).

Sobre l'evolució demogràfica dels metges de Barcelona volem ressaltar dos fets principals: la progressiva feminització de la professió i l'augment molt important de metges estrangers entre els nous col·legiats.

Sobre la piràmide d'edat (Figura 2), s'observa un envelliment i la feminització de la professió. En particular, es pot observar la introducció del *numerus clausus* a primers dels anys 80. En la Taula 2 és significatiu el percentatge de metges menors de 40 anys, en què quasi el 64% són dones.

TAULA 1. Distribució per origen dels metges col·legiats al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona a 1 de desembre de 2008

Lloc de naixement	Nombre de col·legiats	%	Variació % 2007-2008
Catalunya	19.169	66,6	1,1
Resta d'Espanya	5.539	19,2	0,7
Estranger	4.069	14,1	18,2
- Amèrica Llatina i Carib	3.031	10,5	20,7
- UE15 + EEE*	417	1,4	13,0
- Orient Mitjà	218	0,8	1,4
- Àfrica	125	0,4	4,2
- Europa de l'Est	204	0,7	29,1
- Altres	72	0,3	7,5
<b>Total</b>	<b>28.777</b>	<b>100,0</b>	<b>3,1</b>

\* UE15 + EEE: Unió Europea; Espai Econòmic Europeu

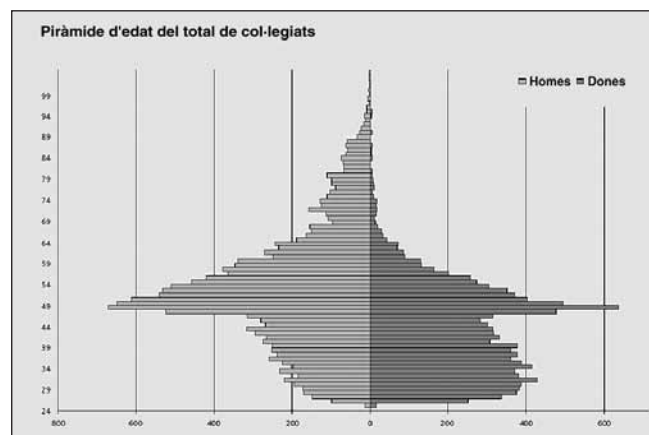


FIGURA 2. Piràmide d'edat dels metges col·legiats al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Si analitzem l'evolució de noves col·legiacions/any per origen (nacionalitat), a la Figura 3 podem veure que el percentatge de nous col·legiats estrangers, l'any 1999 va ser el 9% del total i l'any 2008 (dades a 1 de desembre) ha estat del 56,5%

Hi ha diversos estudis i treballs en el nostre entorn recentment publicats en relació a la demografia mèdica i les especialitats mèdiques<sup>3</sup>. El COMB, entre d'altres institucions, ha participat en el Consell de la Profesió Mèdica promogut pel Departament de Salut (Comissió d'Ordenació de la Profesió Mèdica)<sup>4</sup>.

Per altra banda, l'OCDE<sup>5</sup> i l'Organització Mundial de la Salut (OMS)<sup>6</sup> han publicat moltes dades relacionades amb la mobilitat dels metges i els canvis demogràfics dels professionals sanitaris en els països del nostre entorn.

TAULA 2. **Distribució per sexe dels metges col·legiats al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona a 1 de desembre de 2008**

Sexe	Nombre de col·legiats	%
Dona	13.321	46,3
Home	15.456	53,7
Total general	28.777	100
Menors de 40 anys		
Sexe		
Dona	6.332	63,9
Home	3.576	36,1
Total	9.908	100

En conclusió, les causes de manca de metges són diverses i, a continuació, les exposarem així com possibles solucions relacionades amb la medicina pública i la privada. Hi ha aspectes del nostre sistema sanitari, pel que fa a recursos humans i als metges en concret, que estan condicionats per la interrelació dels sectors públic i privat. Cal esmentar que en el sector de medicina privada i d'assegurances sanitàries exerceixen uns 6.000 metges dels quals prop del 40% compatibilitzen activitat pública i privada.

### Causas i possibles solucions al desordre demogràfic dels metges

Són molts els factors que incideixen en el nombre de metges d'un país relacionats amb aspectes d'organització professional, sanitària i de recursos humans (Taula 3).

TAULA 3. **Factors que incideixen en el nombre de metges d'un país**

<p><b>Demogràfics professionals</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Metges formats en les universitats del país</li> <li>– Metges estrangers formats en universitats estrangeres</li> <li>– El model de formació de metges especialistes</li> <li>– Les jubilacions</li> </ul>
<p><b>Organització i model sanitari</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Demanda sanitària</li> <li>– Oferta sanitària i cartera de serveis</li> <li>– Organització dels equips professionals</li> <li>– Relacions entre nivells assistencials</li> </ul>
<p><b>Organització dels recursos humans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sistemes de pagament i honoraris</li> <li>– Productivitat dels metges</li> <li>– Productivitat de la resta de professionals sanitaris</li> </ul>

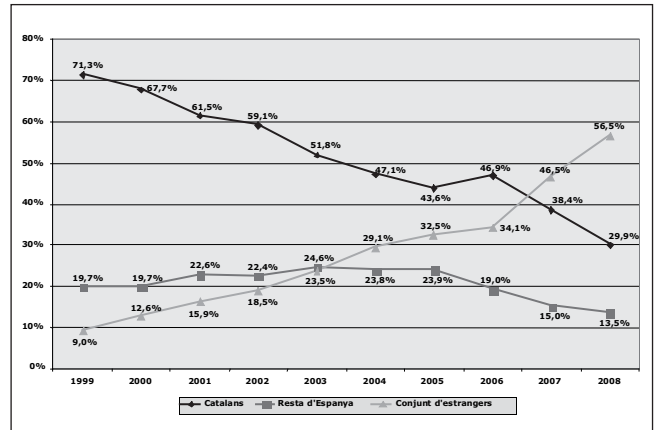


FIGURA 3. **Evolució de noves col·legiacions al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona 1999-2008 (dades a 1 de desembre de 2008)**

A continuació tractarem de proposar possibles solucions que aborden dues vessants, la flexibilitat del model sanitari i la millora de les condicions professionals que permeti una major participació i implicació dels professionals, i del metge en particular, en l'organització dels serveis sanitaris.

### Factors demogràfics professionals

Per avançar en el nou rol professional és imprescindible abordar la seva formació. Seria molt llarg de descriure quin ha de ser el metge del futur però podríem aventurar algunes prioritats:

- 1) Des de la perspectiva dels valors de la professió: aspiració per l'excel·lència, el compromís i l'autonomia.
- 2) Vista l'experiència actual, caldria incorporar en la formació del metge el concepte de flexibilitat i adaptació a les necessitats socials, una formació més transversal i més relacionada amb el pacient d'edat avançada i pluripatològic, i més aspectes relacionats amb la seguretat clínica, la prevenció de l'error i el treball en equip.

En definitiva, un metge adaptat a les noves necessitats socials i que els seus coneixements, actituds i aptituds permetessin un pas no traumàtic a l'especialització.

Per això, és necessari promoure canvis en el pregrau. La formació universitària en els últims 10 anys pràcticament no ha modificat el nombre de metges formats al nostre país a excepció d'aquest últim exercici.

És a partir de les senyals d'alarma que s'han denunciat que s'ha fet front a la necessitat d'incorporar noves places a la Universitat, però bàsicament s'ha fet incorporant noves facultats. No ha existit reacció interna, ni un reconeixement ni un augment pressupostari que hagin permès a les facultats existents millorar i augmentar la seva oferta futura.

Els reptes de futur de la Universitat podrien venir per augmentar la flexibilitat d'incorporar o reduir places

segons les necessitats. És necessari donar resposta a la situació actual que només 1 de cada 3 estudiants catalans que voldria estudiar medicina pot entrar a les facultats de medicina. Es podria organitzar un primer curs selectiu que prioritzaria entrades a cada facultat segons els resultats de primer (coneixements, actituds i aptituds). Aquesta fórmula permetria corregir la manca d'homogeneïtzació de les notes dels diferents estudiants que volen accedir a la formació universitària.

Per altra banda, és necessari resoldre el sistema administratiu de selecció d'entrada a facultats de diferents comunitats autònomes perquè provoca la discriminació de molts estudiants a l'Estat espanyol. També existeix discriminació respecte a estudiants de països del nostre entorn on la nota de tall no és comparable. Amb la normativa actual, que discrimina les condicions d'entrada dels estudiants, s'afavoreix que en ampliar places i obrir noves facultats les ocupin estudiants de fora del país.

En el mateix sentit que en la formació de pregrau, també cal que hi hagi canvis importants en la formació especialitzada via MIR, que ha estat un dels elements més importants per a la qualitat del sistema sanitari actual. Aquest sistema de formació especialitzada, tot i el nou marc legal de 2003 (*Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*, LOPS<sup>7</sup>), no ha sofert cap tipus d'evolució en quasi 30 anys. Hauria d'incloure canvis que permetin major flexibilitat en ordenar la demanda i l'oferta formatives per donar resposta a les necessitats sanitàries actuals i adequar els drets dels professionals en formació a les necessitats assistencials, per exemple, en la recirculació entre especialitats que trenca totes les planificacions anuals. També cal fer un esforç molt important de generositat de les diferents especialitats per incorporar la troncalitat a la formació especialitzada.

Un fet transcendent en el nostre sistema sanitari és la important arribada de metges estrangers. En aquest moment, més del 50% dels metges que s'incorporen a l'exercici a Barcelona i província ha estudiat fora de l'Estat espanyol.

Podem diferenciar dos grups de metges estrangers que s'incorporen a l'exercici en el nostre país:

- 1) Els metges nousvinguts: és absolutament necessari prendre decisions sobre com acollir els professionals que, formats a l'estranger, s'incorporen a treballar en els centres sanitaris. És necessari sumar esforços d'administracions, patronals i col·legis i, d'una vegada, habilitar cursos d'accés a la professió obligatoris per tothom i, posteriorment, proves d'avaluació que aportin rigor i agilitat que permetin incorporar els nous metges.
- 2) Els metges estrangers en exercici al nostre país: especialistes que porten anys entre nosaltres i que, degut a

una legislació sobre l'homologació del títol d'especialista no revisada des de l'any 1991, no han tingut l'oportunitat de poder defensar la seva competència i la seva feina.

Pel que fa a les jubilacions, cal revisar la situació actual i promoure la jubilació als 65 anys i la seva pròrroga voluntària fins els 70 anys en el sector públic.

### Organització sanitària

Són molts els factors que estan relacionats amb el model sanitari i que incideixen en la necessitat de metges:

- 1) Oferta de serveis sanitaris públics: cartera de serveis pràcticament il·limitada que dona cobertura universal i gratuïta i una xarxa territorial de serveis molt repartida en el territori.
- 2) Demanda il·limitada, que permet un accés als serveis sense una ordenació entre l'atenció primària i l'hospitalització d'aguts i l'àmbit sociosanitari.

Seria molt llarg poder revisar aquests aspectes però debats actuals com el del copagament i el de la limitació de la cartera de serveis són necessaris per poder avançar en la planificació dels recursos humans a curt termini.

Pel que fa a l'organització dels equips assistencials és indubtable que el nombre de metges també està condicionat pel nombre d'altres professionals sanitaris i pel volum de responsabilitats que desenvolupa cadascun dels grups professionals. L'article 9 de la LOPS dona resposta efectiva a les consideracions generals que han de regir el treball en equip i les relacions interprofessionals.

Un altre factor clau és la relació entre nivells assistencials. Mentre no existeixi una coordinació entre nivells, que permeti el diàleg fluid entre especialistes de primària i d'hospital, difícilment avançarem en la duplicació de prestacions sanitàries i la sobreutilització dels serveis sanitaris.

### Organització dels recursos humans

La rigidesa de l'organització i de la gestió dels recursos humans és coneguda per tots i la pateix en el seu conjunt el sistema sanitari. Aquest fet condiciona el nombre de metges.

Hem de promoure sistemes de contractació que siguin més flexibles, reconeguin l'esforç i l'expertesa professional i permetin l'adaptació a les necessitats personals. Cal flexibilitat per poder compatibilitzar vida familiar i vida professional. Des de la perspectiva personal, el temps i la intensitat en la dedicació a la feina no sempre són el mateix. L'homogeneïtzació de l'actual sistema retributiu i de contractació no permet adequar situacions personals i professionals i genera una gran insatisfacció dels professionals i, per tant, inhibició en els aspectes relacionats amb l'organització i la gestió del sistema sanitari.

## El metge del futur

Per avançar en aquest capítol també haurem d'identificar què es demanarà al metge del futur i, des d'aquesta perspectiva, identificar possibles variables que puguin millorar el sistema de contractació actual:

- Autonomia professional: potenciar el treball en equip i la coordinació entre nivells assistencials.
- Augmentar el temps assistencial i disminuir la burocràcia.
- Participació més activa dels metges en l'elecció de companys de treball amb la finalitat d'aconseguir equips més cohesionats.
- Establir mecanismes de progrés professional relacionats directament amb l'assistència, la recerca i la docència (definir el perfil professional al marge del lloc de treball).
- Renovació periòdica de càrrecs de comandament. Un defecte del sistema actual és que només es pot progressar assumint càrrecs de gestió i no es pot progressar per la pròpia activitat mèdica.

## Noves fórmules de contractació

El nostre model sanitari disposa de diverses fórmules contractuals, amb diferents nivells d'acceptació per part dels metges. En qualsevol cas, les noves contraccions haurien d'incloure:

- Incorporar el desenvolupament professional continu (DPC) que preveu la LOPS, que és un procés de manteniment i millora de la competència professional, amb reconeixement públic i aplicable a tots els nivells assistencials.
- Recuperar el concepte d'assignació poblacional per càpita en l'atenció primària i retribuir en relació al nombre de ciutadans preassignats, complements específics, estacionalitat, aïllament, per docència, per recerca, etc.
- Incentivar econòmicament i professional el treball en els àmbits territorials allunyats dels entorns metropolitans.
- Participació de l'equip o del servei en la definició dels objectius que no han de suposar més feina burocràtica. El compliment amb qualitat ha de permetre retribuir els metges.
- Evitar retribuir per exclusivitats contractuals, ja que això dona un caràcter tancat a l'activitat assistencial, i fomentar les aliances estratègiques entre centres i nivells assistencials. És positiu que la prestació del servei, la formació i la recerca es puguin fer amb col·laboració entre centres.
- No renunciar al concepte d'oferta i demanda en la negociació del preu (retribucions) i de les condicions de treball tal com es fa en altres sectors professionals i econòmics<sup>8</sup>.

El COMB ha defensat un nou model organitzatiu en l'atenció primària des de l'any 1995, l'autogestió, que permet molts dels aspectes que he senyalat anteriorment. Si puc remarcar-ne algun, aquest és l'autonomia professional com a valor suprem de la professió.

En el marc empresarial, tant l'Institut Català de la Salut com els centres concertats o l'autogestió, tots tenen les seves virtuts. En qualsevol cas, cadascun d'ells té aspectes més remarcables. Sota la variabilitat de models, que enriqueix el sistema, caldrà comparar i avaluar el model contractual en cada una de les organitzacions sanitàries. I, en concret, quins són els models més eficients i que més satisfan els pacients i els professionals.

## Conclusions

Els factors relacionats amb la manca de metges i de professionals de la salut són molts. El sumatori de factors diversos, com el que s'ha exposat, condiciona la pràctica assistencial i, per tant, el nombre de metges i de professionals en general. Planificar en recursos humans és molt difícil, atès que la medicina és canviant i els canvis en la societat cada vegada seran més ràpids i no previstos. Tot i això, és necessari disposar d'instruments per regular l'entrada de metges en el sistema, on és bàsica la col·laboració de les diferents corporacions i institucions. A posteriori només una organització sanitària flexible i un bon sistema de recertificació i de desenvolupament professional podran donar resposta a la nostra societat canviant.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. NERA National Economic Research Associates. Comparing Physicians Earning Current Knowledge Challenges. London: Department of Health; 2004.
2. Bruguera M, Soler M, Camps B. Estudi demogràfic del COMB. Importància dels metges estrangers. Barcelona: Gabinet d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2007.
3. González B, Barber P. Grupo de Investigación en Economía de la Salud. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2007.
4. Consell de la Profesió Mèdica de Catalunya, Comissió d'Ordenació de la Profesió Mèdica. La necessitat de metges en el sistema sanitari català. Causes i solucions. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2007.
5. Simoens S, Hurts J. The supply of physician services in OECD countries. OECD Health Working Papers. Paris: OCDE; 2006.
6. World Health Organisation. The World Health Report 2006. Working together for health. Ginebra: WHO; 2006.
7. Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003; 17 páginas.
8. González B, Barber P. Dificultades, trampas y tópicos en la planificación del personal médico. Gac Sanit. 2008;22(5):393-5.